

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad

Trabajar en salud en la sociedad del riesgo

Determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador

Juan Pablo Velasco Moncayo

Tutora: Mariana Lima Bandeira

Quito, 2026



Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Juan Pablo Velasco Moncayo, autor del trabajo intitulado “Trabajar en salud en la sociedad del riesgo: Determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Doctor en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

20 de abril de 2026

Firma: _____

Resumen

El objetivo es analizar la relación entre el trabajo y la salud del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón en Quito, Ecuador, desde la perspectiva de la determinación social de la salud. Se pretende comprender cómo las condiciones laborales, sociales y políticas inciden en el bienestar físico y mental de este grupo, destacando las desigualdades estructurales y las afectaciones multidimensionales que enfrentan. El estudio, basado en la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, aplicó un diseño mixto (cualitativo y cuantitativo) mediante análisis documental, encuestas epidemiológicas y entrevistas semiestructuradas. Se evaluaron procesos protectores y destructivos en el entorno laboral, considerando dimensiones generales, particulares y singulares. La matriz de procesos críticos de Breilh (2021) estructuró el análisis, evidenciando un deterioro de la salud en áreas críticas, quirúrgicas y materno-infantiles, con alta prevalencia de problemas metabólicos, cardiovasculares y emocionales. Se identificó que la precarización laboral, los turnos extendidos, la sobrecarga emocional y la triple carga de género intensifican el desgaste físico y psicológico. Las políticas neoliberales han profundizado la desigualdad estructural, reduciendo la protección social y laboral. No obstante, las medidas del Hospital mitigaron parcialmente estos impactos. El estudio concluye que enfrentar estas problemáticas requiere un enfoque integral con políticas públicas interseccionales, programas preventivos y mejoras estructurales en las condiciones laborales. La somatización de lo social se reveló como una categoría analítica clave que fue operacionalizada y validada, permitiendo vincular de forma explícita el deterioro físico y psicosocial con las determinaciones estructurales. Se plantea la urgencia de implementar estrategias participativas para fortalecer los derechos laborales y garantizar un entorno de trabajo más saludable y equitativo como base del paradigma de análisis sobre la determinación de la salud de los trabajadores.

Palabras clave: salud de los trabajadores, determinación social de la salud, proceso de trabajo, procesos deteriorantes y protectores, epidemiología crítica

Dedico esta tesis a Dios, a mis padres, a mi familia y, de manera especial, a todos aquellos que han sido parte fundamental de este camino académico y profesional. Este trabajo es un homenaje a los Trabajadores de la Salud del Ecuador, quienes con esfuerzo, vocación y sacrificio sostienen día a día el sistema sanitario, enfrentando condiciones adversas y sobrecarga laboral para garantizar el bienestar de los pacientes. Creemos firmemente que defender y luchar por mejores condiciones de trabajo no solo es una responsabilidad ética, sino la mejor forma de honrar su arduo compromiso y entrega en el cuidado de la vida.

Asimismo, dedico este esfuerzo a los Hospitales Carlos Andrade Marín, Hospital de Especialidades Portoviejo, Hospital General Docente de Calderón y Hospital Especializado Julio Endara, instituciones donde he tenido el privilegio de trabajar y que han sido escenarios de aprendizaje invaluable. En estos espacios he descubierto la esencia del trabajo en salud, comprendiendo que cuidar la salud de quienes cuidan a los enfermos es una prioridad inaplazable. Esta experiencia ha reafirmado la necesidad de trascender los paradigmas positivistas clásicos y abordar la salud de los trabajadores desde una perspectiva compleja, multidimensional e históricamente situada, incorporando dimensiones económicas, políticas, culturales y de género.

Agradecimientos

A Dios Todopoderoso, fuente infinita de amor y fortaleza, por su guía inquebrantable en cada paso de mi camino. En Él encuentro la luz que ilumina mis días, la paz en mis momentos de incertidumbre y la certeza de que todo tiene un propósito mayor. A Él le debo mi existencia, mi esencia y cada logro alcanzado. ¡Bendito seas, Padre amado!

A mi Evita, mi refugio y mi fortaleza, quien con su paciencia, amor incondicional y sabios consejos ha sido mi compañera en los momentos más desafiantes de esta travesía intelectual. Su presencia ha sido un faro en medio de la adversidad y un aliento constante en los días de agotamiento y duda.

A Giuliano e Isabella, mis hijos, mi razón de ser y mi mayor inspiración. En ustedes encuentro la fuerza para seguir adelante, el motor que impulsa cada uno de mis esfuerzos y el significado más profundo de mis sueños. Su existencia es el centro de mis ilusiones y el reflejo de mi deseo de construir un futuro mejor.

A mi profesora Marianita Lima, por su invaluable sabiduría y paciencia infinita, cualidades que han enriquecido no solo este trabajo, sino también mi formación como ser humano y como investigador. Su guía ha sido un pilar en mi desarrollo académico y personal.

Al doctor Jaime Breilh y a la Universidad Andina Simón Bolívar, por abrirme las puertas a una comprensión integral de la salud, entendida desde su dimensión más holística y su profunda implicación social. Estudiar bajo este enfoque transformador ha dejado una huella imborrable en mi pensamiento, en mi ser y en mi compromiso con la vida, el medio ambiente y la cultura latinoamericana. En cada célula de mi cuerpo se ha cimentado una visión crítica y comprometida con la justicia social y la dignidad de nuestros pueblos.

A todos ustedes, mi gratitud eterna y mi compromiso de que cada paso que doy lleve consigo el aprendizaje y la inspiración que me han brindado.

Finalmente, extendiendo este agradecimiento a toda el Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar y a todos mis compañeros del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, con quienes compartí aprendizajes que van más allá de lo académico. En cada diálogo y reflexión, comprendí la importancia de valores

fundamentales como la solidaridad y el sentido de pertenencia, principios esenciales para la construcción de un sistema de salud más justo y humano.

Tabla de contenidos

Figuras y tablas.....	15
Introducción.....	19
Capítulo primero. Dimensiones teóricas de la relación trabajo-salud: desgaste obrero, Determinación Social de la Salud y la somatización de lo social	43
1. Teorías sobre la relación trabajo-salud: evolución y perspectivas críticas.....	44
2. Determinación Social de la Salud: dimensiones generales, particulares e individuales.....	55
3. Ampliando el entendimiento de somatización de lo social en el contexto de la Determinación Social de la Salud.....	64
4. El trabajo en salud desde la Determinación Social.....	69
5. Aproximaciones sobre el sindicalismo y su rol en el trabajo	75
Capítulo segundo. Determinación social y contexto crítico: la precarización del trabajo en salud.....	87
1. Reformas estructurales y reconfiguración del sistema sanitario.....	88
2. Precarización del trabajo en salud: entre la flexibilidad y la invisibilidad	89
2.1 Ensayos de políticas de salud.....	90
2.2 Caos, dispersión, fragmentación, pérdida de soberanía en la institucionalidad del Sistema de Salud del Ecuador.....	96
3. Políticas sobre el trabajo y la relación con la salud	98
4. El sindicalismo en el sector de trabajadores públicos de salud	105
4.1 Movimiento sindical ecuatoriano. Historia reciente: restricciones y hostigamiento	105
4.2 La organización sindical de trabajadores de salud.....	109
4.3 Desafíos de la organización sindical en el sector salud	112
5. Trabajo en salud en el contexto histórico actual.....	115
5.1 El proceso de trabajo en salud en el contexto hospitalario, procesos disciplinarios, mecanismos biopolíticos.....	115
5.2 Impacto en la salud del personal de salud: En particular, el personal de auxiliar de enfermería	118

Capítulo tercero. Diseño metodológico crítico y operacionalización de la Determinación Social	121
1. Determinación Social de la relación trabajo-salud: modelo analítico	123
2. Diseño metodológico: enfoque, tipo de estudio y procedimientos	126
3. Integración del diseño metodológico	128
4. Sujeto de estudio	131
5. Componente cuantitativo	133
5.1 Encuesta epidemiológica, herramienta INSOC y otros instrumentos cuantitativos	134
5.2 Proceso de aplicación de la encuesta epidemiológica	137
5.3 Población y muestra	138
5.4 Análisis cuantitativo	140
6. Plan de análisis integrado de los datos cuantitativos mediante la metacrítica	141
7. Componente cualitativo	143
7.1 Técnicas, instrumentos cualitativos y proceso de aplicación	143
7.2 Principios de análisis e interpretación de la información cualitativa	145
8. Descriptores y categorías de análisis	147
8.1 Desgaste emocional, subalternidad de género y resistencia colectiva como mediaciones analíticas del proceso salud-trabajo	148
9. Consideraciones éticas y validez del estudio	150
Capítulo cuarto. Espacios de trabajo y de vida del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, Quito-Ecuador	153
1. El espacio laboral: Hospital General Docente de Calderón	154
1.1 Localización y cobertura	154
1.2 Oferta de servicios	157
1.3 Inserción laboral y exposiciones del personal auxiliar de enfermería en el Hospital General Docente Calderón	160
2. Patrones de exposición del personal auxiliar de enfermería en el HGDC	167
2.1 Sistema de seguridad y salud en el trabajo en el Hospital General Docente de Calderón	168
2.2 Patrones de exposición laboral	170
3. Inserción social y modos de vida del personal auxiliar de enfermería	184
3.1 Inserción social y modos de vida de auxiliares de enfermería que laboran en el Hospital General Docente de Calderón	184

3.2 Modos de vida del personal auxiliar de enfermería	187
4. Análisis de género e igualdad del personal auxiliar de enfermería	194
Capítulo quinto. El espacio familiar e individual y las expresiones en salud del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón.....	197
1. Caracterización del colectivo y su hogar	197
2. Itinerario laboral y estilos de vida del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón.....	199
3. Expresiones de salud.....	210
3.1 Estrés laboral.....	210
3.2 Desgaste profesional (<i>burnout</i>).....	213
3.4 Morbilidad diagnosticada y su distribución social	224
Capítulo sexto. Propuestas para la transformación de las condiciones laborales desde la Determinación Social de la Salud.....	229
1. Lineamientos de política para el abordaje de la determinación social de la relación trabajo-salud.....	230
1.1 Dimensión general: Procesos estructurales y generativos	230
1.2 Dimensión particular: Modos de vida y relaciones sociales.....	232
1.3 Dimensión singular: Monitoreo y respuesta al perfil de salud	232
2. Bases para un Plan de acción, fundamentado en el diagnóstico con el Colectivo de Auxiliares de Enfermería del Hospital General Docente de Calderón	233
Conclusiones.....	243
Lista de referencias	257
Anexos.....	279
Anexo 1: Formato de encuesta “Determinación social de la Salud en el Colectivo de Auxiliares de Enfermería HDC”	279
Anexo 2: Guía de entrevistas	309
Anexo 3: Ficha de datos de entrevistados.....	318
Anexo 4: Carta de aprobación MSP-HGDC.....	319
Anexo 5: Carta de interés institucional MSP-HGDC	321
Anexo 6: Alcance al memorando n.º MSP-CZ9HGDC-2024-4431-M.....	324

Figuras y tablas

Figura 1. Dominios de la Determinación Social de la Salud según la epidemiología crítica	124
Figura 2. Representación dinámica de las dimensiones de la DSS del auxiliar de enfermería.....	125
Figura 3. Ubicación de Calderón en las parroquias del Distrito Metropolitano de Quito	155
Figura 4. Área de influencia del Hospital General Docente de Calderón (2024).....	156
Tabla 1. Estructura metodológica de la investigación.....	128
Tabla 2. Distributivo de auxiliares de enfermería en el Hospital Docente de Calderón, 2024	139
Tabla 3. Categorías y subcategorías de análisis del proceso salud–trabajo.....	147
Tabla 4. Perfil de morbilidad atendida en el Hospital General Docente Calderón, enero–noviembre de 2023	158
Tabla 5. Distribución del personal de auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón por Áreas de trabajo, 2024	160
Tabla 6. Condiciones de trabajo del personal de auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	162
Tabla 7. Matriz de procesos críticos de la salud de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón del Ministerio de Salud Pública, Quito 2024	164
Tabla 8. Identificación y evaluación de riesgos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2023	171
Tabla 9. Nivel de exposición a procesos deteriorantes en el trabajo del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	178
Tabla 10. Exposición a procesos deteriorantes en el trabajo del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, por tipo y según área de trabajo, 2024	179
Tabla 11. Procesos relativos a condiciones generales de trabajo del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	182

Tabla 12. Indicadores de inserción social de los hogares del personal de auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	185
Tabla 13. Indicadores del espacio de consumo de la reproducción social de los hogares del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	187
Tabla 14. Participación y soportes organizativos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón por género, 2024.....	190
Tabla 15. Participación y soportes organizativos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón por área de trabajo, 2024	193
Tabla 16. Discriminación por género y barreras a la participación de auxiliares de enfermería de enfermería del Hospital General Docente Calderón, por género 2024 .	194
Tabla 17. Tiempo de trabajo reproductivo en hogares del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, por género, 2024	195
Tabla 18. Caracterización demográfica del colectivo de auxiliares de enfermería. Hospital General Docente Calderón, 2024.....	197
Tabla 19. Características de los hogares del personal de auxiliares de enfermería. Hospital General Docente Calderón, 2024.....	198
Tabla 20. Indicadores del itinerario laboral de auxiliares de enfermería. Hospital General Docente Calderón, 2024	200
Tabla 21. Apoyo familiar al equilibrio entre trabajo y tareas del hogar según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	201
Tabla 22. Frecuencia de hábitos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	202
Tabla 23. Usos del tiempo libre por auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	203
Tabla 24. Frecuencia de consumo recomendada por categoría alimenticia	205
Tabla 25. Frecuencia de consumo por categoría de alimentos de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	205
Tabla 26. Consumo no acorde a la recomendación por categoría alimenticia según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	207
Tabla 27. Consumo no acorde a la recomendación por categoría alimenticia según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	208
Tabla 28. Consumo no acorde a la recomendación por categoría alimenticia según área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	209

Tabla 29. Estrés laboral según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	210
Tabla 30. Estrés laboral según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, 2024.....	211
Tabla 31. Estrés laboral según área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	212
Tabla 32. Agotamiento emocional y realización personal según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	214
Tabla 33. Agotamiento emocional y realización personal según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	215
Tabla 34. Agotamiento emocional y realización personal según Área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	217
Tabla 35. Sintomatología referida por auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	218
Tabla 36. Sintomatología referida según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	220
Tabla 37. Sintomatología referida de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón según inserción social, 2024.....	221
Tabla 38. Sintomatología referida según áreas de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	223
Tabla 39. Afectaciones a la salud según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024.....	224
Tabla 40. Afectaciones a la salud según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	225
Tabla 41. Afectaciones a la salud según área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024	226

Introducción

Y lo que se revelará a la gente en ese momento
sorprenderá a todos, no porque sea exótico
Sino porque puede haber estado siempre oculto
Cuando hubiera sido obvio.
(Caetano Veloso,
extracto de la canción *Um Índio* 1977)

En las últimas décadas, la salud de los trabajadores ha adquirido una creciente centralidad en el debate académico y político, impulsada por transformaciones profundas en la organización del trabajo y en las condiciones socioeconómicas que lo sustentan. La globalización, las reformas neoliberales y la progresiva mercantilización de los sistemas de salud han configurado un escenario en el que los trabajadores del sector sanitario se enfrentan a crecientes exigencias laborales, al tiempo que ven reducidas las garantías que protegen su bienestar físico, mental y social.

En este contexto, el análisis crítico de las relaciones entre trabajo y salud deja de ser un ejercicio meramente descriptivo para convertirse en una herramienta indispensable para comprender y transformar las dinámicas que, de manera estructural, producen desgaste y enfermedad en los cuerpos y subjetividades de quienes sostienen el cuidado.

En Ecuador, estas tensiones se expresan con particular nitidez en el sector de enfermería, un colectivo históricamente feminizado, escasamente reconocido y a menudo invisibilizado en las políticas públicas y en la investigación académica. Su papel esencial en el funcionamiento de los hospitales contrasta con la precariedad de sus condiciones laborales y con la limitada atención que recibe la seguridad y salud de los trabajadores en las agendas institucionales.

Desde esta perspectiva, la presente investigación se propone aportar una mirada integral y situada, capaz de vincular las dimensiones estructurales, organizacionales y singulares que determinan el bienestar de quienes cuidan, y, con ello, contribuir al desarrollo de un enfoque más justo y transformador en Salud de los Trabajadores, el cual se inscribe en la tradición crítica de la Medicina Social Latinoamericana.

El trabajo en la era de la Cuarta Revolución Industrial: Un nuevo escenario de riesgos y precarización

La literatura reciente converge en que el desempeño y la salud del personal de enfermería —y, de manera aguda, del personal de auxiliares— dependen de la calidad del entorno laboral y de la organización del trabajo. Los metaanálisis sobre entornos de trabajo de enfermería reportan asociaciones consistentes entre condiciones organizacionales y resultados clínicos, de seguridad y de bienestar (Lake et al. 2019). En el segmento de auxiliares, una revisión sistemática identifica factores individuales y organizacionales que inciden en el bienestar y malestar (Norful et al. 2024). Adicionalmente, hay evidencia de asociación entre factores psicosociales y trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería (Ballester Arias y García 2017), así como de niveles preocupantes de capacidad laboral inadecuada a escala mundial (Romero-Sánchez et al. 2022).

En conjunto, este cuerpo de evidencia respalda el giro analítico que asume esta tesis: los problemas de salud del personal auxiliar no pueden reducirse a variables individuales, sino que deben situarse en estructuras de empleo, cargas de trabajo, autonomía y participación (Lake et al. 2019), categorías que se articulan con la determinación social de la salud que guía el estudio.

La categoría de “sociedad del riesgo”, formulada por Ulrich Beck, constituye un giro paradigmático para comprender la relación entre condiciones de trabajo y salud. Desde este enfoque, los riesgos en la modernidad avanzada ya no son incidentales ni locales, sino que emergen como productos estructurales de la propia modernización. Como señalan Beck et al. (1998, 25): “En la modernidad avanzada, la producción social de riqueza va acompañada sistemáticamente por la producción social de riesgos”.

Desde esta perspectiva, los “riesgos laborales” no pueden analizarse como estresores ocupacionales aislados —dolores musculoesqueléticos, *burnout*, fatiga—, sino como expresiones de un proceso civilizatorio donde las lógicas de racionalización y productividad generan nuevas formas de amenaza. Estos riesgos, además, no se circunscriben a un espacio o grupo social específico, sino que poseen un carácter difuso, global y acumulativo. En este marco, Beck et al. (1998) advierten que la comprensión tecnocrática de los riesgos tiende a fragmentar la realidad, reduciendo su análisis a variables químicas, biológicas o físicas, sin considerar su dimensión social: “Existe el peligro de que una discusión sobre el medio ambiente que tenga lugar mediante categorías químico-biológico-técnicas tome en consideración al ser humano involuntariamente sólo

como aparato orgánico. Pero de este modo la discusión amenaza con convertirse en una discusión natural sin el ser humano, sin la cuestión del significado social y cultural” (Beck et al. 1998, 29).

Aplicada al ámbito del trabajo en salud, esta crítica permite problematizar la forma en que los auxiliares de enfermería experimentan “riesgos laborales” no como eventos aislados, sino como parte de una realidad integral en la que convergen inequidades de clase, género y poder institucional que terminan generando desigualdades malsanas en estos colectivos. Estos procesos destructivos, al ser invisibilizados o tratados como “efectos secundarios latentes”, reproducen la precarización y trasladan los costos humanos del sistema de salud a quienes ocupan posiciones más vulnerables en la división del trabajo en salud.

Por su parte, la categoría de *embodiment*, formulada por Nancy Krieger, parte de una premisa fundamental: los cuerpos expresan biológicamente las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas. Según la autora, “el *embodiment* es cómo incorporamos, biológicamente, el mundo material y social en el que vivimos” (Krieger 2005, 350; traducción propia). Esta definición implica que la biología humana no puede entenderse como un sistema cerrado, sino como el resultado dinámico de interacciones continuas con contextos sociales, políticos, económicos y ambientales.

En el presente trabajo se opta por emplear el término *somatización de lo social* como equivalente conceptual, en lugar del término *embodiment*, con el propósito de fortalecer la coherencia epistemológica y lingüística con la tradición de la Medicina Social Latinoamericana. Esta elección no responde únicamente a una preferencia terminológica, sino a una posición crítica que busca situar el análisis en marcos conceptuales propios del pensamiento latinoamericano, evitando la dependencia de categorías importadas que, aunque teóricamente potentes, pueden diluir la historicidad y especificidad de los procesos sociales en contextos periféricos.

La noción de somatización de lo social permite, además, subrayar con mayor claridad el carácter conflictivo, desigual y estructural de la determinación social, enfatizando que lo social no solo se “incorpora”, sino que se expresa como carga, desgaste y deterioro en el cuerpo, en estrecha relación con categorías como el desgaste obrero y los procesos destructivos de la vida.

En salud de los trabajadores, el *embodiment* – en el sentido formulado por Krieger (2005), es decir, la somatización de lo social y de las condiciones del entorno- se articula con la perspectiva crítica y de desgaste de la Medicina Social Latinoamericana para

explicar cómo los procesos de precarización, intensificación laboral, violencia organizacional o discriminación de género y clase no se quedan en el plano de lo simbólico, sino que se inscriben en el cuerpo en forma de deterioro físico y psicosocial, envejecimiento prematuro o mortalidad evitable. Ejemplos de ello son el dolor musculoesquelético de un auxiliar de enfermería que carga pacientes sin apoyo ergonómico adecuado, o la hipertensión asociada al estrés laboral crónico.

Desde la lógica de la Determinación Social de la Salud, esta noción resulta estratégica: permite visibilizar cómo los procesos de explotación, flexibilización y desgaste en el trabajo producen cuerpos vulnerables, y cómo las luchas por condiciones dignas y seguras son, en última instancia, luchas por transformar las huellas sociales que el trabajo imprime en la biología de los trabajadores (Breilh 2013). Estas reflexiones teóricas adquieren plena vigencia en el escenario contemporáneo.

La llamada Cuarta Revolución Industrial, marcada por la convergencia acelerada de tecnologías como la inteligencia artificial, la automatización avanzada, el *big data*, la biotecnología y la interconectividad global, ha introducido transformaciones profundas no solo en la economía y en las estructuras productivas, sino también en la cultura, la política y, de manera central, en las condiciones y relaciones laborales a escala mundial. Este nuevo paradigma tecnológico ha redefinido la organización del trabajo, la distribución de tareas y la interacción entre seres humanos y máquinas, generando simultáneamente oportunidades de innovación y eficiencia, así como riesgos inéditos y procesos de desestructuración social. Entre estos últimos se destacan la creciente precarización del empleo, la flexibilización extrema de las formas contractuales, la intensificación de los ritmos laborales y la erosión de las fronteras entre el tiempo de trabajo y el tiempo personal.

A ello se suma la crisis de la privacidad derivada del uso masivo de datos personales y la profundización de las desigualdades digitales, que amplían la brecha entre quienes tienen acceso a las nuevas tecnologías y quienes quedan rezagados en un sistema cada vez más dependiente de ellas (Segura 2021). En el ámbito de la salud de los trabajadores, estas transformaciones imponen retos sin precedentes: la incorporación de nuevas tecnologías no siempre se acompaña de marcos normativos y organizativos que garanticen la protección de los trabajadores, lo que abre paso a formas renovadas —y a menudo más sutiles— de explotación y desgaste.

En este escenario de transformaciones vertiginosas, que afectan no solo los modos de producir bienes y servicios, sino también —y de manera decisiva— las formas de vivir,

relacionarse y comunicarse, los trabajadores se ven inmersos en dinámicas cada vez más complejas y demandantes. Su participación cotidiana en las actividades productivas y reproductivas se desarrolla en un contexto en el que las fronteras entre ambas esferas tienden a diluirse, generando tensiones constantes entre las exigencias del mercado y las necesidades vitales de descanso, cuidado y desarrollo personal.

Como advierte Fumagalli (2010, 34), “existe una fractura de la actividad laboral, atrapada entre la búsqueda de estabilidad y el anhelo de una libertad de elección no siempre posible”, una contradicción que se intensifica en sociedades atravesadas por la inseguridad económica y la presión de adaptarse a cambios tecnológicos que reconfiguran permanentemente las competencias y saberes requeridos. En este sentido, la promesa de flexibilidad y autonomía laboral que acompañó el discurso de la Cuarta Revolución Industrial se ve, en la práctica, erosionada por la expansión de la precariedad, la volatilidad del empleo y la creciente subordinación de la vida al imperativo productivo, lo que plantea serios desafíos para la protección integral de la salud de los trabajadores.

Durante los primeros lustros del siglo XXI, el llamado capitalismo cognitivo ha ido desplazando progresivamente al modelo clásico de acumulación fordista, caracterizado por la producción en masa y la centralidad de la fábrica como núcleo de organización laboral (Borde, Hernández-Álvarez y Souza Porto 2015). Este tránsito no ha sido meramente tecnológico, sino que ha supuesto un cambio estructural en la lógica de acumulación: el valor económico se genera, cada vez más, a partir de bienes inmateriales como la información, el conocimiento y la capacidad de procesamiento de datos, relegando a un segundo plano la producción material directa. En esta nueva fase, se produce un redireccionamiento del “trabajo muerto” —representado por las máquinas— hacia el “trabajo vivo”, es decir, hacia la explotación intensiva de las capacidades cognitivas, comunicacionales y relacionales de los trabajadores (J. Breilh 2005).

La informática y la telemática se convierten así en pilares de un sistema que, bajo la denominación de biocapitalismo, reconfigura las formas de extracción de valor y redefine las fronteras entre la vida y el trabajo. Esta modernización de los modos de producción no es neutra: al difuminar los límites temporales y espaciales de la jornada laboral, incide directamente en los procesos de desgaste, en la intensificación de la carga de trabajo y en la erosión del bienestar físico y psicosocial de los trabajadores, planteando desafíos urgentes para su protección y para el diseño de políticas laborales y de salud acordes con esta nueva realidad.

El trabajo en salud: Entre la tecnología y la persistencia del cuidado humano

Si bien las transformaciones asociadas a la Cuarta Revolución Industrial han tenido un impacto significativo en el mundo del trabajo en salud —introduciendo nuevas herramientas tecnológicas, digitalizando procesos y modificando la gestión de la información clínica—, las actividades propias de este sector continúan siendo, y previsiblemente seguirán siendo, altamente intensivas en mano de obra. Esta persistencia responde a la naturaleza misma del trabajo de cuidado, que implica un elevado nivel de conocimiento técnico-científico, sujeto a procesos de actualización permanente, así como una capacidad de intervención que combina habilidades cognitivas, comunicacionales y emocionales imposibles de replicar íntegramente por la tecnología. Incluso con el papel creciente de la inteligencia artificial en áreas como el diagnóstico asistido, la monitorización remota de pacientes o la gestión administrativa, el contacto humano sigue siendo un componente insustituible del acto de cuidar, especialmente en contextos donde la empatía, la interpretación de matices no codificables y la toma de decisiones éticas son determinantes.

En consecuencia, el trabajo en salud se ubica en una tensión permanente entre la incorporación de innovaciones tecnológicas y la necesidad de preservar el valor central de la interacción humana, lo que plantea interrogantes sobre cómo equilibrar eficiencia y humanidad sin comprometer la calidad de la atención ni el bienestar de quienes la brindan.

La complejidad inherente a los procesos clínicos y quirúrgicos, sumada a la necesidad de ejercer juicio profesional en la toma de decisiones, establece límites claros a las posibilidades de automatización total en el ámbito sanitario. Esta realidad reafirma el papel central e insustituible de los trabajadores de la salud, cuya labor se configura como “talento intensivo” (Rovere 1998), es decir, como un tipo de trabajo que demanda una alta concentración de conocimientos especializados, habilidades técnicas y competencias interpersonales.

En este contexto, la calidad de los resultados asistenciales depende, de manera crucial, de la integración efectiva entre los saberes científicos —asociados al llamado modelo industrial, caracterizado por la estandarización de procedimientos y la aplicación sistemática de protocolos basados en evidencia— y las destrezas prácticas adquiridas a través de la experiencia directa —propias del modelo artesanal, que se nutre del aprendizaje situado, la observación y la adaptación a circunstancias singulares— (Spinelli 2018). La capacidad de articular ambos enfoques no solo determina la eficacia técnica de

la atención, sino que también condiciona la calidad del vínculo terapéutico, la seguridad del paciente y el bienestar del propio personal de salud, evidenciando que, incluso en un escenario de creciente digitalización, el cuidado sigue siendo una práctica profundamente humana.

En la actualidad, no existe en el mundo ningún hospital que opere de forma completamente robotizada. Si bien es cierto que algunos centros de alta complejidad han alcanzado niveles notables de automatización en determinados procesos —como la utilización de quirófanos asistidos por sistemas robóticos de alta precisión o la implementación de farmacias automáticas que optimizan el almacenamiento y dispensación de medicamentos—, estos avances cumplen una función complementaria y no sustituyen la totalidad del trabajo humano (Levy Yeyati 2018). En la práctica, incluso en entornos altamente tecnificados, las actividades propias del cuidado en salud continúan siendo intensivas en mano de obra, pues requieren competencias que exceden las capacidades actuales de la inteligencia artificial y la robótica: habilidades sociales para establecer vínculos de confianza con pacientes y familias; sensibilidad emocional para manejar situaciones de sufrimiento, incertidumbre o duelo; y juicio clínico para integrar información objetiva con matices subjetivos, valores culturales y circunstancias individuales.

Estos atributos, intrínsecamente humanos, confirman que el núcleo del trabajo sanitario reside en la interacción entre personas, y que la tecnología, por más avanzada que sea, solo puede potenciar —y nunca reemplazar por completo— la dimensión relacional y ética del cuidado.

La necesidad de superar los enfoques tradicionales en salud de los trabajadores

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, abordar la compleja y recíproca relación entre trabajo y salud implica ir más allá de una descripción fragmentada o meramente estadística de los riesgos laborales. Supone, en cambio, la construcción de un marco interpretativo que permita comprender este objeto-sujeto —el trabajador— en su contexto histórico, social y colectivo, reconociéndolo no solo como receptor pasivo de *riesgos*, sino como actor que interactúa, resiste y transforma las condiciones en las que desarrolla su labor (Freyssinet 2023).

Este enfoque demanda articular los procesos estructurales que configuran las realidades laborales —políticas económicas, modelos de gestión, marcos normativos y

relaciones de poder— con las experiencias cotidianas que los trabajadores viven en sus cuerpos y subjetividades. Para ello, es indispensable superar los enfoques convencionales que reducen la salud de los trabajadores al inventario de factores de riesgo individuales o a interpretaciones lineales de tipo causa-efecto, ya que tales perspectivas tienden a invisibilizar las causas profundas del deterioro y a despolitizar la discusión, impidiendo el desarrollo de estrategias integrales de prevención y promoción de la salud en el trabajo.

El enfoque tradicional de la salud ocupacional —hoy reconceptualizado bajo la denominación de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)— ha tendido históricamente a circunscribirse al control de *factores de riesgo* específicos, desarrollando protocolos y medidas centradas en la prevención inmediata de accidentes o enfermedades profesionales. Si bien este marco ha contribuido a establecer estándares básicos de seguridad, su perspectiva sigue siendo predominantemente preventiva y reduccionista, pues rara vez incorpora un análisis profundo de las determinaciones estructurales que emergen de la organización del trabajo y que, en última instancia, condicionan la salud de los trabajadores.

Aunque investigaciones recientes han documentado que ciertos recursos del ambiente laboral —como el apoyo social, la autonomía o la formación continua— pueden estructurar procesos protectores frente al desgaste (Huth y Chung-Yan 2023), la lógica dominante de la SST continúa privilegiando una visión del *riesgo* focalizada en el individuo, con intervenciones que apelan al cambio de conductas personales sin atender de forma suficiente al grupo, a las dinámicas organizativas o al entorno sociocultural más amplio. Este sesgo individualizante no solo limita la eficacia de las medidas preventivas, sino que también dificulta la identificación de soluciones que aborden las causas profundas del deterioro laboral.

Un aporte clave a la comprensión de la complejidad del campo de la salud de los trabajadores radica en reconocer que los procesos de trabajo no son homogéneos ni lineales, sino que se construyen a partir de la interacción de experiencias, saberes y prácticas propias de distintos grupos ocupacionales. Estas diferencias implican lógicas de pensamiento y acción que deben coexistir y coordinarse, configurando un tejido social heterogéneo compuesto por oficios y profesiones insertos en relaciones asimétricas de poder, reconocimiento y acceso a recursos.

En el sector salud, esta interrelación adquiere una relevancia crítica, pues la fuerza laboral no solo forma parte de la población económicamente activa, sino que también asume la responsabilidad —ética, técnica y social— de preservar y restaurar la salud de

otros, incluso a costa de su propio bienestar. Tal doble condición incrementa su vulnerabilidad, dado que el personal de salud interactúa simultáneamente con procesos de trabajo y condiciones de exposición a elementos físicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales, mientras desempeña su labor en entornos altamente demandantes y con frecuencia sometidos a limitaciones estructurales de recursos e infraestructura (Frenk et al. 2010). Este escenario tensiona aún más las condiciones de trabajo y evidencia la necesidad de abordajes integrales que consideren tanto las particularidades de cada colectivo profesional como la dinámica global del sistema sanitario.

A partir de la década de 1970 comenzaron a emerger investigaciones que cuestionaban la visión restringida de la salud ocupacional, centrada exclusivamente en la identificación y control de riesgos físicos, químicos y biológicos, evidenciando la insuficiencia de este marco para explicar la totalidad de los procesos de desgaste (Betancourt 1999). En el caso del personal sanitario, la complejidad de su labor los expone a un entramado de procesos de exposición y desgaste que trascienden los peligros materiales e incluyen dimensiones psicosociales —como la carga emocional derivada del contacto constante con el sufrimiento y la muerte—, estrés asociado a la toma de decisiones en situaciones límite, reasignación frecuente de funciones sin la capacitación adecuada, y condiciones de precarización estructural que erosionan su seguridad y bienestar general.

La pandemia de COVID-19 visibilizó de manera abrupta y contundente esta multidimensionalidad de la exposición, sometiendo al personal de salud a presiones extraordinarias: jornadas prolongadas en entornos de alta exposición a biológicos, escasez de insumos de protección, sobrecarga emocional por la magnitud de la crisis y ausencia de respuestas organizacionales sólidas que priorizaran su cuidado (Torres-Tovar 2021). Este episodio no solo confirmó las debilidades estructurales de los sistemas de salud, sino que también subrayó la urgencia de enfoques más amplios e integradores para la protección del trabajador sanitario.

Esta investigación se sustenta en la necesidad de trascender los enfoques tradicionales que han dominado la salud de los trabajadores, los cuales, al centrarse en la identificación de riesgos específicos y en la prevención individualizada, han tendido a fragmentar la comprensión del problema. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud (DSS), se plantea examinar cómo las condiciones estructurales —económicas, políticas, sociales e institucionales— configuran, de manera articulada y

persistente, los procesos de salud y enfermedad que afectan a los trabajadores del sector sanitario (Breilh 2021).

Este marco analítico permite reconocer que las afectaciones a la salud de los trabajadores no son el resultado de circunstancias aisladas ni de fallas puntuales en la gestión, sino la expresión concreta de un modelo de organización del trabajo que reproduce desigualdades y precarización. Comprender estos fenómenos desde un enfoque crítico no solo facilita la identificación de debilidades y vacíos en los sistemas de seguridad y salud en el trabajo, sino que también abre la posibilidad de formular estrategias de transformación orientadas a garantizar condiciones de vida y laborales dignas, equitativas y sostenibles para los trabajadores de la salud.

El marco epistémico: La Determinación Social de la Salud como lente analítico

En este estudio, el contexto social, político y económico no se concibe únicamente como un telón de fondo o un entorno externo en el que se desarrollan las relaciones laborales, sino como una dimensión constitutiva y estrechamente articulada a las condiciones concretas de trabajo. Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, estas dimensiones estructurales interactúan de manera directa con la organización, los procesos y las prácticas cotidianas del trabajo sanitario, configurando tanto sus posibilidades como sus limitaciones. Se otorga, por ello, especial valor al análisis del contexto específico de las profesiones sanitarias, prestando atención a sus identidades colectivas, códigos éticos y rituales que estructuran el quehacer diario y la interacción profesional (Gutiérrez 2013).

Asimismo, se reconoce el papel determinante del espacio de trabajo y de la estructura organizativa en la dinámica laboral, entendiendo que un hospital no es simplemente una infraestructura física destinada a la atención de pacientes, sino un espacio social de alta complejidad en el que confluyen múltiples sujetos colectivos — médicos, enfermeras, auxiliares— con trayectorias, intereses y grados de poder diferenciados (Betancourt 1999). Este entramado de interacciones, lejos de ser neutral, está atravesado por relaciones jerárquicas, disputas de reconocimiento y tensiones derivadas de la distribución desigual de recursos y responsabilidades, factores que inciden directamente en la salud y el bienestar del personal sanitario.

La epidemiología clásica ha sido, en numerosas ocasiones, utilizada como herramienta funcional al modelo médico hegemónico, reproduciendo los intereses de

estructuras de poder que subordinan el análisis de los procesos de salud-enfermedad a una lógica eminentemente biomédica, individualista y despolitizada. Bajo esta perspectiva, la salud se reduce a la ausencia de enfermedad y el análisis de sus *determinantes* se limita a variables de tipo clínico o comportamental, invisibilizando las dimensiones históricas y estructurales que la configuran.

Frente a estas limitaciones, la Determinación Social de la Salud (DSS) se propone como un enfoque crítico capaz de articular una comprensión dialéctica del proceso salud-enfermedad en el trabajo, reconociendo la interacción entre condiciones generales — económicas, políticas, sociales—, condiciones particulares —organizativas e institucionales— y condiciones singulares —biográficas y subjetivas— que atraviesan y modelan la experiencia de los trabajadores (Breilh 2007a). Concebir la salud de los trabajadores como un proceso multidimensional implica, por tanto, integrar de manera inseparable las variables biológicas con las condiciones de empleo, la organización del trabajo, las relaciones de género, la vida familiar y la participación comunitaria, reconociendo que todas ellas conforman un entramado de determinaciones que no solo influyen en el bienestar individual, sino que definen el perfil colectivo de salud de un grupo ocupacional.

Esta investigación se inscribe, de manera explícita, en el marco epistémico y metodológico de la Determinación Social de la Salud (DSS), cuyo desarrollo teórico ha sido ampliamente fundamentado en la obra de Jaime Breilh. Desde esta perspectiva, se propone analizar la relación salud-trabajo del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón (HGDC), comprendiendo que dicha relación no puede reducirse a la identificación de *riesgos* aislados, sino que debe abordarse como el resultado de un entramado de procesos críticos que interactúan en tres niveles de determinación: la dimensión general, vinculada a las condiciones económicas, políticas y sociales de carácter estructural; la dimensión particular, referida a la organización institucional y las dinámicas específicas del hospital; y la dimensión singular, relacionada con las trayectorias biográficas, las condiciones de vida y la subjetividad de las personas trabajadoras (Breilh 2007b).

El objetivo es trascender el enfoque lineal causa-efecto que caracteriza a los modelos convencionales, para asumir una concepción del proceso salud-trabajo como un fenómeno complejo, dialéctico e históricamente determinado, en el que se interrelacionan factores materiales, culturales y políticos (Breilh 2010b). Esta aproximación no solo permite una comprensión más integral de las condiciones de salud del colectivo

estudiado, sino que también orienta la formulación de estrategias transformadoras coherentes con las causas profundas de su deterioro.

El contexto ecuatoriano: Un sistema de salud en crisis permanente

La relevancia y urgencia del enfoque de la Determinación Social de la Salud se acentúan al situar el análisis en el contexto ecuatoriano, caracterizado por una histórica debilidad estructural del sistema de salud. Al igual que en otros países de Sudamérica, el sector salud en Ecuador ha estado marcado por persistentes brechas de financiamiento, desigualdades en la distribución de recursos y una fragmentación institucional que limita la eficacia de las políticas públicas.

El gasto público en salud ha permanecido crónicamente por debajo de los estándares internacionales, alcanzando apenas el 4,2 % del PIB, cifra inferior al 6 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como umbral mínimo para garantizar una cobertura y calidad adecuadas (Chang Campos 2017). Esta insuficiencia presupuestaria impacta de manera directa en la capacidad del sistema para sostener servicios integrales, oportunos y de calidad, reforzando su dependencia de un esquema mixto público-privado. En este modelo, el acceso efectivo a la atención sanitaria se encuentra con frecuencia condicionado por la capacidad de pago de los usuarios, lo que acentúa la inequidad y excluye, parcial o totalmente, a sectores de la población con menores recursos, perpetuando así un ciclo de inequidades/desigualdades en salud.

La pandemia de COVID-19 expuso con una crudeza inédita las limitaciones estructurales del sistema de salud ecuatoriano, revelando no solo un déficit histórico de infraestructura y equipamiento, sino también una insuficiencia crítica de personal y de insumos esenciales. Con menos de 1,6 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes — muy por debajo del promedio recomendado para responder a emergencias sanitarias—, el país enfrentó la crisis en condiciones de extrema vulnerabilidad (EC 2020).

Sin embargo, esta no fue únicamente una emergencia sanitaria: se trató también de una crisis social que puso de manifiesto las consecuencias acumuladas de un modelo económico y político profundamente desigual, incapaz de garantizar derechos básicos incluso en situaciones de mayor urgencia. El personal de salud, en especial quienes se encontraban en la primera línea de atención, soportó una carga desproporcionada de niveles de exposición al virus del COVID 19, con numerosos casos de contagio y fallecimientos que no siempre fueron registrados de forma oficial ni acompañados por políticas claras y efectivas de protección laboral. El impacto sobre su salud mental fue de

una magnitud difícil de dimensionar, marcado por el estrés postraumático, el agotamiento extremo y el duelo colectivo, todo ello agravado por la ausencia de datos sistematizados que permitan evaluar de manera integral el rol y la responsabilidad del Estado en la atención y cuidado de este grupo durante y después de la pandemia.

En este escenario de fragilidad estructural, los trabajadores de la salud se vieron obligados a desempeñar sus funciones en condiciones marcadas por la precariedad laboral y la ausencia de garantías básicas. Según datos de la Federación Médica Ecuatoriana (2021), más del 30 % del personal sanitario se encontraba vinculado mediante contratos temporales o bajo modalidades de empleo sin estabilidad, situación que no solo limitaba su acceso a beneficios y seguridad social, sino que también incrementaba de manera significativa los niveles de incertidumbre y desgaste emocional. Esta inestabilidad, sumada a la sobrecarga de trabajo y a la exposición constante a procesos de trabajo peligrosos (virus) y alta carga psicosocial, generó un contexto de vulnerabilidad permanente que impactó tanto en la salud física como en el bienestar mental del personal.

La experiencia de la crisis sanitaria derivada del COVID-19, lejos de constituir un episodio excepcional o una coyuntura aislada, debe interpretarse como la manifestación aguda de un proceso estructural más amplio: un modelo político-económico que, durante décadas, ha privilegiado los criterios de eficiencia fiscal y contención del gasto público por encima de la protección integral y el bienestar de quienes sostienen cotidianamente el sistema de salud.

El trabajo de cuidado en salud y sus abordajes críticos: Un estado de la cuestión

El análisis de la relación salud-trabajo en el personal sanitario constituye un campo de estudio particularmente complejo y en permanente disputa teórica y metodológica. Históricamente, su abordaje ha estado dominado por el paradigma de la salud ocupacional tradicional, sustentado en una base epistémica positivista que ha privilegiado el estudio de los denominados *factores de riesgo* específicos presentes en el ambiente laboral, con un énfasis en su identificación, medición y control (Vásquez y Ortega 2007).

Este enfoque ha permitido, sin duda, visibilizar peligros concretos de carácter físico, químico y biológico, contribuyendo a establecer normativas y protocolos de seguridad orientados a la prevención directa de accidentes y enfermedades laborales. Sin embargo, su alcance resulta limitado cuando se trata de comprender la naturaleza

multidimensional y sistémica del desgaste que caracteriza el trabajo de cuidado en salud. Su principal debilidad radica en la tendencia a fragmentar la realidad, analizando los riesgos de manera aislada y sin articularlos con las condiciones estructurales — económicas, organizacionales, políticas y culturales— que los generan y perpetúan. De este modo, se reproduce una mirada individualizante que traslada al trabajador la responsabilidad casi exclusiva de su autoprotección, al tiempo que deja intactos los fundamentos de la organización del trabajo que lo expone y vulnera (Betancourt 1999).

Frente a las limitaciones del modelo reduccionista de la salud ocupacional tradicional, la medicina social y la salud colectiva latinoamericana han desarrollado, desde la década de 1970, un sólido y coherente cuerpo teórico-crítico que desplaza el foco analítico desde la noción de “riesgos” hacia la de “procesos peligrosos” y “desgaste obrero” (Betancourt 1999; Laurell y Noriega 1989). Este giro epistémico, anclado en el materialismo histórico, parte de la premisa de que la salud y la enfermedad no pueden entenderse como simples estados biológicos, sino como expresiones de un proceso históricamente determinado, inscrito en un modo de producción concreto y atravesado por relaciones sociales de carácter económico, político y cultural.

Autoras como Asa Cristina Laurell (1978) fueron pioneras en evidenciar, mediante investigaciones empíricas y análisis crítico, que la organización del trabajo — incluyendo la división técnica y social de las tareas, los ritmos impuestos, las estructuras jerárquicas y las relaciones de poder que las sostienen— configura perfiles diferenciados de desgaste que afectan de manera desigual a distintos segmentos de la clase trabajadora. Este enfoque no solo amplía el campo de análisis al incorporar determinaciones estructurales, sino que también visibiliza la relación directa entre las formas de organización laboral y las inequidades en salud, cuestionando así las bases mismas del modelo productivo dominante.

El trabajo en el sector salud presenta particularidades que potencian e intensifican los procesos de desgaste previamente descritos. A diferencia del modelo industrial clásico, en el que los medios de producción se externalizan respecto de la fuerza laboral, el trabajo de cuidado se caracteriza por ser “talento intensivo” (Rovere 1998), dado que el principal “instrumento” de trabajo es el propio trabajador, con sus saberes técnicos, su cuerpo y sus capacidades emocionales. Este rasgo introduce una dimensión única en la relación trabajo-salud, pues la efectividad de la labor sanitaria depende en gran medida de la integridad física, psíquica y relacional de quienes la ejercen.

Como señala Spinelli (2018), el quehacer sanitario oscila entre dos modelos: un modelo “artesanal”, sustentado en la experiencia acumulada y en el juicio clínico que permite decisiones personalizadas y situadas, y un modelo “industrial”, regido por protocolos estandarizados, indicadores de productividad y cadenas de procedimientos repetibles. Esta tensión estructural se ha visto exacerbada en el marco de las reformas neoliberales y las políticas de ajuste, que han introducido lógicas gerenciales en los servicios públicos de salud, promoviendo la estandarización y el control administrativo a costa de la autonomía profesional. Como consecuencia, se han intensificado los ritmos de trabajo, incrementado las exigencias de rendimiento y precarizado las condiciones laborales, configurando un escenario en el que el desgaste físico, emocional y cognitivo se convierte en una experiencia cotidiana y estructural para el personal sanitario (Torres-Tovar 2021).

El personal de enfermería, y de manera particular el colectivo de auxiliares ocupa una posición de especial vulnerabilidad dentro de la estructura hospitalaria contemporánea. Se trata de un grupo históricamente feminizado, subvalorado y situado en los niveles más bajos de la jerarquía organizacional, lo que se traduce en una carga desproporcionada de trabajo tanto físico como emocional (Betancourt 2007b). Su labor, indispensable para la sostenibilidad de los procesos de cuidado y para el funcionamiento cotidiano de los servicios de salud, es con frecuencia invisibilizada y relegada en las narrativas institucionales y en la formulación de políticas públicas.

Este personal enfrenta una doble opresión: por un lado, la opresión de clase, derivada de su condición de personas trabajadoras asalariadas sometidas a regímenes de contratación precarios y a limitadas oportunidades de ascenso; y, por otro, la opresión de género, dada la histórica asimilación de su rol profesional al trabajo reproductivo no remunerado, lo que perpetúa estereotipos y justifica, implícitamente, su menor reconocimiento salarial y social (Breilh 1991). Esta doble subordinación no solo afecta sus condiciones materiales, sino que también incide en su bienestar subjetivo, generando un desgaste acumulativo que combina elementos ergonómicos, emocionales y psicosociales, y que se manifiesta en altos niveles de estrés, agotamiento y morbilidad asociada a su práctica profesional.

A pesar de la solidez teórica y metodológica que ofrece el marco de la medicina social y de la salud colectiva latinoamericana, la investigación específica sobre el colectivo de auxiliares de enfermería en el contexto ecuatoriano sigue siendo notoriamente limitada. En Ecuador la literatura empírica sobre trabajo y salud en

auxiliares de enfermería entre 2020-2024 sigue siendo fragmentaria y, en gran medida, producida desde marcos hegemónicos (salud ocupacional/gestión de riesgos), con predominio de diseños transversales, énfasis en exposición-daño y fuerte anclaje institucional (hospitales/servicios específicos) (Álava et al. 2018). En este periodo, el colectivo aparece con frecuencia como subgrupo dentro de “personal de enfermería” o “personal de salud”, más que como sujeto analítico central.

La revisión de estudios en Ecuador durante el período 2020-2024, marcada por el ciclo pandémico, incorpora a auxiliares de enfermería en estudios sobre riesgos biológicos y prácticas de bioseguridad en servicios clínicos. En particular, repositorios como Pontificia Universidad Católica del Ecuador concentran investigaciones que describen exposición a agentes biológicos y necesidades de prevención en salud ocupacional, usualmente desde lógicas de cumplimiento normativo y control de riesgos. En este sentido, trabajos de corte institucional (pregrado/posgrado) abordan accidentes por objetos cortopunzantes y fluidos corporales incluyendo auxiliares de enfermería como grupo ocupacional, reforzando el enfoque de “evento adverso” y protocolo de prevención (Carrión Salinas 2020).

Un segundo eje dominante es el desgaste psíquico, especialmente burnout, con diseños comparativos entre áreas COVID y no COVID. Una tesis de la UDLA reporta diferencias en prevalencia de burnout entre personal que labora en áreas COVID vs. no COVID y señala que, por ocupación, el mayor porcentaje de riesgo observado correspondió a auxiliares de enfermería, por encima de otros grupos del equipo (Ruiz 2023). Complementariamente, tesis en repositorios como UCE incluyen auxiliares dentro del análisis de burnout en equipos hospitalarios, reforzando instrumentos estandarizados y explicaciones centradas en carga/estrés, con menor problematización del poder organizacional y la subordinación ocupacional.

El tercer bloque temático (y el más “clásico” desde salud ocupacional) se centra en ergonomía y trastornos musculoesqueléticos. Un ejemplo explícito para auxiliares es la tesis de Universidad Israel sobre prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en auxiliares de hospitalización (SOLCA Guayaquil) y su relación con riesgo ergonómico. En 2023, estudios en hospitales (Cuenca) aplican el Cuestionario Nórdico y métodos de evaluación ergonómica (MAPO), reportando alta frecuencia de molestias, con predominio lumbar y extremidades, y recomendando correcciones a corto plazo (equipos, formación, adaptación) (Moscoso y Matovelle 2023) Para 2024, aparecen trabajos sobre accidentes laborales en personal de enfermería que incluyen auxiliares, manteniendo el

corte descriptivo y la mirada de *cumplimiento/seguridad* más que una lectura del proceso de trabajo como determinación social (Morocho, Chicaiza, y Salinas 2024).

La producción académica existente tiende a concentrarse en otros grupos profesionales, como el personal médico o el de enfermería con titulación universitaria, reproduciendo con frecuencia enfoques centrados en *factores de riesgo* individuales y aislados, sin incorporar un análisis integral de los procesos de determinación social que configuran su salud y bienestar.

Esta omisión no es menor, dado que el colectivo de auxiliares de enfermería desempeña funciones esenciales para el sostenimiento del sistema de salud, al tiempo que enfrenta condiciones laborales marcadas por la precarización, la sobrecarga y la desigualdad estructural. Es precisamente en este vacío de conocimiento donde la presente tesis busca situarse, proponiendo un análisis que articule el andamiaje conceptual y metodológico de la epidemiología crítica con las especificidades del trabajo de cuidado. El objetivo es desentrañar cómo las estructuras generales —económicas, políticas y sociales—, las dinámicas institucionales y las desigualdades de género se materializan y se inscriben en los cuerpos y las trayectorias de vida de este personal, configurando un perfil de salud atravesado por procesos de desgaste físico, emocional y psicosocial.

Planteamiento del problema, justificación y objetivos

A la luz del estado de la cuestión desarrollado y del contexto de crisis estructural que atraviesa el sistema de salud ecuatoriano, la presente investigación se centra en el colectivo de auxiliares de enfermería como un caso paradigmático de invisibilización, precarización y desgaste. Este grupo, que constituye la primera línea de atención y representa un pilar indispensable para el sostenimiento cotidiano del cuidado hospitalario, ha sido reiteradamente excluido tanto de la investigación académica como de los procesos de formulación e implementación de políticas laborales y sanitarias.

La ausencia de estudios específicos no solo invisibiliza las condiciones materiales y simbólicas en las que desarrollan su labor, sino que también contribuye a perpetuar las desigualdades que los afectan, privando al debate público y científico de una comprensión cabal de los procesos que determinan su salud y bienestar. En este sentido, abordar la situación de las y los auxiliares de enfermería no es únicamente un ejercicio de reconocimiento académico, sino un acto político y ético orientado a visibilizar las raíces estructurales del desgaste laboral y a generar evidencia que sustente el diseño de estrategias transformadoras, integrales y con enfoque de derechos.

En Ecuador, a pesar de los aportes significativos en el campo de la salud de los trabajadores (Harari 2010; Vásquez y Ortega 2007), persiste una marcada ausencia de estudios que analicen de forma específica la situación de las y los trabajadores de la salud que forman parte de contratos colectivos y cuentan con respaldo sindical.

La mayor parte de las investigaciones disponibles ha concentrado su atención en el personal médico, en las y los profesionales de enfermería con titulación universitaria y en estudiantes de ciencias de la salud, omitiendo al colectivo de auxiliares de enfermería, cuya labor resulta indispensable para la operatividad del sistema hospitalario. Esta omisión contribuye a reproducir su invisibilización en el ámbito académico y a limitar la formulación de políticas basadas en evidencia que contemplen sus necesidades y realidades específicas. En este contexto, la presente investigación busca constituir un primer aporte para llenar este vacío, generando insumos que permitan comprender de manera integral las condiciones laborales, los procesos de desgaste y los procesos de determinación social de la salud que atraviesan a este grupo profesional históricamente subvalorado y feminizado.

Por tanto, resulta imperativo y urgente analizar, desde un enfoque crítico y fundamentado en la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, cómo las condiciones estructurales, institucionales y sociales configuran los procesos de salud y enfermedad que atraviesan a este colectivo específico. La pertinencia de este estudio se sustenta en una triple necesidad: *científica*, al responder a un vacío de conocimiento sobre un grupo laboral históricamente invisibilizado; *social*, al visibilizar las voces y experiencias de quienes sostienen gran parte del cuidado hospitalario en condiciones de precarización; y *política*, al generar evidencia empírica que permita cuestionar el modelo hegemónico de salud ocupacional —centrado en enfoques preventivos reduccionistas e individualizantes— y proponer políticas públicas más justas y equitativas.

Analizar la salud del personal auxiliar de enfermería bajo esta óptica implica reconocer que sus condiciones no son el resultado de fatalidades inevitables, sino de procesos históricos, económicos y políticos que pueden y deben ser transformados para garantizar su bienestar y, con ello, fortalecer la calidad y sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto (Breilh 2007a; 2021).

La justificación de este estudio se sustenta en una triple necesidad interrelacionada. En el *plano científico*, responde a un vacío persistente en la literatura sobre salud de los trabajadores en Ecuador, particularmente en lo relativo al colectivo de auxiliares de enfermería, abordado aquí desde la perspectiva de la Determinación Social

de la Salud. Este enfoque crítico permite trascender la mirada reduccionista de los factores de riesgo individuales para comprender los procesos de desgaste en su complejidad estructural.

En el *plano social*, busca visibilizar las voces, trayectorias y experiencias de un colectivo históricamente vulnerable, generando insumos para diseñar estrategias orientadas a mejorar su calidad de vida y sus condiciones laborales. En el *plano político*, pretende aportar evidencia empírica que cuestione el modelo hegemónico de salud ocupacional —anclado en lógicas preventivas fragmentadas e individualizantes— y respalde la formulación de políticas públicas más justas, inclusivas y equitativas, que reconozcan el papel central de las y los auxiliares de enfermería en la sostenibilidad del sistema de salud.

Para guiar este esfuerzo investigativo y orientar el análisis dentro del marco de la Determinación Social de la Salud (DSS), se formularon una serie de interrogantes que vinculan las dimensiones estructurales, institucionales y singulares del trabajo de cuidado con la salud de quienes lo ejercen. En primer lugar, se planteó la necesidad de comprender de qué manera la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón se encuentra socialmente determinada, considerando la interacción de factores económicos, políticos y sociales.

En segundo lugar, se indagó cómo las políticas y concepciones asociadas al modelo de salud neoliberal han incidido en dicha relación, afectando tanto los modos de vida como las condiciones laborales del grupo. Finalmente, se buscó examinar de qué forma las condiciones de trabajo —ya sean protectoras o destructivas— se inscriben en el cuerpo y la mente de las personas trabajadoras, expresándose en su salud física y mental a través del concepto y dimensiones de la somatización de lo social.

En coherencia con estas preguntas, el estudio definió un *objetivo general* que orienta el conjunto del proceso investigativo: analizar la relación entre el trabajo y la salud del colectivo de auxiliares de enfermería en el Hospital General Docente de Calderón, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud. Este objetivo se propone superar las aproximaciones reduccionistas, integrando el análisis de las condiciones estructurales, organizativas y subjetivas que configuran la experiencia laboral en el sector salud.

Para operacionalizar este objetivo general, se establecieron cuatro *objetivos específicos* que desglosan los aspectos centrales de la investigación. El primero consiste en analizar los efectos de los procesos críticos propios de la fase neoliberal en la relación

trabajo-salud de los auxiliares de enfermería, reconociendo que estos procesos no solo reestructuran la organización hospitalaria, sino que también impactan en las formas de contratación, la carga laboral y el acceso a recursos esenciales para el cuidado.

El segundo objetivo busca evaluar cómo influye la implementación de políticas y normativas neoliberales en los modos de vida y condiciones laborales del colectivo, identificando de qué manera estas políticas refuerzan o debilitan los mecanismos de protección social y las posibilidades de ejercer un trabajo digno y seguro.

El tercer objetivo se centra en comprender cómo se expresan las condiciones laborales protectoras y/o destructivas en la salud física y mental del personal auxiliar, considerando tanto las manifestaciones clínicas y epidemiológicas como las vivencias subjetivas del desgaste laboral. Esta mirada integral permite conectar los datos cuantitativos con las narrativas cualitativas, aportando una comprensión más profunda de la somatización de lo social y de las condiciones del entorno en la dimensión individual y de grupo.

Finalmente, el cuarto objetivo propone construir, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, las bases para estrategias de mejoramiento de las condiciones laborales del colectivo, con el fin de generar insumos para el diseño de políticas públicas y medidas institucionales que prioricen la salud y el bienestar de quienes sostienen gran parte del cuidado hospitalario.

La motivación central de esta tesis es, por tanto, doble y complementaria. En primer lugar, busca enriquecer el debate académico en torno a la salud de los trabajadores desde una perspectiva crítica, situada y comprometida con el contexto latinoamericano, aportando evidencia que dialogue con las teorías de la Determinación Social de la Salud y que visibilice a un colectivo históricamente marginado en la producción de conocimiento.

En segundo lugar, pretende generar insumos prácticos que trasciendan el plano académico y contribuyan de forma directa a la formulación de estrategias y políticas transformadoras, orientadas a mejorar las condiciones de vida y de trabajo del personal auxiliar de enfermería. Este doble propósito responde a la convicción de que la investigación social debe ser simultáneamente rigurosa en lo teórico y útil en lo político, articulando el diagnóstico con la acción.

Inspirada en los postulados de la epidemiología crítica latinoamericana, esta investigación se erige como un llamado urgente a repensar la salud de las y los trabajadores desde los principios de justicia social, el enfoque de derechos humanos y la

defensa irrestricta de la dignidad laboral. En este sentido, el estudio no se limita a describir un estado de cosas, sino que asume una postura ética y política frente a la precarización y el desgaste, entendiendo que la salud del personal de cuidado es un pilar fundamental para garantizar el derecho colectivo a la salud de toda la sociedad.

Para responder a sus objetivos y cumplir con esta doble motivación, la tesis se organiza en seis capítulos interrelacionados, concebidos como una secuencia argumental que avanza desde la problematización teórica hasta la formulación de propuestas transformadoras, manteniendo una coherencia interna entre el marco conceptual, el análisis empírico y las conclusiones.

El capítulo primero establece las bases conceptuales y teóricas que sustentan la investigación. Parte de una revisión crítica del paradigma positivista de los *factores de riesgo*, evidenciando sus limitaciones para explicar la complejidad del vínculo entre trabajo y salud. A partir de ahí, se presenta la perspectiva de la Determinación Social de la Salud como una alternativa epistemológica capaz de articular las dimensiones estructurales, organizativas y subjetivas que configuran los procesos de salud-enfermedad. Este capítulo desarrolla, además, la categoría de desgaste obrero y articula el concepto de somatización de lo social, destacando su pertinencia analítica para comprender cómo las condiciones sociales se inscriben en el cuerpo y la subjetividad de las personas trabajadoras. En este sentido, se busca dotar a la investigación de un andamiaje teórico robusto que permita superar los enfoques fragmentarios y reduccionistas en el análisis de la relación trabajo-salud.

El capítulo segundo contextualiza la investigación en un doble plano. Por un lado, analiza el impacto de la Cuarta Revolución Industrial en el mundo del trabajo y las transformaciones que este produce en la gestión de la salud en el trabajo. Por otro, examina las particularidades del sistema de salud ecuatoriano, caracterizado por brechas estructurales de financiamiento, segmentación institucional y desigualdades persistentes. En este marco, se presenta al Hospital General Docente de Calderón como el escenario específico donde se desarrolla el estudio, describiendo su estructura organizativa, la composición de su fuerza laboral y las condiciones generales de trabajo del personal auxiliar de enfermería. Este capítulo permite comprender que el caso analizado no es aislado, sino representativo de tendencias más amplias que atraviesan al sector salud.

En el desarrollo del marco metodológico presentado en el tercer capítulo, se explican las decisiones epistemológicas y técnicas que guiaron la investigación. Se justifica la elección de un diseño mixto —con predominio cuantitativo— que combina la

riqueza interpretativa de las narrativas con el respaldo de datos cuantitativos. Se detallan las fases de recolección de información, que incluye la aplicación de la encuesta epidemiológica estructurada y entrevistas a actores-clave, así como los procedimientos de análisis empleados para integrar los resultados. Se aborda, además, el rigor ético de la investigación, haciendo hincapié en la confidencialidad, el consentimiento informado y la responsabilidad social del trabajo académico.

El capítulo cuarto presenta los resultados empíricos organizados según las tres dimensiones analíticas de la Determinación Social de la Salud: la dimensión general, que revela cómo las políticas macroeconómicas y las reformas neoliberales impactan en el sector salud; la dimensión particular, que muestra cómo estas directrices se materializan en la organización del hospital; y la dimensión singular, que evidencia cómo el desgaste se encarna en las trayectorias de vida y en la salud física y mental de las auxiliares de enfermería. Este capítulo no solo expone datos, sino que reconstruye las experiencias levantadas, integrando estadísticas, testimonios y descripciones contextuales que ilustran la realidad cotidiana del colectivo.

En el capítulo quinto profundiza en la dimensión singular de la determinación social, explorando cómo las condiciones de vida, las dinámicas familiares y las trayectorias personales de las auxiliares de enfermería inciden en su salud física, mental y emocional. Este capítulo analiza las expresiones concretas de los procesos protectores y destructivos en la vida cotidiana, incorporando indicadores como el equilibrio trabajo-hogar, los estilos de vida, la presencia de estrés laboral, signos de desgaste profesional (*burnout*) y el perfil de morbilidad. De este modo, se articula la comprensión de la salud de los trabajadores con los modos de vida y la subjetividad de las trabajadoras, ofreciendo una lectura integral que conecta los hallazgos empíricos con la perspectiva teórica de la determinación social.

Finalmente, el capítulo sexto reúne las propuestas para la transformación de las condiciones laborales desde la Determinación Social de la Salud, con carácter participativo y visión emancipadora. En este cierre, se sintetizan los aportes más significativos de la investigación en el plano teórico —al validar y operacionalizar la categoría de *embodiment* en el contexto del trabajo de cuidado— y en el plano práctico —al ofrecer lineamientos para mejorar las condiciones de trabajo y salud del personal auxiliar de enfermería—. A continuación, el documento finaliza con las Conclusiones, en las que se resumen los principales hallazgos del estudio y se plantean futuras líneas de

investigación que permitan ampliar y profundizar el estudio de esta problemática en otros contextos y colectivos.

En suma, la presente investigación se posiciona en la intersección entre el análisis crítico de la salud de los trabajadores y la urgencia de visibilizar la realidad de un colectivo esencial, pero históricamente subvalorado, como son las y los auxiliares de enfermería. Asume que comprender la relación trabajo-salud desde la determinación social implica reconocer que las condiciones de empleo, la organización del trabajo, las dinámicas institucionales y las desigualdades de clase y género no son meros telones de fondo, sino factores constitutivos que modelan, de manera dialéctica, los procesos de salud y enfermedad. Esta mirada, lejos de limitarse a un ejercicio académico, busca incidir en la construcción de políticas públicas más justas, participativas y situadas, que integren el saber experto con la experiencia vivida de quienes sostienen, con su esfuerzo cotidiano, el funcionamiento del sistema sanitario.

La tesis, por tanto, se concibe no solo como una contribución al campo de la salud colectiva y la epidemiología crítica, sino también como una herramienta para la acción política y sindical, capaz de fortalecer la capacidad de incidencia de las y los trabajadores en la definición de sus condiciones laborales. Desde esta premisa, el tránsito hacia el capítulo primero resulta natural: allí se despliega el andamiaje teórico que permitirá comprender los fenómenos aquí planteados, deconstruyendo el paradigma tradicional de los *factores de riesgo* y proponiendo, en su lugar, una lectura integral sustentada en la determinación social, el concepto de desgaste obrero y el proceso de somatización de lo social. Este marco conceptual no solo iluminará la interpretación de los datos empíricos, sino que también ofrecerá un lenguaje común para articular los hallazgos con procesos de transformación social y política.

Capítulo primero

Dimensiones teóricas de la relación trabajo-salud: desgaste obrero, Determinación Social de la Salud y la somatización de lo social

Este capítulo se adentra en el análisis de la compleja y multidimensional relación entre trabajo y salud, trazando un recorrido histórico y conceptual que parte de los enfoques tradicionales anclados en el positivismo y en el paradigma de los denominados *factores de riesgo*, para llegar a la perspectiva crítica de la determinación social de la salud y de la epidemiología crítica latinoamericana. En este tránsito, se examina cómo, durante décadas, la salud de los trabajadores fue concebida principalmente desde una visión reduccionista que tiende a fragmentar los procesos, aislar las variables y descontextualizar las condiciones en las que se desarrolla el trabajo, lo que conduce a invisibilizar las determinaciones estructurales que configuran los perfiles de salud-enfermedad de las y los trabajadores (Laurell 1978).

Este abordaje fragmentario, propio del modelo biomédico hegemónico, ha privilegiado un análisis técnico e individualizado de los *riesgos*, desplazando a un segundo plano las dinámicas históricas, económicas, políticas, culturales y ecológicas que moldean de manera decisiva las condiciones laborales y, por ende, la salud. Frente a ello, el capítulo plantea la necesidad de adoptar un enfoque crítico, dialéctico y situado, capaz de reconocer que la salud de quienes trabajan no puede entenderse al margen de los procesos históricos y de las estructuras socioeconómicas que organizan la producción y reproducción social. Así, se argumenta que solo una mirada integral, que articule lo general, lo particular y lo singular, puede ofrecer herramientas conceptuales y políticas para transformar las realidades laborales y garantizar el derecho a la salud en su sentido más amplio.

Este capítulo se estructura en varios apartados que permiten recorrer de manera ordenada y argumentada el itinerario conceptual de la investigación. En primer lugar, se revisan las principales teorías sobre la relación trabajo-salud, destacando su evolución desde las formulaciones positivistas —centradas en la identificación y control de factores de riesgo aislados— hasta el enfoque de la llamada sociedad del riesgo, que introduce una problematización más amplia sobre la distribución social de los peligros y las desigualdades en su exposición. Este recorrido teórico no solo evidencia los límites del

paradigma tradicional, sino que también señala las aperturas epistemológicas que han permitido incorporar variables sociales, políticas y culturales al análisis de la salud de los trabajadores.

En segundo lugar, el capítulo se adentra en el paradigma de la determinación social de la salud, desglosando sus tres dimensiones —general, particular e individual— para mostrar cómo interactúan y se entrelazan en la configuración de los procesos de salud-enfermedad. En este marco, se examina con especial detenimiento el proceso de la somatización de lo social, entendido como la materialización, en los cuerpos y subjetividades de las y los trabajadores, de las condiciones sociales, económicas y laborales que experimentan. Esta categoría, se propone como una herramienta potente para evidenciar que los procesos sociales no son abstracciones, sino realidades vividas que dejan huellas concretas en la biología y en la salud mental de las personas.

En suma, comprender la relación entre trabajo y salud desde una perspectiva crítica implica superar las miradas fragmentadas e individualizantes que han dominado el análisis tradicional, y avanzar hacia enfoques que reconozcan la historicidad, complejidad y conflictividad de los procesos laborales. La articulación entre la determinación social de la salud, el desgaste obrero y el proceso de somatización de lo social permite evidenciar que las condiciones de trabajo no solo configuran procesos destructivos individuales y colectivos, sino que se inscriben en los cuerpos de quienes trabajan como marcas biológicas, psíquicas y sociales del orden estructural.

Este marco analítico no solo amplía la comprensión del fenómeno, sino que habilita una lectura transformadora que restituye al sujeto trabajador como actor político, capaz de resignificar su experiencia, denunciar las injusticias que deterioran su salud y disputar colectivamente condiciones laborales más dignas y humanas.

1. Teorías sobre la relación trabajo-salud: evolución y perspectivas críticas

La relación entre trabajo, salud y vida ha sido abordada por diferentes corrientes a lo largo de la historia, lo que ha configurado un campo de tensiones y disputas epistemológicas. No puede entenderse como un vínculo lineal ni exclusivamente funcional, sino como una relación compleja donde confluyen dimensiones ontológicas, epistemológicas y praxiológicas. Como señala Torres (2018, 8), “la preocupación por la salud de quienes trabajan es un hecho contemporáneo relacionado con el desarrollo del modelo de producción capitalista y las formas organizativas obreras que se generan”.

La *dimensión ontológica* remite al sentido humano del trabajo, no solo como medio de subsistencia, sino como actividad constitutiva de identidades, significados y formas de inserción social (Torres 2019). La *dimensión epistemológica* da cuenta de la forma en que se ha conceptualizado históricamente la relación trabajo-salud: desde las perspectivas positivistas, centradas en causalidades lineales y en la medición de factores de riesgo aislados, hasta los enfoques críticos, que ubican los procesos de salud-enfermedad en su marco estructural, reconociendo el peso de las relaciones de poder, la organización del trabajo y la desigual distribución de los riesgos (Breilh 2007a; Torres 2018). El balance histórico muestra una paradoja: mientras se consolidaban instituciones y seguros, los daños a la salud aumentaban. Cada año, según la OIT, ocurren más de 2,78 millones de muertes relacionadas con el trabajo y 374 millones de accidentes laborales, cifras que, en palabras de Torres (2018, 9), evidencian “una pandemia que no ha sido visibilizada, ni atendida, revelando en gran medida los fracasos de los mecanismos de protección de la salud en el trabajo”.

Finalmente, la *dimensión praxiológica* refiere a las formas concretas en que se organiza y ejerce el trabajo, es decir, los procesos, rutinas, interacciones y condiciones materiales que estructuran la vida cotidiana laboral (Franco et al. 1991; Gómez 2007; Barbas 2022).

En este tránsito, la salud ocupacional de corte positivista priorizó la identificación de *riesgos* físicos, químicos o biológicos y el diseño de normas técnicas para mitigarlos, mientras que la salud de los trabajadores, surgida desde la medicina social latinoamericana y el materialismo histórico, planteó que la enfermedad y el desgaste laboral no pueden comprenderse sin atender a la lógica de acumulación de capital y a la organización social del trabajo (Laurell y Noriega 1989). Esta diferencia es clave: mientras el paradigma tradicional fragmenta y naturaliza el riesgo, el enfoque crítico lo concibe como un proceso social e histórico. Como destaca Torres (2019, 9), mientras la salud ocupacional se enfoca en riesgos y daños individuales, la salud de los trabajadores “proporciona elementos que aportan a configurar una protección integral [...] con un sentido de autonomía y emancipación de los trabajadores y una apuesta real por la transformación tanto de las condiciones de trabajo, como de las del modo de producción”.

De esta manera, analizar la relación trabajo-salud implica situarla como un fenómeno dialéctico: material y simbólico, individual y colectivo, histórico y contemporáneo. Reconocerlo así permite comprender que las condiciones laborales no

solo afectan la productividad, sino que modelan modos de vida, subjetividades, cuerpos y horizontes de futuro.

Estas tres dimensiones —ontológica, epistemológica y praxiológica— no operan de manera aislada, sino que se entrelazan en un entramado complejo de prácticas, relaciones de poder y tensiones que las y los trabajadores experimentan cotidianamente. Dichas experiencias se configuran tanto en el plano individual, donde influyen en la salud física y mental de cada persona, como en el plano colectivo, donde moldean culturas laborales, solidaridades y conflictos. Analizar la relación trabajo-salud implica, por tanto, situarla en su carácter dialéctico: como un proceso que es simultáneamente material y simbólico, individual y social, histórico y presente. Esta perspectiva integral permite comprender que las condiciones de trabajo no solo afectan la capacidad productiva, sino que también modelan modos de vida, subjetividades y horizontes de futuro de quienes dependen de él para vivir.

El marco teórico-conceptual que sustenta esta investigación se aparta deliberadamente de los enfoques tradicionales que han dominado durante décadas el análisis de la relación trabajo-salud. Estos enfoques, anclados en el paradigma positivista, tienden a establecer relaciones *lineales* de causa-efecto, centradas en la identificación y control de factores de riesgo aislados —ya sean físicos, químicos, biológicos o ergonómicos— sin problematizar las condiciones históricas, sociales y políticas que los generan. Si bien este modelo ha aportado herramientas útiles para la prevención de daños específicos, su carácter fragmentario y su énfasis en el individuo como unidad de análisis han demostrado ser insuficientes para explicar la complejidad de los procesos de desgaste laboral y sus múltiples determinaciones.

Frente a esta limitación, la presente tesis se inscribe en la *Teoría de la Determinación Social de la Salud (DSS)*, desarrollada en América Latina como un cuerpo teórico-crítico que integra la comprensión del proceso salud-enfermedad-trabajo en su contexto estructural. Este enfoque, enraizado en el materialismo histórico, desplaza la atención desde los riesgos inmediatos hacia los *procesos críticos* que configuran las condiciones de vida y trabajo, reconociendo que estos no son meros escenarios pasivos, sino espacios atravesados por relaciones de poder, desigualdades de clase, género y etnia, y por la lógica de acumulación capitalista (Noriega 1989).

Desde esta perspectiva, el análisis de la relación trabajo-salud exige comprender cómo las condiciones *estructurales* —determinadas por el modo de producción, las políticas económicas y las dinámicas institucionales— se articulan con los *procesos*

técnicos del trabajo, es decir, con la organización concreta de las tareas, los ritmos, la intensidad, la distribución de funciones y las formas de control y supervisión. La DSS no se limita a describir estos niveles, sino que busca explicar su interdependencia dialéctica, revelando cómo las determinaciones generales se expresan en la vida cotidiana de los y las trabajadoras, y cómo, a su vez, las experiencias singulares pueden retroalimentar procesos de transformación social.

La salud, entendida desde una perspectiva crítica y compleja, no puede reducirse a la mera ausencia de enfermedad ni a un conjunto de indicadores clínicos descontextualizados. La Teoría de la Determinación Social de la Salud (DSS), inscrita en una tradición histórico-materialista, plantea un abordaje integral en el que los procesos de salud y enfermedad se explican en función de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales que los producen y reproducen (Samaja 2002; Nunes 2007). Este enfoque propone un análisis que trasciende la esfera biomédica, situando el cuerpo y la experiencia de las personas trabajadoras como espacios donde se materializan las contradicciones del sistema social. De esta forma, la salud se comprende como un proceso socialmente determinado, y no como un estado estático o un fenómeno meramente biológico.

En esta misma línea, la epidemiología crítica se erige como una alternativa teórica y metodológica frente al reduccionismo biomédico y al paradigma tradicional de los *factores de riesgo* (Breilh 2021). Esta corriente replantea la manera de abordar la relación trabajo-salud, sustituyendo la mirada fragmentaria por una lectura estructural que identifica los procesos de determinación social, económica y políticos que configuran las condiciones laborales. Desde esta perspectiva, los denominados *riesgos laborales* no son atributos inevitables del trabajo en sí mismo, sino el resultado de formas históricas de organización productiva que, en el marco del neoliberalismo, han profundizado la *precarización*, la intensificación de ritmos de trabajo y la inestabilidad contractual. Este modelo productivo no solo deteriora las condiciones materiales del empleo, sino que también impacta de manera directa en la salud física y mental de quienes trabajan, generando procesos de desgaste crónico que afectan desproporcionadamente a los sectores más vulnerables de la fuerza de trabajo.

No obstante, y pese a la riqueza explicativa de este enfoque, los sistemas de identificación, evaluación, gestión y control de riesgos en las unidades de trabajo continúan, en su gran mayoría, operando bajo la lógica del paradigma clásico. Este modelo, centrado exclusivamente en la categorización de *factores de riesgo*, limita la

gestión preventiva a acciones fragmentadas y desarticuladas, sin integrar la complejidad de los procesos históricos y estructurales que subyacen a la producción del daño (Vásquez y Ortega 2007). La consecuencia es un sistema preventivo que, aunque pueda registrar y medir determinados peligros, fracasa en anticipar y contrarrestar las condiciones estructurales que los originan, lo que impide desarrollar estrategias verdaderamente integrales de promoción de la salud.

En el caso ecuatoriano, estas limitaciones se ven reforzadas por el peso histórico de una formación médica configurada bajo una fuerte influencia de la tradición europea occidental, marcada por el paradigma ontológico-positivista (Estrella y Crespo Burgos 2009). Este marco, como explica Kuhn (1995), opera a través de lo que denomina “ciencia normal”: un modelo que estructura los hechos, teorías y métodos de investigación dentro de un sistema coherente de hipótesis verificables, orientadas a producir resultados generalizables. Si bien esta tradición ha contribuido al desarrollo de una medicina basada en la evidencia, también ha impuesto límites epistemológicos que obstaculizan la incorporación de miradas críticas y contextualizadas. En consecuencia, la salud de los trabajadores en el país continúa mayoritariamente anclada en una visión biologicista e individualizante, que invisibiliza las dimensiones colectivas, políticas y estructurales del proceso salud-trabajo, y que reduce la acción preventiva a la mera mitigación de riesgos puntuales sin cuestionar el sistema que los genera.

1.1 El positivismo y la sociedad del riesgo

La denominada sociedad del riesgo, conceptualizada por Beck et al. (1998), se entiende como la coexistencia paradójica entre la producción de riqueza y la generación de peligros, los cuales no son incidentes aislados, sino consecuencias estructurales e inevitables del proceso de modernización.

La presente investigación analiza la práctica actual de la salud ocupacional dentro de la categoría de sociedad del riesgo. En este contexto, se ha reducido el análisis de la salud en el trabajo a la exposición a riesgos en el puesto de trabajo, todos los estudios y estrategias de control se basan en riesgos laborales, las escuelas de formación de profesionales basan sus líneas académicas y de investigación en la gestión de riesgos, las leyes, normativas técnicas y documentos basan su enfoque en la prevención y control de los riesgos, por eso decimos que es una sociedad que piensa y habita para el riesgo.

Sin embargo, esta perspectiva no es meramente descriptiva, sino profundamente analítica: los *riesgos*, que antes se externalizaban, ahora son intrínsecos a la propia

organización social, privatizándose y recayendo desproporcionadamente en los colectivos más vulnerables. En este contexto, la Determinación Social de la Salud (DSS) se vuelve crucial, ya que el *riesgo* (de enfermar, contagiarse, accidentarse, de desgaste emocional, de violencia institucional) no es accidental, sino una consecuencia estructural del modelo de gestión hospitalaria y del trabajo precario.

De esta forma, el trabajo se constituye en un espacio donde los *riesgos* sistémicos son internalizados y somatizados por el colectivo de enfermería, haciendo la categoría de sociedad del riesgo fundamental para el análisis de la DSS.

En la modernidad avanzada, Beck et al. (1998) sostiene que la producción de riqueza se acompaña necesariamente de la producción de riesgos. Además, advierte que una mirada tecnocrática de los *riesgos* fragmenta la realidad, al reducirla a variables químicas, biológicas o físicas, invisibilizando su dimensión social. Desde esta perspectiva, existe el grave peligro de convertir el análisis en una visión naturalizada en la que el ser humano queda reducido a un aparato orgánico, perdiéndose de vista los significados sociales y culturales implicados.

Beck et al. (2019) subrayan que la naturaleza compleja, interdependiente y sistémica de estos *riesgos* dificulta su anticipación, pronóstico y control, ya que no responden a lógicas lineales y están profundamente imbricados en las dinámicas económicas y culturales globales.

Desde esta óptica, la noción de sociedad del riesgo resulta clave para comprender que los peligros que enfrentan las y los trabajadores de la salud no son contingencias fortuitas, sino consecuencias estructurales de un modelo de desarrollo que externaliza sus costos sobre las poblaciones más vulnerables. En el caso del personal sanitario, esto se manifiesta en condiciones de trabajo caracterizadas por la sobrecarga, la exposición permanente a agentes biológicos, químicos y psicosociales, así como la precarización contractual que restringe sus posibilidades de protección.

La sociedad del riesgo, entonces, no solo describe un escenario global de incertidumbre, sino que explica cómo los costos del progreso y de la acumulación capitalista recaen desproporcionadamente sobre quienes sostienen la reproducción social. Auxiliares de enfermería y otros trabajadores en la base del sistema de salud experimentan de manera directa esta situación en sus cuerpos, a través del desgaste físico, el estrés psicosocial y la naturalización de la inestabilidad laboral.

En suma, la categoría de Beck (1986) aporta una herramienta crítica para analizar la relación trabajo-salud en contextos como el ecuatoriano, al demostrar que las amenazas

que enfrentan los trabajadores no son fallas de gestión, sino expresiones de un orden estructural que concentra riqueza, organiza condiciones de trabajo y exposiciones peligrosas de manera desigual. Este marco se vuelve aún más esclarecedor al contrastarse con la impronta del positivismo en salud, que ha limitado la comprensión de los procesos del trabajo a un registro fragmentado de riesgos laborales, invisibilizando las dimensiones sociales y estructurales de las condiciones, organización y división del trabajo.

En el ámbito de la salud, la impronta del positivismo ha ejercido un predominio histórico que ha permeado tanto la investigación como la práctica clínica y preventiva. Este enfoque, centrado en la observación empírica y en la medición de variables aisladas, ha consolidado una visión fragmentada de los procesos salud-enfermedad, privilegiando la identificación de factores de riesgo específicos —físicos, químicos o biológicos— como causas directas de accidentes o patologías laborales. Tal hegemonía epistemológica se ha traducido, además, en la formulación de marcos normativos y regulaciones que reproducen esta lógica reduccionista, dejando en un segundo plano las dimensiones estructurales, organizativas y socioculturales que condicionan de manera decisiva la salud de las y los trabajadores.

Así, variables como la precariedad contractual, las desigualdades de género, la sobrecarga laboral o las dinámicas de poder institucional —aunque reconocidas en el plano discursivo— suelen quedar fuera de los sistemas formales de monitoreo y prevención, dificultando su abordaje integral. Este sesgo metodológico no solo limita la capacidad de explicar fenómenos complejos, sino que también restringe las posibilidades de implementar políticas públicas efectivas que enfrenten las causas profundas de la enfermedad laboral, perpetuando un modelo centrado en el control de daños y no en la transformación de las condiciones que los generan.

El positivismo, como corriente de pensamiento hegemónica, se desarrolló en el marco de la episteme de la modernidad europea, sustentada en la centralidad de la razón y en la primacía de la ciencia como vía legítima —y en muchos casos, exclusiva— para explicar y transformar el mundo (Breilh 1999). Desde esta perspectiva, la realidad se concibe como un conjunto de fenómenos externos al sujeto, gobernados por leyes naturales universales e inmutables, cuya existencia es independiente de la experiencia humana. Ontológicamente, esta visión asume que el mundo es objetivo y que sus regularidades pueden ser descubiertas y descritas por la ciencia a través de la observación, la medición y la verificación empírica.

De este modo, el conocimiento se entiende como una construcción neutra, desligada de condicionantes históricos, sociales o culturales, y el papel de la ciencia se reduce a identificar y sistematizar dichas leyes con el fin de predecir y controlar los fenómenos. Este enfoque ha permitido importantes avances técnicos y metodológicos; sin embargo, también ha contribuido a la consolidación de un paradigma que minimiza la incidencia de los factores estructurales y de las relaciones de poder en la configuración de la realidad social, incluyendo los procesos de salud y enfermedad.

Esta perspectiva otorga legitimidad científica casi exclusivamente a las ciencias empíricas, en las que la observación sistemática, la experimentación controlada y la formulación de hipótesis verificables constituyen el núcleo del proceso de producción de conocimiento (Punch y Oancea 2014). En este marco, el conocimiento válido se asocia con la capacidad de medir, cuantificar y replicar fenómenos, lo que consolida un sesgo metodológico que privilegia los datos numéricos y las correlaciones estadísticas por encima de las interpretaciones contextuales y de los saberes cualitativos.

En el campo de las ciencias de la salud, este modelo continúa siendo predominante, orientando tanto la investigación como la práctica clínica hacia un enfoque donde el cuerpo se entiende como un objeto biológico aislado, susceptible de ser evaluado, diagnosticado y tratado mediante indicadores objetivos y protocolos estandarizados. Tal concepción reduce la salud a una condición meramente física y observable, desconectándola de los procesos de determinación social, política y cultural que inciden en su configuración. Como resultado, se invisibiliza la influencia de factores estructurales —como las condiciones laborales, la desigualdad de género, la precariedad económica o la segregación territorial— y se perpetúa una mirada reduccionista que dificulta el abordaje integral de los procesos de salud-enfermedad, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad social.

Desde este paradigma, la ciencia médica ha orientado buena parte de sus esfuerzos hacia la exploración de los niveles más básicos y reduccionistas de la realidad —como los procesos genéticos, moleculares o bioquímicos—, con la expectativa de que la comprensión minuciosa de estas escalas permita explicar y, eventualmente, controlar las enfermedades. Sin embargo, esta focalización en lo micro ignora que los cuerpos humanos no son entidades aisladas, sino organismos inmersos en territorios concretos, atravesados por tramas de relaciones sociales, económicas, políticas y culturales que les confieren características singulares. Así, se pierde de vista que la salud y la enfermedad

no solo son procesos biológicos, sino también construcciones históricas y sociales que se inscriben en contextos determinados y cambiantes (Breilh 2007a; Espinoza 2014).

Esta ceguera epistemológica impide reconocer que las personas interactúan con su entorno de manera activa, transformándolo y, a la vez, siendo transformadas por él. Procesos como la distribución desigual de los recursos, las políticas públicas, las condiciones laborales, la calidad del hábitat o las redes comunitarias no son elementos accesorios, sino componentes centrales que modulan la forma en que los individuos enferman, se recuperan o fallecen. La ausencia de esta mirada integral no solo limita la capacidad explicativa de la medicina, sino que también restringe las posibilidades de diseñar intervenciones efectivas y socialmente pertinentes.

La medicina científicista, al consolidarse como el paradigma dominante en el campo de la salud, desplazó y deslegitimó otras formas históricas, comunitarias y culturales de aproximarse a los problemas de salud. Bajo su lógica, la relación terapeuta-paciente se erigió como el núcleo de la práctica médica, reduciendo la atención de la salud a un acto individualizado, frecuentemente descontextualizado de las condiciones sociales y ambientales que determinan los procesos de salud-enfermedad.

Este enfoque instaló de manera hegemónica a la clínica, la cirugía y la psiquiatría como los ejes principales de intervención (Breilh 1999), estableciendo una jerarquía del saber médico que privilegió las disciplinas con mayor proximidad a la biomedicina y relegó a un segundo plano la salud pública, la medicina preventiva y, especialmente, las prácticas de cuidado comunitario. El énfasis en la tecnificación y en el abordaje curativo reforzó la idea de que la salud es una cuestión exclusivamente individual y asistencial, minimizando la relevancia de las políticas sociales, las estrategias intersectoriales y la participación colectiva como factores esenciales para la promoción y protección de la salud.

En la práctica, la naturalización de condiciones laborales precarias bajo los actuales modelos de gestión hospitalaria y sanitaria ha derivado en afectaciones graves y persistentes a la salud del personal sanitario, llegando en no pocos casos a la pérdida de vidas humanas (Brisbois et al. 2017). Esta precariedad se manifiesta en múltiples dimensiones: desde jornadas extensas sin periodos adecuados de descanso, hasta la exposición continua a agentes biológicos, químicos y procesos psicosociales sin los mecanismos de prevención o protección suficientes.

Tales condiciones, en lugar de ser objeto de un cuestionamiento estructural, son frecuentemente asumidas —tanto por parte de las instituciones como por la propia fuerza

laboral— como inherentes al ejercicio profesional, reforzando una cultura de resignación y sacrificio (De la O Maese, Lizárraga y Echavarría 2018). Este proceso de normalización, que se enmarca en una lógica neoliberal de gestión por resultados y contención del gasto, no solo perpetúa el deterioro físico y mental de quienes sostienen el sistema de salud, sino que también invisibiliza las raíces políticas y económicas que lo producen, dificultando la construcción de alternativas centradas en la dignidad y el bienestar de las y los trabajadores.

Frente a este escenario, la epidemiología crítica ofrece un marco teórico y metodológico capaz de desentrañar las raíces estructurales de los problemas de salud vinculados al trabajo. Este enfoque no se limita a identificar correlaciones entre exposición y enfermedad, sino que incorpora herramientas para analizar de manera integral los efectos de los modelos de organización laboral sobre la vida y el bienestar de las personas trabajadoras. Su potencial radica en rescatar la historicidad de los procesos —es decir, reconocer que las condiciones actuales son resultado de trayectorias históricas marcadas por decisiones políticas y económicas—, así como en reivindicar la agencia de los sujetos, entendidos no como meros receptores pasivos de riesgos, sino como actores capaces de resistir, adaptarse y transformar sus realidades.

Además, la epidemiología crítica enfatiza la importancia de comprender cómo los procesos sociales, las relaciones de poder y las estructuras de desigualdad configuran el modo en que las personas enferman, viven y, en última instancia, mueren. De este modo, proporciona una base sólida para construir diagnósticos colectivos y estrategias de acción orientadas a la transformación estructural, superando el reduccionismo técnico y devolviendo la centralidad a la experiencia vivida de las y los trabajadores. En este contexto, la categoría de *embodiment* propuesta por Nancy Krieger permite profundizar en cómo esos procesos estructurales se inscriben de manera concreta en los cuerpos de los trabajadores, articulando así la biología con lo social.

1.2 La somatización de lo social y la Determinación Social de la Salud

La categoría de *embodiment*, desarrollada por Nancy Krieger (2005), y que en este trabajo la traducimos como somatización de lo social, parte de una premisa fundamental: los cuerpos expresan biológicamente las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas. La autora explica que el cuerpo incorpora, de manera biológica, el mundo material y social en el que se desarrolla la vida, lo que implica que la biología humana no

debe concebirse como un sistema cerrado, sino como el resultado dinámico de interacciones continuas con contextos sociales, políticos, económicos y ambientales.

El aporte de Krieger (2005) en el marco de la teoría ecosocial desde la década de (1990) resulta crucial porque desplaza la mirada de la enfermedad como hecho individual o clínico hacia su comprensión como un fenómeno histórico y socialmente producido. Al mostrar que las condiciones estructurales se inscriben en el cuerpo, el proceso de somatización de lo social coincide con la matriz conceptual de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) sobre la subsunción y el desgaste. Sin embargo, este proceso de somatización ofrece un puente epistemológico más explícito entre la biología y la sociedad, cuestionando las fronteras tradicionales entre lo natural y lo social, al centrarse en cómo los procesos de determinación estructural —precarización, desigualdad de género, discriminación étnica, desprotección social— se hacen visibles a nivel fenotípico y subjetivo (Breilh 2013; Krieger 2005). De este modo, el enfoque de la Determinación Social de la Salud encuentra en la somatización de lo social una categoría complementaria para profundizar el rastreo de las huellas corporales de la desigualdad.

En el ámbito de la salud de los trabajadores, esta categoría es especialmente potente porque permite explicar cómo los procesos de precarización, intensificación laboral, violencia organizacional o discriminación de género y clase se traducen en el cuerpo como enfermedades ocupacionales, desgaste físico y psicosocial, envejecimiento prematuro o incluso mortalidad evitable (desgaste laboral). Ejemplos como el dolor musculoesquelético de un auxiliar de enfermería que moviliza pacientes sin apoyo ergonómico, o la hipertensión asociada al estrés laboral crónico, evidencian que estos padecimientos no son meros hechos biomédicos, sino huellas materiales de relaciones de poder y de condiciones estructurales que marcan trayectorias vitales (Breilh 2013; Krieger 2005).

La somatización de lo social también enfatiza el carácter acumulativo de los procesos de desgaste. Las condiciones de trabajo no producen solo efectos puntuales en la salud, sino que, sostenidas en el tiempo, se encarnan en un “archivo corporal” de la desigualdad: cuerpos envejecidos prematuramente, enfermedades crónicas derivadas de la exposición prolongada a procesos de trabajo peligrosos y sufrimiento psicosocial que afecta la calidad de vida y el bienestar colectivo.

Desde esta perspectiva, el análisis de la relación trabajo-salud exige reconocer que las políticas laborales, los modelos de gestión hospitalaria y las dinámicas institucionales no son neutrales, pues producen subjetividades y configuran cuerpos. En el caso de los

auxiliares de enfermería, somatización de lo social permite comprender cómo la subordinación en la jerarquía hospitalaria, la sobrecarga de tareas y la invisibilización de su trabajo no solo limitan su desarrollo profesional, sino que también se traducen en padecimientos físicos y psíquicos específicos (Breilh 2013).

Finalmente, al integrar somatización de lo social en el marco de la Determinación Social de la Salud, se refuerza la idea de que la salud de los trabajadores no puede reducirse al control de *riesgos* aislados ni a intervenciones biomédicas individuales. Es necesario un enfoque que reconozca que las estructuras sociales se hacen carne en los cuerpos y que, por tanto, transformar la salud de los trabajadores implica modificar las condiciones estructurales, organizativas y culturales que determinan cómo se vive, se trabaja y se enferma (Breilh 2013; Krieger 2005).

En esta línea, resulta necesario profundizar en la propuesta de la Determinación Social de la Salud, que ofrece un marco analítico integral para desagregar estos procesos en diferentes niveles de explicación, articulando dimensiones generales, particulares e individuales. De forma conclusiva, esta tesis argumenta que existe una articulación dialéctica y necesaria entre las categorías centrales de la epidemiología crítica: la subsunción social (del enfoque teórico de la DSS), el nexo bio-psíquico y el desgaste (de la Medicina Social Latinoamericana) y el proceso de somatización de lo social. Esta articulación permite explicar con precisión cómo las lógicas estructurales de precariedad se inscriben y materializan en el cuerpo, configurando perfiles de desgaste en la dimensión individual.

2. Determinación Social de la Salud: dimensiones generales, particulares e individuales

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, la Determinación Social de la Salud (DSS) constituye una herramienta analítica esencial para comprender el proceso salud-enfermedad-trabajo de manera compleja, multidimensional y situada en contextos históricos concretos. A diferencia de las aproximaciones reduccionistas del paradigma biomédico, que fragmentan la realidad y circunscriben la explicación de la enfermedad a la presencia o ausencia de factores de riesgo aislados, la DSS integra dimensiones históricas, económicas, políticas, sociales, culturales y ecológicas que configuran las condiciones de vida y trabajo.

Este enfoque reconoce que los problemas de salud no son hechos fortuitos ni meramente biológicos, sino el resultado de relaciones sociales de producción y

reproducción que, a través del tiempo, modelan tanto las oportunidades como las amenazas para la salud colectiva. En este sentido, la DSS no solo incorpora la materialidad de los entornos laborales, sino también los significados culturales, las formas de organización y las desigualdades estructurales que, de manera conjunta, determinan cómo se vive, se enferma y se muere en una sociedad determinada (Breilh 2007a, 2021).

Bajo esta mirada, la salud humana y los ecosistemas no pueden ser comprendidos como entidades independientes ni como realidades inmutables, sino como procesos dinámicos y en constante interacción, profundamente modelados por condiciones sociales, económicas y políticas (Breilh 2010b). Esta interdependencia plantea que el deterioro de la salud de las personas está intrínsecamente vinculado al deterioro de los entornos naturales y comunitarios en los que viven y trabajan, y que ambos forman parte de un mismo entramado socioecológico.

Analizar el objeto epidemiológico desde la Determinación Social de la Salud implica, por tanto, reconocerlo como una construcción histórica situada, dotada de características, relaciones y contradicciones que no pueden ser reducidas a indicadores estáticos. Esto exige desentrañar la complejidad de sus determinaciones, entendiendo que se trata de un proceso en permanente transformación, atravesado por fuerzas que operan en distintas escalas —global, nacional, local— y que interactúan dialécticamente. Así, el análisis no se limita a describir la presencia de daños o riesgos, sino que se orienta a comprender el movimiento y la lógica interna de los procesos que los generan, permitiendo identificar tanto las causas estructurales como las posibilidades de acción transformadora.

Desde este enfoque, el estudio de la relación trabajo-salud adquiere un carácter integral y transformador, ya que no se limita a la mera identificación de riesgos o daños, sino que se orienta a comprender y modificar las estructuras que los producen. La articulación de la participación activa de las y los trabajadores resulta esencial, no solo como fuente de información, sino como motor para la formulación de propuestas y estrategias orientadas a fortalecer la seguridad y el bienestar en el entorno laboral. Esta perspectiva reconoce que las personas trabajadoras poseen un saber situado, derivado de su experiencia cotidiana, que es imprescindible para el diagnóstico certero de las problemáticas y la construcción de soluciones viables.

Para ello, se hace necesaria una mirada multidisciplinaria que conjugue aportes de la epidemiología crítica, la sociología del trabajo, la antropología, la ergonomía y la psicología laboral, entre otras disciplinas, permitiendo capturar la complejidad de los

procesos que inciden en la salud. De manera transversal, el enfoque de género se vuelve ineludible, dado que las desigualdades estructurales afectan de forma diferenciada a hombres y mujeres, especialmente en sectores como el trabajo de cuidado, donde las cargas reproductivas no remuneradas y la discriminación ocupacional se superponen a las demandas laborales.

Asimismo, la atención a los modos y estilos de vida implica comprender cómo las condiciones laborales se entrelazan con los hábitos, relaciones y prácticas culturales de cada colectivo, en contextos históricos y territoriales específicos, como ocurre en los espacios de cuidado intercultural, donde convergen saberes biomédicos y prácticas tradicionales. En conjunto, este abordaje permite no solo un análisis más preciso, sino también la construcción de intervenciones más inclusivas, pertinentes y culturalmente sensibles.

La reproducción social se configura en espacios concretos, donde confluyen y se entrelazan relaciones de clase, etnia, poder y género que moldean de manera profunda las condiciones de existencia de las personas y colectivos. Estos espacios no son meros escenarios pasivos, sino territorios activos de interacción, conflicto y construcción social, en los que se definen y reproducen jerarquías, se negocian recursos y se ejercen formas de control y resistencia. Las estructuras que los sostienen —económicas, políticas, culturales e institucionales— delimitan las posibilidades de acceso a bienes y servicios esenciales, las oportunidades de participación y organización social, así como el grado de autonomía frente a los condicionantes externos.

En este marco, los modos de vida colectivos emergen como la síntesis de estas determinaciones estructurales, manifestándose en patrones de consumo, formas de organización familiar y comunitaria, sistemas de creencias, y prácticas de cuidado y autocuidado. Estas configuraciones no son neutras ni estáticas, sino el resultado histórico de procesos de dominación y resistencia que, a su vez, condicionan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada grupo social. Resulta, por tanto, imposible comprender los perfiles de salud de una población sin analizar en profundidad sus modos de vida, pues estos actúan como mediadores entre las condiciones estructurales y las manifestaciones concretas del proceso salud-enfermedad (Breilh 2010a).

En el caso del personal de salud, y particularmente de los auxiliares de enfermería, el estudio de estos modos de vida permite revelar cómo las desigualdades y tensiones estructurales se encarnan en su cotidianidad, afectando tanto su bienestar físico y mental como su capacidad de agencia frente a las condiciones laborales que los atraviesan.

Desde la década de 1970, la epidemiología latinoamericana ha asumido el desafío histórico de cuestionar y superar el paradigma positivista que, durante gran parte del siglo XX, dominó el análisis del proceso salud-enfermedad. Este paradigma, anclado en una visión reduccionista y biologicista, tendía a aislar las causas de la enfermedad en factores medibles y verificables, descontextualizando a las personas y sus entornos. Frente a esta limitación, emergió una corriente crítica que buscó reinterpretar la salud como un fenómeno esencialmente colectivo, inscrito en un entramado de relaciones sociales, económicas, políticas y culturales.

En este tránsito, la epidemiología latinoamericana no solo amplió su objeto de estudio, sino que también redefinió su método, incorporando de manera explícita la historicidad y la determinación social como ejes centrales de análisis. La propuesta consistió en desplazar la mirada del individuo aislado hacia la comunidad, y del evento puntual hacia el proceso histórico, entendiendo que las enfermedades y los perfiles de salud responden a formas concretas de organización social y producción. Para ello, se adoptaron y sistematizaron categorías provenientes del materialismo histórico —como las nociones de estructura, proceso, contradicción y totalidad— con el fin de perfeccionar los marcos teóricos y metodológicos de análisis (Breilh Paz y Miño 2010).

Este esfuerzo significó una verdadera innovación epistemológica, ya que permitió integrar de forma orgánica las dimensiones biológica, psicológica y social, evitando la fragmentación analítica que caracteriza a los enfoques tradicionales. De esta manera, la epidemiología crítica no solo abrió un nuevo horizonte de comprensión sobre las causas y procesos de determinación de la salud y la enfermedad, sino que también propuso herramientas para la acción política y la transformación de las condiciones que generan inequidad y deterioro en la vida de las y los trabajadores.

Desde la década de 1970, la epidemiología latinoamericana ha enfrentado el desafío de romper con el paradigma positivista, hegemónico en el campo de la salud, que durante décadas redujo el análisis del proceso salud-enfermedad a la identificación lineal de causas inmediatas y medibles, descontextualizando al sujeto de su realidad histórica y social. Esta ruptura no fue meramente teórica, sino también política y metodológica, en tanto implicó cuestionar los fundamentos del modelo biomédico tradicional y abrir paso a una concepción en la que la salud se entiende como resultado de procesos sociales complejos y estructuralmente determinados.

En este marco, se propuso una reinterpretación colectiva del proceso salud-enfermedad que desplazó el foco del individuo aislado hacia los grupos y comunidades,

reconociendo que la distribución de la salud y la enfermedad en la población obedece a condiciones materiales de existencia, a relaciones de poder y a la forma en que se organiza el trabajo y la vida social. Este giro epistemológico llevó a construir una alternativa metodológica basada en dimensiones bio-psico-sociales, capaces de integrar los elementos biológicos, psicológicos y socioculturales en un mismo análisis, evitando la fragmentación característica de los enfoques tradicionales.

A lo largo de este proceso, la epidemiología crítica latinoamericana ha sistematizado y adaptado categorías provenientes del materialismo histórico —como estructura, proceso, contradicción y totalidad— para perfeccionar sus marcos teóricos y metodológicos de análisis (Breilh Paz y Miño 2010). El resultado ha sido un cuerpo de conocimiento que no solo interpreta la salud desde una perspectiva integral, sino que también ofrece herramientas para intervenir sobre sus procesos de determinación, incorporando la historicidad, la agencia social y la lucha por condiciones de vida dignas como componentes centrales del quehacer científico.

Desde una perspectiva contrahegemónica, el realismo crítico —representado por autoras y autores como Margaret Archer— ofrece un marco filosófico y metodológico que resulta particularmente útil para el análisis de la salud de las y los trabajadores, al concebirla como un proceso complejo, históricamente situado y profundamente influido por las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se desarrolla (Archer et al. 2013). Este enfoque se distancia de las visiones mecanicistas y reduccionistas que dominan la epidemiología tradicional, al sostener que la realidad social es estratificada y que los fenómenos que en ella ocurren no pueden comprenderse plenamente si se aíslan de sus contextos y de las relaciones que los producen.

En este sentido, la salud no se considera un estado estático ni un mero resultado biológico, sino una construcción social dinámica que se configura a través de la interacción entre estructuras objetivas —como las condiciones de trabajo, las políticas laborales y los marcos normativos— y la agencia de las personas y colectivos que, en su práctica cotidiana, pueden resistir, transformar o reproducir dichas estructuras. Esta lectura reconoce que los procesos de desgaste y deterioro laboral no son inevitables, sino contingentes y, por tanto, modificables.

El realismo crítico, al integrar una ontología estratificada de la realidad con una epistemología que acepta la falibilidad y la provisionalidad del conocimiento, abre la posibilidad de intervenir sobre los procesos de determinación de la salud de manera integral y participativa. Esto implica que las transformaciones en las condiciones de salud

de los trabajadores requieren no solo cambios técnicos o normativos, sino también procesos colectivos de reflexión, organización y acción que permitan a las y los trabajadores incidir activamente en la configuración de su propio bienestar. En este marco, la investigación no se limita a describir problemas, sino que se convierte en una herramienta de emancipación y de construcción de alternativas desde y para los sujetos involucrados.

Esta visión se articula de manera fecunda con la teoría crítica desarrollada por Max Horkheimer, quien plantea que conocimiento y acción no constituyen esferas separadas ni secuenciales, sino dimensiones interdependientes de un mismo proceso. Desde esta perspectiva, no existe un momento “puro” de producción de conocimiento seguido, de manera posterior, por su aplicación práctica; más bien, toda producción teórica está impregnada de implicaciones políticas y éticas, del mismo modo que toda praxis se encuentra guiada —de manera consciente o inconsciente— por un determinado marco conceptual (Horkheimer, Schmidt y Backhaus 1974).

Para Horkheimer, la teoría crítica no se limita a describir o explicar la realidad, sino que se compromete activamente con su transformación. Este compromiso se fundamenta en la premisa de que las estructuras sociales, económicas y culturales no son inmutables, sino el resultado de relaciones históricas de poder que pueden y deben ser modificadas en la dirección de la justicia social. En este sentido, el quehacer científico no es neutral: está siempre situado y orientado, explícita o implícitamente, hacia la preservación del orden existente o hacia su transformación.

Esta postura es retomada y actualizada por autoras y autores contemporáneos como Marcillo Balseca, Heredia Logroño y Benitez Triviño (2017), quienes enfatizan que la ciencia crítica debe operar como una praxis reflexiva y emancipadora. Tal praxis implica no solo analizar las condiciones que generan inequidades en salud de los trabajadores, sino también articular estrategias colectivas para su superación, integrando a las y los trabajadores como sujetos activos en la generación de conocimiento y en la implementación de cambios estructurales. De esta manera, la investigación se convierte en un acto político que, además de producir evidencia, busca contribuir de forma directa a la construcción de sociedades más equitativas y saludables.

En consonancia con este planteamiento, Jaime Breilh (2010b) subraya la interdependencia entre las formas de “mirar”, “pensar” y “actuar” sobre la realidad, insistiendo en que todo proceso investigativo está inevitablemente mediado por la perspectiva epistemológica desde la cual se construye el objeto de estudio. La mirada

crítica, por tanto, no se limita a la observación pasiva de un fenómeno, sino que implica reconocer las relaciones históricas y estructurales que lo configuran, así como las posibilidades de su transformación. En este sentido, la investigación crítica parte de una delimitación rigurosa del objeto en sus dimensiones esenciales y procesuales, asumiendo que dicho objeto —en este caso, la relación salud-trabajo— se encuentra en un estado constante de cambio, condicionado por múltiples factores sociales, económicos, políticos y culturales.

Desde esta perspectiva, la salud-trabajo se comprende como un objeto complejo, dialéctico y determinado socialmente. Tal complejidad se expresa en tres niveles analíticos interrelacionados: primero, la salud como “objeto” (una realidad empírica y material observable en las condiciones y procesos de trabajo); segundo, como “concepto metodológico” (una categoría de análisis que orienta la investigación y permite identificar los nexos entre condiciones estructurales, organizacionales y singulares); y tercero, como “campo de acción” (un espacio de intervención social y política donde confluyen actores, instituciones y movimientos colectivos) (Almeida-Filho 2006).

Esta triada no es meramente descriptiva, sino que cumple una función estratégica en la investigación crítica: posibilita el diseño de operaciones metodológicas que integren la producción de conocimiento con la praxis transformadora. Articulada con la participación activa de fuerzas sociales y del propio colectivo laboral, esta concepción abre la puerta a intervenciones que no solo mitiguen daños inmediatos, sino que cuestionen y transformen las estructuras que los generan.

La ciencia crítica, en su vocación transformadora, impulsa el cuestionamiento profundo de las desigualdades e inequidades que atraviesan la vida social, así como de las relaciones étnicas, de género y de poder que configuran las realidades laborales y de salud. En contraposición a la lógica fragmentaria del paradigma de los factores de riesgo —que aísla variables y desconecta sus causas de los contextos históricos y estructurales—, la Determinación Social de la Salud (DSS) plantea una visión holística e integral del proceso salud-enfermedad. Esta visión reconoce que las condiciones de salud no son el resultado de exposiciones aisladas, sino de la articulación de procesos sociales que operan a diferentes escalas y que, dialécticamente, se interpenetran.

Breilh (2010a, 2021) organiza este análisis en tres dimensiones que permiten comprender la complejidad de dicho proceso. La dimensión general corresponde a las estructuras macro que orientan y condicionan la reproducción social; aquí se incluyen los sistemas económicos, políticos y culturales, así como las políticas públicas, las relaciones

de poder y las formas históricas de acumulación de capital. Se trata de la categoría central de análisis, pues define las posibilidades y limitaciones estructurales que luego se expresarán en las demás dimensiones.

La dimensión particular se refiere a los modos de vida, entendidos como las condiciones concretas de existencia de los grupos sociales, que se expresan en contextos específicos —como el lugar de trabajo, la comunidad o el territorio— y que determinan perfiles epidemiológicos diferenciados. Esta dimensión es clave para comprender por qué distintos colectivos experimentan procesos de desgaste o protección de manera desigual, aun bajo un mismo marco estructural.

Finalmente, la dimensión individual se asocia a los estilos de vida, es decir, a las prácticas cotidianas, hábitos y decisiones que cada persona adopta. Aunque esta dimensión está profundamente influida por las anteriores, mantiene un margen de agencia individual. Sin embargo, la epidemiología crítica subraya que esta agencia no puede analizarse aisladamente: las elecciones personales se encuentran siempre condicionadas por el acceso a recursos, el tiempo disponible, la calidad de las condiciones laborales y las redes de apoyo social.

Al articular estas tres dimensiones en un análisis integrado, la DSS permite superar la mirada reduccionista y construir diagnósticos más completos, que abran la puerta a intervenciones transformadoras en el ámbito laboral y social.

Para profundizar en el análisis crítico y fortalecer el marco metodológico de la investigación, resulta pertinente recuperar los aportes de Edgar Morin (2004), quien identifica cuatro líneas de innovación fundamentales para el pensamiento complejo. La primera es la lucha contra el reduccionismo empírico y cuantitativista, que limita la comprensión de la realidad a aquello que puede medirse numéricamente, despojando a los fenómenos de su contexto y de su historicidad. En el campo de la salud de los trabajadores, este reduccionismo se traduce en la sobrevaloración de indicadores clínicos aislados, sin atender a los procesos estructurales que los originan.

La segunda línea es la crítica a la racionalidad eurocéntrica y androcéntrica, que ha dominado la producción de conocimiento científico, invisibilizando saberes diversos y deslegitimando experiencias provenientes de otras geografías y de sujetos históricamente subalternizados. Esta crítica es particularmente relevante en el análisis del trabajo de cuidado, pues permite cuestionar los sesgos de género y clase que han marcado tanto la práctica sanitaria como su investigación.

En tercer lugar, Morin (2004) plantea la superación de teorías totalizantes que, en su afán de ofrecer explicaciones universales, terminan negando la complejidad inherente a los fenómenos sociales y sanitarios. La salud de las y los trabajadores, desde esta perspectiva, no puede ser reducida a un patrón único, sino que debe ser comprendida en su diversidad, atendiendo a la especificidad de contextos, trayectorias laborales y condiciones estructurales.

Finalmente, el autor propone el *replanteamiento* de la relación entre conocimiento académico y saber popular, abogando por una ciencia que dialogue con las experiencias y conocimientos construidos en la vida cotidiana. Este principio converge con uno de los ejes centrales de la epidemiología crítica: reconocer a las y los trabajadores como sujetos productores de conocimiento, cuyas vivencias son esenciales para comprender los procesos de salud-enfermedad.

Estas propuestas encuentran resonancia en el planteamiento de Almeida (2000) en *La ciencia tímida*, donde se defiende la recuperación de la epidemiología como ciencia básica de la salud colectiva, con capacidad no solo para formular hipótesis críticas, sino también para interpretar la salud como una expresión concreta del modo de vida. En este sentido, la integración de la epistemología compleja de Morin (2004) con el enfoque de Almeida aporta un sustento metodológico sólido para analizar la relación trabajo-salud desde la Determinación Social de la Salud, superando las limitaciones del paradigma biomédico tradicional.

Así, la epidemiología crítica se erige no solo como un marco analítico, sino también como un instrumento para la recuperación ética y política de los procesos sociales, capaz de visibilizar y cuestionar las condiciones estructurales que generan enfermedad y desigualdad. Al reconocer que la salud es inseparable de los derechos laborales, la equidad de género, la justicia ambiental y la garantía de condiciones de vida digna, este enfoque trasciende los límites de la investigación académica tradicional para inscribirse en un proyecto político de transformación (Almeida-Filho 2006; Breilh 2007a).

En esta dirección, la salud colectiva se proyecta como una estrategia emancipadora que se alinea con las luchas de los movimientos sociales, no solo para denunciar las inequidades existentes, sino también para aportar a la construcción de un poder alternativo que parta de las necesidades vitales y de las aspiraciones de los pueblos (Breilh Paz y Miño 2014). Ello implica que el conocimiento científico no se produzca de manera aislada, sino en diálogo constante con los actores y las comunidades afectadas,

incorporando sus saberes, demandas y propuestas como insumos esenciales para la acción.

Lejos de ser un campo neutral, la epidemiología crítica reconoce que la salud es un territorio en disputa. Esta disputa se libra en torno al significado mismo de lo que entendemos por “salud” y a las formas que consideramos legítimas para intervenir en ella. Las tensiones entre intereses sociales, económicos y políticos también atraviesan el campo de la salud de los trabajadores, donde la confrontación entre la lógica del capital y la lógica de la vida se hace particularmente evidente (Eslava Castañeda 2017). Por ello, el análisis crítico del trabajo y la salud no puede limitarse a la identificación de daños, sino que debe orientarse a la transformación de las estructuras que los producen.

Esta comprensión abre paso al siguiente apartado, en el que se explora cómo la Determinación Social de la Salud articula sus dimensiones generales, particulares e individuales, y cómo estas ofrecen un marco más potente para comprender y actuar sobre los procesos de salud-enfermedad en el ámbito laboral.

3. Ampliando el entendimiento de somatización de lo social en el contexto de la Determinación Social de la Salud

El concepto de somatización de lo social constituye una categoría de análisis que rompe con el dualismo cartesiano mente-cuerpo (“Pienso, luego existo” o *cogito ergo sum*), paradigma que ha dominado la filosofía y la ciencia occidental durante siglos (Costa 2006). Esta ruptura no es meramente semántica, sino epistemológica: supone reconocer que la experiencia humana no se divide en un plano mental abstracto y un cuerpo pasivo, sino que ambos constituyen una unidad dialéctica inseparable, mediada por el entorno social, cultural e histórico.

En las últimas décadas, el concepto ha sido resignificado desde distintos campos —la neurociencia, la fenomenología, la antropología y las ciencias sociales críticas—, adquiriendo especial relevancia para la teoría de la Determinación Social de la Salud (DSS). Desde este marco, entender el proceso de somatización de lo social ofrece una clave para comprender cómo los procesos sociales, económicos y políticos se inscriben literalmente en los cuerpos, dejando huellas visibles e invisibles en la salud física, mental y emocional de los sujetos. Esta inscripción no es neutra: expresa y reproduce desigualdades, violencias y condiciones estructurales que diferencian de manera desigual a las personas según su posición en la estructura social.

La neurociencia, por su parte, ha aportado evidencia sólida sobre la profunda interrelación entre cuerpo y psique, demostrando que los procesos cognitivos, emocionales y conductuales no pueden explicarse de manera aislada del soporte corporal que los sustenta. Desde esta perspectiva, las emociones no son fenómenos puramente mentales, sino procesos bio-psico-sociales que se inician y se anclan en las sensaciones corporales. En el contexto de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Hauke, Lohr-Berger y Shafir (2024) sostienen que estos procesos emocionales emergen a partir de señales corporales, y que la intervención terapéutica puede potenciarse mediante el uso consciente de técnicas corporales —como posturas, movimientos o patrones respiratorios— asociadas a estados emocionales específicos. Este enfoque permite no solo trabajar sobre experiencias físicas, sino también intervenir en la construcción significativa del mundo emocional, lo que conecta directamente con la idea de que el cuerpo es un archivo vivo de experiencias sociales e históricas.

En el marco de la DSS, estas aportaciones adquieren un matiz político: cuando el trabajador somatiza sus procesos sociales no solo registra experiencias individuales, sino que encarna las condiciones laborales, los modos de vida y las relaciones de poder que estructuran la vida de las personas trabajadoras. En este sentido, el cuerpo del personal de salud —y particularmente de los auxiliares de enfermería— se convierte en un territorio donde se hacen visibles los efectos acumulativos de la precarización, la sobrecarga y las desigualdades de género y clase.

Por otro lado, si tomamos el estudio de Burkitt y Sanz (2001), que analiza la anorexia desde la corporeidad y desde la fenomenología de Merleau-Ponty, los autores concluyen que:

si bien existe una percepción corporal del mundo, ésta se vive desde una perspectiva situada que es a la vez individual (la relación de la persona con el mundo y su experiencia de acontecimientos vitales importantes) y sociohistórica [...]. Desde la perspectiva fenomenológica, no se puede decir que la percepción de la anoréxica esté “distorsionada”. Se podría señalar que existe una diferencia entre la perspectiva de la anoréxica y la de aquellos que están en contacto con ella, como la familia, los amigos o los médicos (44).

Esta reflexión es clave porque desplaza la idea de que la experiencia corporal pueda evaluarse únicamente desde parámetros biomédicos estandarizados, reconociendo que toda percepción y vivencia del cuerpo está situada en un contexto social, histórico y cultural determinado. Así, la corporeidad no es un mero soporte biológico, sino un espacio en el que se entrelazan elementos protectores y destructivos que se adquieren y se reproducen a través de procesos culturales, relaciones de poder y dinámicas estructurales.

En el marco de la Determinación Social de la Salud, esta visión sugiere que el cuerpo es, simultáneamente, un archivo de experiencias singulares y un producto social e histórico. En el caso del trabajo de cuidado en salud, el proceso de somatización de lo social se expresa en las huellas físicas, emocionales y mentales que dejan las jornadas prolongadas, la sobrecarga de tareas, la exposición a procesos peligrosos y la presión emocional de sostener la vida de otras personas. Estos signos —que pueden manifestarse como desgaste, estrés, dolor crónico o incluso enfermedad— no son únicamente síntomas clínicos, sino narrativas inscritas en el cuerpo que remiten a la forma en que se organiza el trabajo y a las desigualdades estructurales que lo atraviesan.

La propuesta de Merleau-Ponty (Costa 2006) enfatiza que la cognición no es exclusivamente un proceso mental abstracto, sino que está profundamente entrelazada con la experiencia sensorial y motora del cuerpo en interacción constante con su entorno. Desde esta perspectiva, el cuerpo no es un objeto pasivo que transporta a la mente, sino un sujeto activo que percibe interpreta y actúa en el mundo. Esta visión ha sido retomada y aplicada en diversos campos, incluyendo las ciencias sociales y organizacionales, donde cobra relevancia para comprender cómo se construyen las identidades profesionales. En investigaciones sobre identidad organizacional, como la de Harquail y King (2010), se sostiene que la asimilación de valores culturales y organizativos se desarrolla, no solo mediante discursos o normas explícitas, sino a través de experiencias corporales, sensoriales y prácticas cotidianas.

En este marco, las capacidades corporales —o biológicas— se convierten en herramientas activas para adquirir, interpretar, recordar y expresar información en contextos sociales específicos, como lo son los hospitales. En el trabajo de cuidado en salud, estas capacidades incluyen desde habilidades técnicas precisas (colocar una vía intravenosa, movilizar a un paciente) hasta competencias afectivas y relacionales (escuchar, contener, acompañar en el dolor). Todas ellas se aprenden, reproducen y resignifican en la práctica diaria, configurando una memoria corporal que refleja tanto el saber profesional como las huellas del desgaste físico y emocional. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, esta construcción encarnada de la identidad laboral se ve modulada por las condiciones estructurales, las jerarquías institucionales y las desigualdades de género que delimitan el modo en que cada trabajadora o trabajador se apropia de su rol y lo ejerce en la vida cotidiana.

La teoría de la Determinación Social de la Salud se articula conceptualmente con el proceso de somatización para analizar, con mayor precisión, cómo los procesos de

reproducción social configuran y se inscriben en los cuerpos de las personas trabajadoras. Desde esta perspectiva, el cuerpo deja de entenderse como un mero organismo biológico aislado, para concebirse como una construcción histórica y social que porta, en su materialidad, las huellas de las relaciones de producción, las dinámicas de poder y las desigualdades de género, clase y etnia. Breilh (2022) sostiene que esta encarnación puede manifestarse en expresiones protectoras o destructivas de la salud, dependiendo de las condiciones en las que transcurre la vida y el trabajo: un entorno con condiciones dignas, estabilidad y acceso a recursos puede favorecer procesos protectores, mientras que la precarización, la sobrecarga y la violencia laboral generan deterioro y enfermedad.

Este enfoque ofrece una herramienta potente para comprender que los cuerpos no son solo biología, sino producto y reflejo de estructuras sociales, históricas y materiales que atraviesan la vida cotidiana. En el caso del trabajo de cuidado en salud, esta mirada permite identificar cómo la fatiga crónica, el estrés sostenido, los trastornos musculoesqueléticos o los problemas cardiovasculares no son eventos aislados ni meramente “accidentes” laborales, sino materializaciones de procesos más amplios: recortes presupuestarios, modelos gerenciales orientados a la productividad, desigualdades jerárquicas y lógicas patriarcales que naturalizan la sobreexigencia hacia las mujeres trabajadoras. Así, el proceso de somatización de lo social en la DSS no solo describe un fenómeno, sino que abre un horizonte para la acción transformadora, al visibilizar la raíz estructural de lo que se manifiesta en el cuerpo.

Breilh (2022), adicionalmente, construye la relación dialéctica entre la sumisión y la autonomía relativa de la dimensión biológica que conlleva a somatizar las condiciones del contexto. Es decir, la reproducción social es entendida desde esta relación dialéctica:

La base material de este movimiento está conformada por la relación dialéctica entre: a) los modos de producir y los modos de consumir; b) el espacio social concreto donde aquellos devienen, que como Lefebvre ha explicado es socialmente producido, pero a la vez es un productor de lo social que apuntala al sistema social que lo generó (Lefebvre 2012); c) el movimiento de la reproducción social conforme avanza genera diversas encarnaciones (“*embodiment*”) importantes para la salud, que la epidemiología crítica estudia para entender las facetas o expresiones protectoras de la vida y la salud, así como las que son destructivas y malsanas; y d) por último los procesos políticos y culturales históricamente determinados que dicha base material genera, y que igualmente contribuyen a apuntalarla. (Breilh 2022, 46)

En esta tesis, el análisis del proceso de somatización de lo social se inscribe en las características específicas del colectivo de auxiliares de enfermería, quienes encarnan

desigualdades de clase, género, etnia y poder derivadas de las formas en que se organiza y gestiona el trabajo en el ámbito hospitalario. El entorno institucional —atravesado por lógicas de eficiencia fiscal, sobrecarga laboral, fragmentación del cuidado, relaciones jerárquicas rígidas y una feminización históricamente desvalorizada del rol— actúa como matriz productora de procesos de desgaste que se materializan en los cuerpos y subjetividades. Así, las dolencias crónicas, los trastornos musculoesqueléticos, el agotamiento emocional y el estrés sostenido no son meras consecuencias “naturales” del trabajo, sino huellas corporales de un modelo estructural que reproduce y profundiza desigualdades históricas. Este encuadre permite comprender que las experiencias físicas y emocionales del colectivo no se explican únicamente por factores ergonómicos o psicosociales inmediatos, sino por la inserción de estos sujetos en un entramado sociohistórico que determina sus posibilidades de salud, bienestar y autonomía.

La somatización de lo social desde la perspectiva de la epidemiología crítica, puede constituirse como una categoría integradora y profundamente reveladora para comprender la manera en que el trabajo —concebido simultáneamente como proceso social, técnico y simbólico— se entrelaza con la salud de las personas trabajadoras. Esta noción no se limita a describir la influencia de condiciones laborales objetivas sobre la biología humana, sino que evidencia cómo los cuerpos se convierten en escenarios donde se inscriben las consecuencias de las relaciones de poder, la desigualdad y las múltiples formas de opresión.

En el ámbito sanitario, este enfoque visibiliza cómo tales desigualdades se manifiestan físicamente a través del desgaste físico, la fatiga emocional, el dolor crónico o las enfermedades relacionadas con la sobrecarga laboral, al tiempo que devela cómo estas condiciones se perpetúan mediante prácticas institucionales y sanitarias naturalizadas, que a menudo escapan al cuestionamiento crítico.

Reconocer el cuerpo como territorio de lucha, memoria y expresión social implica romper con las concepciones reduccionistas de la salud como mera ausencia de enfermedad. Este reconocimiento transforma el cuerpo en un espacio de análisis político, ético y colectivo, donde se dirimen cuestiones tan fundamentales como la dignidad en el trabajo, la autonomía de las personas trabajadoras y la capacidad de reproducción de la vida en condiciones justas. Desde esta mirada, la experiencia corporal no es un mero correlato de los procesos sociales, sino un campo en el que convergen resistencias, adaptaciones y resignificaciones frente a las estructuras que intentan disciplinar y controlar la fuerza de trabajo. El cuerpo del personal auxiliar de enfermería, marcado por

jornadas extensas, ritmos intensos, exigencias emocionales y la invisibilización de su labor, se convierte así en un documento vivo que testimonia las tensiones entre la producción de salud y la reproducción de la vida, entre el mandato de cuidar y la necesidad de ser cuidado.

4. El trabajo en salud desde la Determinación Social

En este contexto, se vuelve imprescindible asumir como objeto de estudio la relación entre trabajo y salud, entendiendo el trabajo no únicamente como una actividad productiva, sino como un proceso histórico y socialmente situado que media entre la naturaleza y el ser humano (Marx 2000). Esta mediación no es neutra ni universal: se desarrolla en marcos geopolíticos concretos, atravesados por relaciones de poder, desigualdades estructurales y modelos de desarrollo que condicionan tanto las formas de organización laboral como las condiciones de vida de quienes lo ejercen.

Dichos condicionantes, cuando responden a lógicas de explotación o precarización, pueden derivar en una amplia gama de consecuencias adversas para la salud, que van desde el desgaste progresivo de la capacidad física y mental, hasta discapacidades permanentes o incluso la muerte (Betancourt 1995). Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, esto significa que cada tarea, cada ritmo impuesto, cada exigencia física o emocional y cada dinámica organizativa son también condiciones que se encarnan en los cuerpos, configurando perfiles epidemiológicos específicos.

Esta relación se concibe en la presente investigación como una interacción compleja y multidireccional entre factores biológicos, psicológicos y sociales, donde cada dimensión se encuentra profundamente imbricada con las demás. No se reduce a la identificación de riesgos físicos, químicos o biológicos del entorno laboral —como los que Beck et al. (1998) describe en su noción de sociedad del riesgo—,¹ sino que asume un enfoque interpretativo y crítico que reconoce que tales riesgos están mediados y potenciados por procesos históricos, económicos, sociales, culturales y ecológicos.

Bajo esta mirada, el trabajo hospitalario no puede analizarse de forma aislada de las dinámicas de acumulación capitalista, la precarización urbana, la pérdida progresiva

¹ Conforme la noción de “sociedad del riesgo”, formulada por Ulrich Beck (1998), la modernidad tardía genera riesgos globales que afectan diversos ámbitos, incluido el trabajo y la salud. Este concepto permite explorar las dinámicas entre los riesgos inherentes a las actividades laborales, las condiciones estructurales del sistema de salud y las implicaciones sobre los trabajadores, especialmente en contextos vulnerables como el de los auxiliares de enfermería en hospitales ecuatorianos. Es decir, hay una relación intrínseca entre “riesgo y modernidad” que, al ser estudiada desde la Determinación Social de la Salud, permite una comprensión más amplia y compleja de la relación entre trabajo y salud.

de autonomía laboral, la insostenibilidad ambiental, los problemas recurrentes de bioseguridad, el incremento sostenido del estrés laboral, la calidad y densidad de las relaciones interpersonales en el trabajo y, de manera especialmente significativa, el impacto diferencial que las condiciones socioeconómicas, de género, etnia y clase ejercen sobre la salud de quienes sostienen cotidianamente el cuidado.

La noción de Beck et al. (1998) permite situar estas problemáticas en el marco de una modernidad tardía que produce riesgos globales, difusos y difíciles de controlar, pero que se materializan de manera concreta y desigual en los cuerpos de las y los trabajadores. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, esta comprensión trasciende el inventario de riesgos para desentrañar cómo se articulan las estructuras macroeconómicas, las políticas sanitarias y las dinámicas institucionales, dando lugar a expresiones específicas de desgaste y vulnerabilidad, especialmente evidentes en el caso de los auxiliares de enfermería de hospitales públicos ecuatorianos.

Desde esta óptica, los riesgos laborales en la sociedad contemporánea no constituyen únicamente amenazas individuales, aisladas o derivadas de la exposición directa a determinados agentes nocivos; son, ante todo, manifestaciones visibles —o a menudo invisibilizadas— de procesos estructurales, históricos y políticos que configuran de manera desigual las condiciones de vida y de trabajo. Se trata de riesgos que emergen de un orden económico globalizado, regido por lógicas de acumulación que subordinan la salud a la rentabilidad, y que encuentran su expresión concreta en prácticas institucionales que tienden a normalizar, e incluso a legitimar, el deterioro físico y psicosocial de la fuerza laboral. En este sentido, su invisibilización no es fortuita, sino resultado de dispositivos ideológicos y organizativos que desplazan la atención hacia la responsabilidad individual, ocultando las determinaciones colectivas que los generan y sostienen.

El desarrollo de un modelo de análisis desde la Determinación Social de la Salud (DSS), capaz de integrar múltiples dimensiones de la vida social y natural, ofrece una herramienta metodológica y teórica para comprender de forma holística los modos y estilos de vida en contextos laborales específicos, como el hospitalario. Esta perspectiva permite interrogar de manera crítica las estructuras y dinámicas que organizan el trabajo, identificando tanto los procesos destructivos como aquellos potencialmente protectores de la salud. En este sentido, abordar el trabajo hospitalario desde la DSS implica reconocer que las condiciones laborales, las relaciones jerárquicas, la dotación de

recursos, la carga de trabajo y la cultura institucional no son elementos aislados, sino expresiones de un entramado sociohistórico más amplio.

Tal como plantea Breilh (2007a), existe una interdependencia entre cómo se percibe la realidad, cómo se interpreta y cómo se actúa sobre ella; una triada que, en el campo de la salud de los trabajadores, determina no solo la manera en que se diagnostican y gestionan los problemas, sino también la posibilidad de transformarlos. Esta comprensión crítica del objeto epidemiológico demanda, por tanto, un compromiso ético y político con la mejora de las condiciones de vida de quienes sostienen el sistema de salud.

Así, el objeto de estudio —la relación trabajo-salud— no puede ser reducido a una descripción superficial de sus manifestaciones visibles, sino que requiere una caracterización profunda que abarque tanto su naturaleza y extensión como sus procesos constitutivos. Esto supone examinar no solo qué problemas de salud se presentan, sino cómo y por qué emergen en función de las dinámicas estructurales, organizativas y culturales que atraviesan el entorno laboral.

En el caso que nos ocupa, dicho análisis se enmarca en el hospital como espacio privilegiado de observación, donde confluyen múltiples determinaciones: la lógica productiva de los servicios sanitarios, las relaciones jerárquicas y de poder, las exigencias técnicas y emocionales del cuidado, y las condiciones materiales en que este se desarrolla. El hospital se configura, así, como un microcosmos de la sociedad, en el que las desigualdades de clase, género y etnia encuentran un terreno fértil para expresarse y reproducirse. Pensar el objeto epidemiológico implica, por tanto, desentrañar esta complejidad, identificar sus múltiples dimensiones —biológicas, psicosociales, económicas y políticas— y, a la vez, proyectar rutas posibles para su transformación. Como señala Nogueira (2010), comprender un fenómeno desde la epidemiología crítica no solo significa describirlo, sino también abrir la imaginación hacia escenarios de cambio, lo que conlleva un ejercicio inseparable de conocimiento y acción.

La noción de Determinación Social de la Salud (DSS) se erige como una construcción teórico-metodológica gestada en el seno de la epidemiología crítica latinoamericana, cuyo desarrollo ha estado estrechamente vinculado a los procesos políticos y sociales de la región. No se trata únicamente de un marco analítico, sino de una herramienta profundamente comprometida con la transformación de las condiciones de vida, surgida al calor de luchas obreras, campesinas, feministas y de pueblos originarios que, desde la segunda mitad del siglo XX e inicios del XXI, han cuestionado

las bases de modelos de desarrollo capitalistas, extractivistas y depredadores (Breilh 2013). Esta perspectiva, contraria a la neutralidad aparente de los enfoques biomédicos hegemónicos, asume que la salud y la enfermedad no son fenómenos aislados, sino expresiones históricas y colectivas de un modo de producción determinado.

En este contexto, resultan fundamentales las contribuciones de Asa Cristina Laurell y Mariano Noriega, quienes en *La salud en la fábrica* (1989) realizaron un análisis crítico y pionero de diversos modelos de evaluación del trabajo y la salud, evidenciando cómo las formas de organización del trabajo generan perfiles de desgaste diferenciados y cómo la prevención requiere comprender y transformar las estructuras que los producen. Sus aportes no solo enriquecieron el campo académico, sino que también dotaron a los movimientos sociales y sindicales de herramientas conceptuales para la defensa de derechos y la construcción de alternativas.

Entre estos aportes, Laurell y Noriega (1989) realizan una revisión crítica de varios modelos internacionales de análisis del trabajo y la salud. En primer lugar, cuestionan el enfoque tradicional del estudio de puestos (*Labour Economics Study of Tasks*, LEST), que, si bien ha sido ampliamente utilizado en ergonomía y salud ocupacional, se limita a la identificación y cuantificación de riesgos laborales de carácter físico, químico o ambiental. Este modelo, anclado en el paradigma positivista, fragmenta el proceso de trabajo y omite su dimensión sociohistórica, lo que dificulta entender cómo la organización laboral, las jerarquías y las condiciones contractuales inciden en la salud de manera estructural.

En segundo lugar, valoran críticamente el modelo Gardell-Frankenhaeuser (Frankenhaeuser y Johansson 1986), el cual explora la relación entre trabajo, estrés y patología psicosomática desde una perspectiva más cercana a las demandas sindicales y al bienestar subjetivo. Si bien este modelo reconoce la influencia de los factores psicosociales y la carga mental en la salud, no alcanza a problematizar las raíces estructurales de la organización del trabajo que producen dicho estrés, quedándose en el plano de la gestión individual del malestar.

Finalmente, destacan la relevancia de la propuesta italiana del “modelo obrero” (Laurell 1978), desarrollada en el marco de la medicina del trabajo y la investigación participativa. Este enfoque rompe con la lógica vertical de la investigación tradicional y coloca a las y los trabajadores como sujetos activos en la producción de conocimiento sobre sus propias condiciones laborales. Inspirado en el pensamiento marxista, el modelo obrero entiende la división social del trabajo como un ordenamiento de actividades que

no solo organiza la producción de bienes materiales, sino que también distribuye desigualmente el poder, el saber y la exposición a riesgos, generando patrones específicos de desgaste y enfermedad. Este modelo, al integrar la experiencia cotidiana de los trabajadores con el análisis estructural, se aproxima a la lógica de la Determinación Social de la Salud y ofrece claves metodológicas para el estudio del trabajo hospitalario y del colectivo de auxiliares de enfermería.

Desde esta mirada, comprender el proceso salud-enfermedad exige superar la separación artificial entre el espacio de trabajo y el espacio de la vida cotidiana, integrando ambas esferas en un único análisis. Esta unidad dialéctica se expresa en el triángulo salud-trabajo-enfermedad, propuesto por Laurell y Noriega (1989) como una herramienta para visualizar las interacciones entre producción, consumo y reproducción social. En este esquema, las condiciones laborales —entendidas no solo como el ambiente físico de trabajo, sino también como la organización, los ritmos, la carga mental y la seguridad laboral— son determinantes directos en la producción de salud o enfermedad.

A su vez, las condiciones de vida reflejan el consumo y la reproducción social de la fuerza de trabajo: acceso a vivienda, alimentación, servicios públicos, tiempo libre y redes de apoyo social. Ambas dimensiones están íntimamente relacionadas, de manera que los deterioros producidos en el ámbito laboral repercuten en la vida extralaboral, y viceversa, generando un ciclo de retroalimentación que puede ser protector o destructivo para la salud. Esta interacción se traduce, según Laurell y Noriega, en perfiles de salud/enfermedad socialmente determinados, que no son homogéneos ni universales, sino que revelan patrones diferenciados de desgaste vinculados a la clase social, el género, la etnia y otras posiciones estructurales.

En el caso del personal auxiliar de enfermería, esta perspectiva permite comprender cómo las desigualdades de género, la subordinación jerárquica y la sobrecarga laboral se combinan con factores externos al hospital —como la precariedad de los servicios públicos o la violencia de género— para configurar un patrón particular de morbilidad y desgaste, inscrito en sus cuerpos y en sus trayectorias vitales.

Desde esta mirada, comprender el proceso salud-enfermedad implica reconocer que las condiciones de trabajo y las condiciones de vida no constituyen ámbitos separados, sino que forman parte de un mismo sistema de determinaciones. Esta unidad dialéctica, que Laurell y Noriega (1989) representan mediante el triángulo salud-trabajo-enfermedad, permite analizar cómo se articulan los procesos productivos con la reproducción social de la fuerza de trabajo. En este marco, las condiciones laborales —

que abarcan no solo los riesgos físicos y químicos del entorno, sino también la organización del trabajo, los ritmos, las exigencias emocionales y las posibilidades de participación en la toma de decisiones— inciden directamente en la producción de salud o enfermedad.

Por su parte, las condiciones de vida reflejan el modo en que se reproduce y consume la fuerza de trabajo: acceso a recursos básicos como alimentación, vivienda, educación, tiempo de descanso y redes de apoyo social. Estas condiciones, lejos de ser neutras, están atravesadas por relaciones de poder, políticas públicas, modelos económicos y desigualdades históricas. Así, los deterioros generados en el espacio laboral repercuten en la vida extralaboral, y las carencias de esta última retroalimentan los procesos de desgaste en el trabajo, configurando un ciclo que puede ser protector o destructivo.

Esta interacción, como señalan Laurell y Noriega (1989), se traduce en perfiles de salud/enfermedad socialmente determinados que evidencian patrones diferenciados de desgaste vinculados a la clase social, el género, la etnia y otras posiciones estructurales. En el caso del personal auxiliar de enfermería, esta perspectiva permite visibilizar cómo las desigualdades de género, la subordinación jerárquica y la sobrecarga laboral se combinan con factores extralaborales —como la precariedad de los servicios públicos o las responsabilidades domésticas— para configurar un patrón particular de morbilidad y desgaste, inscrito tanto en los cuerpos como en las trayectorias vitales de este colectivo.

Gracias a los desarrollos de la epidemiología crítica, se ha consolidado una herramienta analítica fundamental para comprender el vínculo entre trabajo y salud: el abordaje a través de las dimensiones general, particular y singular, concebidas como momentos interdependientes y subsumidos dentro de una totalidad dialéctica. Esta propuesta metodológica, ampliamente trabajada por Breilh (2013), constituye una alternativa robusta frente a la visión fragmentaria propia del positivismo, ya que no se limita a enumerar variables o riesgos aislados, sino que articula de forma dinámica los distintos niveles de determinación. En esta jerarquía conceptual, la dimensión general actúa como marco de referencia estructural, donde se inscriben los procesos históricos, políticos, económicos y culturales que configuran las condiciones de vida y trabajo.

La dimensión particular, por su parte, opera como el espacio mediador en el que se materializan estas condiciones estructurales a través de modos de vida específicos, perfiles epidemiológicos y arreglos institucionales concretos. Finalmente, la dimensión singular remite a la experiencia individual, marcada por las trayectorias biográficas, las

percepciones subjetivas y las respuestas corporales y emocionales frente a las condiciones vividas. Breilh (2013) advierte que estas dimensiones no deben ser entendidas de manera jerárquica en el sentido de niveles independientes, sino como partes articuladas de un mismo sistema en constante interacción.

En este marco, resulta indispensable reconocer que las y los trabajadores, en tanto sujetos históricos, no son meros receptores pasivos de las condiciones impuestas por el sistema productivo. Por el contrario, han desarrollado sus propias formas de comprender y afrontar los procesos de salud y enfermedad, integrando saberes construidos a partir de la experiencia cotidiana y la interacción comunitaria. Este acervo de conocimientos, que se expresa en prácticas de autocuidado, redes de apoyo y estrategias colectivas de resistencia, constituye una base epistemológica valiosa para repensar la salud de los trabajadores desde una perspectiva emancipadora.

Sin embargo, la medicina hegemónica tiende a invisibilizar o subordinar este saber popular, considerándolo no científico o carente de rigor. Integrar estas formas de conocimiento a los marcos de análisis crítico no solo enriquece la comprensión de los procesos salud-trabajo, sino que también fortalece la capacidad de acción colectiva frente a las desigualdades y violencias que atraviesan el mundo laboral.

5. Aproximaciones sobre el sindicalismo y su rol en el trabajo

La fundamentación teórica sobre el movimiento sindical debe inscribirse en la comprensión más amplia de la categoría de movimiento social, la cual remite necesariamente a la articulación de luchas históricas que involucran no solo reivindicaciones económicas, sino también disputas por el poder político, la dignidad y el reconocimiento de derechos. Esta noción no puede desvincularse de categorías como clase social, género y etnia, que estructuran los ejes de desigualdad y opresión sobre los cuales se configuran tanto las relaciones laborales como las formas de organización colectiva.

Desde la obra de Marx, la clase social se entiende como relación histórica vinculada al modo de producción y a la lucha por la apropiación de la riqueza. En este marco, el sindicalismo surge no únicamente como un instrumento gremial, sino como un actor político que materializa la capacidad de la clase trabajadora para disputar las condiciones de vida y de trabajo. Para Alain Touraine, un movimiento social es “simultáneamente un conflicto social y un proyecto cultural [...] aspira siempre a la realización de valores culturales y, al mismo tiempo, a obtener la victoria frente a un

adversario social” (Touraine 1994, 237). Esta definición es especialmente pertinente para comprender el sindicalismo en salud, donde la defensa de los derechos laborales se articula con la lucha por preservar la salud como un bien común y un derecho colectivo.

En la obra de Marx, el concepto de clase social no presenta una acepción única ni estático-formal, sino que se vincula directamente con el modo de producción, entendido como el conjunto de relaciones sociales, políticas y culturales que emergen en un contexto histórico determinado, donde la propiedad privada de los medios de producción organiza la vida social. Las clases sociales, por lo tanto, no existen como categorías aisladas, sino en la medida en que se relacionan dialécticamente entre sí, y es precisamente la lucha de clases —como conflicto estructural por la apropiación de la riqueza y el control de los procesos productivos— la que determina su existencia y su transformación histórica (Smith 2017).

El sindicalismo contemporáneo enfrenta desafíos significativos derivados de las transformaciones neoliberales. Como plantea Harvey (2007), el neoliberalismo ha implicado un reordenamiento del poder de clase, en el cual el capital busca debilitar los derechos laborales y minimizar la capacidad de organización colectiva. Este proceso se manifiesta en estrategias como la privatización de servicios, la tercerización laboral y la individualización de las relaciones de trabajo, que erosionan la fuerza de la negociación colectiva y fragmentan a los trabajadores.

Bourdieu (1999) complementa esta lectura al señalar que el neoliberalismo no solo desestructura las condiciones materiales del trabajo, sino que también ataca la solidaridad de clase, fomentando la competencia individual y la inseguridad laboral. De este modo, la precarización no se limita a la inestabilidad contractual, sino que produce efectos subjetivos que minan la posibilidad de construcción de sujetos colectivos. En la misma línea, Chomsky (1998) advierte que las políticas neoliberales tienden a desmantelar derechos colectivos y promueven una ideología antisindical, en la cual los sindicatos son presentados como obstáculos al “progreso económico” más que como garantes de justicia social.

Sin embargo, como recuerda Fraser (2009), los sindicatos mantienen un potencial transformador al articular la redistribución económica con las luchas por la justicia social en múltiples escalas —local, nacional y global—. Desde esta óptica, el sindicalismo en el sector salud no se limita a defender condiciones laborales, sino que también incide en la calidad del cuidado y en la defensa del derecho a la salud como bien común.

En América Latina, la experiencia de los sindicatos de salud ha mostrado que, pese a las estrategias de debilitamiento, la acción colectiva puede constituirse en un contramovimiento frente a la mercantilización del trabajo y la atención sanitaria (Polanyi-Levitt y Seccareccia 2018). En este sentido, el sindicalismo no solo es un actor de resistencia, sino también un agente que disputa sentidos y prioridades en la organización de los sistemas de salud.

Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, la organización sindical puede leerse como un proceso protector frente a la precarización y el desgaste laboral, en tanto posibilita generar redes de apoyo, negociar condiciones más seguras y promover políticas que favorezcan la salud integral de los trabajadores. Al mismo tiempo, constituye un espacio de construcción de subjetividades colectivas que permite a los trabajadores reconocerse como sujetos históricos con capacidad de agencia. En el caso de las auxiliares de enfermería, esta dimensión es clave: su organización y empoderamiento no solo protegen su salud física y psicosocial, sino que también fortalecen la capacidad del sistema sanitario de sostener el cuidado como un derecho colectivo y no como un servicio mercantilizado.

Touraine (1994) define los movimientos sociales como acciones conflictivas que transforman orientaciones culturales y relaciones de dominación, desafiando la historicidad establecida. En sus palabras, “un movimiento social es simultáneamente un conflicto social y un proyecto cultural [...] aspira siempre a la realización de valores culturales y, al mismo tiempo, a obtener la victoria frente a un adversario social” (246). Esta visión se enlaza con Marx al subrayar que los sujetos colectivos no son estáticos, sino históricos y conflictivos.

En el contexto de la salud, el sindicalismo no solo defiende condiciones laborales, sino que también actúa en la preservación del cuidado como bien común (Navarro 2015). Bajo el neoliberalismo, se enfrenta a estrategias de debilitamiento sindical mediante privatización, tercerización e individualización del trabajo (Harvey 2007). Bourdieu (1999) señala cómo estas políticas fragmentan la solidaridad de clase al fomentar competencia e inseguridad; Chomsky (1998) denuncia la ideología antisindical que desmantela derechos colectivos. Pese a ello, Fraser (2009) recuerda el potencial transformador de los sindicatos al combinar redistribución económica con justicia social en múltiples escalas.

Polanyi-Levitt y Seccareccia (2018) destacan su papel como “contramovimientos” frente a la mercantilización de la fuerza de trabajo, lo que en salud

adquiere relevancia estratégica. En América Latina, experiencias muestran resistencia a la privatización y luchas por el acceso equitativo (Lima y Machado 2017; Madariaga 2020; Bachoer 2022). No obstante, la fragmentación interna y la precariedad estructural limitan su influencia (OIT 2022).

Desde la Determinación Social de la Salud, los sindicatos pueden entenderse como procesos protectores frente al desgaste laboral y como agentes de transformación social, capaces de disputar sentidos en el sistema sanitario. En el caso de las auxiliares de enfermería, su organización fortalece la defensa de la salud como derecho colectivo y la sostenibilidad de la vida, visibilizando desigualdades de género, clase y etnia.

En consecuencia, el sindicalismo en el sector salud no se limita a la negociación salarial o contractual, sino que se configura como un actor político-cultural que disputa sentidos sobre el trabajo, la dignidad profesional, el derecho a la salud y la organización misma del cuidado. Así, los sindicatos no solo se enfrentan a estructuras de dominación económica, sino también a modelos culturales hegemónicos que tienden a invisibilizar el aporte de colectivos históricamente subordinados —como el del personal de auxiliares de enfermería—, reivindicando su rol y su derecho a condiciones laborales y de vida justas. Este doble papel —defender derechos laborales y, al mismo tiempo, garantizar el derecho colectivo a la salud— sitúa a las organizaciones sindicales como actores estratégicos para la reproducción social, capaces de incidir tanto en la política sanitaria como en la vida cotidiana de los trabajadores.

Los movimientos sociales se han consolidado históricamente a través de los conflictos sociales y políticos que los constituyen, como resultado de expresiones de acción colectiva frente a estructuras de poder que generan desigualdad y exclusión. Se configuran como desafíos colectivos protagonizados por sujetos que comparten objetivos comunes, bajo el principio de la solidaridad y en una interacción constante con las élites, los oponentes y las autoridades. Según Aguilar García y Camarena Luhrs (2017), un movimiento social:

es una acción realizada por un determinado sector social que se siente desfavorecido o desprotegido ante la acción de quienes detentan el poder político, económico o ideológico. Esta acción pretende modificar los parámetros culturales dominantes que indican que el statu quo es una situación dada y que no se puede modificar; también buscan el apoyo de la sociedad a través de la identificación con valores sociales como la solidaridad y la acción simbólica (como pueden ser marchas y manifestaciones en plazas públicas).

En el ámbito del trabajo en salud, esta definición adquiere un matiz particular. Los sindicatos del sector sanitario, y en especial aquellos que agrupan a colectivos históricamente vulnerados como el de auxiliares de enfermería, constituyen expresiones concretas de movimiento social en tanto articulan demandas laborales con reivindicaciones más amplias de justicia social y derecho a la salud. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, el sindicalismo no solo disputa mejoras contractuales o salariales, sino que cuestiona las estructuras institucionales y políticas que configuran las condiciones de trabajo y, en consecuencia, los procesos de salud-enfermedad de quienes sostienen cotidianamente el cuidado hospitalario.

La organización sindical y los soportes colectivos desempeñan un papel fundamental en la defensa de los derechos laborales y en la promoción de la salud integral de las y los trabajadores. Desde una perspectiva crítica, inspirada en la Determinación Social de la Salud, las condiciones laborales y de salud no pueden analizarse de manera aislada, sino como parte de un entramado estructural en el que el poder económico, las políticas públicas y las relaciones de producción determinan las desigualdades sociales (Breilh 2003).

En el sector salud, esta articulación es especialmente relevante. Los sindicatos no solo actúan como interlocutores en la negociación de salarios y beneficios, sino que también inciden en la configuración de entornos laborales seguros, en la defensa de la estabilidad contractual y en la denuncia de condiciones de trabajo que atentan contra la salud física y mental del personal sanitario. En el caso de los auxiliares de enfermería, la acción sindical adquiere un carácter reivindicativo doble: por un lado, busca visibilizar la centralidad de su labor en el sostenimiento del cuidado hospitalario; por otro, exige el reconocimiento profesional y la superación de las desigualdades de género, clase y jerarquía que atraviesan su trabajo cotidiano.

Por otro lado, los soportes colectivos —como redes de apoyo entre trabajadores y trabajadoras— constituyen una dimensión complementaria de esta lucha. No solo fortalecen la cohesión social y la capacidad de organización, sino que también operan como mecanismos de protección psicosocial, mitigando el estrés, el aislamiento y la vulnerabilidad emocional derivados de la sobrecarga laboral y de las exigencias impuestas por modelos de gestión hospitalaria de corte neoliberal (Brisbois et al. 2017). En este sentido, tanto la organización sindical como los soportes colectivos pueden ser comprendidos como procesos protectores que inciden directamente en la somatización de

lo social de los trabajadores, configurando resistencias que se inscriben en los cuerpos y en la memoria colectiva.

De esta manera, la organización sindical no solo se constituye en un vehículo de lucha colectiva, sino también en un recurso esencial para garantizar el bienestar físico, emocional y social de las y los trabajadores, al incidir en la transformación de las condiciones estructurales que reproducen desigualdades en el ámbito laboral. En el sector salud, este papel adquiere una dimensión estratégica: la negociación sindical no se limita a la obtención de mejoras salariales, sino que abarca la exigencia de entornos de trabajo seguros, el acceso equitativo a insumos, la reducción de la sobrecarga laboral y la implementación de políticas de cuidado que prevengan el desgaste profesional.

Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, los sindicatos actúan como actores colectivos que representan los intereses de las y los trabajadores frente al capital, desafiando la naturalización de la precariedad y cuestionando las lógicas neoliberales que subordinan la salud y el bienestar a criterios de rentabilidad y eficiencia. En este sentido, su accionar se articula con un proyecto más amplio de transformación social, en el que la defensa de los derechos laborales se integra con la lucha por la justicia social, la equidad de género y el reconocimiento pleno del trabajo de cuidado como un pilar fundamental para la reproducción de la vida.

El neoliberalismo, como advierte Harvey (2007), no es únicamente un conjunto de políticas económicas, sino un proyecto político que implica un reordenamiento del poder de clase, donde el capital busca debilitar los derechos laborales y minimizar el poder colectivo de las organizaciones sindicales. Este modelo opera mediante estrategias sistemáticas de debilitamiento sindical —privatización, tercerización laboral, flexibilización de contratos e individualización de las relaciones de trabajo—, cuyo objetivo es erosionar la capacidad de negociación colectiva y fragmentar la organización de las y los trabajadores.

En el plano simbólico y cultural, Bourdieu (1999) describe cómo el neoliberalismo socava la solidaridad de clase, promoviendo un ethos competitivo que fragmenta los vínculos comunitarios y normaliza la inseguridad laboral como una condición inevitable. Esta lógica individualizante no solo debilita la acción colectiva, sino que también afecta la salud física y mental de quienes trabajan, al incrementar la incertidumbre y la presión por el rendimiento. En la misma línea, Chomsky (1998) sostiene que las políticas neoliberales desmantelan derechos colectivos conquistados

históricamente y difunden una ideología antisindical que busca legitimar la subordinación de los intereses de las y los trabajadores a las exigencias del mercado.

En el sector salud, estas dinámicas adquieren una expresión particularmente crítica: la tercerización de servicios hospitalarios, la sobrecarga de trabajo y la precarización contractual reducen la capacidad de las y los trabajadores para organizarse y exigir condiciones dignas. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, esto no solo representa una disputa laboral, sino un determinante estructural que incide directamente en la calidad del cuidado brindado y en el bienestar integral del personal sanitario.

La expansión del capital, en el marco de la globalización económica y financiera, ha impulsado un proceso sistemático de apropiación de espacios comunes y relaciones sociales, convirtiéndolos en recursos esenciales para su reproducción. Según Mina Navarro (2015), tanto los bienes materiales como las relaciones sociales —indispensables para la reproducción de la vida humana— han sido progresivamente absorbidos por el capital moderno, integrándose a su lógica de acumulación y control. En palabras de la autora:

A lo largo de la historia, el capital ha buscado negar, subsumir o eliminar las relaciones sociales centradas en lo común para garantizar su expansión y acumulación sin impedimentos. Pero a pesar de todo dichas relaciones —aun con serias dificultades—, no sólo continúan desarrollándose, sino que hasta nuestros días son imprescindibles para garantizar de manera autónoma el sustento de miles de colectividades en todo el planeta y, con ello, la reproducción de la vida humana y no humana. (Navarro 2015, 102)

Este planteamiento resulta particularmente relevante para el análisis de las organizaciones sindicales en el sector salud, que encarnan formas de relación colectiva y de defensa de lo común frente a las lógicas de mercantilización de la vida. En un contexto hospitalario marcado por la precarización laboral, la sobrecarga de trabajo y la presión de indicadores productivos, los sindicatos y redes de apoyo constituyen expresiones concretas de resistencia a la apropiación capitalista de los recursos humanos y sociales necesarios para sostener el cuidado. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, esta disputa por preservar y fortalecer lo común no solo tiene implicaciones laborales, sino que es un factor determinante en la salud física, mental y social del personal sanitario.

En un trabajo posterior, junto con Lucía Insalata, Mina Navarro plantea que la lógica de dominio antropocéntrico, patriarcal y colonial impera al reorganizar la condición de interdependencia que caracteriza a América Latina. Esta lógica, anclada en una visión cartesiana, fragmenta la relación entre los seres humanos y sus medios de

existencia, convirtiendo los recursos y derechos naturales en objetos explotables y sometidos a la lógica de acumulación (Navarro e Insalata 2015).

La categoría de lo común, en este sentido, puede extenderse más allá de los bienes naturales para abarcar también los servicios de salud y las prestaciones de cuidado ejercidas para el bienestar colectivo. En el ámbito hospitalario, donde la salud y la vida son sostenidas por el trabajo humano, estas prestaciones constituyen un bien común fundamental que el capital busca mercantilizar mediante la privatización, la tercerización y la reducción de derechos laborales.

Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, la acción consciente y organizada de la clase trabajadora —a través de sindicatos, asociaciones y redes solidarias— no solo actúa en defensa de este bien común, sino que también se convierte en un freno a su apropiación capitalista. En el caso del personal auxiliar de enfermería, esta defensa adquiere un carácter estratégico: preservar las condiciones laborales y de cuidado no es solo una cuestión gremial, sino una condición necesaria para garantizar el derecho colectivo a la salud y la sostenibilidad de la vida misma.

En el contexto neoliberal, la importancia de las organizaciones sindicales se ve reforzada por su capacidad para contrarrestar los efectos de las políticas de austeridad, flexibilización laboral y desregulación económica, que priorizan las ganancias corporativas sobre el bienestar de la clase trabajadora. En un escenario donde las condiciones laborales se precarizan, los servicios públicos se fragmentan y el trabajo de cuidado se sobrecarga, el sindicalismo se convierte en un actor político capaz de disputar el sentido mismo del trabajo en salud.

Desde la óptica de la Determinación Social de la Salud, esta disputa no se limita a la negociación salarial o contractual, sino que implica la defensa de la salud como derecho colectivo y bien común, frente a su mercantilización. En el caso de los y las auxiliares de enfermería, la organización sindical se vuelve un espacio para visibilizar las desigualdades estructurales que atraviesan su labor —marcadas por jerarquías de género, clase y etnia—, y para impulsar transformaciones que garanticen no solo su bienestar físico y mental, sino también la calidad y universalidad del cuidado que prestan.

Los sindicatos no solo son actores de resistencia frente al desmantelamiento de derechos laborales, sino también agentes de transformación social. Su rol es fundamental para articular demandas de justicia social, económica y laboral. Como explican Polanyi-Levitt y Seccareccia (2018), los movimientos laborales, incluidos los sindicatos, actúan como “contramovimientos” ante la mercantilización de la fuerza de trabajo en economías

de mercado desreguladas. Esta función adquiere un sentido estratégico en el sector salud, donde la precarización y la sobrecarga laboral no solo deterioran las condiciones de vida de quienes trabajan, sino que también impactan directamente en la calidad del cuidado brindado a la población.

Por su parte, Nancy Fraser, en *Scales of Justice*, resalta cómo los sindicatos pueden combinar la lucha por la redistribución económica con la justicia social, promoviendo igualdad en diferentes escalas: local, nacional y global (Fraser 2009). Esta doble dimensión —redistributiva y de reconocimiento— cobra especial relevancia en el ámbito sanitario, donde las condiciones laborales no sólo repercuten en el bienestar del personal, sino que también influyen en la calidad y accesibilidad de los servicios de salud que reciben las comunidades. En este sentido, las organizaciones sindicales no son únicamente mecanismos de defensa corporativa, sino espacios de articulación política capaces de disputar sentidos y prioridades dentro de la política pública, incluyendo la defensa del cuidado como un derecho fundamental y no como una mercancía.

La movilización y el activismo de los sindicatos latinoamericanos han sido fundamentales para hacer frente a las reformas neoliberales y promover la equidad social, con importantes implicaciones en el ámbito de las políticas de salud (Bachoer 2022). Estas organizaciones laborales han resistido activamente los esfuerzos de privatización (Lima y Machado 2017), enfrentando procesos de tercerización, recortes presupuestarios y degradación de las condiciones de trabajo que han afectado gravemente a los sistemas públicos. Asimismo, han presionado por un acceso más equitativo a la atención médica, incluyendo a sectores históricamente excluidos como los trabajadores informales (Madariaga 2020; Bachoer 2022). En el caso de Ecuador, estas luchas se han manifestado en movilizaciones contra recortes de personal, protestas por el impago de salarios y campañas por el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, con impactos directos en el sostenimiento de las capacidades de respuesta del sistema sanitario.

Sin embargo, la fragmentación dentro del movimiento laboral y la persistencia de las desigualdades socioeconómicas siguen siendo desafíos importantes que limitan su influencia en las políticas públicas (Madariaga 2020). Esta fragmentación se expresa en la existencia de sindicatos débiles, en disputas internas por representatividad y en la falta de articulación intersectorial, lo que disminuye la capacidad para impulsar agendas comunes.

Además, la informalidad del mercado laboral y la precarización estructural obstaculizan la afiliación sindical y la defensa colectiva, ya que buena parte de la fuerza laboral, especialmente en el sector salud, trabaja bajo contratos temporales, modalidades

de subcontratación o figuras que limitan su derecho a la organización. En este contexto, los sindicatos enfrentan el reto de reinventar sus formas de acción, construir alianzas más amplias y fortalecer sus vínculos con los movimientos sociales para incidir de manera más efectiva en la transformación de las condiciones laborales y en la protección de la salud como bien común.

En síntesis, el sindicalismo, en su papel histórico de defensa de los derechos laborales y de la salud de la clase trabajadora, enfrenta hoy un escenario complejo en el que debe resistir el avance de las políticas neoliberales, adaptarse a las transformaciones del mundo del trabajo y fortalecer su capacidad de incidencia en un contexto de creciente precarización.

Su potencial para articular luchas redistributivas, de reconocimiento y de participación política lo convierte en un actor estratégico no solo en la mejora de las condiciones laborales del personal sanitario, sino también en la defensa de la salud como un derecho colectivo y un bien común. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, esta función trasciende lo gremial: los sindicatos se configuran como procesos protectores frente al desgaste laboral y como agentes de transformación social y cultural, capaces de disputar los sentidos del cuidado y del sistema sanitario.

Este marco teórico y político constituye un punto de partida esencial para comprender las condiciones estructurales que atraviesan al colectivo de auxiliares de enfermería, y orienta la mirada metodológica que guiará el desarrollo de esta investigación. A continuación, el capítulo segundo describe el diseño metodológico adoptado, detallando las estrategias y herramientas utilizadas para abordar el objeto de estudio desde la perspectiva crítica de la Determinación Social de la Salud.

La comprensión del proceso de salud-trabajo en este colectivo exige la articulación de las tres matrices conceptuales. La subsunción social (en el marco de la DSS) define el entramado estructural y la precariedad laboral. Esta condición estructural se manifiesta en el cuerpo de las trabajadoras a través del nexo bio-psíquico y el desgaste (de la Medicina Social Latinoamericana), evidenciando cómo la intensidad y la injusticia del proceso de trabajo se transforman en sufrimiento. Finalmente, el proceso de somatización de lo social permite trascender la simple correlación para explicar el proceso activo mediante el cual las trabajadoras incorporan y expresan en su propia biología y cotidianidad los riesgos y las tensiones del proceso de trabajo determinado socialmente. De esta manera, estos conceptos se refuerzan mutuamente para construir un análisis integral.

Este capítulo ha sentado las bases conceptuales de la tesis al articular la Determinación Social de la Salud con el enfoque de desgaste obrero y proceso de somatización de lo social. Estas herramientas teóricas permiten trascender la visión tradicional del riesgo y posicionar la salud-enfermedad como un proceso social, histórico y encarnado. Una vez establecido el marco conceptual riguroso, el siguiente paso es validar empíricamente estos constructos. Por lo tanto, el capítulo cuarto se enfoca en el análisis empírico de los resultados implementados para operar estas categorías, detallando la estrategia cualitativa y el protocolo de triangulación que permitió recoger la experiencia concreta del colectivo de auxiliares de enfermería.

Capítulo segundo

Determinación social y contexto crítico: la precarización del trabajo en salud

La comprensión de la relación trabajo-salud exige situarla dentro del entramado histórico-social que estructura los procesos de organización del trabajo en salud, así como las condiciones en las que estos se desarrollan. Desde la perspectiva crítica de la Determinación Social de la Salud (DSS), esta relación no puede analizarse como un vínculo meramente individual o clínico, sino como el resultado de procesos estructurales que configuran de forma desigual la salud de los trabajadores, en función de su posición en la división social del trabajo, su género, su condición étnico-racial y otras determinaciones sociales.

En el caso del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, esta relación se expresa en una tensión permanente entre las exigencias del modelo hospitalario biomédico y las condiciones concretas de trabajo, marcadas por la precarización laboral, la sobrecarga de funciones, la escasa participación en la toma de decisiones y una invisibilización sistemática de sus aportes al funcionamiento del sistema de salud.

Este capítulo tiene como propósito analizar las transformaciones estructurales del sistema de salud ecuatoriano y sus impactos en las condiciones de trabajo del personal de la salud, particularmente en el colectivo de auxiliares de enfermería, desde el paradigma de la determinación social de la salud. Se parte del reconocimiento de que la salud-enfermedad no puede explicarse únicamente por procesos individuales o biológicos, sino que debe ser comprendida como el resultado de procesos históricos, económicos, políticos y organizacionales que configuran los modos de vida y de trabajo.

En este sentido, se examinan las reformas estructurales impulsadas por el modelo neoliberal, que han derivado en la reconfiguración del sistema de salud bajo lógicas de mercantilización, fragmentación y pérdida de soberanía institucional. A partir de allí, se caracteriza el fenómeno de la precarización laboral en salud, expresado en la flexibilidad contractual, la intensificación del trabajo, la invisibilidad de funciones esenciales y la desprotección normativa (procesos destructivos). Se abordan también los ensayos de

políticas públicas, así como el impacto del caos institucional en el sistema de salud ecuatoriano.

El capítulo continúa con un análisis crítico de las políticas de trabajo y su vínculo con la salud de los trabajadores, incluyendo una revisión del debilitado papel del sindicalismo en el sector público de salud, y la forma en que la organización institucional ha limitado su capacidad de acción transformadora. Finalmente, se contextualiza el trabajo en salud en el escenario histórico contemporáneo, abordando el proceso de trabajo en el ámbito hospitalario como espacio atravesado por mecanismos disciplinarios, biopolíticos y estructuralmente desiguales, lo que permite identificar sus efectos concretos en la salud de los trabajadores.

El análisis que se presenta no busca establecer relaciones causales lineales, sino reconstruir el entramado complejo de determinaciones que hacen posibles determinadas condiciones de vida y trabajo, y que producen efectos concretos sobre los cuerpos y las biografías de las auxiliares de enfermería. Esta perspectiva permite evidenciar que la salud no es un atributo individual, sino una construcción social atravesada por relaciones de poder, desigualdad y resistencia.

1. Reformas estructurales y reconfiguración del sistema sanitario

Durante las últimas décadas, el sistema de salud ecuatoriano ha atravesado transformaciones profundas, marcadas por procesos de reforma estructural impulsados por organismos multilaterales y por agendas de ajuste macroeconómico que han reconfigurado el papel del Estado en la garantía del derecho a la salud. Estas reformas se han expresado en distintos planos: desde la privatización y mercantilización de servicios, hasta la implementación de modelos de gestión empresarial en los hospitales públicos, pasando por una creciente fragmentación institucional y segmentación de la cobertura.

En este contexto, la fuerza de trabajo en salud —y particularmente las y los auxiliares de enfermería— ha experimentado una serie de tensiones derivadas de la precarización laboral, la intensificación del trabajo y la erosión de los vínculos laborales estables. Estas transformaciones han acentuado las condiciones de vulnerabilidad de este grupo, al mismo tiempo que han generado nuevas formas de control, disciplinamiento y subordinación institucional.

El enfoque de Determinación Social de la Salud permite identificar cómo los procesos estructurales en las dimensiones generales condicionan de forma desigual las trayectorias laborales y los procesos de salud de los trabajadores, en función de su

posición en la división social y técnica del trabajo, así como de sus condiciones de clase, género, etnia y territorio.

2. Precarización del trabajo en salud: entre la flexibilidad y la invisibilidad

Esta tendencia de transformaciones del perfil epidemiológico de la población ecuatoriana en contextos sucesivos de profundos cambios sociales y económicos no solo afectó fuertemente a la salud de la población, sino que generó impactos ambientales irreversibles. El perfil epidemiológico ha pasado, según Noboa (2024a), en el período 1960-2020, de estar dominado por enfermedades infecciosas y graves carencias nutricionales, a un perfil dominado por enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes, respiratorias crónicas), pero también por accidentes y formas de violencia de género y delincuencia. Los indicadores epidemiológicos recientes hablan de niveles muy altos de desnutrición crónica infantil y mortalidad materna. Las enfermedades infecciosas no se redujeron y el país ha vivido el efecto devastador de la pandemia por COVID-19, en los años 2020 y 2021, que provocó el 21 % de las causas de muerte en 2020 y el 20 % en 2021 (Noboa 2024b).

Actualmente se observa una situación compleja, por lo que los cambios en las formas de enfermar de la población ecuatoriana deben analizarse desde la mirada de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, más allá de evidenciar manifestaciones concomitantes como modificaciones en el perfil demográfico, estilos de vida no saludables o daños ambientales. La visión crítica permite visualizar que los procesos que generan estas manifestaciones están relacionados con los efectos devastadores de un modelo extractivista dominado por el capital monopólico:

En términos epidemiológicos, lo que encontramos en nuestros países como resultado de esta modalidad de reproducción social es un incremento de dos perfiles principales de morbilidad: trastornos que son más prevalentes en poblaciones urbanas y rurales empobrecidas no empresariales subalternas (por ejemplo, desnutrición proteico-calórica, diabetes, enfermedades transmisibles antiguas, emergentes y reemergentes –que incluyen antiguas y nuevas formas de enfermedades transmitidas por vectores–, ciertas neoplasias como la de cuello uterino), y aquellas mayormente prevalentes en enclaves modernizados industriales y consumistas (obesidad, neoplasias pulmonares por precursores químicos y radiación, leucemia, trastornos por sobrecarga laboral y estrés, trastornos de inmunidad, adicciones, anorexia, bulimia, tanorexia y trastornos de toxicidad múltiple). (Breilh 2010a citado en Breilh 2021, 112)

Los impactos en la salud de los ecosistemas, por la larga actividad petrolera, reportan graves daños al suelo, fuentes de agua, aire, fauna y flora, y bioacumulación en la cadena trófica, destruyendo medios de vida sanos y disparando los casos de cáncer,

complicaciones del embarazo y parto, malformaciones congénitas y abortos, mortalidad infantil, desnutrición, discapacidades, entre muchos otros problemas de salud física y de salud mental, como lo evidencian numerosos estudios (Maldonado y Oña 2018; Soliz Torres et al. 2023).

El extractivismo, como modo de acumulación de los recursos naturales, no solamente se extiende al control agresivo de materias primas, en particular petróleo o productos mineros. La acumulación de capital exige procesos de producción altamente especializados y continúa a gran escala. Y, en el caso del extractivismo agrícola, involucra el control sobre vastos territorios, agua y semillas y, más recientemente, recursos genéticos y biología artificial (Breilh 2021). El crecimiento exponencial de la agroindustria es un ataque a todos los derechos humanos.

Breilh (2021) alerta también sobre las implicaciones socio-epidemiológicas negativas masivas de las nuevas tecnologías en la sociedad 4G y el rol contradictorio de los procesos cibernéticos en la determinación social de nuestros modos de vivir, espacios de trabajo y de nuestros derechos y salud. Estos procesos locales obedecen a lógicas globales bajo el poder de enormes corporaciones multinacionales, lo que representa, como lo señala Breilh (2021), un golpe global a las posibilidades de una salud colectiva y pública, lo que constituye un desafío para los profesionales de la salud.

2.1 Ensayos de políticas de salud

Frente a este cambiante y complejo perfil epidemiológico, el Estado responde con diversos ensayos de política pública de salud, que han oscilado entre el desarrollismo, el neoliberalismo y el neodesarrollismo. Estos ensayos han mostrado una incidencia predominante de la acción privada e intereses monopólicos nacionales e internacionales, así como una permanente y constante influencia directa de los organismos internacionales y multilaterales, guardianes y ejecutores del modelo médico hegemónico, atravesado, a su vez, por los grandes intereses transnacionales de la salud. En este apartado introductorio no se pretende describir la historia de la política de salud ni abarcar el marco de políticas en toda su dimensión, sino señalar algunos puntos relevantes que se relacionan con el objetivo y el objeto de estudio de esta investigación.

Un primer punto que destacar es la relación de las políticas de salud con los intereses hegemónicos del modelo de acumulación en cada etapa. La creación del Ministerio de Salud Pública estuvo influenciada por los intereses comerciales y de consolidación del mercado interno en el país, enfocándose inicialmente en los graves

problemas de epidemias de enfermedades transmisibles y la alta mortalidad y morbilidad materno-infantil. En el primer caso, “el objetivo inicial fue cuidar la no afectación del comercio internacional, debido a las epidemias de los países periféricos que podían llegar con el transporte a Norteamérica, Europa y otros países del capitalismo central” (Noboa 2024b). Esta preocupación por el impacto de las enfermedades transmisibles en el comercio ha estado presente a lo largo de la historia de Ecuador (viruelas, fiebre amarilla, peste bubónica, tuberculosis, malaria), y desde la década de 1940 motivó la aparición de instituciones asistenciales específicas como la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (Arcos 1989).

También fueron el centro de la acción de entidades con grado de autonomía como el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria y el Instituto Nacional de Higiene (luego Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical, Instituto Nacional de Nutrición), que fueron paulatinamente incorporadas al Ministerio mediante procesos marcados por polémica y fricción (Noboa 2024b). En el caso de la mortalidad de menores de un año, muy asociada a enfermedades infecciosas y desnutrición, a inicios de la década de 1960 representaba la tercera parte de las muertes que ocurrían en el país (Arellano et al. 2016), lo que la convirtió en una preocupación prioritaria de atención en salud.

En la segunda mitad del siglo XX, la puesta en marcha del Plan de Salud Rural (Gonzalez Carriel 2022) se constituyó como el mecanismo biopolítico que respondió a la necesidad de creación de un mercado interno, mediante la expansión del control estatal a grandes extensiones rurales, en un contexto de un modelo de acumulación que ya no se basaba exclusivamente en la importación-exportación. Estrella (1980, como se citó en Noboa s. f.) señala las finalidades político-ideológicas de esta readecuación de la atención en salud a nivel nacional y la nueva orientación encaminada a la atención médica directa.

Los servicios de salud que se expanden por todo el territorio rural están moldeados con la lógica de la medicina alopática occidental y el modelo biomédico, lo cual se produce en un contexto de levantamientos populares, sobre todo de pueblos y nacionalidades ancestrales asentados en la Sierra. Junto con la acción de la iglesia, la escuela y los servicios de apoyo a la agricultura, esto se transforma en un instrumento de penetración del Estado y la occidentalización y aculturación. La expansión de la atención médica al campo —con el modelo occidental— produjo la competencia con las medicinas ancestrales de los pueblos y nacionalidades en todas las regiones y provincias del país.

Adicionalmente, el sistema oficial de salud proscribió las medicinas ancestrales en gran parte del territorio nacional, las cuales son perseguidas como empíricas. En otros

casos, se busca asimilarlas, como en el caso de las parteras tradicionales. Una evaluación de esta política no se ha realizado desde 1980-1982, pero, a pesar de algunos cambios favorables en indicadores determinados, persisten las inequidades hacia las comunidades y poblaciones segregadas (Noboa 2024a).

Concomitante a la expansión de los servicios públicos, también se amplía la infraestructura hospitalaria y de servicios de la Seguridad Social, incluyendo el Seguro Social Campesino (Arias Zapata 2018). Al mismo tiempo, se consolida el complejo médico industrial privado y los sistemas privados de seguridad médica, evidenciando la consolidación de la hegemonía del complejo fármaco-biomédico.

La Declaración de Alma Ata (OMS y UNICEF, 1978) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, reconoce la inaceptable desigualdad existente en el estado de salud entre países desarrollados y en vías de desarrollo. Esta brecha, que requiere para su reducción del desarrollo económico y social mundial, afirma a la vez que la promoción y prevención de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social (OMS 2006). Esta situación convoca a acciones intersectoriales y a la participación de las comunidades.

La atención primaria en salud, como primer nivel del Sistema Nacional, conforme a la mencionada declaración, establece una serie de prestaciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, centradas en los problemas más prevalentes: alimentación y nutrición, suministro de agua y saneamiento, asistencia materno-infantil, planificación familiar, inmunización, control de enfermedades endémicas y medicamentos esenciales. Siempre, en base a las necesidades locales y condiciones socioculturales.

Se evidencia en la Declaración el paradigma de que las políticas de salud son políticas de gestión de las atenciones de enfermedades que constituyen las preocupaciones del complejo biomédico. Aunque reiteradamente hacen mención de lo local y a las particularidades locales de la comunidad, se borra de esta política los saberes ancestrales y las organizaciones comunitarias propias, quedando la idea central en dar servicios médicos básicos a las poblaciones locales.

En el caso de Ecuador, la respuesta es institucionalizar estos servicios mediante la creación de los Sistemas Locales de Salud, modelo creado por la Organización Panamericana de la Salud y la implementación en 1987 del Modelo de Atención Familiar Integral y Comunitario (SAFIC), orientado a reforzar las estructuras a nivel territorial, conformando las Áreas de Salud, unidades administrativas dentro de la estructura de servicios del ministerio (Sacoto 2007).

Con este devenir de las políticas en salud, queda en evidencia que la acción no ha sido autónoma, sino que el organismo rector y los sucesivos gobiernos cedieron a compromisos internacionales, principalmente con la Organización Mundial de la Salud, que produjeron programas desligados entre sí, sin integración y con derroche de recursos, a la vez que sin fortalecimiento de capacidades internas. Para enfrentar múltiples epidemias y enfermedades crónicas, el Ministerio de Salud Pública ha cedido su rol a una serie de organizaciones privadas, organizaciones no gubernamentales y programas internacionales, incrementando la fragmentación y la falta de una visión única e integradora, con prevención y promoción profundas (Guzmán 2019).

En la década de 1990, con el Consenso de Washington y la hegemonía del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, se impuso el modelo neoliberal que trajo consigo la tendencia privatizadora de los servicios y sistemas públicos, la reducción del gasto público y la disminución de inversiones sociales críticas, incluyendo el acceso al agua y servicios sanitarios (Lucio et al. 2019). La epidemia de cólera se expandió por el continente, a la vez que se acentuaron las desigualdades y la pobreza. Los proyectos de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE) y de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) impulsaron la apertura a prestadores privados, pagados con aporte de fondos públicos en servicios de bajo costo. A la vez que se favoreció significativamente el mercado privado de la salud, se mantuvieron los dictámenes de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (Monroy et al. 2019; Noboa 2024a).

La Ley Orgánica Nacional de Salud de 2006 (EC 2006) no resolvió la dispersión de servicios. Si bien esta Ley fomentó espacios participativos, como menciona Noboa (2024a), algunos de sus contenidos fueron manipulados por intereses comerciales, lo que reforzó el auge de los negocios de salud. En esta época, el complejo médico-industrial y las industrias asociadas incrementaron su influencia, abogando por la privatización y consolidando una visión mercantilista de la salud. Este contexto reflejó la creciente tensión entre las demandas sociales y la orientación neoliberal predominante en las decisiones clave del sector.

Con la Constitución de la República de 2008 (EC 2008) se produjo el punto de inflexión más significativo en políticas de salud. La salud es reconocida como un derecho humano fundamental y universal, vinculado al ejercicio de otros derechos como el agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social y los

ambientes sanos, entre otros que sustentan el Buen Vivir. Es deber del Estado garantizar este derecho y el acceso gratuito y de calidad.

El *sumak kawsay*, que se traduce como “buen vivir” o “vida en armonía”, desafió en ese entonces las políticas occidentales de desarrollo en América Latina –incluso en el Ecuador– al proponer una cosmovisión alternativa que se centra en la interconexión entre los seres humanos, la sociedad y la naturaleza (Cobey y Lima 2016). El *sumak kawsay* propone una definición más amplia de bienestar que incluye la satisfacción de la vida, la educación, la atención médica y la felicidad. Al integrar esta cosmovisión a las políticas públicas y al entendimiento del desarrollo, se intenta equilibrar los intereses y resultados del desarrollo individual y colectivo.

En esta época, también se potenció este movimiento en Bolivia a partir de un concepto similar que era el *Sumak Qamaña*. Tanto *Suma Qamaña* como *Sumak Kawsay* se refieren a una forma de vida en plenitud, en armonía con la naturaleza, el cosmos y la historia, y en equilibrio con todas las formas de existencia.

De todos modos, hubo contradicciones intrínsecas en esta iniciativa, conforme señalan Cobey y Lima-Bandeira (2016) y Vanhulst y Beling (2014). El uso de la concepción indígena del buen vivir para un plan nacional de desarrollo de un país puede generar contradicciones, que se exploran desde el discurso y la práctica, pero también desde las decisiones políticas y configuraciones socioeconómicas que son lejanas a su entendimiento cultural. Por ejemplo, a pesar de que países como Ecuador y Bolivia han incorporado el buen vivir en sus constituciones y planes de desarrollo, sus economías siguen siendo principalmente extractivistas (Vanhulst y Beling 2014). El principio de la armonía con la naturaleza se rompe en este sentido. Adicionalmente, las decisiones políticas no siempre surgen de una participación colectiva o se ajustan al discurso hegemónico del desarrollo, que busca sobrevalorar la instrumentalidad y los intereses capitalistas en detrimento de un enfoque sostenido hacia la naturaleza y la sociedad.

En el período neodesarrollista del Ecuador (2007-2017), el Estado recuperó la centralidad de la planificación y la capacidad de control en áreas clave como la salud, la educación y la seguridad social. Sin embargo, los desafíos de cambios estructurales no se concretaron, limitados también por las continuidades con el pasado neoliberal e intereses de nuevos grupos de poder.

La política emblemática del Ministerio de Salud Pública en el período fue el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MSP 2012), que instauraba un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural como la forma

óptima para atender las necesidades de las personas, familias y comunidades. En la práctica, la aplicación de este modelo ha sido muy heterogénea y su implementación no ha estado exenta de manejo político de la participación, decisiones verticales y desarticulación de instancias interinstitucionales exitosas. Con la intención de superar la desarticulación del sistema en múltiples programas verticales, se destruyeron las capacidades instaladas sin lograr la integración buscada (Noboa 2024b).

La ampliación significativa de la infraestructura hospitalaria que caracterizó al período neodesarrollista se produjo a costa de una intensificación de la acumulación extractivista, sin modificar la concepción de la salud y sin apartarse —más bien reforzando— el complejo médico industrial. La modernización de la infraestructura y el incremento en recursos profesionales no se acompañaron de la necesaria mejora en la calidad de los servicios (ni tampoco de la vida colectiva). El modelo extractivista produjo, a la larga, contradicciones crecientes en nuestra sociedad entre la modernización tardía de ciudades neoliberales y crecientes sectores empobrecidos en el campo y la ciudad (Breilh 2020b).

Con la nueva vuelta al neoliberalismo, el modelo empresarial se refuerza, a la par del descuido del sistema de salud y la ausencia de políticas integrales. Los organismos de prevención y vigilancia son débiles e ineficientes y se han tornado funcionales al sistema hegemónico biomédico. En el contexto de la pandemia del COVID-19, quedaron en evidencia las limitaciones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, falla que se convirtió en oportunidad propicia para una enorme acumulación de capital (especialmente en empresas farmacéuticas y proveedoras de equipos médicos) (Raurell-Torredà et al. 2020), mientras en la población se agudizaron las vulnerabilidades por hacinamiento, pérdida de medios de sustento, desatención de salud, carencia de respuesta efectiva del Estado y el lucro de los negocios de seguridad privados.

El gobierno neoliberal de Lasso emitió el Plan Decenal de Salud 2022-2031 (Ministerio Salud Pública 2022), construido con el aporte de la OPS/OMS. Presentado en un escenario de alta conflictividad social y política, los presupuestos del plan de una salud con enfoque social, relacionada con la justa distribución de la riqueza y equidad, entran en franca contradicción con los recortes de presupuestos a la educación, la salud y la inversión pública, resultando en el agresivo avance de servicios privados, lo que convierte en un privilegio el acceso a los sistemas de salud.

Daniel Noboa asume su gobierno con un escenario de crisis del sistema de salud, en muchos aspectos, un sistema extremadamente debilitado. Además de las menciones

generales en su Plan de Desarrollo, no ha emitido los lineamientos específicos de política de salud. Sin embargo, su régimen neoliberal empresarial avizora poco avance hacia el cumplimiento de la salud como derecho.²

2.2 Caos, dispersión, fragmentación, pérdida de soberanía en la institucionalidad del Sistema de Salud del Ecuador

En este punto se destacan algunos nudos críticos que han caracterizado al sistema de salud. La primera es la dispersión de servicios que no ha podido ser resuelta hasta la fecha. Este caos institucional de larga data no fue superado con la creación del ente rector en 1967, ni tampoco con la puesta en vigencia del Sistema Nacional de Salud establecido en la Constitución de 2008 (arts. 358-366). Al presente, el sistema de salud del Ecuador se mantiene como un sistema mixto, segmentado y fragmentado.

Esa fragmentación, que puede parecer caótica, responde a la predominancia en la política de salud de los intereses hegemónicos que propician estructuras paralelas a los —muchas veces débiles— servicios públicos. Sin embargo, estos intereses inciden también en la gestión de dichos servicios en pro de los monopolios farmacéuticos globales y los poderes locales o regionales, como se ha mostrado a lo largo de la historia del país.

Para 1967, año de la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP), Ecuador era el único país de América que no contaba con un ministerio de salud. Aunque su objetivo fue integrar en un solo comando la heterogénea y fragmentaria oferta de servicios,³ esa incorporación fue parcial. Al mismo tiempo, se eliminaron los servicios municipales y se mantuvo la autonomía de instituciones privadas de larga historia, ligadas al poder político nacional o regional.⁴ La descoordinación y permanente fricción entre el ente rector y los servicios de la seguridad social (hoy Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS]) ha sido constante e irresoluta (Minteguiaga 2013; Noboa 2024a; Velasco 1997 como se citó en Minteguiaga 2013).

² Por ejemplo, el Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, el Instituto Nacional de Higiene Izquieta Pérez, el Programa Ampliado de Inmunización, AIEPI, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

³ Entre las instituciones prestadoras de servicios de salud antes de la creación del MSP se pueden mencionar la Asistencia Social, la Sanidad, la Misión Andina, la seguridad social, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sanidad Militar, la Higiene Municipal, el sector privado con y sin fines de lucro y ciertas dependencias del Ministerio de Previsión Social. (Noboa 2024b; Minteguiaga 2013).

⁴ La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA 1951), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (1887) y la Cruz Roja Ecuatoriana (1922) se mantienen hasta la fecha sin integración al ente rector (Noboa 2024a).

El segundo punto destacable del Sistema de Salud es la dificultad del Ministerio del ramo para cumplir su doble rol de prestador de servicios, bajo los parámetros de calidad, universalidad y gratuidad establecidos en la Constitución del país. A la vez, es el ente rector, es decir, el responsable de diseñar e implementar las políticas de salud que guíen las acciones de prestadores públicos y privados en ese campo y de controlar su cumplimiento en el conjunto del Sistema Nacional.

La debilidad en términos de calidad de la prestación de los servicios públicos, la carencia de profesionales especializados, la disminución de presupuesto y la falta de medicamentos, entre otros aspectos, han sido reiteradamente mencionadas. Además, la brecha de cobertura de servicios entre poblaciones urbanas y las comunidades rurales y vulnerabilizadas no ha logrado superar las barreras de acceso geográfico, socioculturales, la falta de infraestructura y de profesionales.

La tardía creación del MSP y su visión sesgada, no integral y parcial de la salud, propicia la desconexión y parcialización del sistema, impulsado por intereses económicos expresos, intereses de los organismos internacionales y de las élites.

El Ministerio de Salud Pública nació con compromisos políticos que priorizaban la atención reactiva en salud, en lugar de fomentar la prevención y la promoción. Estas decisiones influyeron en su condición de ente rector de los servicios e instituciones de salud, más aún si se considera la gran magnitud y diversidad de servicios privados con y sin fines de lucro. Su alcance no es universal desde su fundación, ni en su capacidad de rectoría ni en su capacidad de brindar los servicios necesarios a la población residente en el territorio. En la década de 1990, la epidemia de cólera evidenció las debilidades del MSP y sus servicios de salud, pero, sobre todo, la debilidad de su Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la falta de prioridad sobre la epidemiología en un modelo centrado en el servicio y atención de enfermedades (aún con muchas deficiencias) que mantiene la acción reactiva (Velasco et al. 2020). La respuesta a la pandemia de COVID-19 volvió a mostrar la falla del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Beck et al. (1998) señalan que los riesgos globales generados por la modernidad tardía tienden a ser externalizados hacia los más vulnerables, lo cual es evidente en la realidad ecuatoriana con la desigual distribución de vacunas, infraestructura sanitaria y acceso a tecnologías médicas avanzadas. Estas desigualdades reflejan no solo diferencias económicas, sino también estructuras históricas y políticas que perpetúan un acceso desigual a la salud.

Debido a que el espíritu liberal del modelo biomédico ha logrado afianzarse aún más gracias a la debilidad crónica del Estado ecuatoriano, las políticas públicas de corte neoliberal que generan la ausencia de un verdadero sistema público de salud, la influencia cultural de los Estados Unidos y la informalidad institucional (Cuvi 2012), toda la red de atención pública de salud se ha visto fuertemente debilitada, generando un impacto directo sobre las poblaciones más vulnerables.

El análisis parte del reconocimiento de los auxiliares de enfermería como un colectivo laboral históricamente invisibilizado, cuya labor —aunque indispensable para la continuidad y calidad de los servicios de salud— ha recibido escaso reconocimiento social, económico y profesional. Esta invisibilización no es casual, sino resultado de procesos estructurales que reproducen desigualdades de clase, género y estatus profesional dentro del campo sanitario. En el entramado organizacional hospitalario, los auxiliares ocupan posiciones subordinadas dentro de una jerarquía fuertemente marcada, donde la distribución de tareas y responsabilidades responde a lógicas verticales que concentran la toma de decisiones en los niveles superiores.

3. Políticas sobre el trabajo y la relación con la salud

A lo largo de su historia moderna, las políticas de salud y seguridad laboral en Ecuador han sido objeto de un complejo proceso de transformación que refleja avances y retrocesos. Este punto se plantea responder, desde un análisis crítico, a la interrogante de los lineamientos de política que han guiado el abordaje de la relación de trabajo-salud y si los trabajadores cuentan con un marco de protección y prevención efectivos.

3.1 Abordaje de una visión integral de la relación trabajo-salud en las políticas públicas: una tarea pendiente

Las políticas de salud en Ecuador no han considerado la seguridad y salud en el trabajo como un componente fundamental en las organizaciones del país. Algunas directrices generales se establecieron en la Constitución, así como en los planes nacionales de desarrollo, la Ley Orgánica de Salud, políticas sectoriales e instrumentos internacionales. Sin embargo, el país no cuenta con una ley orgánica específica en el ámbito de la salud y el trabajo. Las normas específicas en la materia se han emitido a nivel de reglamentos. En este sentido, se puede afirmar que existe una carencia regulatoria en relación con el tema de seguridad y salud en el ambiente laboral.

El artículo 326 de la Constitución (EC 2008) establece los principios del derecho al trabajo y subraya el deber del Estado de garantizar un entorno laboral saludable. Estos mandatos son recogidos en los planes nacionales de desarrollo como marco de políticas nacionales, e incluyen metas sobre la promoción de condiciones de trabajo seguras y dignas, creación de sistemas de control, prevención de riesgos, etc. Sin embargo, estas metas no siempre estuvieron acompañadas de medidas concretas para una implementación efectiva.

La Ley Orgánica Nacional de Salud (EC 2006) dispone:

Art. 117.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establecerá las normas de salud y seguridad en el trabajo para proteger la salud de los trabajadores.

[...]

Art. 120.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio del Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, vigilará y controlará las condiciones de trabajo, de manera que no resulten nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y lactancia de las mujeres trabajadoras [...].

La legislación sobre el trabajo, tanto de servidores públicos —Ley Orgánica de Servicio Público (Presidencia de la República 2010)— como de los trabajadores amparados bajo el régimen del Código de Trabajo (H. Congreso Nacional del Ecuador 2005), ratifica el derecho a un entorno laboral que garantice la salud, integridad y seguridad de los servidores y trabajadores, y a proporcionar asistencia médica sin demora. Además, establece la responsabilidad de implementar planes de salud ocupacional de carácter preventivo y de atención médica.

En el campo de la salud del trabajo, la entidad responsable es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.⁵ La Ley de Seguridad Social establece la cobertura específica del Seguro General de Riesgos del Trabajo en su artículo 155, definiendo que:

El Seguro General de Riesgos del Trabajo protege al afiliado y al empleador mediante programas de prevención de los riesgos derivados del trabajo, y acciones de reparación de los daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral. (EC 2001)

Las directrices específicas de la relación trabajo-salud se encuentran desplegadas en instrumentos secundarios como reglamentos y normas (véase el siguiente punto). La influencia de los organismos multilaterales, como la Organización Panamericana de la

⁵ La seguridad social está escindida entre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social -IESS para el seguro general; el Seguro Social Campesino (con modelo solidario para la población del campo); y dos Institutos exclusivos para los servidores de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y la Policía Nacional (ISSPOL), respectivamente, que mantiene autonomía.

Salud, el Sistema Andino y, fundamentalmente, la Organización Internacional del Trabajo, se ha expresado en los compromisos asumidos,⁶ o como apoyo directo para la formulación de políticas, instrumentos técnicos y formación de capacidades. Fundamentalmente, han incidido en la visión y el enfoque de las políticas y del sistema de control.

3.2 Vaivenes históricos de las políticas en trabajo y salud

En este punto se revisan los enfoques y limitaciones del devenir histórico de las políticas en los sucesivos gobiernos, desde la década de 1980 hasta la actualidad.

Durante el largo período neoliberal en las décadas de 1980 a 2000, prevaleció en la relación trabajo-salud la mirada biomédica de prestación de servicios médicos curativos, con ausencia de prevención y promoción. La salud ocupacional estaba en gran medida relegada a los sectores industriales más visibles, como la minería y la construcción, que se consideraban los más riesgosos, con tibios intentos de prevención de enfermedades y accidentes laborales (Noboa 2024b).

Con relación a la institucionalidad de salud en la seguridad social, desde sus inicios en 1936, el Instituto Nacional de Previsión fue curativo y biologicista, compitiendo y superponiéndose a los servicios del Ministerio de Salud Pública y a los prestadores privados. La cobertura de la seguridad social se limitó a trabajadores formales, en capacidad de ser afiliados; por tanto, no respondió al mandato de cobertura universal.

A partir del cambio constitucional en el concepto de salud y el enfoque de equidad, se reconoció la necesidad de especial atención y protección a las poblaciones trabajadoras más vulnerables, como las personas que trabajan de manera informal y aquellos en sectores de alto riesgo. En el período 2009-2017 se hicieron esfuerzos significativos por

⁶ Instituciones e instrumentos pertinentes: 1) Organización Panamericana de la Salud. *Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores 2015-2025* (OPS 2015); 2) Convenios de la Organización Internacional del Trabajo. Fundamentales: sobre: trabajo forzoso, libertad sindical y negociación colectiva, igualdad de remuneraciones, no discriminación (empleo y ocupación), no trabajo infantil. Gobernanza: inspección de trabajo, política de empleo. Más de 30 instrumentos técnicos para control y prevención de: intoxicaciones, contaminación del aire y vibraciones; accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; grupos prioritarios: madre trabajadora (C103), trabajadores con responsabilidades familiares (C156), pueblos indígenas (C169) y violencia y acoso (C190). No ratificados por Ecuador: C155 seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, de 1983 y C187 marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo de 2006 (normlex.ilo.org). 3. Comunidad Andina. *Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el trabajo* (Disposición 584 de 2004). Insta a crear Sistemas nacionales de seguridad y salud en el trabajo. Enfoque en prevención de riesgos derivados del trabajo y disminuir o eliminar los daños a la salud del trabajador (CAN 2004).

reconfigurar el Sistema Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, con la intención de superar las políticas neoliberales anteriores y fortalecer la intervención estatal en la protección de sus trabajadores.

La implementación de reformas y la creación de nuevas normativas, como la Resolución 390 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS 2010), buscaban mejorar las condiciones de trabajo mediante la exigencia de sistemas de gestión de riesgos laborales en las empresas. Sin embargo, han sido insuficientes; las normativas se centraron más en el cumplimiento formal que en la prevención real de riesgos (Dopico 2020). La tecnocratización de la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, junto con la exclusión de la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, limitan la eficacia de las reformas propuestas.

En concordancia con la vuelta al neoliberalismo que se impondrá con los gobiernos siguientes, la seguridad y salud de los trabajadores dejaron de ser primordiales para el Estado, y la responsabilidad se volcó hacia lo individual, más que como un derecho garantizado por el Estado (Dopico 2020). Esto ocurrió en un marco de desregulación del empleo y la tercerización, deterioro de las condiciones de trabajo y la salud, y pérdida de derechos laborales, en el cual se incrementó la vulnerabilidad frente a accidentes y enfermedades laborales.

En 2016, el IESS derogó el Reglamento para el Sistema de Auditorías de Riesgos de Trabajo, emitido en 2011 y la Resolución 390 de 2010, y lo reemplazó por el Sistema General de Riesgos del Trabajo. Si bien se aduce que este cambio redujo la carga burocrática del anterior, el efecto fue disminuir significativamente la capacidad de monitoreo y control sobre las condiciones de seguridad laboral, facilitando la desregulación en el sector.

Otra muestra de que la responsabilidad de su propia seguridad se puso sobre los propios trabajadores se evidencia en los conceptos de promoción y prevención. La promoción es ejecutada con acciones para “fomentar en la población trabajadora hábitos y prácticas de vida saludables” (EC Ministerio de Salud Pública y Dirección Nacional de Ambiente y Salud 2019), como lo plantea la Política Nacional de Salud en el Trabajo 2015-2025, emitida por el Ministerio de Salud Pública. Para la prevención se requiere medir los costos que implican para el sistema (la empresa, la seguridad social) la siniestralidad laboral, los cuales se pueden reducir mediante la aplicación (individual) de normas y reglas en los sitios de trabajo (Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 plantea como meta la reducción de 25 % en la tasa de siniestralidad laboral).

En los gobiernos neoliberales, la tónica ha sido la de los intentos de privatización del IESS. Los intentos de privatización del IESS han sido constantes en su historia, con una larga lista de estrategias de desmantelamiento, desprestigio, desfinanciamiento, corrupción y amenaza de reformas para cambiar su rumbo de base solidaria a negocio.

Respecto a la normativa específica de Seguridad y Salud en el Trabajo, cabe hacer referencia a los Reglamentos de Seguridad y Salud en el Trabajo de 1986 y el recientemente emitido en 2024, el Decreto 255. Ambas normativas son esenciales para la protección de los trabajadores. El Decreto 2393 de 1986 establece una base general para la seguridad y salud ocupacional en Ecuador, mientras que el Decreto 255 añade una capa de medidas centradas en la adaptación a crisis sanitarias y en la modernización de los entornos laborales mediante el uso de nuevas tecnologías y medidas de bioseguridad. Este Decreto regula, entre otros, los roles y funciones del personal responsable de la seguridad y salud en el trabajo por número de trabajadores y nivel de riesgo laboral (Vásconez 2024).

3.3 Una mirada crítica a las políticas en trabajo y salud

Las políticas de salud y seguridad en el campo laboral en Ecuador durante las últimas décadas han sido marcadas por la tendencia a priorizar la rentabilidad empresarial a costa de la salud de la clase trabajadora. A pesar de varios intentos de mejorar las condiciones de trabajo a través de reformas legislativas, la implementación ha sido inadecuada y ha favorecido la individualización del riesgo, debilitando la protección de los trabajadores.

Uno de los aspectos más problemáticos de las políticas de salud y seguridad en Ecuador es la falta de una legislación efectiva e inspecciones rigurosas que garanticen la protección de los trabajadores. A pesar de la introducción de manuales y protocolos, incluyendo mejoras en la normativa, las deficiencias al ejecutarlos han abierto brechas que siguen en aumento debido al déficit presupuestario que responde a las políticas neoliberales implementadas con fuerza en los últimos años. La tendencia general ha estado permanentemente marcada por la desregulación y la reducción de las obligaciones empresariales.

En los instrumentos específicos de salud y seguridad en el trabajo, prima la visión de riesgo. La prevención para evitar enfermedades del trabajo se concibe desde la historia natural de la enfermedad profesional; la promoción de estilos de vida saludables se refiere a los llamados hábitos saludables (Betancourt, Navas y Velasco 2018). La valoración

monetaria de las pérdidas por siniestralidad y el enfoque en el aumento de la productividad y la competitividad laborales, propuestas por el denominado Modelo Ecuador para la seguridad social (L. Vásquez y Ortega 2007), están presentes en varios instrumentos.

Estos instrumentos carecen de una visión integral del análisis del proceso de trabajo, sin tomar en cuenta el objeto/sujeto de trabajo, los medios de trabajo, los detalles de la actividad, la organización y división del trabajo. De la interacción entre estas categorías del proceso de trabajo surgen los procesos peligrosos (inadecuadamente llamados “riesgos del trabajo”) (Betancourt 1999) que impactan en los trabajadores, ocasionando diversos problemas de salud. Es importante señalar que el trabajo no solo genera procesos peligrosos; también se reconoce el polo positivo del trabajo al indicar que, de la misma manera que surgen los procesos peligrosos de la interacción del objeto/sujeto, medios, actividad, organización y división del trabajo, surgen también los procesos positivos. Estos últimos son condiciones de trabajo que permiten el desarrollo de expresiones saludables y no de enfermedad. Los detalles de estas categorías representan lo que se ha conocido como condiciones de trabajo.

Para avanzar hacia un sistema de seguridad laboral más justo y efectivo, será necesario reorientar estas políticas, fortaleciendo la inspección y la legislación, y promoviendo una participación más activa de la clase trabajadora en la defensa de sus derechos, construyendo una estructura realmente participativa en la que se fomente la prevención, promoción de la salud en el trabajo y todos los elementos que configuren procesos protectores en los centros de trabajo.

Las reformas al Código del Trabajo y la implementación de sistemas de auditoría como el Sistema de Auditorías de Riesgos del Trabajo (L. Vásquez y Ortega 2007) también han fracasado en su objetivo de mejorar las condiciones laborales, en gran parte debido a la burocratización y la falta de un seguimiento efectivo. Las empresas han logrado eludir sus responsabilidades mediante el cumplimiento superficial de las normativas, mientras que la capacidad del Estado para hacer cumplir las leyes se ha visto debilitada por la falta de recursos y la ineficiencia administrativa.

La identificación y el tratamiento de los problemas de salud que surgen en los trabajadores no pueden circunscribirse solo a las enfermedades del trabajo o a las alteraciones por los accidentes de trabajo, que generalmente son procesos avanzados o terminales. Es necesario identificar también las manifestaciones tempranas o preclínicas.

Asimismo, es indispensable desligarse del enfoque negativo que solo identifica los procesos negativos; también es importante identificar las manifestaciones saludables.

Las acciones de prevención y protección deben ir dirigidas al control de los procesos peligrosos y las alteraciones de la salud, y las acciones de promoción, a los procesos positivos y a las manifestaciones saludables. Sin embargo, estos fenómenos no son aislados; las variaciones individuales se corresponden con las de los grupos sociales e institucionales cercanos (particulares) y con un tercer ámbito relacionado con políticas, normativas, recursos y otros elementos específicos de una formación social concreta, región o país (generales) (Betancourt 1999).

Las políticas implementadas han tendido al individualismo, responsabilizando al personal de trabajo por su propia seguridad y no a las instituciones. Esto no solo ha socavado los derechos de la clase trabajadora, sino que también ha perpetuado un sistema de explotación en el que las personas son vistas como recursos descartables y fácilmente reemplazables cuando su desgaste, debido a las condiciones de trabajo adversas, les impide continuar con un ritmo laboral que las introduce en dinámicas de explotación.

Las consecuencias de estas políticas han sido graves para la salud y el bienestar de la clase trabajadora en Ecuador. Sin embargo, los sistemas de registro epidemiológicos con que cuenta el país actualmente (tanto del Ministerio de Salud Pública como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) no permiten diferenciar los indicadores epidemiológicos por ocupación, rama de actividad, estrato, relación con procesos de exposición u otra condición que permita una visión más integral (Harari 2010).

Las estadísticas del Seguro General de Riesgos del Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se limitan a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (EC Seguro General de Riesgos del Trabajo 2018). El registro de accidentes está disponible desde 2010 hasta la fecha y presenta desagregación geográfica, de género, edad, rama de actividad, detalle del accidente y tipo de incapacidad. El registro de enfermedades está disponible solo entre 2012 y 2017, con desagregación geográfica, por género y edad y rama de actividad, pero sin identificar la enfermedad ni su consecuencia.

El subregistro de accidentes laborales y enfermedades profesionales, junto con la insuficiencia de las inspecciones y la falta de un sistema de sanciones efectivo, han dejado a muchas personas del colectivo de trabajadores de la salud sin una protección adecuada. A pesar de las mejoras en la afiliación al seguro social y las prestaciones económicas implementadas entre 2007 y 2017, las reformas neoliberales en años más recientes han debilitado la seguridad social y han incrementado su vulnerabilidad.

Desde la mirada sesgada de la salud ocupacional, centrada en la identificación de riesgos, se identifican los factores de riesgo del entorno y de la tarea. Sin embargo, no se toman en cuenta las inequidades como las de género y de inserción social, que generan afectaciones de manera desproporcionada a las mujeres trabajadoras (Saavedra 2017). Las largas jornadas laborales y las dobles cargas domésticas generan un incremento significativo en el deterioro físico y psicológico, perpetuando inequidades estructurales en el ámbito laboral, que se unen a las de clase y etnoculturales, como se señala desde la determinación social de la salud (Breilh 2021; Cielo 2015).

La construcción de políticas públicas inclusivas y participativas que prioricen la salud de los trabajadores, junto con un enfoque integral basado en la determinación social de la salud, puede ser una vía para superar la precarización laboral. En última instancia, garantizar condiciones laborales dignas y seguras no solo es un requisito ético, sino una estrategia clave para enfrentar los patrones de exposición y vulnerabilidad globales de la modernidad tardía.

4. El sindicalismo en el sector de trabajadores públicos de salud

4.1 Movimiento sindical ecuatoriano. Historia reciente: restricciones y hostigamiento

La aproximación al análisis de la organización sindical en el campo de trabajadores de la salud debe partir de una mirada al devenir del sindicalismo en Ecuador en el contexto político y social específico. Como señalan Unda y Idrobo (2021, párr. 1, segunda parte), “La situación actual de movimiento obrero no puede comprenderse sin situarla en el marco de una serie de transformaciones que están operando desde hace 40 o 50 años, tanto a nivel global como nacional”, refiriéndose al devenir histórico de acumulación capitalista desde la década de 1970 y los largos períodos neoliberales.

Conforme a Unda e Idrobo (2021), el neoliberalismo se define como una amplia estrategia de modificación de las relaciones capital-trabajo, capital-consumidores, capital-Estado, así como de los cambios en la relación entre capitales monopólicos-medianos y pequeños, y en la relación centro-periferia en el sistema mundo-capitalista. En este marco complejo se deben entender las contradicciones estructurales del trabajo en salud. La salud es un derecho de la población que debe ser garantizado por el Estado; sin embargo, para el capitalismo, la atención en salud es una mercancía con valor de cambio en cuya producción interviene el personal de salud que genera los servicios.

La relación capital-trabajo tiende, bajo el neoliberalismo, a la flexibilización laboral, “debilitando las posibilidades de organización y lucha de la clase trabajadora para imponer nuevas modalidades de trabajo, debilitar la contratación colectiva, deprimir la masa salarial, facilitar los despidos y precarizar el trabajo” (Unda y Idrobo 2021, párr. 4, segunda parte). Todo esto busca incrementar la ganancia y la acumulación de capital a costa de la explotación del trabajo. El sector salud y los derechos de los trabajadores también se han visto afectados por la liberalización de precios y mercados de servicios de salud, las políticas de reducción del Estado y la desinversión, lo que ha resultado en la pérdida de autonomía relativa del Estado para garantizar los derechos de la población y de la clase trabajadora.

Como en otros países, la organización sindical ha sufrido el embate de los sucesivos gobiernos para debilitarla y fragmentarla (Mata Gallegos 2014). En el país, estas contrarreformas laborales, sumadas a contradicciones internas del propio movimiento sindical, han logrado debilitar la organización sindical y su capacidad de incidencia política. Al revisar diferentes momentos de la historia reciente, es extensa la lista de acciones estatales, en forma de leyes, decretos y acuerdos ministeriales, que han impuesto limitaciones al derecho de organización, contratación y negociación colectiva y huelga, con particular dedicación a la población trabajadora del sector público. Esto incluye el aumento del número mínimo de trabajadores para formar una organización sindical, pasando de 15 a 30 (H. Congreso Nacional del Ecuador 2005), y la tendencia a la tercerización e intermediación laboral, que dejan fuera de la posibilidad de organizarse a un número creciente de la masa trabajadora.

Un golpe duro a la organización sindical y la contratación colectiva es la separación de los empleados públicos de los privados y, sobre todo, la separación entre servidores públicos, regidos por las leyes de la administración pública, y los trabajadores u obreros del sector público, amparados por el Código de Trabajo. Esta división se mantiene hasta hoy con mayor profundización.

Esta segregación resultó en la eliminación de los derechos de sindicalización, de contratación colectiva, de negociación y de huelga de los servidores públicos (Decreto Ejecutivo 225 de 2010; Ley Orgánica de Empresas Públicas [LOEP] 2009; Ley Orgánica de Servicio Público [LOSEP] 2010; Ley Orgánica de Justicia Laboral y Reconocimiento del Trabajo en el Hogar 2015). Este marco restrictivo abrió la posibilidad de despido intempestivo de servidores —cesación de funciones por compra de renuncia con

indemnización—; la consecuencia fue la separación de miles de funcionarios públicos, muchos de los cuales eran parte de organizaciones sindicales.

En el marco protector establecido en la Constitución de 2008, el Mandato n.º 8 (EC 2008) dispuso que los contratos colectivos en el sector público fueran revisados y ajustados de forma automática. Si bien este mandato buscaba eliminar privilegios, se excluyó el amparo de contratos colectivos a servidores públicos, lo que fue ratificado en otros cuerpos normativos. Varias disposiciones de decretos emitidos en 2008 que buscaron introducir modificaciones al Mandato 008 fueron declaradas inconstitucionales por la Corte Constitucional (EC Corte Constitucional 2010) en respuesta a demandas introducidas por organizaciones sindicales.

Otra línea de contrarreforma fue la limitación al derecho de organización a través de la imposición de controles burocráticos y restrictivos a su independencia y derechos. Por Decreto 16 de 2013, entre las causales para disolver a una organización social se establecen: “Dedicarse a actividades de política partidista [...], de injerencia en políticas públicas que atenten contra la seguridad interna o externa del Estado o, que afecten la paz pública” (EC Presidencia de la República 2013). Este marco permitió el hostigamiento y persecución a varias organizaciones sociales, formas de agrupación y asociación que asumieron varios núcleos de trabajadores y funcionarios del sector público y privado, ante la tendencia antisindical en boga.

La protesta y movilización social, en particular de las organizaciones sindicales, las denuncias de inconstitucionalidad y las observaciones de los organismos internacionales (Otero Gabriel 2024), llevaron a emitir reformas respecto a la organización en el sector público. Así se estableció la posibilidad de constituir, con al menos la mitad más uno de los funcionarios de la institución, un Comité de Servidores Públicos, organización contraparte en el diálogo, resolución de conflictos y declaratoria de huelga. La negociación colectiva, según la legislación ecuatoriana, está abierta a la participación de los trabajadores y empleadores, no solo a los trabajadores (Colosi y Berkeley 1991). La ley ecuatoriana reconoce la negociación colectiva como un proceso entre asociaciones de trabajadores (sindicatos) y empleadores o sus asociaciones, para establecer condiciones de trabajo y empleo.

Se reconoce el derecho de huelga en áreas donde no está expresamente prohibida en la Constitución (el art. 326 prohíbe la paralización de servicios básicos y estratégicos, incluyendo los servicios de salud). La paralización es posible en casos en que la institución incurra en tercerización o intermediación laboral, contratación por horas,

pretensión de privatización de servicios públicos, conflicto colectivo no resuelto o tres meses de remuneraciones impagas.

La cooptación ha sido utilizada de manera continua por parte del poder hegemónico para debilitar desde dentro a las organizaciones sociales y sindicales. En los primeros años de la década de 2010, en un marco de permanente hostigamiento al movimiento sindical, la inestabilidad interna a las organizaciones fue aprovechada para crear organizaciones sindicales subordinadas y controladas desde el gobierno central. Como señala Herrera (2015), el gobierno aprovechó las divisiones internas en las organizaciones para aprobar organizaciones paralelas, fracturando aún más el movimiento sindical.

Es constante y sistemática la línea de imponer trabas a la contratación colectiva. En 2015 se introdujo la figura de “techos” máximos, es decir, valores máximos establecidos por decreto para la negociación de indemnizaciones y pagos sobre aspectos como: despido intempestivo, vacaciones, decimotercera y decimocuarta remuneraciones, días adicionales de descanso, horas suplementarias o extraordinarias o renuncia voluntaria.

En el marco legal de contrarreforma laboral y del discurso neoliberal de los últimos períodos, se impone un constante cuestionamiento al Código del Trabajo y los intentos de sustituirlo por marcos legales más flexibles, por considerar que el actual es obsoleto y que contiene excesivos beneficios para la clase trabajadora. Ante la imposibilidad de derogar el Código o reemplazarlo por otro, se han producido reformas o modificaciones regresivas de derechos o a través de un marco normativo paralelo, que ha logrado imponer, por ejemplo, la flexibilización laboral, la terminación de contratos, bajos salarios y, en definitiva, condiciones salariales injustas (Herrera 2015). El mismo discurso se levanta sobre el marco de derechos constitucionales, que se busca derogar y destruir.

El Acuerdo Ministerial n.º 080, emitido por el gobierno actual, regula la presentación, negociación y suscripción de contratos colectivos en el sector público y privado en Ecuador (EC Ministerio del Trabajo 2024). El punto crítico de este Acuerdo es la disposición de que el Ministerio de Trabajo revise los contratos colectivos del sector público para determinar que hayan contado con el dictamen del Ministerio de Economía y Finanzas; y que en las Empresas Públicas y privadas que hayan contado con participación mayoritaria de recursos públicos, participen solamente los trabajadores sometidos al Código del Trabajo (disposiciones primera y tercera). Este documento

refleja una orientación política antisindical y centrada en la contención fiscal y la eficiencia económica.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, este tipo de normativas perpetúa desigualdades estructurales, afecta las dinámicas laborales específicas de los colectivos más vulnerables y se manifiesta en la salud física, mental y emocional de los trabajadores. Estas medidas, al establecer limitaciones en la negociación colectiva, restringen la capacidad para implementar mejoras salariales y beneficios laborales, e imponen otras condiciones que impactan directamente en el bienestar del personal. El enfoque fiscalista de las contrarreformas laborales prioriza los intereses macroeconómicos sobre el reconocimiento de los derechos laborales, generando un escenario de precarización que afecta con mayor intensidad a los niveles más bajos de la jerarquía laboral, como el colectivo de auxiliares de enfermería.

4.2 La organización sindical de trabajadores de salud

Analizando la situación de la organización sindical en el sector salud, se observan importantes desafíos, a la vez que una experiencia positiva de resistencia y permanencia. El conjunto de trabajadores de salud del sector público se encuentra agrupado a nivel nacional en la Organización Sindical Única de Trabajadores de la Salud (OSUNTRAMSA), la organización de tercer grado a la cual están afiliados los sindicatos de las unidades operativas (centros de salud y hospitales) del Ministerio de Salud Pública.

En 2017, fecha de la última revisión del Contrato Colectivo, el número de trabajadoras y trabajadores que laboraban bajo dependencia del Ministerio de Salud Pública era de más de 17 mil, distribuidos en las distintas unidades operativas que prestan servicios de salud en todo el país. Este personal incluye puestos de trabajo de auxiliares de: odontología, enfermería, mantenimiento, alimentación, nutrición, autopsia, laboratorio, farmacia, centro infantil, administrativos, rehabilitación y radiología. También se consideran empleados y trabajadores sanitarios, técnicos de mantenimiento, choferes y conductores administrativos y de ambulancia, guardianes y operadores de imprenta (MSP y OSUMTRANSA 2017). El décimo primer contrato colectivo de trabajo fue firmado en 2010 y en 2017 se realizó la revisión con vigencia de dos años.

Es indudable la importancia de este documento para garantizar derechos laborales como la estabilidad en el trabajo (por cinco años), incremento salarial anual, jubilación patronal, subsidios, fomento y apoyos para el perfeccionamiento profesional, permisos sindicales y facilidades, así como la aceptación de la organización.

Otras cláusulas insertas en el Contrato Colectivo (MSP y OSUMTRANSA 2017) ratifican la obligatoriedad del cumplimiento de derechos establecidos por la legislación vigente en materia laboral, como el Código de Trabajo y la normativa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, así como los convenios internacionales de la OIT, que contemplan pagos por vacaciones, enfermedad o accidente, permisos por paternidad, maternidad, calamidad doméstica, horas extras, dotación de ropa de trabajo e implementos de protección e incremento salarial anual.

Lamentablemente para el bienestar de trabajadoras y trabajadores amparados por este contrato colectivo, una vez concluido el período de su vigencia, ha debido ser sometido a revisión y actualización para su firma. Debido a las condiciones de las políticas neoliberales vigentes en los últimos años, los trabajadores han quedado desamparados y no se ha podido lograr la firma de un nuevo Contrato Colectivo. La política de liberalización ha imperado y solo visualiza la firma de contratos individuales de trabajo, con la consiguiente inestabilidad y atomización (Representante sindical 2024, entrevista personal).

Una consecuencia de esta situación, como lo expresa el dirigente del Sindicato de Trabajadores del Hospital General Docente de Calderón, filial de OSUNTRAMSA, es que no se ha podido garantizar la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo acorde a las normativas nacionales e internacionales vigentes. Uno de los vacíos más importantes, según el dirigente, es la carencia de personal técnico especializado para gestionar la salud de los trabajadores en hospitales y en todos los niveles del sistema de salud.

Desde 2010 no se han revisado los techos salariales para el personal del sector salud bajo el Código de Trabajo, y menos aún para los profesionales amparados bajo la LOSEP (Representante sindical 2024, entrevista personal). El conjunto de políticas restrictivas a la negociación y contratación colectiva ha afectado gravemente la situación de las y los trabajadores de la salud, en opinión del dirigente del Sindicato del Hospital General Docente de Calderón (Representante sindical 2024, entrevista personal).

Las barreras directas a la contratación colectiva también se derivan de trabas burocráticas y medidas que obedecen a la política de ajuste y supuesta optimización del gasto público, que, conforme a Otero (2024, 93), “se constituyen en mecanismos de facto que vulneran el derecho de negociación y contratación colectiva” (Otero 2024, 93). Los acuerdos del Ministerio del Trabajo 054 y 080 enfatizan el control fiscal y la

sostenibilidad económica como ejes centrales, desarticulando uno de los principales instrumentos para la mejora de las condiciones laborales: la negociación colectiva.

La política de las normativas antisindicales no solo restringe la capacidad para negociar incrementos salariales acordes con la inflación y las necesidades básicas, sino que también limita la incorporación de beneficios laborales específicos, como incentivos, capacitación profesional y condiciones de trabajo más justas (Harari 2022). Este marco en el sector salud genera mayor precarización laboral, que se traduce en jornadas prolongadas y sobrecarga de responsabilidades. La ausencia de reconocimiento institucional, aunada a la falta de incentivos económicos, desmotiva a los trabajadores, debilitando su percepción de valoración institucional y afectando su autoeficacia (Otero 2024). Estas limitaciones a incentivos y oportunidades para el desarrollo profesional refuerzan un sistema que invisibiliza sus aportes esenciales al funcionamiento del sistema sanitario, agravando su desgaste físico y emocional.

Las limitaciones impuestas por la normativa antisindical repercuten en la capacidad del sistema de salud para garantizar entornos laborales saludables y sostenibles. Los trabajadores sanitarios enfrentan jornadas laborales extensas y dinámicas organizativas que priorizan la productividad sobre el bienestar, lo que aumenta la prevalencia de problemas de salud relacionados con el estrés crónico, como trastornos metabólicos, cardiovasculares y mentales (Barrera-Pintado y Baculima-Suárez 2024).

Esta realidad es agravada por la escasez de recursos humanos y materiales, lo que genera mayores niveles de estrés ocupacional, *burnout* y desgaste emocional en los trabajadores. Grupos como el personal auxiliar de enfermería, que enfrentan mayores niveles de vulnerabilidad debido a su posición de subalternidad en la jerarquía y menor poder de negociación, y que está compuesto mayoritariamente por mujeres, no solo experimentan los efectos de la precarización laboral, sino que también enfrentan desigualdades estructurales relacionadas con la doble carga laboral y las responsabilidades domésticas, perpetuando brechas de género que afectan su calidad de vida (Breilh Paz y Miño 1991).

La política laboral restrictiva repercute en la capacidad del personal para mantener un equilibrio entre su trabajo y su salud. Las mujeres, quienes representan la mayoría del personal auxiliar en este sector, enfrentan una doble carga laboral al combinar sus responsabilidades profesionales con las domésticas, lo que perpetúa desigualdades de género y agrava las afectaciones psicosociales (Campos et al. 2008).

Mientras que la ausencia de políticas preventivas en salud de los trabajadores exacerba problemas físicos como trastornos musculoesqueléticos y metabólicos, derivados de la carga de trabajo y las condiciones ergonómicas inadecuadas (Artazcoz 2016). Además, la falta de acceso a beneficios relacionados con la salud, como programas de apoyo psicológico o medidas preventivas, incrementa la vulnerabilidad de los trabajadores frente a riesgos psicosociales y físicos.

Las duras condiciones de los trabajadores de salud se agudizaron en la coyuntura de la pandemia del COVID-19. El estudio publicado por la OIT en 2022 para los países andinos, centrado en las condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo de los trabajadores de la salud en Ecuador, dio cuenta de la crítica situación estructural agravada por la pandemia.

Este estudio indica que, del 2019 al 2021, las condiciones de empleo para los trabajadores de la salud se vieron afectadas por procesos de inestabilidad y sobrecarga laboral, despidos, reducción de salarios y pago de salarios a destiempo, relacionados con el sector público (OIT 2022). A la vez, destaca cómo la Organización Sindical OSUNTRANSA, a través de su comité paritario de seguridad y salud ocupacional, tuvo un rol importante al ejercer presión para la dotación de equipos de bioseguridad al personal de salud de primera línea. Durante la pandemia, los gremios laborales reclamaron el cumplimiento de la llamada Ley de Apoyo Humanitario (EC 2020) en relación con el otorgamiento de nombramientos definitivos a profesionales que estuvieran en primera línea de atención y apoyaron los numerosos reclamos de profesionales, trabajadores y sus familias.

4.3 Desafíos de la organización sindical en el sector salud

El sindicalismo en el sector salud ha sido afectado por la política antisindical. El análisis desde la determinación social de la salud revela que el embate del poder hegemónico, a través de la abundante normativa antisindical, demuestra que, aunque se trate de justificar como una manera de garantizar la sostenibilidad fiscal, ha profundizado las desigualdades estructurales al limitar los derechos laborales de los colectivos más vulnerables. Este enfoque fiscalista no solo perpetúa la precarización laboral, sino que también tiene efectos negativos sobre la salud integral de los trabajadores. Se perpetúan las dinámicas de desigualdad estructural que afectan de manera directa a los trabajadores del sector salud, con impactos significativos en su salud y bienestar integral.

Desde la década de 1990, se han eliminado sindicatos, asociaciones y federaciones; muchos sindicatos han ido perdiendo fuerza, y se ha observado la destrucción de estructuras organizativas de los trabajadores. Esto se une a procesos de intervención y cooptación de los dirigentes que han pasado a ocupar cargos políticos. Los gobiernos han contribuido en este proceso de desgaste y cooptación (OIT 2022).

El sindicalismo enfrenta importantes desafíos que se relacionan con las transformaciones estructurales impuestas en las relaciones capital-trabajo. Un nudo crítico para el sindicalismo en el sector de la salud se refiere a las relaciones estado-representación política. “Parte de las limitaciones de la actividad política de los gremios son los cambios constantes que vienen con cada nueva autoridad en diferentes niveles. Gran parte de su trabajo es sostener relaciones y negociaciones que requieren tiempo y construcción de redes pero que luego se rompen” (OIT 2022).

El movimiento sindical debe embarcarse en cambios internos necesarios y profundos. Es necesario que las organizaciones emprendan procesos de capacitación a sus líderes y miembros para generar una fuerte conciencia de clase, que parta de comprender las aristas de la realidad actual y sus desafíos, y sienta las bases para una acción política sólida frente a las estrategias de cooptación y división emprendidas constantemente por los poderes hegemónicos (Herrera 2015).

El movimiento sindical debe trabajar en recuperar y construir una imagen positiva de las organizaciones sindicales y su papel en la defensa del modelo de derechos para contrarrestar la imagen distorsionada que han logrado imponer en la opinión pública las políticas neoliberales. Por ello, es fundamental adoptar un enfoque más inclusivo y equitativo que promueva la justicia social, garantice condiciones laborales dignas y reconozca la salud como un derecho humano esencial para la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto (Alonso 2007).

En consonancia con el cumplimiento de derechos, las organizaciones deben diseñar estrategias para ampliar la afiliación de jóvenes y mujeres, e incluir en sus plataformas de lucha las reivindicaciones específicas de estas poblaciones. Es vital poner en la agenda de lucha la defensa a la organización del sector laboral tercerizado y precarizado (Breilh 2010a). Asimismo, deben unirse a las luchas de otros sectores sociales del campo popular, tanto rural como urbano, en la presentación de propuestas de carácter de política nacional.

Las políticas laborales deben ser reconstruidas desde una perspectiva transformadora que priorice la salud y el bienestar de los trabajadores como pilares

fundamentales para el desarrollo de un sistema de salud más justo y equitativo. Es necesario adoptar medidas que mitiguen los efectos negativos de las normativas neoliberales que atentan contra los derechos de los trabajadores del sector salud.

Esta transformación basada en derechos debe incluir la flexibilización de los techos establecidos, permitiendo la negociación de beneficios adaptados a las necesidades de sectores específicos como el de la salud. Además, resulta fundamental fortalecer los programas de salud en el trabajo, con énfasis en la prevención del estrés laboral, el manejo del *burnout* y la implementación de políticas de corresponsabilidad que reduzcan la doble carga en los trabajadores. Asimismo, el diseño de estrategias que fomenten la participación empoderada de los trabajadores en las negociaciones colectivas podría contribuir a mejorar su percepción de reconocimiento y motivación.

Es imprescindible reconsiderar la implementación de políticas para ampliar las posibilidades de transformar el entorno laboral en uno más saludable y equitativo. Un marco normativo que equilibre los objetivos económicos con la protección de los derechos de los trabajadores debería permitir negociaciones más flexibles y adaptadas a las necesidades de sectores específicos como el de la salud. Además, se deben fomentar políticas de salud en el trabajo que incluyan programas preventivos de manejo del estrés, capacitación en ergonomía y estrategias para garantizar la sostenibilidad laboral, entre otras.

Se destaca la necesidad de políticas transformadoras que reconozcan a la negociación colectiva como una herramienta clave para mejorar las condiciones de trabajo y reducir las desigualdades en el sector salud. En este sentido, los desafíos que enfrenta la organización sindical en el sector de la salud requieren de una renovación profunda de sus estructuras, estrategias y discursos, que sean espacios de recuperación de legitimidad como actores clave en la defensa de los derechos de los trabajadores y, en este caso, de sus procesos de cuidado a la salud. Es crucial superar la fragmentación interna y fortalecer la formación política y sindical construyendo puentes de colaboración con otros sectores sociales, como elementos que fracturen las políticas neoliberales que perpetúan la precarización y debilitan la capacidad de negociación colectiva (Colosi y Berkeley 1991).

Por último, fortalecer el sindicalismo en el sector de los trabajadores de la salud debe orientarse a promover enfoques inclusivos y transformadores, que reconozcan la negociación colectiva como un elemento clave para garantizar las condiciones de trabajo óptimas y dignas, y para reducir las brechas de género, etno-culturales y clase social.

5. Trabajo en salud en el contexto histórico actual

5.1 El proceso de trabajo en salud en el contexto hospitalario, procesos disciplinarios, mecanismos biopolíticos

La propia organización del trabajo hospitalario, bajo el modelo médico hegemónico y de la medicalización de la salud, genera exposiciones y condiciones estructurales deteriorantes. Los trabajadores de la salud están expuestos de manera constante a procesos físicos, biológicos y químicos que acompañan el quehacer cotidiano del personal de salud. Adicionalmente, la organización de horarios de trabajo y distribución de tareas, en ambientes de alta presión y con falta de sistemas de protección y seguridad, genera permanentes procesos destructivos para el personal de salud, incluyendo el colectivo de auxiliares de enfermería.

Con el neoliberalismo se produjo el giro hacia la mercantilización de la salud y del trabajo, la imposición del modelo de privatización de servicios de salud, la reducción de los presupuestos y el personal, y la disminución de recursos para las atenciones, mucho más para programas de prevención integral. La consecuencia es la ampliación de la brecha de acceso a servicios; es notorio el aumento de la desigualdad en el acceso a la salud y una menor calidad de servicios (Minteguiaga 2013).

Las políticas neoliberales han tenido profundos impactos en el deterioro de las condiciones del trabajo en salud, lo que ha profundizado la vulnerabilidad de los trabajadores de la salud (Velasco y Nolasco 2024). En este marco, se agudizan y multiplican los procesos destructivos para los trabajadores de la salud y se reducen las condiciones para promover los procesos protectores. Este panorama refleja lo que Beck (1998) describe como “riesgos manufacturados”, donde las decisiones políticas y económicas intensifican las amenazas laborales (Breilh Paz y Miño y Tillería Muñoz 2024).

La precarización genera creciente inestabilidad laboral. En la organización del trabajo, la sobrecarga de tareas y la reorganización de los procesos laborales muestran la primacía otorgada al incremento de la productividad y la competitividad por encima de la seguridad del colectivo de trabajadores y la calidad del servicio (Spinelli et al. 2012). La atención de salud no es vista como actividad de cuidado de seres humanos, sino como productos mercantilizados, en condiciones en que no es posible cumplir patrones de calidad, con dedicación de tiempo adecuado, disponibilidad de insumos y equipos.

Los procesos de desgaste de los trabajadores de salud se deben principalmente a sus horarios extensos de trabajo, turnos nocturnos, no disponibilidad de espacios de descanso adecuados a su nivel de trabajo, carencia de acceso a alimentación saludable, exposición a agentes nocivos, sobrecarga laboral debido a la escasez de personal y falta de insumos (Breilh 2007b). En el colectivo, la precarización ha generado la necesidad de mantener dos o tres trabajos para poder sostener a sus familias. Además, con los cambios en el modelo de atención hacia la productividad, se intensifican y multiplican las tareas en menos tiempo. En el contexto de la pandemia de COVID-19, a esto se sumó la escasez de personal y el aumento de pacientes, mayores restricciones en materia de suministros, equipos y servicios en el interior de sus instituciones (Velasco y Nolasco 2024).

La vulnerabilidad descrita se agudiza debido a la ausencia estatal y la falta de políticas coherentes de protección. Para Álava et al. (2018), aunque en los hospitales ecuatorianos se han creado e implementado diversas normativas en materia de seguridad laboral y salud ocupacional, la falta de recursos y estructuras adecuadas en los hospitales exponen al personal a riesgos evitables, lo que muestra cómo las políticas están subordinadas a la lógica neoliberal de eficiencia y reducción de costos. Esto resulta en escasez de insumos médicos y medidas de seguridad ausentes en los ambientes laborales hospitalarios, enfrentando a sus trabajadores a condiciones laborales peligrosas constantes.

En este sentido, la ausencia de políticas de gobierno enfocadas en establecer mecanismos claros de protección a los trabajadores de la salud es una debilidad importante, pero la falta de compromiso de las autoridades que administran las casas de salud en todos los niveles también juega un rol crítico en el desarrollo crónico de estos procesos malsanos.

Con el fin de profundizar el análisis del proceso de trabajo en salud, cabe considerar lo que representan los espacios hospitalarios: la espacialidad hospitalaria, con su particular configuración de áreas y puestos de trabajo, responde a la necesidad de crecimiento y absorción del capital. Conforme lo define Harvey (2012), desde la geografía crítica, “el capital se ‘fija’ en el espacio, inscribiéndose en él y reconfigurándolo”.

En este sentido, cada área o puesto de trabajo en los hospitales implican un proceso social en el que se desarrollan prácticas conjuntas, donde el espacio se produce y en cada área de trabajo se configuran medios de gobierno (jefaturas, supervisiones) que, a su vez, sirven como herramientas de ordenamiento administrativo, jerárquico y territorial, pero

que generan, a su vez, espacios sociales desiguales; es decir, en el hospital los espacios de trabajo están claramente marcados y constituidos por espacios de poder. Conviene, por lo tanto, poner en crítica el espacio, es decir, las configuraciones físicas, los discursos sobre la división del trabajo, las prácticas institucionales, las representaciones de los puestos de trabajo, las relaciones sociales, etc. (Velasco 2018).

Los hospitales y su organización interna actúan también como mecanismos de poder disciplinario. En términos de Foucault (1983), estos mecanismos disciplinarios se observan claramente en los hospitales. Con relación a la regulación del tiempo y del espacio, los trabajadores están sujetos a horarios estrictos, rotaciones y turnos, a menudo con una carga laboral que deja poco margen para la autonomía personal. Esto genera una relación temporal disciplinada, donde los trabajadores deben ajustar su ritmo de vida a las necesidades institucionales.

El mecanismo de vigilancia y control es constante, manifestándose en protocolos, supervisiones y auditorías diseñadas para garantizar eficiencia y cumplimiento, pero que pueden ser percibidas como opresivas por los trabajadores. Las métricas de rendimiento, como el número de pacientes atendidos o la reducción de costos, imponen presiones adicionales que afectan el bienestar psicológico y emocional de los empleados.

La normalización de conductas constituye un mecanismo disciplinario que va más allá de la mera normatización administrativa. Los hospitales no solo establecen protocolos y reglamentos formales, sino que producen estándares implícitos de comportamiento profesional que los trabajadores internalizan para evitar sanciones, cuestionamientos o estigmatización, configurando así subjetividades ajustadas a las exigencias del modelo institucional. Estos estándares a menudo no consideran las individualidades ni las necesidades específicas del personal, lo que puede llevar a sentimientos de alienación (Barrueto Usquiano 2021).

Otra consecuencia es la pérdida de autonomía, puesto que las decisiones de los trabajadores suelen estar subordinadas a jerarquías rígidas y protocolos predefinidos, lo que limita su capacidad para ejercer juicio profesional autónomo. Esto puede disminuir la satisfacción laboral y el sentido de propósito (Alarcón Henríquez et al. 2020). La división jerárquica de tareas puede hacer que los trabajadores se sientan desconectados del propósito integral de su labor, ya que sus responsabilidades son vistas como una serie de procedimientos estandarizados en lugar de un cuidado integral y humano (fisura trabajo-producto, trabajador-labor de cuidado-paciente).

El espacio hospitalario está estructurado jerárquicamente, separando a los profesionales según sus roles y funciones, y creando dinámicas de poder entre médicos, enfermeras y personal auxiliar. Nótese que esta tríada es una expresión también de las intersecciones de clase (en base a la formación profesional, su posición en la inserción social de médicos y por ende mayor poder) y de género (la enfermería como profesión femenina o feminizada), con disparidad palpable frente al colectivo de auxiliares de enfermería, a cargo de trabajo operativo manual.

Esta clara pirámide de poder por inserción social se entrecruza con la división del trabajo por género, que reproducen los sistemas históricos de división sexual del trabajo, con tareas, profesiones y posiciones de poder diferenciadas, masculinas-femeninas. En este esquema, las enfermeras y auxiliares de enfermería tendrían asignadas tareas más “fáciles”, lo que perpetúa la lógica de la economía de los bienes simbólicos en el espacio laboral y la consecuente inequidad (Breilh Paz y Miño y Tillería Muñoz 2024; Velasco y Nolasco 2024).

5.2 Impacto en la salud del personal de salud: En particular, el personal de auxiliar de enfermería

El colectivo de auxiliares de enfermería en hospitales enfrenta mayor vulnerabilidad a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como altos niveles de cansancio físico y emocional, cuando se ven obligados a trabajar sin contar con los recursos e insumos adecuados.⁷

Por otro lado, el control constante y las expectativas de rendimiento en los hospitales generan desgaste psicológico que se traduce en problemas de salud mental, como estrés y agotamiento, conocidos como *burnout*, particularmente prevalente entre el personal de salud que debe enfrentar tanto las demandas institucionales como las de los pacientes. Las expresiones de ansiedad, depresión y estrés postraumático son comunes, debido a la presión institucional y la exposición constante a situaciones críticas. Se presentan comúnmente conflictos interpersonales, debido a que las dinámicas de poder y vigilancia pueden generar tensiones entre el personal, especialmente cuando se compete por el reconocimiento o el cumplimiento de metas institucionales, además de una permanente insatisfacción y desmotivación.

⁷ No es posible contar con datos oficiales actualizados sobre el perfil epidemiológico de trabajadores de la salud ni general si específicamente relacionado con su actividad laboral (ver nota sobre el Sistema de registro del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).

El espacio hospitalario es un lugar de atención a seres humanos que han perdido su condición de salud, pero es, a la par, un espacio de trabajo de grandes exigencias que inciden fuertemente sobre los modos de vivir y sobre la condición de salud de quienes atienden estos servicios. Las condiciones laborales del colectivo de auxiliares de enfermería determinan, por tanto, no solo su estado de salud y, por ende, el bienestar de sus familias, sino que también afectan la calidad de su trabajo frente a los pacientes.

El contexto de pandemia demostró claramente la mayor vulnerabilidad del colectivo en mención. En efecto, entre marzo y agosto de 2020, el Ministerio de Salud Pública (2020) reportó una tasa de casos confirmados de COVID-19 de un total de 1177 muestras tomadas en personal de auxiliares de enfermería. Esta fue la más alta de todos los grupos ocupacionales de salud, informando, además, 6 casos de muertes.

El personal de enfermería y el personal auxiliar de enfermería/camilleros claramente tenían un riesgo de exposición más intenso y prolongado, y al existir mayor posibilidad de contagio para los profesionales en todas las áreas de trabajo, se debía prever una alta posibilidad de bajas laborales que implicarían una cuarentena de unas dos semanas de duración, con mayor duración de la baja en caso de enfermedad grave (Raurell-Torredà et al. 2020).

Por las exigencias del enfrentamiento de la pandemia, este personal debió ajustar sus hábitos y estilos de vida a emergentes imperativos de sus procesos de trabajo, al igual que adaptarse a formas demandantes del trabajo, a las relaciones con compañeros de trabajo, con los pacientes infectados con el virus, con sus familias y entornos sociales, y otros procesos que contribuyeron a formar una vida cotidiana con marcados procesos de desgaste que afectaron la salud integral de este colectivo humano (Velasco y Nolasco 2024).

Este período de crisis sanitaria dejó importantes aprendizajes para el personal de salud, especialmente para los auxiliares de enfermería. El más doloroso es reconocer que uno de los grandes errores de los modelos sanitarios occidentales es no considerar al personal de salud y los problemas que enfrentan. Los sistemas de evaluación del personal se basan en indicadores de productividad, y la valoración del personal se basa en números de rendimiento (cantidad de pacientes atendidos, número de camas por enfermera, cantidad de procedimientos realizados), y dejan de lado el conjunto de procesos que entran en juego en la atención de calidad.

En este mismo orden de ideas, se tuvo que presenciar las consecuencias negativas y fatales de la mala administración y la escasez presupuestaria, que se reflejaron en la

carencia de suficientes insumos básicos, por ejemplo, para prevenir contagios desde los pacientes al personal y para evitar complicaciones en los pacientes (Velasco y Nolasco 2024).

Este capítulo desentrañó cómo la relación trabajo-salud en el Sistema de Salud ecuatoriano está profundamente marcada por procesos históricos y económicos, como la influencia de las políticas neoliberales y la mercantilización de la salud. También evidenció que la precariedad laboral, la fragmentación institucional y la persistente visión biomédica han generado condiciones deteriorantes para los trabajadores, exacerbadas por eventos como la pandemia de COVID-19. La discusión sobre el movimiento sindical y sus desafíos ha subrayado la importancia de la organización colectiva como un factor de resistencia y potencial transformador frente a estas dinámicas estructurales.

Estos procesos macroestructurales y las tensiones en el ámbito laboral y social configuran el contexto general que determina la salud de los trabajadores de la salud. En capítulos posteriores, profundizaremos en cómo estas dinámicas generales se materializan en el ámbito particular, explorando los espacios de trabajo y los modos de vida del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, así como sus estilos de vida y patrones de exposición específicos a nivel singular.

Adicionalmente, en este capítulo ha caracterizado el dominio particular en el que se desenvuelve el colectivo de auxiliares de enfermería del HGDC. El análisis del espacio laboral, los patrones de exposición, la inserción social y los modos de vida revela un panorama complejo donde los procesos deteriorantes —sobrecarga laboral, precariedad económica, exposición a riesgos y las inequidades de clase y género— superan a los procesos protectores, como el soporte sindical, cuya efectividad resulta limitada. La interacción de estas condiciones configura un modo de vida marcado por el desgaste sistemático. Este contexto, socialmente determinado en el dominio particular, no se queda en un plano abstracto, sino que se materializa e inscribe en los cuerpos y las subjetividades de los trabajadores. Por tanto, en la dimensión singular se analizará cómo estas condiciones se traducen en expresiones concretas de salud, examinando los perfiles de estrés, *burnout* y morbilidad que constituyen la encarnación (*embodiment*) de la relación trabajo-salud en este colectivo.

Capítulo tercero

Diseño metodológico crítico y operacionalización de la Determinación Social

Este capítulo presenta de manera detallada el diseño metodológico que sustenta la investigación, exponiendo los fundamentos teóricos y técnicos que guiaron su construcción. El punto de partida fue una sistematización rigurosa de las características del trabajo en el sector salud, con énfasis particular en el ámbito de la enfermería. Este ejercicio permitió visibilizar la complejidad inherente a una actividad que se despliega en la intersección entre la vocación y el compromiso ético, el conocimiento especializado y la práctica técnica, la resistencia física y la resiliencia emocional, así como en la construcción y afirmación de una identidad profesional.

Comprender esta complejidad fue clave para definir las categorías de análisis que sustentan la aproximación integral al estudio de las dinámicas laborales y sus impactos en la salud de los trabajadores, reconociendo que estos efectos no son meramente biológicos, sino que se inscriben en una trama social, histórica y estructural.

Posteriormente, se expone el diseño operativo de la metodología adoptada para abordar el objeto de estudio, el cual se fundamenta en la concepción y las herramientas analíticas de la Determinación Social de la Salud (DSS). La parte cualitativa se integró y complementó los resultados de la aplicación de la encuesta. Creswell (2009) nombra este tipo de estrategia de estudio mixto de convergente, toda vez que los datos cuantitativos y los datos cualitativos son complementarios.

Cómo se verá en la presentación de resultados, la aplicación de las herramientas analíticas de la DSS permitió evidenciar cómo dichos modos de vida, moldeados por las lógicas y políticas neoliberales, impactan de manera directa en el desgaste físico, mental y social de las trabajadoras, generando un deterioro sostenido de su salud.

En este capítulo se desarrollan las preguntas de investigación y los objetivos generales y específicos que guiaron todo el proceso, los cuales sirvieron como eje articulador para definir las categorías centrales de análisis.

A partir de ello, se describen los instrumentos y técnicas seleccionados para la recolección de información, combinando estrategias cuantitativas y cualitativas que

posibilitaron capturar tanto datos medibles como experiencias y significados construidos por el propio personal de salud.

En el componente cuantitativo se destacan el uso de una encuesta epidemiológica estructurada, diseñada por el autor, y la aplicación del Índice de Inserción Social (INSOC) desarrollado por (Breilh 2017), instrumento validado en el campo de la epidemiología crítica para operacionalizar la categoría de clase social.

Para el desarrollo de la presente investigación se contó con la autorización expresa del autor del INSOC, en virtud de que el estudio se inscribe en el marco del Programa de Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, cuya dirección académica está a su cargo. Esta condición no solo garantizó el uso legítimo del instrumento, sino que también fortaleció la coherencia teórica y metodológica del trabajo, al enmarcarlo en la línea de pensamiento y producción académica promovida por el programa.

Las herramientas mencionadas permitieron captar, con rigor y coherencia teórica, dimensiones clave sobre condiciones de vida y trabajo, exposición a procesos críticos, desgaste físico y psíquico, y modos de vida del colectivo investigado. A estos se sumaron instrumentos complementarios como el EpiEstrés y el Inventario de *Burnout*, que fortalecieron el análisis de las manifestaciones de salud vinculadas a los procesos estructurales.

Por otro lado, las entrevistas a actores-clave resultó fundamental para acceder a la complejidad del objeto de estudio desde una perspectiva crítica y situada, desde la experiencia de actores que ocupan roles protagónicos en la dinámica social y de trabajo en el hospital. Lejos de limitarse a una mera descripción empírica, estas entrevistas permitieron comprender la experiencia laboral como un fenómeno profundamente estructurado por relaciones de poder, desigualdades de clase, género y condiciones institucionales distintas.

Finalmente, se detalla el proceso de tratamiento, sistematización y análisis de la información, enfatizando la rigurosidad empleada para garantizar que cada etapa estuviera orientada a responder de manera integral a las preguntas y objetivos planteados.

De este modo, la investigación se configuró como un abordaje crítico de los problemas que enfrenta el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, inscrito en el paradigma de la Determinación Social de la Salud (DSS). Este enfoque, sustentado en los principios y categorías de la Epidemiología Crítica (Breilh 2021), permitió entrelazar de manera estratégica técnicas cuantitativas y

cualitativas, articuladas a través de nodos de metainferencia que facilitaron la interpretación integral de los hallazgos.

El análisis se estructuró a partir de las tres dimensiones de determinación — general, particular y singular—, lo que posibilitó examinar cómo los modos de vida del personal se configuran en cinco espacios de la reproducción social: (1) producción y trabajo, (2) consumo, hogar y movilidad, (3) organización y soportes colectivos, (4) construcción de cultura y subjetividad, y (5) construcciones de género y etnicidad. Este marco permitió evidenciar cómo dichos modos de vida, moldeados por las lógicas y políticas neoliberales, impactan de manera directa en el desgaste físico, mental y social de las trabajadoras, generando un deterioro sostenido de su salud. La persistencia de estas condiciones, históricamente invisibilizadas, refleja la ausencia de políticas públicas integrales y la insuficiente asignación presupuestaria destinada a la salud de los trabajadores en Ecuador.

En este contexto estructural, resulta indispensable centrar el análisis en el sujeto colectivo directamente afectado por estas dinámicas: el personal auxiliar de enfermería. Su caracterización permite comprender cómo se encarnan —en cuerpos concretos y trayectorias laborales específicas— las desigualdades sociales y las condiciones materiales que configuran la relación entre trabajo y salud.

1. Determinación Social de la relación trabajo-salud: modelo analítico

La Determinación Social de la Salud (DSS), como propuesta de la salud colectiva latinoamericana, se adopta en este trabajo como el paradigma metodológico central. Su utilidad no se restringe al marco teórico, sino que es la herramienta que organiza la estructura analítica de la investigación, permitiendo una comprensión integral de la relación trabajo-salud.

El modelo de Determinación Social de la Salud desarrollado por Breilh (2006) identifica tres dominios interrelacionados —general, particular y singular— que configuran el proceso salud-enfermedad-atención.

- El dominio general (estructural) remite a las condiciones históricas, económicas y políticas que definen los marcos en los que viven y trabajan las poblaciones.
- El dominio particular corresponde a los modos de vida de grupos sociales específicos (mediados por relaciones de género, clase, etnicidad).
- El dominio singular se relaciona con los estilos de vida y prácticas individuales.

Esta conceptualización no es meramente descriptiva, sino que constituye una herramienta metodológica dialéctica que permite comprender cómo los procesos macroestructurales se traducen en modos de vida colectivos y, finalmente, en experiencias corporales individuales. Tal enfoque posibilita un abordaje integral de la relación trabajo-salud, reconociendo que los procesos de desgaste o bienestar no son hechos aislados, sino expresiones encarnadas de condiciones históricas y sociales (Figura 1).

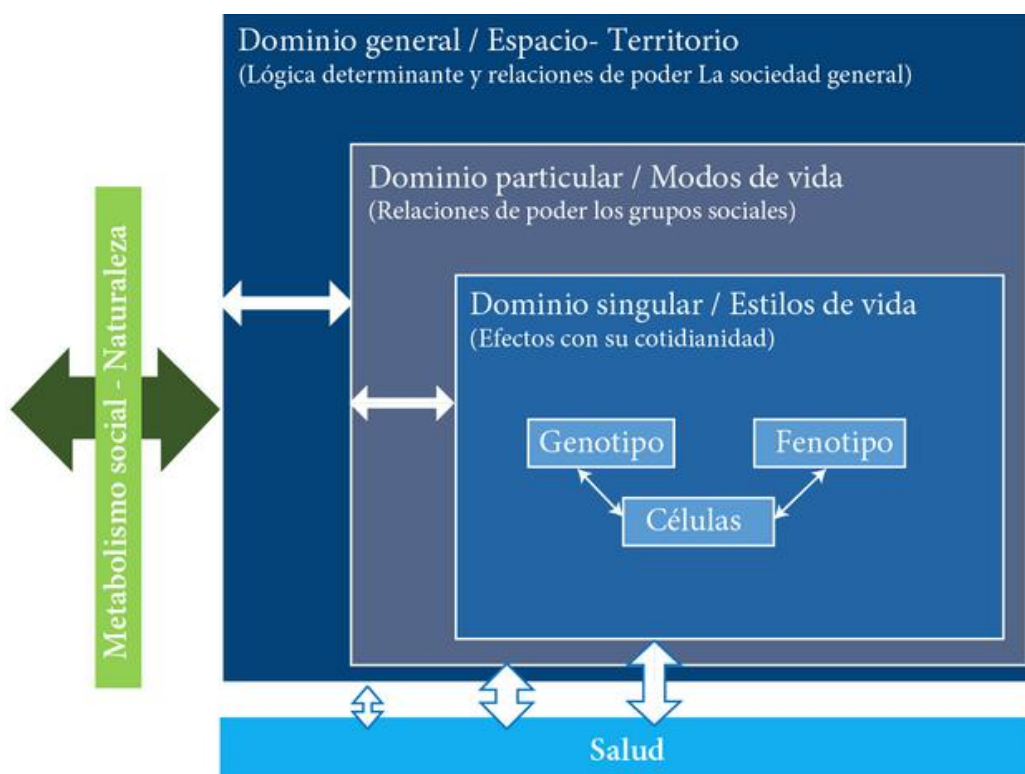


Figura 1. Dominios de la Determinación Social de la Salud según la epidemiología crítica
Elaboración propia, a partir de Breilh (2006)

La figura 1 ilustra los tres niveles que configuran el proceso salud-enfermedad y muestra que los tres dominios no actúan de manera aislada, sino que conforman un entramado dinámico de determinaciones y retroalimentaciones.

En el presente estudio, esta perspectiva se materializa a través de la Matriz de Procesos Críticos. Dicha matriz recoge la lógica de los tres dominios de la determinación social —general, particular y singular— para organizar la recolección de información y el análisis de los factores protectores y destructivos que inciden en la salud de las auxiliares de enfermería. Este abordaje se constituye en el recurso analítico fundamental

que organiza la presentación de los resultados (Capítulo cuarto) y visibiliza las desigualdades.

La figura 2 presenta el modelo conceptual construido a partir de la Matriz de Procesos Críticos. En él se visualiza la articulación entre los dominios y cómo sus interacciones determinan la salud de las auxiliares de enfermería, sirviendo como esquema para el análisis de la relación trabajo-salud.

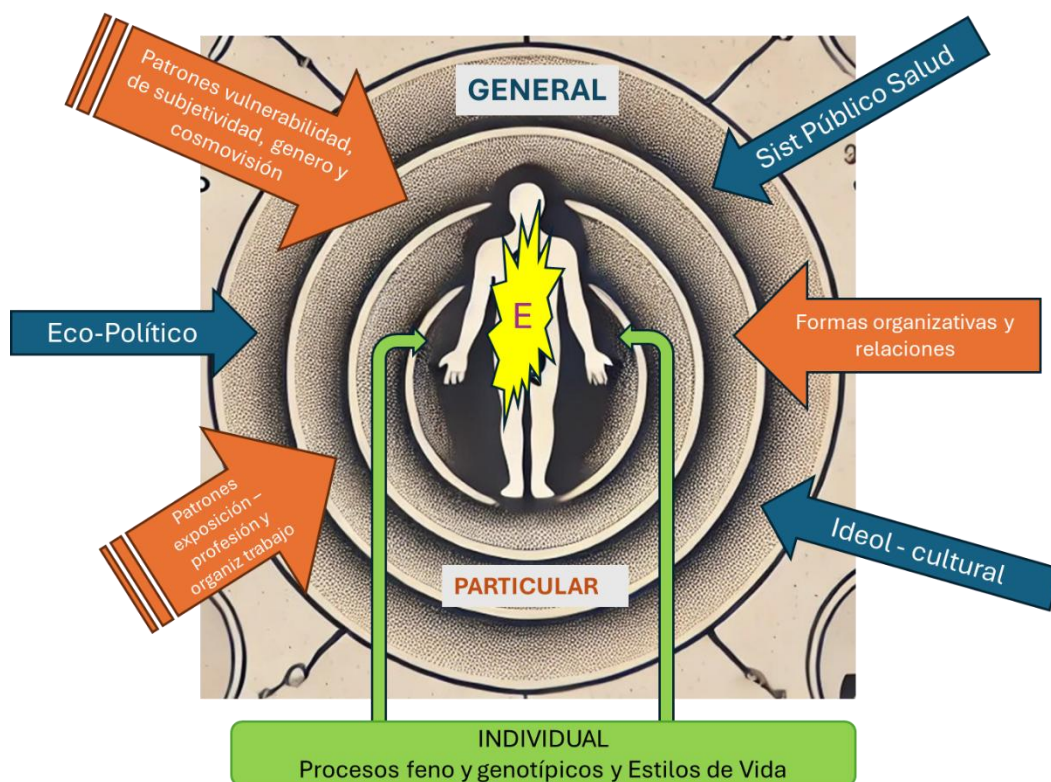


Figura 2. Representación dinámica de las dimensiones de la DSS del auxiliar de enfermería
Elaboración propia, a partir de Breilh (2017)

En consecuencia, los dominios estructurales, particulares y singulares del proceso salud-trabajo constituyen un marco analítico indispensable para comprender cómo las condiciones materiales, las configuraciones institucionales y las experiencias individuales se entrelazan. En síntesis, el análisis de la relación trabajo-salud desde la determinación social ofrece una lectura crítica que integra los niveles estructurales, colectivos e individuales, y constituye la base para el estudio de los procesos críticos que se desarrollan en su práctica laboral.

2. Diseño metodológico: enfoque, tipo de estudio y procedimientos

Este estudio se inscribe dentro del enfoque mixto convergente (Creswell 2009), en el que combinamos el levantamiento cuantitativo al enfoque cualitativo de investigación social crítica, fundamentado en la tradición epistemológica de la teoría social latinoamericana y en la epidemiología crítica. Desde este enfoque, se reconoce que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) son construcciones sociales históricamente situadas, determinadas por condiciones estructurales, relaciones de poder y vivencias subjetivas que deben ser analizadas en su complejidad y en sus interacciones. Se parte de una comprensión que rechaza las explicaciones lineales y fragmentadas, asumiendo que la salud de las auxiliares de enfermería no puede aislarse de los marcos político-económicos, de las dinámicas institucionales ni de los significados culturales que median su labor. De ahí que se opte por una perspectiva dialógica, emancipadora y comprometida con la transformación social, donde la investigación no solo busca describir realidades, sino también contribuir a su cuestionamiento y cambio.

Este tipo de diseño resulta particularmente pertinente cuando se aborda un colectivo laboral como el de las auxiliares de enfermería, cuyas vivencias se encuentran atravesadas por complejas interacciones entre factores estructurales, institucionales y subjetivos. De esta manera, el diseño se alinea con los objetivos centrales de la investigación, que buscan desentrañar la determinación social del proceso salud-trabajo no desde categorías predefinidas por la academia o las instituciones, sino a partir de la voz, la experiencia y la perspectiva crítica de las propias trabajadoras y trabajadores, reconociendo su lugar como productores de saber y actores sociales con capacidad de agencia.

El enfoque dialéctico-crítico, asumido como perspectiva transversal, guió de manera coherente todas las fases del proceso investigativo, desde la formulación del problema y el diseño metodológico hasta el análisis, la interpretación y la socialización de los resultados. Este enfoque parte del reconocimiento de que los procesos de salud-enfermedad no son fenómenos aislados ni estáticos, sino que se constituyen en el marco de contradicciones sociales, históricas y culturales que demandan ser comprendidas en su complejidad. En este sentido, la investigación no se limita a describir dichas contradicciones, sino que busca proyectar posibilidades de transformación, en consonancia con el principio de praxis que articula el conocimiento crítico con la acción social.

Así, el rol del investigador trasciende la observación neutral para posicionarse como sujeto reflexivo, comprometido ética y políticamente con los contextos y actores implicados, en concordancia con los postulados de la epidemiología crítica (Breilh 2003), que promueve un diálogo horizontal con los sujetos de estudio y la validación de sus saberes en el proceso de construcción del conocimiento.

La investigación se desarrolló en cinco fases interrelacionadas, concebidas bajo la lógica de la investigación social crítica, de manera que cada una alimentara y reorientara las siguientes según los hallazgos y reflexiones emergentes.

- 1) **Revisión bibliográfica y teórica**, centrada en las categorías de *trabajo en salud*, *epidemiología crítica*, *determinación social de la salud* y *sociedad del riesgo*. En esta fase se priorizaron los aportes latinoamericanos y los estudios específicos sobre auxiliares de enfermería, lo que permitió construir un marco de referencia anclado en realidades y debates propios de la región.
- 2) **Caracterización del contexto institucional** del Hospital General Docente de Calderón, a través de revisión documental y entrevistas con personal clave. Este análisis permitió situar las condiciones materiales, organizativas y simbólicas en las que se desenvuelve el colectivo estudiado, identificando tensiones y contradicciones entre el discurso institucional y la experiencia cotidiana de las trabajadoras y trabajadores.
- 3) **Diseño e implementación del trabajo de campo**, que combinó la aplicación del instrumento cuantitativo y entrevistas. La selección de participantes se realizó mediante muestreo intencional y criterios de heterogeneidad —tiempo de trabajo, edad, sexo, turnos, unidades de atención, tipo de contratación, entre otros— para captar la diversidad de trayectorias y vivencias presentes en el colectivo.
- 4) **Análisis cualitativo e interpretación** de la información recabada en las entrevistas.
- 5) **Retroalimentación y validación participativa**, a través de un taller con algunos de los participantes, donde se discutieron los resultados preliminares y se enriqueció el análisis incorporando matices, disensos y consensos desde la experiencia colectiva.

Este encadenamiento de fases garantizó que el proceso investigativo mantuviera un carácter dialógico, crítico y situado, en coherencia con el compromiso ético-político que demanda la investigación en salud colectiva.

En síntesis, el diseño metodológico adoptado permitió integrar de forma coherente las herramientas de la epidemiología crítica con técnicas cualitativas orientadas a rescatar la voz, las experiencias y las percepciones de las auxiliares de enfermería. La articulación entre fases no solo permitió una comprensión amplia y profunda de la relación trabajo-salud en este colectivo, sino que también favoreció un diálogo constante entre el marco teórico y la realidad empírica. Este carácter reflexivo y participativo aseguró que la investigación no se limitara a describir condiciones laborales, sino que las interpretara en clave de determinación social, reconociendo las estructuras históricas y las relaciones de poder que las configuran.

3. Integración del diseño metodológico

Con el fin de ofrecer una visión integrada del recorrido investigativo, la Tabla 1 organiza la estructura metodológica de esta tesis en cuatro columnas:

- La primera presenta los *capítulos* que componen la tesis, desde el marco teórico-epistemológico inicial hasta la propuesta final de acción.
- La segunda recoge los *objetivos específicos* que guían el desarrollo de cada apartado.
- La tercera detalla la *estructura de categorías y variables* trabajadas, así como los ejes temáticos que orientan el análisis.
- La cuarta describe las *técnicas e instrumentos* de investigación empleados para abordar cada capítulo, evidenciando la combinación de herramientas cualitativas y cuantitativas, así como su pertinencia para el enfoque dialéctico-crítico asumido.

Esta organización permite visualizar de manera integrada la coherencia interna del trabajo, la correspondencia entre las decisiones metodológicas y los objetivos de investigación, y el papel que desempeña cada capítulo en la construcción de los hallazgos y propuestas finales.

Tabla 1
Estructura metodológica de la investigación

Capítulo	Objetivos	Estructura de categorías y/o variables propuestas	Técnicas de investigación Instrumentos
Capítulo primero Dimensiones teóricas de la relación trabajo-salud: desgaste obrero, Determinación Social de la Salud y la somatización de lo social	Objetivo 1: Analizar los efectos de los procesos críticos de la fase neoliberal en la relación trabajo-salud de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón	Dimensión general Procesos históricos de la fase neoliberal en la relación Trabajo – Salud. El modelo médico hegemónico y su efecto en la relación trabajo. salud.	Periodización del proceso histórico referente al neoliberalismo sobre la relación trabajo – salud. Análisis de conceptos. Análisis crítico de políticas Revisión bibliográfica. Análisis conceptual, de políticas Entrevistas a actores clave.

- salud en su dimensión general		Políticas de ajuste estructural, reducción de inversiones, flexibilización laboral, privatización y mercantilización de los servicios de salud, Estructura del sistema de salud Análisis crítico del Modelo de Salud y Seguridad en Ecuador, El espacio hospitalario del HCDG. Políticas de prevención. Patrones de exposición. Organización del trabajo.	
Capítulo segundo Determinación social y contexto crítico: la precarización del trabajo en salud	Marco de referencia general. Aporta a todos los objetivos	Abordaje de la relación “trabajo-salud”. Sistema de Salud en el Ecuador Impacto 4ta revolución industrial en el trabajo y salud La determinación social de la relación Trabajo-Salud. Teoría crítica de la gestión de la salud. Fundamentación teórica del sindicalismo	Análisis de teorías, dimensiones y categorías en base: replanteamiento de estructuras teóricas de análisis, del paradigma de factores de riesgo al paradigma crítico. Revisión bibliográfica en profundidad. Estado del arte comparativo. Construcción de marco teórico
Capítulo tercero Diseño metodológico	Marco metodológico general del estudio	Proceso investigativo, herramientas e instrumentos utilizados	Sistematización de procedimientos, herramientas y técnicas usadas en el estudio.
Capítulo cuarto Espacios de trabajo y vida Resultados empíricos: en las tres dimensiones de análisis	Objetivo 2. Evaluar cómo influye la implementación de políticas y normativas neoliberales en los modos de vida y condiciones laborales de auxiliares de enfermería en el Hospital Docente de Calderón. Analizar los resultados en las tres dimensiones de la DSS	Dimensión Particular Inserción social (INSOC), Identificación de puestos y procesos de trabajo. Identificación de procesos destructivos de la salud. Identificación de procesos protectores de la salud. Tipología de modos de vida en función del puesto de trabajo. Perfiles de exposición-vulnerabilidad. Combinación de mayor carga laboral, escasez de recursos y personal reducido en relación con el bienestar del personal auxiliar de enfermería. Precarización laboral y relación con el acceso a capacitación profesional y ausencia de discusión de condiciones de trabajo. Movilidad de trabajadores y el rol del espacio en la determinación social de la salud. Inequidad de género, Soportes colectivos desde la organización sindical. Ausencia de reconocimiento y generación de sentimientos de	Encuesta epidemiológica: Análisis estadístico relacional con uso de SPSS Aplicación de entrevista a profundidad a actores clave: representante sindical, gerente del HGDC, supervisoras y trabajadora del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón.

		desvalorización – desmotivación. Exposición a escenarios deteriorantes,	
Capítulo quinto	Objetivo 3: Comprender cuáles son los efectos en la salud de auxiliares de enfermería de los Procesos Críticos en la relación trabajo – salud del Hospital General Docente de Calderón.	Dimensión individual Configuración familiar, equilibrio trabajo-hogar, itinerario personal laboral. Procesos críticos de las condiciones laborales protectoras y/o destructivas en el perfil de salud. Estilos de vida. Presencia de estrés laboral, desajuste emocional, indicadores de <i>burnout</i> y perfil de morbilidad.	Tipología de configuración familiar, indicadores de itinerario laboral, tipología de estilos de vida: hábitos nutricionales, tiempo libre, procesos protectores. Valoración del estrés laboral (por EpiEstrés), indicios de <i>burnout</i> , niveles de malnutrición, perfil de morbilidad en auxiliares de enfermería. Comparativos por áreas de trabajo, género, inserción social. Encuesta epidemiológica. Entrevistas a actores claves
Capítulo sexto	Objetivo 4: Proponer un plan de acción para el mejoramiento de las condiciones laborales de auxiliares de enfermería que incluya estrategias desde la Determinación Social de la Salud.	Formulación de propuestas de lineamientos de política y plan de acción para la implementación del monitoreo estratégico a partir de los hallazgos de la investigación.	Formulación participativa de propuestas de cómo podrían ser aplicados los hallazgos de la investigación, y sobre cómo los resultados podrían traducirse en acciones concretas. Y cómo podrían aportar a la generación de políticas.
Conclusiones			Síntesis de hallazgos epistemológicos, metodológicos y de praxis. Hallazgos epistemológicos: Identificación de teorías o enfoques epistemológicos. Incluye el positivismo, y otros reduccionismos; se describe como estas teorías influyen en la investigación y en la forma en cómo se interpreta y comprende el objeto estudiado. Hallazgos metodológicos: Resumen de los métodos específicos usados, exitosos y no exitosos, para recopilar información y analizar datos. En investigación cuantitativa, las encuestas, análisis estadístico y técnicas de análisis. En investigación cualitativa, descripción sobre el proceso de entrevistas, y análisis de sus contenidos. Se explicará porque se usó esos métodos en concordancia con los objetivos planteados en la investigación.

Elaboración propia (2025)

Estas categorías no fueron impuestas *a priori*, sino que emergieron del diálogo constante entre el marco conceptual, la evidencia empírica y la reflexión crítica del investigador. Su construcción respondió a un proceso de ida y vuelta entre teoría y datos, propio del enfoque dialéctico-crítico, que rechaza la separación rígida entre el momento teórico y el momento empírico. De esta manera, las categorías finales integran tanto las determinaciones estructurales y contextuales identificadas en el análisis documental

como las vivencias, percepciones y estrategias de los sujetos investigados, garantizando que el marco interpretativo conserve su anclaje en la realidad concreta de los auxiliares de enfermería.

Cada capítulo corresponde a uno de los objetivos específicos del estudio y aborda una dimensión particular del proceso trabajo-salud desde la perspectiva de la determinación social. Esta estructuración permitió avanzar progresivamente desde los procesos de determinación general hacia lo particular y singular, en consonancia con el enfoque teórico adoptado. A través de esta organización, se buscó dar cuenta de las múltiples mediaciones que configuran la salud de los auxiliares de enfermería, desde los contextos institucionales y políticos hasta las vivencias cotidianas de los sujetos, sentando así las bases para el análisis que se desarrolla en los capítulos siguientes.

Este diseño metodológico se caracteriza por su coherencia interna entre objetivos, categorías analíticas, instrumentos y formas de análisis. A la vez, conserva un carácter flexible que permitió incorporar hallazgos no previstos inicialmente, sin perder la direccionalidad epistemológica de la investigación. En suma, se trata de una estrategia metodológica que articula teoría crítica, participación y rigurosidad analítica, como parte de un enfoque emancipador comprometido con la transformación de las condiciones de salud de los trabajadores del sector público.

En este marco metodológico, resultó imprescindible definir de manera precisa la población y la muestra de estudio, garantizando que los sujetos seleccionados representaran la diversidad de experiencias y condiciones presentes en el colectivo investigado. Esta definición no solo obedeció a criterios técnicos, sino que respondió también a la necesidad de visibilizar a quienes, desde posiciones históricamente subalternas, encarnan en sus cuerpos y trayectorias los efectos de las transformaciones estructurales analizadas.

4. Sujeto de estudio

Este apartado aborda la justificación metodológica del auxiliar de enfermería, reconocido como sujeto colectivo y estratégico en el estudio, cuya labor se desarrolla en un entramado de relaciones de poder, desigualdades estructurales y condiciones históricamente determinadas. Su posición, frecuentemente invisibilizada frente al personal médico y de enfermería titulada, lo sitúa en un nodo metodológico clave para analizar la determinación social de la salud debido a la combinación de exigencias físicas,

emocionales y cognitivas, en un entorno hospitalario marcado por la sobrecarga laboral y la presión institucional.

Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud (DDS), estas relaciones jerárquicas y la posición subordinada en la estructura asistencial constituyen un determinante estructural. Esta posición moldea sus modos de trabajo y su capacidad de agencia, configurando un sujeto metodológico idóneo para estudiar la manera en que las determinaciones estructurales convergen en la configuración de sus perfiles de salud-enfermedad.

En el caso del Hospital General Docente de Calderón, estas dinámicas se concentran. El hospital se convierte en un espacio privilegiado para el análisis de la relación trabajo-salud desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, al concentrar múltiples factores estructurales, organizativos y simbólicos que debían ser capturados por la estrategia metodológica.

Desde esta mirada, se asume la necesidad de una estrategia metodológica que articule los procesos de determinación social, laboral y simbólica del proceso salud-enfermedad. Para ello, se recurrió a una estrategia cualitativa, bajo una lógica comprensiva e interpretativa, orientada a captar los sentidos que los actores sociales atribuyen a su experiencia laboral. Se incluyó el uso de técnicas de producción discursiva como las entrevistas semiestructuradas, en este sentido.

El diseño de la investigación se construyó con base en los principios de la epidemiología crítica y el enfoque de Determinación Social de la Salud (DSS), lo que implica partir de las condiciones de vida y trabajo como puntos nodales para comprender los procesos de salud-enfermedad.

Para operacionalizar el abordaje metodológico, se definieron previamente los descriptores que orientaron la búsqueda bibliográfica y la construcción del marco teórico. Estos descriptores fueron seleccionados a partir del vocabulario controlado de BIREME y DeCS, e incluyeron términos como: “trabajo en salud”, “auxiliar de enfermería”, “determinación social”, “precariedad laboral”, “salud colectiva”, “riesgos psicosociales”, “condiciones laborales”, “síndrome de *burnout*” y “movimientos sindicales en salud”.

Respecto al sujeto de estudio, se caracterizó al auxiliar de enfermería como una figura clave en la estructura asistencial hospitalaria, con un rol fundamental en el cuidado directo de los pacientes, pero frecuentemente invisibilizado en los estudios académicos y en las políticas institucionales. Según Norman (1998), este perfil profesional desempeña funciones indispensables para el sostenimiento cotidiano del trabajo hospitalario.

Se establecieron criterios de inclusión para seleccionar a los participantes de la investigación. Se incluyó a auxiliares de enfermería que cumplieran las siguientes condiciones:

- Tener un mínimo de un año de experiencia laboral en el Hospital General Docente de Calderón.
- Haber trabajado durante el período 2020-2023, para incorporar la experiencia de la pandemia de COVID-19.
- Estar actualmente en funciones o haber cesado en los últimos seis meses.

Los criterios de exclusión fueron:

- Personal que ocupara cargos administrativos sin funciones asistenciales.
- Auxiliares con menos de un año de experiencia en el hospital.
- Aquellos que no dieran su consentimiento informado para participar.

El proceso de recolección de información se desarrolló en tres fases secuenciales: en primer lugar, se realizó una revisión documental de fuentes institucionales y normativas. Posteriormente, se efectuaron entrevistas semiestructuradas a actores claves: Gerente del hospital, representante sindical y dos supervisoras de auxiliares de enfermería (anexo 3).

En suma, la caracterización del auxiliar de enfermería y la descripción de las estrategias metodológicas utilizadas permiten situar al sujeto de estudio dentro de un entramado complejo de relaciones laborales, institucionales y sociales. Comprender esta posición requiere ir más allá de la mera descripción de funciones y condiciones contractuales, para adentrarse en los procesos estructurales que configuran su quehacer cotidiano y su estado de salud.

5. Componente cuantitativo

El componente cuantitativo permitió profundizar en la dimensión estructural y epidemiológica de las condiciones de trabajo del personal auxiliar de enfermería. Este abordaje se enfocó en la medición objetiva de variables clave relacionadas con salud, trabajo y contexto social, a fin de fortalecer la robustez interpretativa del estudio. Mediante herramientas estandarizadas y una estrategia censal rigurosa, se buscó traducir en indicadores precisos las realidades previamente exploradas desde una perspectiva

subjetiva, asegurando así una articulación metodológica coherente con el enfoque mixto y con los postulados de la Determinación Social de la Salud que guían esta investigación.

5.1 Encuesta epidemiológica, herramienta INSOC y otros instrumentos cuantitativos

El uso de técnicas cuantitativas resulta especialmente adecuado para estudios orientados a medir la magnitud de los fenómenos, establecer correlaciones y probar hipótesis a partir del análisis de datos numéricos, lo que aporta rigor y sistematicidad al proceso investigativo. Entre los instrumentos más utilizados en este tipo de abordaje destacan las encuestas, los cuestionarios estructurados y las escalas de medición estandarizadas, cuya aplicación permite obtener información comparable y susceptible de análisis estadístico. Sin embargo, es fundamental subrayar que, en investigaciones de carácter integral como la presente, la complementariedad con técnicas cualitativas resulta esencial, pues estas últimas posibilitan explorar significados, percepciones y contextos que trascienden las limitaciones de la medición numérica. La integración de ambos enfoques, en un marco metodológico mixto, fortalece la capacidad explicativa del estudio y enriquece la interpretación de los resultados.

En este sentido, el componente cuantitativo de la investigación se desarrolló mediante la aplicación de una encuesta epidemiológica estructurada, diseñada por el autor con preguntas cerradas y precodificadas. Fue aplicada a la totalidad del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, mediante visita directa a las diferentes áreas del hospital. Para garantizar su rigurosidad, los entrevistadores fueron médicos residentes debidamente capacitados y entrenados en el manejo del instrumento. Su implementación permitió identificar y medir con precisión indicadores claves relacionados con condiciones laborales, exposición a agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, salud física, mental, y percepciones del entorno de trabajo.

Complementariamente, se empleó el Índice de Inserción Social (INSOC), una herramienta desarrollada por Breilh (2007) en el marco de investigaciones realizadas por el Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud de ALAMES. Esta herramienta permite construir tipologías de inserción social a partir de dimensiones como la estructura del hogar, nivel educativo, situación laboral, condiciones de vivienda y acceso a servicios. Su aplicación en este estudio no solo fortaleció el rigor del componente cuantitativo, sino que aportó una base analítica coherente con el enfoque de determinación social, facilitando la posterior articulación con el análisis cualitativo.

Dada la naturaleza del estudio y el marco de la determinación social de la salud, el INSOC resultó especialmente idóneo para captar los procesos críticos —tanto protectores como destructivos— que operan en las dimensiones particular e individual del colectivo de auxiliares de enfermería del HGDC. Además, su implementación censal garantizó la representatividad y la solidez estadística de los datos, posibilitando un análisis comparativo entre diferentes áreas, modalidades contractuales y trayectorias laborales.

Gracias a la articulación entre el INSOC y la encuesta epidemiológica, fue posible construir un panorama integral sobre la inserción social del personal auxiliar de enfermería y sus familias, identificar sus modos de vida, caracterizar los patrones de exposición derivados de los puestos y procesos de trabajo, y precisar las formas particulares de vulnerabilidad a las que se ven expuestos. Este abordaje permitió no solo delimitar diferencias epidemiológicas significativas, sino también identificar manifestaciones de desgaste psicosocial —como el estrés laboral, el síndrome de burnout y otras problemáticas de salud— entendidas como expresiones del proceso de somatización de lo social de las condiciones estructurales que atraviesan al colectivo.

Dichas manifestaciones, lejos de ser meras condiciones individuales, se entienden como resultados históricos y sociales vinculados a las condiciones de vida y trabajo del colectivo. La encuesta fue diseñada con un enfoque integral y se estructuró en siete dimensiones interrelacionadas, que se detallan a continuación (ver Anexo 1: Formato de encuesta):

- 1) **Información general.** Incluyó variables sociodemográficas y laborales como área de trabajo, edad, sexo, género, identidad étnica, estado civil, nivel educativo y localización geográfica del lugar de residencia (zona, parroquia, sector, barrio).
- 2) **Hogar e INSOC.** Recogió datos sobre la composición y dinámica del hogar, número de personas, responsables económicos, distribución por género y etnia, nivel educativo, tipología de inserción social y promedio de ingresos mensuales.
- 3) **Modos de vida y espacios.** Abarcó las características de la vivienda, el acceso a servicios básicos, la percepción de seguridad, el transporte, la alimentación durante la jornada laboral, el itinerario laboral, la exposición a riesgos ocupacionales, la dotación y uso de equipos de protección personal, las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores, y la participación en organizaciones sociales o sindicales.

- 4) **Exposición a procesos críticos en el trabajo.** Exploró la presencia de factores físicos, biológicos, químicos y organizacionales que afectan la salud de manera directa o indirecta.
- 5) **Perfil de género.** Indagó sobre la distribución de tareas domésticas entre hombres y mujeres, así como sobre experiencias de discriminación por género, etnia u otras condiciones en el ámbito laboral y sindical.
- 6) **Estilo de vida.** Examinó la estructura familiar, las tareas de cuidado, los hábitos protectores y de riesgo, el uso del tiempo libre y el patrón alimentario.
- 7) **Situación personal de salud.** Identificó síntomas y morbilidades referidas, uso de medicación y niveles de desgaste profesional (*burnout*) y estrés percibido.

Para la evaluación del estrés laboral se utilizó el instrumento *EpiEstrés* (Breilh y Paz y Miño 1993), diseñado para analizar de manera articulada las manifestaciones individuales —ansiedad, angustia, depresión, dificultades en las relaciones interpersonales— y los factores estructurales que las originan, como problemas laborales, domésticos o comunitarios. Este enfoque resulta coherente con la perspectiva de la determinación social de la salud, ya que permite comprender el estrés no como una respuesta aislada del individuo, sino como el resultado de la interacción entre condiciones de vida, entorno laboral y redes de soporte. La aplicación de este instrumento complementó la encuesta epidemiológica, fortaleciendo el análisis de las relaciones entre las condiciones de trabajo y los perfiles de salud del colectivo estudiado, lo que se refleja en los resultados cuantitativos presentados en el siguiente apartado.

En cuanto al desgaste profesional, se incorporaron 13 preguntas —10 relacionadas con el cansancio emocional y 3 con la realización personal— adaptadas del Inventario de Burnout de Maslach (Maslach, Jackson y Leiter 1997). El instrumento utilizado fue la versión en español del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), ampliamente validada para su aplicación en profesionales de la salud y servicios sociales en contextos hispanohablantes (Campos y Maroco 2012). En el manuscrito se consignó la referencia bibliográfica correspondiente a la adaptación al español, cuya consistencia interna y propiedades psicométricas han sido reportadas en diversos estudios, mostrando adecuados índices de confiabilidad para sus dimensiones clásicas. Para los fines específicos de esta investigación, y en coherencia con el marco analítico adoptado, se emplearon únicamente dos dimensiones del instrumento (agotamiento emocional y despersonalización), por considerarse las más pertinentes para analizar el desgaste laboral en auxiliares de enfermería. Las adaptaciones realizadas se limitaron a ajustes menores

de redacción y secuencia para facilitar la comprensión contextual del cuestionario, sin alterar la estructura, el contenido sustantivo ni la escala de respuesta original, por lo que no constituyeron modificaciones conceptuales que requirieran autorización adicional de los autores.

Las respuestas se organizaron en una escala de frecuencia (nunca, una vez al mes, una vez a la semana, diariamente), lo que permitió captar variaciones en la intensidad y recurrencia de los síntomas. La encuesta, con una duración promedio de 25 minutos, fue diseñada para ser autoadministrada e incluyó filtros y controles internos que garantizaron su completitud y consistencia.

Antes de su implementación definitiva, el instrumento fue revisado por especialistas del área de salud en el trabajo y metodología de investigación, sometido a una prueba piloto, cuyos resultados permitieron realizar ajustes de redacción y secuencia. La versión final se aplicó mediante la plataforma KoboToolbox, lo que optimizó la sistematización de la información y redujo errores de digitación. Con esta base instrumental validada, el siguiente apartado describe el procedimiento de recolección de datos que aseguró la cobertura total del universo definido para el estudio.

En suma, la encuesta epidemiológica y los instrumentos complementarios empleados en este estudio constituyeron una base sólida para identificar, cuantificar y relacionar los procesos críticos que afectan la salud del personal auxiliar de enfermería. La rigurosidad en su diseño, validación y adaptación garantizó que las variables de interés fueran abordadas de forma coherente con el enfoque teórico-metodológico.

5.2 Proceso de aplicación de la encuesta epidemiológica

Con esta base instrumental validada, se procedió a la planificación y ejecución del proceso de aplicación de la encuesta, el cual implicó la capacitación del equipo de campo y la implementación operativa del trabajo censal

La capacitación incluyó sesiones teórico-prácticas sobre el manejo del instrumento, la formulación de las preguntas y la gestión de posibles dudas o resistencias de los participantes. Asimismo, se revisaron protocolos para el resguardo de la confidencialidad y el consentimiento informado, así como estrategias para minimizar sesgos en la recolección de datos. Este proceso de formación buscó que todo el equipo aplicador compartiera un entendimiento común de los objetivos de la investigación y de la importancia de generar un ambiente de confianza durante la aplicación de la encuesta.

El protocolo de aplicación, titulado “Consideraciones generales para facilitadores/as”, incluyó directrices claras sobre el llenado del formulario, así como las precauciones a observar para una correcta ejecución. Dicho protocolo contemplaba un texto introductorio que explicaba los objetivos del estudio, la importancia de la participación del personal de enfermería y los posibles beneficios que los resultados podrían aportar a su entorno laboral y personal. Asimismo, se indicaba que la participación era libre, voluntaria y que los datos serían tratados de manera anónima y confidencial.

El consentimiento informado fue integrado en la plantilla digital diseñada en la plataforma KoboToolbox. Este debía ser leído y aceptado antes de iniciar el proceso de autollenado. Cada facilitador contaba con un código de aplicación único e intransferible y se dispuso de un espacio privado para garantizar que las personas encuestadas pudieran responder de manera individual, sin presiones externas. La encuesta podía ser accedida únicamente mediante un enlace o código QR, lo que permitía controlar el acceso y asegurar la trazabilidad del consentimiento.

Para evitar sesgos y asegurar la calidad de la información recolectada, se utilizaron hojas de control y una consolidación final del proceso de aplicación. Además, el equipo contó con la supervisión directa del investigador, quien realizó un seguimiento riguroso del desarrollo de la recolección de datos. Este procedimiento buscó no solo salvaguardar la integridad del estudio, sino también generar confianza entre las personas participantes y reforzar el carácter colaborativo y ético de la investigación.

5.3 Población y muestra

El universo de estudio estuvo conformado por el total de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, institución de referencia ubicada en la ciudad de Quito, Ecuador. De acuerdo con los registros oficiales del Departamento de Talento Humano, este colectivo está integrado por 142 personas, de las cuales 124 son mujeres y 18 son hombres. Esta composición refleja no solo la fuerte feminización de la profesión —característica histórica del trabajo de cuidado en el sector salud—, sino también la persistencia de desigualdades de género en la distribución de roles y funciones, aspecto relevante para el análisis desde la perspectiva de la determinación social de la salud.

La selección de esta población respondió a criterios tanto teóricos como prácticos. Desde el plano teórico, se identificó que el colectivo de auxiliares de enfermería constituye una categoría laboral estratégica para analizar las condiciones del trabajo en

salud en contextos de precarización, subordinación jerárquica e invisibilización institucional. Su ubicación en la base de la estructura ocupacional hospitalaria los sitúa en un punto de alta exposición a procesos críticos que articulan determinaciones estructurales, organizativos y subjetivos. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, este grupo opera como un nodo privilegiado para comprender los efectos diferenciales de las políticas y dinámicas neoliberales sobre la salud de los trabajadores, dado que su rol en la división técnica y social del trabajo en los servicios hospitalarios combina una elevada carga física y emocional con un escaso reconocimiento social y profesional.

En términos prácticos, se trató de una población claramente delimitada y accesible, que además mostró una alta disposición para participar en procesos de investigación de carácter colaborativo. La elección del Hospital General Docente de Calderón respondió a una combinación de factores estratégicos: su naturaleza de institución pública, su papel como espacio de formación de recursos humanos en salud y su representatividad dentro de la red hospitalaria del Distrito Metropolitano de Quito. Estas características lo convierten en un escenario idóneo para examinar las interacciones entre políticas públicas, organización del trabajo y procesos de salud-enfermedad en el sector público. La distribución de la población según las distintas áreas del hospital se presenta en la tabla 2.

Tabla 2

Distributivo de auxiliares de enfermería en el Hospital Docente de Calderón, 2024

Áreas	N.º Auxiliares
Terapia intensiva	6
Neonatología	6
Hospitalización pediatría	7
Hospitalización ginecología	12
Hospitalización áreas quirúrgicas	12
Emergencia	20
Diálisis	3
Consulta externa	12
Centro quirúrgico	9
Centro obstétrico	12
Central de esterilización	23
Banco de leche	3
Áreas clínicas	17
TOTAL	142

Fuente: Registros de Talento Humano, HDC (2024)

Elaboración propia

La distribución del personal auxiliar de enfermería en el Hospital General Docente de Calderón revela una concentración significativa en áreas críticas para el funcionamiento hospitalario, como la emergencia (20 auxiliares) y la central de esterilización (23 auxiliares), seguidas por hospitalización ginecológica, hospitalización quirúrgica y centro obstétrico, cada una con 12 auxiliares. Esta configuración refleja la lógica organizativa del hospital, donde las unidades con mayor demanda asistencial o complejidad técnica concentran más personal de apoyo, mientras que áreas como diálisis y banco de leche cuentan con dotaciones reducidas, lo que puede implicar mayor carga laboral individual y exposición más intensa a riesgos específicos.

El carácter censal de esta muestra garantiza la representación completa de los auxiliares en sus distintos contextos de trabajo, permitiendo establecer cruces analíticos significativos entre las condiciones laborales específicas de cada área y sus efectos sobre la salud física, mental y social del personal. La muestra estuvo conformada por los 142 integrantes del universo, con una ejecución final del 100 % de auxiliares encuestados, bajo los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Cabe señalar que no fue necesario excluir encuestas durante el proceso de depuración de la base de datos, ya que la recolección de información se realizó mediante un instrumento epidemiológico digital diseñado con validaciones obligatorias. Este sistema impidió el avance a preguntas subsecuentes sin completar previamente los campos requeridos, garantizando así la integridad y completitud de las 142 encuestas analizadas.

Se incorporó a la totalidad de auxiliares que manifestaron su consentimiento para participar, sin distinción por modalidad contractual, y se excluyó a quienes no desearon participar, así como a personas que no desempeñaban funciones propias de auxiliares de enfermería (profesionales de enfermería, personal de bioquímica, tecnólogos médicos, personal de bodega, estibadores y otros puestos no relacionados con el objeto de estudio).

Esta caracterización de la población y su distribución interna en el hospital constituye un insumo clave para comprender las dinámicas laborales y las exposiciones diferenciales que se examinan en los capítulos posteriores.

5.4 Análisis cuantitativo

El análisis de la información cuantitativa se estructuró a partir de la construcción de indicadores de resumen, diseñados para identificar y comparar variables agrupadas por

categorías temáticas, tales como: patrones de exposición, condiciones de vida, niveles nutricionales y estilos alimentarios, así como manifestaciones del proceso de somatización de lo social, definidos como estrés laboral, indicios de *burnout* y morbilidad referida.

Para las variables estratificadoras, como las condiciones de trabajo por área laboral, se construyó una variable de resumen que permitió agrupar los sitios de trabajo según la diferenciación en sus actividades y el nivel de exigencia o exposición inherente a cada uno. Esta categorización fue clave para establecer relaciones analíticas entre los entornos laborales y los efectos sobre la salud del personal.

La tipología de inserción social fue construida a partir de la teoría del INSOC (Breilh 2017), lo cual permitió interpretar los datos desde la perspectiva crítica de la Determinación Social de la Salud. Esta herramienta posibilitó comprender las formas en que las condiciones estructurales, sociales y económicas inciden en la situación de salud de las personas trabajadoras.

Una vez definidos los indicadores de resumen, los indicadores del proceso de somatización y de las condiciones del contexto, se aplicaron análisis estadísticos descriptivos que permitieron caracterizar la población en estudio. Posteriormente, se desarrollaron análisis relacionales y comparativos por área de trabajo, género e inserción social. Para ello se utilizaron técnicas de análisis de contingencia y comparación de medias, dependiendo del tipo de variable y del objetivo analítico planteado.

El procesamiento y análisis de los datos cuantitativos se realizó con el apoyo del software estadístico SPSS, versión 26, el cual permitió sistematizar la información y generar las tablas y gráficos necesarios para la interpretación de los resultados. Esta etapa constituyó un insumo fundamental para el análisis integrado que se presenta en el siguiente capítulo.

6. Plan de análisis integrado de los datos cuantitativos mediante la metacrítica

Dado que la presente investigación se inscribe en el paradigma de la epidemiología crítica y en el marco teórico de la Determinación Social de la Salud (DSS), el análisis integrado de la información —tanto cuantitativa como cualitativa— se centra en las relaciones dinámicas entre las tres dimensiones de la DSS (general, particular e individual) y el objeto-sujeto de estudio. Este enfoque permite explicar la complejidad de los procesos salud-enfermedad desde una lógica dialéctica que considera las relaciones de subsunción y autonomía, los procesos de reproducción social, la génesis de la salud-

enfermedad, el metabolismo sociedad-naturaleza, y los contextos históricos, espaciales y temporales en los que se inscriben.

El análisis de estas dimensiones se estructuró a partir de los nodos analíticos definidos en la matriz de procesos críticos, herramienta clave de la metacrítica. Esta matriz permite organizar, relacionar y ponderar los procesos críticos que se manifiestan en territorios y contextos concretos, y que inciden de manera protectora o destructiva sobre los colectivos laborales, según su ubicación estructural en las relaciones de clase, género, etnia y otros ejes de diferenciación social. La presentación de la Matriz de Procesos Críticos completa se realiza en el capítulo cuarto (Espacios de trabajo y de vida del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, Quito, Ecuador), pues constituye un hallazgo fundamental de la investigación; aquí se explica únicamente su técnica y su función como herramienta de análisis.

Los procesos críticos representados en la matriz constituyen transformaciones sociales multidimensionales que, dependiendo de su intensidad y persistencia, generan expresiones diferenciales de daño o protección en los grupos sociales afectados. En este sentido, la matriz facilita el análisis articulado de los factores estructurales (dimensión general), de los procesos institucionales y organizacionales (dimensión particular), y de las vivencias subjetivas y biológicas (dimensión individual) que configuran la experiencia del trabajo y la salud en el colectivo estudiado.

De acuerdo con Breilh (2020b), la matriz metacrítica permite identificar los procesos de subsunción y génesis desde las tres dimensiones de la DSS, y analizar cómo estos procesos generan formas de somatización de lo social en los trabajadores que expresan, en su salud, la conflictividad social, laboral, ambiental y política del contexto en el que se insertan. Esta herramienta también posibilita una lectura crítica de las normativas, discursos y prácticas instituidas, al poner en tensión las “verdades” hegemónicas sobre el trabajo en salud y su relación con el bienestar de quienes lo ejercen.

Específicamente, la categoría somatización de lo social, actúa como un componente metodológico clave para la metacrítica, pues permite la identificación, medición e interpretación de las manifestaciones singulares de desgaste (*burnout*, estrés, morbilidad metabólica) no solo como datos clínicos, sino como la encarnación biológica y subjetiva de las desigualdades de clase y género. De esta forma, las manifestaciones somatizadas del contexto proveen el nexo analítico para vincular los procesos deteriorantes del dominio particular con las expresiones biográficas y corporales del

dominio singular, haciendo posible un análisis que trasciende el dato para llegar a la determinación social del perfil de salud del colectivo.

En suma, el uso de la matriz de procesos críticos como herramienta de análisis integrado permitió establecer relaciones interpretativas sólidas entre los datos cuantitativos y cualitativos recolectados, y proporcionó un marco analítico coherente con el enfoque de salud colectiva adoptado en esta tesis. Este abordaje contribuye no solo a la comprensión científica de la problemática, sino también a la formulación de propuestas transformadoras, basadas en la justicia social, la equidad estructural y la participación activa de los sujetos investigados.

7. Componente cualitativo

Con base en la caracterización general de la población participante y en el reconocimiento de las condiciones laborales que enfrentan los auxiliares de enfermería, se torna necesario profundizar en las dimensiones subjetivas y relacionales que configuran su experiencia cotidiana. Para ello, se desarrolló un componente cualitativo que permitió captar las percepciones, sentidos y estrategias que actores clave construyen frente a las condiciones laborales y sanitarias, en coherencia con el enfoque crítico y la Determinación Social de la Salud que orientan esta investigación.

7.1 Técnicas, instrumentos cualitativos y proceso de aplicación

El uso de un abordaje cualitativo en la investigación favorece la exploración y comprensión de las percepciones, pensamientos, experiencias y significados que las personas atribuyen a sus realidades individuales, sociales y culturales. En el presente estudio, fue posible ampliar el entendimiento de los sentidos que los auxiliares de enfermería dan a sus condiciones laborales, a su salud y a los procesos de cuidado que despliegan cotidianamente, desde la experiencia y experticia de actores clave.

Desde una perspectiva epistemológica crítica, las técnicas cualitativas se conciben como herramientas fundamentales para construir conocimiento situado y dialógico, capaz de recuperar las voces de los sujetos y articularlas con el análisis de las estructuras de poder, exclusión y desigualdad que atraviesan su vida cotidiana (Breilh 2003; Minayo 2006). Este posicionamiento reconoce que la comprensión de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado no puede reducirse a indicadores biomédicos o laborales, sino que exige captar las experiencias, significados y estrategias que las personas desarrollan frente a las condiciones estructurales que las determinan.

En coherencia con la propuesta de la Determinación Social de la Salud, se incorporó la perspectiva de los actores involucrados para desentrañar los mecanismos concretos que producen y reproducen las desigualdades en el trabajo hospitalario. Con este propósito, se utilizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave.

Para las entrevistas semiestructuradas, se elaboró una guía con preguntas abiertas orientadas a indagar las condiciones laborales, las experiencias de salud y enfermedad, las estrategias de afrontamiento y las percepciones sobre los procesos institucionales. Este formato flexible permitió adaptar el orden y la formulación de las preguntas según el flujo de la conversación, propiciando la profundización en aspectos emergentes.

La guía fue elaborada de acuerdo con un sistema previo de códigos que tenían el objetivo de organizar las respuestas en conformidad con el rol que cada uno ocupaba en el hospital.

1) Entrevista al gerente del Hospital Docente de Calderón

- a) Políticas de salud y cumplimiento de la normativa vigente.
- b) Gestión de recursos financieros y de personal.
- c) Capacitación y desarrollo profesional.
- d) Movilidad y condiciones de trabajo.
- e) Balance trabajo-familia.
- f) Seguridad y salud en el trabajo.

2) Entrevista al representante sindical

- a) Defensa de derechos y diálogo sindical.
- b) Condiciones laborales y carga de trabajo.
- c) Bienestar y salud ocupacional.
- d) Equilibrio entre vida laboral y familiar.
- e) Capacitación y desarrollo profesional.
- f) Apoyo en situaciones de emergencia.
- g) Equidad y prevención de discriminación.
- h) Objetivos y proyecciones del sindicato.

3) Entrevistas a auxiliares de enfermería y supervisoras de área del Hospital

- a) Trayectoria profesional y rotación de áreas.
- b) Carga laboral y condiciones de trabajo.
- c) Salud física y ergonomía laboral.

- d) Salud mental y estrés laboral.
- e) Capacitación y salud ocupacional.
- f) Apoyo institucional y recursos humanos.
- g) Equidad y relaciones laborales.
- h) Desplazamiento y accesibilidad.
- i) Apoyo del sindicato.

El proceso de aplicación de la guía de entrevista se desarrolló bajo un marco ético riguroso, garantizando en todo momento la voluntariedad de la participación, el consentimiento informado, el anonimato y la confidencialidad de la información. Los encuentros fueron grabados en audio —previa autorización explícita— y posteriormente transcritos de manera literal para preservar la riqueza expresiva y semántica de los discursos. Estas transcripciones se gestionaron y el análisis cualitativo fue realizado manualmente.

Desde una perspectiva dialógica, se concibieron las entrevistas no como simples instancias de recolección de información, sino como espacios de reflexión compartida. En ellos se alentó a las y los participantes a expresarse con libertad, sin juicios ni presiones, reconociendo su experiencia como una fuente legítima y valiosa de conocimiento. Esta dinámica no solo permitió recoger relatos más profundos y matizados, sino que también favoreció un proceso de coconstrucción del sentido, coherente con el enfoque crítico-emancipador que orienta la investigación.

7.2 Principios de análisis e interpretación de la información cualitativa

Para el procesamiento e interpretación de las entrevistas se realizó un análisis cualitativo, a partir de la lectura atenta y detallada de los textos de las entrevistas; se identificaron aspectos centrales emergentes y recurrentes en las narrativas, que permitieron estructurar el análisis en torno a los *nodos críticos* de la Determinación Social de la Salud y los objetivos del estudio. Estos nodos funcionaron como ejes articuladores del análisis cualitativo, realizada de manera coherente con el marco teórico adoptado.

En conjunto, este proceso metodológico permitió que la interpretación de la información cualitativa mantuviera un anclaje simultáneo en la experiencia vivida por los sujetos y en el marco conceptual crítico que orienta la investigación, asegurando así la solidez y relevancia de los hallazgos.

Durante el análisis, se agruparon los fragmentos de discurso y observaciones en torno a temas recurrentes, siendo reproducidos en el análisis de datos de la tesis. Este procedimiento facilitó al investigador la construcción de categorías analíticas que integran los procesos críticos identificados en los tres niveles de la determinación social de la salud: la dimensión general, la dimensión particular y la dimensión singular o de configuración de experiencias de somatización de las condiciones contextuales. Estas categorías emergen de la interacción entre los datos empíricos y el marco teórico crítico.

En el proceso de análisis cualitativo, los segmentos significativos — representativos de testimonios, opiniones e información relevante obtenida en las entrevistas— fueron clasificados dentro de las categorías analíticas previamente definidas. Esta sistematización permitió no solo organizar la información, sino también identificar patrones y relaciones entre las distintas perspectivas institucionales, sindicales y laborales.

Las voces de los diferentes actores se integraron en un análisis transversal que articuló los procesos críticos identificados en los tres niveles de la determinación social de la salud: general, particular y singular. Esta integración fue esencial para captar las convergencias y tensiones entre las políticas institucionales, las dinámicas sindicales y las experiencias cotidianas del personal auxiliar de enfermería.

No obstante, durante el trabajo de campo se presentaron limitaciones asociadas a tensiones internas dentro del sindicato. En particular, se evidenció la injerencia de una auxiliar de enfermería con capacidad de influencia que restringió la apertura del espacio de participación, generando un ambiente de cautela en algunos trabajadores. Esto redujo la posibilidad de contar con una representación más diversa y plural de voces, lo cual constituye una limitación metodológica que debe ser reconocida. Lejos de invalidar los resultados, este hecho aporta a la comprensión crítica del objeto de estudio, al mostrar que la salud de los trabajadores está atravesada no solo por condiciones materiales, sino también por las dinámicas políticas y organizativas de sus colectivos.

De este modo, el análisis cualitativo permitió reconstruir una visión amplia y profunda de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería, reconociendo tanto los condicionantes estructurales como las experiencias singulares que configuran su bienestar o deterioro.

8. Descriptores y categorías de análisis

La construcción del objeto de estudio y el análisis de la información se guiaron por una matriz teórica fundamentada en los aportes de la epidemiología crítica y en el enfoque de la determinación social de la salud. Esta matriz, concebida como una herramienta de articulación entre teoría y parte empírica, permitió organizar el proceso investigativo en torno a descriptores que funcionan como indicadores cualitativos y contextuales de los distintos niveles de determinación —general, particular y singular—. A través de estos descriptores fue posible vincular las condiciones estructurales, los modos de vida colectivos y las vivencias individuales, asegurando que el análisis mantuviera una perspectiva integral y no fragmentada del proceso salud-trabajo en el colectivo de auxiliares de enfermería.

Entre los principales descriptores que orientaron el análisis se incluyeron variables cualitativas y contextuales distribuidas en los tres niveles de determinación. En el nivel estructural, se consideraron aspectos como el tipo de contratación, el régimen laboral vigente, las políticas institucionales, el modelo de atención predominante, las condiciones macroeconómicas y los discursos normativos que enmarcan la gestión hospitalaria. En el nivel particular, se incorporaron elementos relativos a la organización del trabajo, las relaciones jerárquicas, la dotación de personal, las condiciones físicas del entorno laboral, así como los mecanismos de supervisión, evaluación y el acceso efectivo a servicios de salud ocupacional. Finalmente, en el nivel singular, se analizaron las manifestaciones individuales del proceso salud-trabajo, incluyendo síntomas físicos y emocionales, percepciones subjetivas sobre la labor asistencial, estrategias de afrontamiento, procesos de resignificación de la tarea, sentido de vocación y trayectorias personales.

La articulación entre estos descriptores permitió construir categorías de análisis tales como: *precarización laboral*, *desgaste físico y emocional*, *subalternidad de género* y *resistencia colectiva*, entre otras, que sirvieron como ejes interpretativos para comprender el proceso salud-trabajo en el colectivo estudiado (tabla 3).

Tabla 3
Categorías y subcategorías de análisis del proceso salud-trabajo

Dimensión de determinación	Categoría de análisis	Subcategorías	Descriptores / Indicadores cualitativos
General	Precarización laboral	Flexibilización laboral Inestabilidad contractual Desprotección social	Régimen laboral (Código del trabajo), ausencia de estabilidad, políticas laborales vigentes

Dimensión de determinación	Categoría de análisis	Subcategorías	Descriptor / Indicadores cualitativos
Particular	Modelo hegemónico de atención	Productividad vs. Cuidado Mercantilización de la salud	Lógicas de eficiencia, presión asistencial, priorización de indicadores productivos
	Gobernanza y políticas de salud	Fragmentación institucional Débil rectoría	Normativas institucionales de seguridad y salud en el trabajo, coherencia de políticas, capacidad regulatoria
	Organización del trabajo	Sobrecarga laboral Distribución de tareas Turnos y jornadas	Número de pacientes por auxiliar de enfermería, turnos rotativos, trabajo nocturno, intensidad del trabajo
	Relaciones de poder	Jerarquización Subordinación profesional Violencia organizacional	Relación con enfermeras médicos y jefaturas, autonomía en toma de decisiones, trato laboral
	Condiciones de trabajo	Entorno físico Seguridad en el trabajo Recursos disponibles	Infraestructura, insumos, equipos de protección, ergonomía
	Subalternidad de género	División sexual del trabajo triple carga	Roles asignados, carga doméstica, cuidado no remunerado, desigualdad de oportunidades
	Desgaste físico y emocional	Fatiga física Agotamiento emocional Deterioro cognitivo	Dolor musculoesquelético, insomnio, estrés, dificultad de concentración
Singular (individual)	Somatización de lo social	Manifestaciones físicas del estrés Alteraciones metabólicas	Hipertensión, taquicardia, trastornos digestivos, síntomas psicósomáticos
	Estrategias de afrontamiento	Adaptación individual Resiliencia Normalización del malestar	Mecanismos de afrontamiento, uso del humor, negación, sobreesfuerzo
	Sentido del trabajo y vocación	Identidad profesional Reconocimiento simbólico	Percepción de utilidad, vocación de servicio, satisfacción laboral
Procesos protectores	Resistencia colectiva	Organización sindical Acción colectiva Redes de apoyo	Participación gremial, solidaridad entre pares, iniciativas de mejora y cuidado colectivo

Elaboración propia

8.1 Desgaste emocional, subalternidad de género y resistencia colectiva como mediaciones analíticas del proceso salud-trabajo

En el marco de la presente investigación, las categorías de desgaste emocional, subalternidad de género y resistencia colectiva no deben entenderse como dimensiones

accesorias o complementarias, sino como mediaciones analíticas fundamentales para comprender el proceso salud-trabajo de las auxiliares de enfermería desde el enfoque de la determinación social de la salud (Laurell 1978). En coherencia con la matriz teórico-metodológica del estudio, la subalternidad de género se sitúa en la dimensión particular, el agotamiento emocional forma parte de la categoría de desgaste en la dimensión singular, y la resistencia colectiva se ubica en el plano de los procesos protectores, junto con la organización sindical, la acción colectiva y las redes de apoyo. Esta arquitectura analítica permite comprender que la salud de las trabajadoras no se configura a partir de factores individuales aislados, sino como resultado de la interacción entre las condiciones estructurales de trabajo, las relaciones de poder que organizan la vida en el hospital y las formas concretas en que dichas determinaciones se expresan en los cuerpos, las subjetividades y las prácticas cotidianas.

Desde esta perspectiva, el desgaste emocional constituye una expresión concreta del deterioro de la salud producido por la intensificación del trabajo, la sobrecarga asistencial, la subordinación jerárquica y la exposición sostenida a exigencias físicas y afectivas. No se trata, por tanto, de una respuesta meramente subjetiva ni de una condición psicológica individual desconectada del contexto social, político, económico y cultural, sino de una manifestación del modo en que las condiciones de trabajo erosionan progresivamente la capacidad de recuperación física, mental y cognitiva de las trabajadoras. En la matriz de análisis, esta categoría se articula con subdimensiones como la fatiga física, el agotamiento emocional y el deterioro cognitivo, expresados en indicadores tales como dolor musculoesquelético, insomnio, estrés y dificultad de concentración.

La subalternidad de género permite comprender que este desgaste no se distribuye de manera homogénea ni neutra, sino que se inscribe en relaciones históricas de desigualdad que organizan la división social y sexual del trabajo (Federici 2014). En el caso de las auxiliares de enfermería, se trata de una ocupación históricamente feminizada, vinculada al cuidado, a la obediencia institucional y a una posición subordinada dentro de la jerarquía hospitalaria. Desde el enfoque de determinación social de la salud, ello implica reconocer que el género no opera como una variable secundaria, sino como un principio estructurante de la experiencia laboral: define la asignación de tareas, la menor valoración del trabajo auxiliar, la naturalización del sacrificio y la superposición entre trabajo remunerado, trabajo doméstico y responsabilidades de cuidado. Por ello, incorporar de manera más consistente esta categoría permite explicar que la exposición

al daño y el deterioro de la salud están mediados por relaciones de poder de género que se articulan con la posición de clase y con la subordinación ocupacional.

Finalmente, la resistencia colectiva debe ser comprendida como un proceso protector que emerge en el mismo terreno donde se producen los procesos destructivos. La determinación social de la salud no solo permite analizar cómo se generan las condiciones de deterioro, sino también cómo los sujetos y colectivos producen respuestas orientadas a la defensa de la vida, del trabajo digno y de la salud. En este sentido, la resistencia colectiva remite a las formas de organización, solidaridad y apoyo mutuo mediante las cuales las auxiliares de enfermería enfrentan, contienen o disputan las condiciones que lesionan su bienestar (Gallegos 2014). En la matriz de análisis, esta categoría se expresa mediante subcategorías como organización sindical, acción colectiva y redes de apoyo, vinculadas a la participación gremial, la solidaridad entre pares y las iniciativas de mejora y cuidado colectivo. Su relevancia teórica radica en que evita una lectura pasiva del sufrimiento laboral y permite reconocer a las trabajadoras no solo como sujetas expuestas a procesos de dominación, sino también como actoras capaces de producir respuestas colectivas frente al desgaste, la precarización y la violencia organizacional.

En conjunto, estas categorías permiten interpretar el proceso salud-trabajo de las auxiliares de enfermería como un tejido complejo en el que convergen procesos destructivos y protectores (Breilh 2006). El desgaste emocional expresa la afectación singular del cuerpo y la subjetividad; la subalternidad de género permite explicar la distribución desigual de esas cargas y daños; y la resistencia colectiva muestra que, aun en condiciones adversas, las trabajadoras construyen formas de respuesta y defensa de la vida.

9. Consideraciones éticas y validez del estudio

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la investigación social y en salud, con énfasis en el respeto, la confidencialidad, la autonomía y la no maleficencia.

En primer lugar, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General Docente de Calderón, cumpliendo con la normativa nacional vigente para investigaciones en seres humanos. Antes de iniciar la recolección de información, se presentó a cada participante una carta de consentimiento informado, en la que se

explicaban los objetivos del estudio, las técnicas a utilizar, la voluntariedad de la participación y la garantía de confidencialidad de la información proporcionada.

El proceso ético incluyó la socialización previa de los objetivos y características del estudio con los participantes, enfatizando su carácter voluntario y el compromiso de confidencialidad en el manejo de la información. Esta socialización fue acompañada de la presentación y lectura del consentimiento informado, el cual fue aceptado de manera expresa. Se aseguró que las entrevistas se realizaran en espacios privados y seguros, de manera que los participantes pudieran expresarse libremente sin temor a represalias. Los nombres y cualquier otro dato que pudiera permitir la identificación de las personas fueron reemplazados por códigos, preservando así el anonimato.

El principio de confidencialidad, además, fue garantizado mediante un protocolo riguroso de manejo de datos. En la recolección, no se recolectaron nombres ni información que permitiera la identificación individual. Los datos fueron codificados desde el momento de su recolección y su almacenamiento se realizó en entornos digitales seguros, accesibles únicamente por el investigador principal.

En las entrevistas a actores clave, se respetó la decisión de cada participante sobre si deseaba o no ser identificado por su nombre o cargo. En los casos en que se otorgó el permiso expreso, se conservaron las referencias correspondientes; en caso contrario, se mantuvo el anonimato.

En cuanto a la validez del estudio, se recurrió a diversas estrategias propias de la investigación cualitativa para fortalecer la credibilidad y confiabilidad de los resultados:

- **Triangulación de técnicas y fuentes.** La combinación de entrevistas y revisión documental permitió contrastar y complementar la información desde diferentes perspectivas.
- **Validación participativa.** Parte de los hallazgos preliminares fue presentada y discutida con un grupo de participantes para verificar su pertinencia y coherencia con sus experiencias.
- **Reflexividad del investigador.** Se mantuvo un registro sistemático de las decisiones metodológicas, así como de las percepciones y posicionamientos del equipo de investigación, con el fin de reconocer y minimizar posibles sesgos.

Finalmente, se aplicó el principio de beneficio y no perjuicio, brindando a las y los participantes información clara sobre los alcances del estudio, sin generar expectativas que excedieran su objetivo académico. Este enfoque ético y riguroso garantiza el

cumplimiento de los estándares de investigación en salud y se articula con los principios de la epidemiología crítica.

Estos criterios garantizaron que la información recabada fuera no solo pertinente y fiable, sino también construida de manera respetuosa y colaborativa con las personas que conformaron el objeto de estudio. Adicionalmente, el cumplimiento de estos criterios éticos y metodológicos no solo fortaleció la calidad del estudio, sino que también aseguró que las voces y experiencias del colectivo de auxiliares de enfermería fueran recogidas y analizadas con el rigor y el respeto que merecen.

En este marco, y como paso previo al análisis de la información, fue necesario establecer un conjunto de descriptores y categorías de análisis que orientaran la organización, sistematización e interpretación de los datos. Estos descriptores surgieron tanto de la revisión teórica como del trabajo de campo, y constituyen el puente entre el marco conceptual de la investigación y la comprensión integral de la relación trabajo-salud desde la perspectiva de la determinación social.

Siguiendo la metodología crítica de la Salud Colectiva Latinoamericana, el proceso de investigación buscó en todo momento el involucramiento del colectivo y la organización sindical. La etapa de levantamiento de datos e interpretación de los hallazgos fue guiada por un proceso participativo de devolución de resultados. No obstante, reconocemos que la formulación de las propuestas finales (Capítulo sexto) se realizó en una fase posterior, en el contexto de las restricciones institucionales y de tiempo que limitaron una construcción participativa, plena y directa con las trabajadoras en esta última etapa.

Si bien la base de las propuestas emana directamente de los procesos críticos identificados y de las voces del colectivo, su estructura final es una síntesis técnico-política del investigador que debe ser considerada como el punto de partida para una futura negociación, validación y planificación sindical. Esta aproximación, aunque con las limitaciones en la fase final, mantiene su compromiso con el campo crítico de la salud al priorizar la visibilización de la determinación social sobre un abordaje meramente tecnocrático.

Capítulo cuarto

Espacios de trabajo y de vida del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, Quito-Ecuador

Este capítulo presenta los resultados del estudio bajo la perspectiva de la Determinación Social de la Salud (DSS), articulando los hallazgos obtenidos mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos. La estrategia de análisis se fundamentó en la Matriz de Procesos Críticos, herramienta epistemológica que permitió ordenar, jerarquizar e interpretar las principales determinaciones destructivas y protectoras que inciden sobre el colectivo estudiado, integrando la dimensión estructural (general), institucional (particular) y experiencial (singular) de los procesos de salud-enfermedad.

En primer lugar, se describe el Hospital General Docente de Calderón como un espacio sociolaboral donde las dinámicas que articulan los dominios de la determinación social se manifiestan en su organización espacial, estructura hospitalaria y perfiles laborales. Esta caracterización se obtuvo a partir del análisis documental de información institucional, complementado con el análisis de contenido de entrevistas a actores clave y el análisis cuantitativo.

La matriz integrada sistematizó los siguientes ejes de análisis que guían la presentación de los resultados:

- a) condiciones estructurales y de inserción social;
- b) condiciones laborales específicas;
- c) procesos de desgaste físico y emocional;
- d) percepciones subjetivas sobre el trabajo y la salud;
- e) estrategias de afrontamiento y resistencias individuales y colectivas.

Cada uno de estos ejes recoge información triangulada de ambos componentes metodológicos y permite comprender cómo se configuran los procesos de determinación social de la salud en la experiencia concreta de las auxiliares de enfermería. Posteriormente, se presentan los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas, a partir de la información consolidada, para identificar los patrones de exposición laboral y tipificar los modos de vida del colectivo de auxiliares de enfermería de este hospital en la ciudad de Quito.

Este análisis de los modos de vida y las exposiciones se desarrolla a partir del concepto de territorialidad en la salud colectiva. Por lo tanto, la primera sección se enfoca en la caracterización del Hospital General Docente de Calderón como el entorno institucional y territorial que moldea las condiciones de trabajo y la salud del colectivo.

1. El espacio laboral: Hospital General Docente de Calderón

1.1 Localización y cobertura

En el contexto de acceso a la salud en Ecuador, descrito en el capítulo anterior, el Hospital General Docente de Calderón entró en funcionamiento en 2015. Este hospital fue construido bajo un convenio entre el Ministerio de Salud Pública, el Municipio de Quito, el Fondo de Salvamento y la Universidad Central del Ecuador, y se consolida como el tercer hospital general en Quito.

El Hospital General Docente está ubicado en la parroquia rural de Calderón, al norte del Distrito Metropolitano de Quito, en el límite urbano de la ciudad. Prácticamente se ha integrado a esta, convirtiéndose en un polo de crecimiento de la capital (ver Figura 3). La expansión de la parroquia Calderón se debe a la migración interna, al acelerado proceso de urbanización y a la oferta de vivienda a precios relativamente más bajos en comparación con otras zonas de la ciudad.

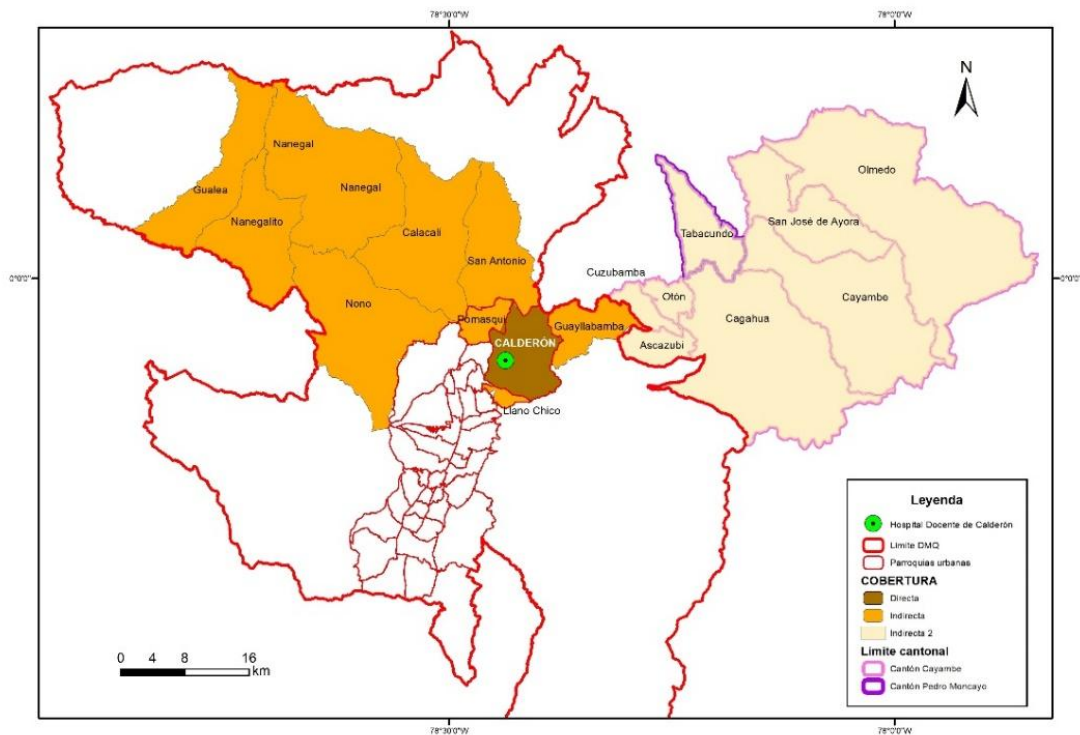


Figura 4. Área de influencia del Hospital General Docente de Calderón (2024)

Fuente: MDMQ, MSP/HGDC. Elaboración propia

En Ecuador, el acceso a los servicios de salud aún enfrenta importantes barreras geográficas, debido a problemas como la distancia, la falta de infraestructura de atención en las zonas rurales y periféricas, y el bajo número de profesionales y tecnología de salud en dichas áreas. La población rural a menudo no encuentra la atención que busca en la red de unidades de atención primaria y debe acudir —o es derivada— a unidades hospitalarias situadas a grandes distancias. Esto se dificulta por los malos caminos (especialmente en época lluviosa) y un deficiente transporte interparroquial masivo, lo cual genera costos económicos adicionales para los usuarios. Este panorama revela la inequidad en la distribución de los recursos y la significativa brecha territorial y social entre las áreas urbanas y rurales, y las poblaciones vulnerables. Esto crea una brecha considerable en términos de acceso a la atención médica, afectando directamente la calidad y rapidez del tratamiento que las personas pueden recibir (Vera-Viteri, Cuadros-Ocampo y Zambrano-Chavarría 2022; Hospital General Docente de Calderón 2023).

La cobertura de los servicios de salud en Ecuador está marcada por dinámicas estructurales que evidencian tanto avances como limitaciones. Si bien el país ha logrado mejoras significativas en los últimos años, especialmente tras la implementación de

políticas públicas orientadas al acceso universal y gratuito (Espinosa et al. 2017), persisten brechas críticas que reflejan desigualdades socioeconómicas y territoriales.

Desde una perspectiva crítica, el sistema de salud ecuatoriano enfrenta desafíos relacionados con la fragmentación y segmentación institucional, resultado de un modelo que combina servicios públicos, privados y de seguridad social. Esta división genera inequidades en la provisión y calidad de la atención, donde sectores más vulnerables, como poblaciones rurales, indígenas y de bajos ingresos, tienen dificultades para acceder a servicios de salud oportunos y adecuados. A esto se suma la insuficiente inversión pública en salud, que, a pesar de los esfuerzos por alcanzar el estándar recomendado del 6 % del PIB, continúa siendo limitada (Altamirano 2024). Las restricciones presupuestarias impactan en la infraestructura, la dotación de personal médico y la disponibilidad de insumos, generando un sistema con déficit de cobertura efectiva.

En un contexto marcado por la “sociedad del riesgo”, las políticas de salud también deben ser vistas a través de sus implicaciones estructurales. Las privatizaciones y la influencia del mercado han introducido lógicas mercantilistas que contradicen el principio de salud como derecho humano (Breilh 2007b). Esto contribuye a una atención desigual donde la capacidad económica determina, en muchos casos, el nivel de acceso y calidad de los servicios.

Por esta razón, a pesar de que la parroquia Calderón cuenta con buena accesibilidad mediante transporte público urbano, líneas de conexión con la ciudad de Quito y una red vial de avenidas principales de acceso al Hospital, el ausentismo de pacientes en la consulta externa registra un 14 %, siendo en más de la mitad de los casos debido a la dificultad y el costo de movilización (Hospital General Docente de Calderón, HGCD 2024).

1.2 Oferta de servicios

En el Sistema de Salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, el Hospital General Docente de Calderón es una institución desconcentrada de segundo nivel de atención con sexto grado de complejidad. En su cartera de servicios, comprende varias especialidades, como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, plástica y reconstructiva, dermatología, gastroenterología, hematología, endocrinología, neurocirugía, medicina interna, neumología, nefrología, atenciones diferenciadas de diálisis y hemodiálisis, y unidad de cuidados intensivos, entre otras. Es la primera unidad del país certificada como Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño (ESAMyN),

certificación que mantiene hasta la presente fecha. El hospital también articula con otras instituciones para ofrecer innovaciones en la atención, como la telemedicina. Como hospital docente de pre y posgrado, cuenta con aulas, laboratorios, quirófanos, investigación y docencia para que estudiantes de varias universidades del país realicen su internado rotativo.

El número de atenciones en hospitalización, emergencias y cirugías se mantiene elevado, con una ocupación mayor del 100 % en hospitalización debido a la gran demanda. En la Tabla 4 se presenta el perfil de morbilidad atendida en emergencia, consulta externa y el número de referencias y derivaciones en el año 2023.

Tabla 4
Perfil de morbilidad atendida en el Hospital General Docente Calderón, enero-noviembre de 2023

Unidad	Número de atenciones	Perfil de morbilidad atendida Enero-Noviembre 2023
Emergencia	46072	25 %: afecciones respiratorias, 14 %: complicaciones del embarazo. 75 % corresponden a patologías que deben ser resueltas en primer nivel de atención.
Consulta externa	60728	La mayoría son referidas desde el primer nivel de atención. Mayor presencia de patologías cardiometabólicas, endocrinas y otras que tienen alta prevalencia en la población.
Referencias y derivaciones	2359	Las más altas: diabetes mellitus (8 %) e hipertensión esencial primaria (12 %) mostrando el nivel de epidemia que ha alcanzado esa enfermedad y su relación con los procesos destructivos hacia la salud humana y de la naturaleza. También refleja la inexistencia de un monitoreo cercano de las condiciones de los pacientes para evitar complicaciones y generar respuestas oportunas.

Fuente: MSP/HCDC (2023). Plan Médico funcional
 Elaboración propia

El perfil del HGDC, presentado en la tabla 4, da cuenta, por un lado, de la amplitud de la cobertura del servicio, así como de la complejidad y disparidad del sistema de salud en conjunto. Esto se refleja en el alto número de atenciones de emergencia y consultas que pudieron ser resueltas en el primer nivel de atención. Sin embargo, la población no encuentra respuesta en las unidades primarias debido a deficiencias en personal, equipamiento y procesos, entre otros. El alto porcentaje de emergencias obstétricas se explica porque se trata de una unidad hospitalaria especializada en patologías obstétricas, incluidas las de código rojo. En consulta externa, la mayor proporción de atenciones corresponde a patologías de alta prevalencia, relacionadas con el modelo de acumulación

y el deterioro de los modos de trabajo y vida de la población, lo que también se refleja en los altos porcentajes de referencias y derivaciones por diabetes e hipertensión.

Este modelo de atención reactivo, enfocado en resolver problemas de salud inmediatos, no prioriza la promoción, prevención y atención primaria. Esto es un reflejo de fallas estructurales en la planificación del sistema de salud, donde la falta de inversiones estratégicas en el primer nivel perpetúa desigualdades y limita la eficacia de la atención sanitaria.

Adicionalmente, la incidencia de emergencias obstétricas refleja problemas estructurales más amplios, como la falta de acceso a un seguimiento prenatal adecuado en las comunidades, lo que deriva en complicaciones evitables. Este problema también puede estar relacionado con barreras geográficas, económicas y culturales que afectan a las mujeres en situación de vulnerabilidad.

En relación con la salud de los trabajadores, las patologías atendidas en la consulta de salud ocupacional incluyen diabetes mellitus e hipertensión arterial, evidenciando la vinculación entre el modelo de acumulación capitalista y el deterioro de los procesos de trabajo, condiciones y estilos de vida, de forma más acentuada en la fuerza laboral del sector de la salud. Estas enfermedades no solo reflejan procesos individuales de deterioro biológico, sino que son expresión concreta de la determinación social, cuyas características son jornadas laborales extensas, alta demanda emocional, estrés crónico, bajas remuneraciones y escaso acceso a entornos laborales saludables (Breilh 2013; Laurell 1993).

Se observan altos porcentajes de referencias y derivaciones de patologías como diabetes e hipertensión. Este dato evidencia una debilidad en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, lo que genera una dependencia excesiva de los hospitales para manejar condiciones que deberían ser atendidas de manera ambulatoria y preventiva.

Conforme al Plan Médico Funcional del Hospital General Docente de Calderón (Hospital General Docente de Calderón s. f.), el perfil de mortalidad evidencia el nivel de complicación de los pacientes que ingresan y su necesidad de tratamiento inmediato, pues muchas de estas complicaciones o comorbilidades pudieron ser prevenidas con servicios primarios de calidad y estrategias de promoción de la salud.

1.3 Inserción laboral y exposiciones del personal auxiliar de enfermería en el Hospital General Docente Calderón

El personal auxiliar de enfermería desempeña un rol esencial en la operación de los sistemas de salud, al estar directamente involucrado en la atención de pacientes y en el mantenimiento de las condiciones óptimas de cuidado. Sin embargo, su inserción laboral está marcada por condiciones que reflejan dinámicas complejas y, en muchos casos, desafiantes (Laurell 1978). En el contexto del Hospital General Docente de Calderón (HGDC), ubicado en la ciudad de Quito, estas dinámicas cobran especial relevancia, ya que este hospital constituye un nodo central en la provisión de servicios de salud a una población diversa y de alta demanda.

El análisis de la inserción laboral del personal auxiliar de enfermería en el HGDC permite comprender los retos asociados a las exposiciones laborales, tanto físicas como psicosociales, que enfrentan en su práctica cotidiana. Condiciones como la sobrecarga de trabajo, la escasez de recursos, las condiciones del entorno laboral y los entornos asociados a la atención de patologías complejas son determinantes de forma expresa su experiencia laboral y su calidad de vida (Breilh 2007b). A su vez, estas condiciones se encuentran vinculadas a factores estructurales del sistema de salud ecuatoriano, que presenta desafíos en la distribución de recursos y en la implementación de políticas efectivas de seguridad y salud en el trabajo.

El personal auxiliar de enfermería labora en cinco áreas específicas del hospital: clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico y tratamiento, crítica y materno-infantil (ver tabla 5).

Tabla 5
Distribución del personal de auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón por Áreas de trabajo, 2024

Áreas	Número	(% n=142)
Área clínica (hospitalización y consulta externa)	91	64,1
Área quirúrgica (hospitalización, centro quirúrgico y centro de esterilización)	17	12,0
Auxiliar de diagnóstico y tratamiento (diálisis)	3	2,1
Área crítica (terapia intensiva, neonatología, emergencia)	21	14,8
Área materno-infantil (hospitalización pediatría, ginecología, centro obstétrico)	10	7,0
Total	142	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)
Elaboración propia

Conforme se observa en la tabla 5, el desempeño de las labores de auxiliar de enfermería se desarrolla de forma mayoritaria en la atención a pacientes en áreas clínicas. Según la información de la encuesta aplicada, la función principal es hospitalización

(abarca más de la mitad del personal, el 55 %) y un 9 % adicional en consulta externa. En esta área las exigencias de trabajo son más altas, generando procesos de exposición destructivos para la salud, como se verá en el siguiente punto.

Las áreas quirúrgica y crítica, que agrupan cerca del 27 % del personal auxiliar de enfermería, son espacios de alta criticidad, y es importante subrayar la complejidad y criticidad de estas funciones. Este porcentaje refleja la importancia de estas áreas en la estructura del hospital, pero también resalta los desafíos adicionales en términos de exposición a riesgos. Las áreas quirúrgicas y críticas suelen implicar una alta presión psicológica, exposición a situaciones de emergencia y la necesidad de toma de decisiones rápidas, lo que puede incrementar el desgaste físico y mental de los trabajadores.

En este contexto, se podría suponer deficiencias en la planificación del recurso humano, dado que la alta concentración de auxiliares en hospitalización no necesariamente garantiza una distribución equitativa del trabajo ni una atención eficiente. Además, se deberían analizar las condiciones que llevan a que un porcentaje significativo de tareas que podrían resolverse en consulta externa o en el primer nivel de atención se trasladen a hospitalización, lo cual podría ser síntoma de una debilidad estructural en la red de servicios de salud.

Las dinámicas señaladas evidencian problemas estructurales, como la desigual distribución del trabajo, la alta carga laboral en áreas de hospitalización y críticas, y la insuficiencia de estrategias de protección frente a las exposiciones laborales destructivas. Abordar estas problemáticas requiere no solo un análisis más profundo de las condiciones específicas del hospital, sino también de las políticas de planificación y gestión del personal en el sistema de salud en general (Muñoz et al. 2014). Asimismo, resulta fundamental integrar la visión de salud de los trabajadores y que reconozca las condiciones laborales, organizacionales y socioeconómicas que determinan de manera significativa los procesos de salud-enfermedad de este colectivo; solo mediante la transformación estructural de dichas condiciones será posible proteger su salud física, mental y social, contribuyendo a un sistema sanitario más equitativo, seguro y centrado en el cuidado de quienes cuidan.

Para la tipificación de los modos de vida, el primer espacio a analizar es la organización y división del trabajo, y las condiciones derivadas y relacionadas con su inserción en el aparato productivo (Breilh 2021). En consistencia con el tema del presente estudio, los análisis de los procesos del espacio laboral se tratarán en un punto específico. La caracterización de las condiciones de trabajo se basa en indicadores que se presentan

en la tabla 6, relativos a estabilidad laboral, horarios de trabajo, organización de las labores y patrones de exposición derivados del trabajo, entre otros.

Tabla 6
Condiciones de trabajo del personal de auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores de condiciones de trabajo	Número	(% n=142)
Tipo de contratación		
Contrato ocasional	20	14,1
Nombramiento provisional	13	9,2
Nombramiento definitivo	109	76,8
Tiempo laborando en el hospital		
Menos de 1 año	16	11,3
De 1 a 5 años	38	26,8
Mas de 5 años	88	62,0
Horario de trabajo en el último mes		
Turnos de 12 horas (lunes-domingo)	89	62,7
Turnos de 24 horas (lunes-domingo)	8	5,6
Jornada de 8 horas (lunes-viernes)	45	31,7
Horas extras realizadas en promedio en el último mes		
Ninguna	30	21,1
1 a 5 horas	36	25,4
6 a 10 horas	43	30,3
11 o más horas	33	23,2
Total	142	100,0

Nota: La suma de porcentajes puede no ser exactamente igual a 100% debido a redondeo de decimales.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Según se observa en la tabla 6, cerca de ocho de cada diez auxiliares de enfermería tienen estabilidad laboral (76,8 % de los participantes tienen nombramiento definitivo), lo que es consistente con una proporción mayoritaria con antigüedad de más de cinco años (62 %). En términos contractuales, se observa un 14 % que labora bajo modalidad de contrato ocasional; sin embargo, cabe resaltar que este personal no estaría en condiciones de inestabilidad de sus plazas de empleo, debido a que están cubiertos por el contrato colectivo, que establece que “cuando superan los tres meses de trabajo son personal fijo, independiente de su tipo de contratación” (Gerente del HGDC 2024, entrevista personal).

En la variable edad, si bien en los criterios iniciales de inclusión se estableció como requisito contar con al menos un año de experiencia laboral en el Hospital General Docente de Calderón, durante el proceso de trabajo de campo se decidió incorporar a auxiliares con menos de un año de vinculación institucional. Esta decisión respondió a consideraciones éticas, políticas y metodológicas. Desde el punto de vista ético, excluir a

trabajadoras dispuestas a participar habría implicado una restricción injustificada de su derecho a expresar su experiencia laboral. En el plano político y organizativo, dado el enfoque participativo de la investigación y su articulación con el colectivo sindical, se consideró pertinente no generar divisiones internas ni establecer jerarquías de legitimidad basadas en la antigüedad. Finalmente, desde una perspectiva analítica, la inclusión de auxiliares con menor tiempo de servicio permitió captar experiencias tempranas de inserción laboral y condiciones iniciales de trabajo, enriqueciendo la comprensión del proceso de determinación social de la salud en distintas etapas de trayectoria institucional

Respecto a la organización del trabajo, los turnos de 12 horas fue el sistema que experimentó el 63 % de auxiliares de enfermería en el último mes previo a la encuesta; casi el 6 % tuvo turnos de 24 horas. Este es el tipo de trabajo común en estas funciones hospitalarias, una organización que responde a las necesidades de la unidad; sin embargo, genera procesos destructivos de exposición a la salud y bienestar del personal, como se verá en el siguiente punto. Al trabajo por largos turnos se suma la exigencia de horas extras. Como se apreció en la tabla 6, más del 50 % de auxiliares de enfermería laboró seis o más horas extras al mes, es decir, más de una hora extra en promedio semanal.

El hecho de que el 63 % de los auxiliares de enfermería realice turnos de 12 horas y un 6 % turnos de 24 horas evidencia una organización laboral intensiva. Aunque este modelo es común en el ámbito hospitalario debido a la necesidad de asegurar la continuidad de la atención, plantea serias preocupaciones desde el enfoque de salud de los trabajadores:

- **Impacto físico y mental.** Los turnos prolongados están asociados con fatiga crónica, trastornos del sueño, alteraciones metabólicas y cardiovasculares, así como con un mayor riesgo de lesiones laborales (Breilh 2007b). Además, contribuyen a la aparición de problemas de salud mental, como estrés, ansiedad y *burnout*.
- **Efectos en la seguridad del paciente.** La fatiga laboral no solo afecta al trabajador, sino que también compromete la seguridad del paciente. Estudios han demostrado que jornadas largas están relacionadas con un mayor riesgo de errores en la atención, afectando la calidad del servicio (González, Bretaña y Peña 2018).

Los turnos de 12 horas ya se han vuelto normales para nosotras, y muchas veces una termina aceptándolos como parte del trabajo. Después de 10 u 11 horas ya el cuerpo empieza a sentir el cansancio es físico, pero también mental. Cuando hacemos horas extras, prácticamente no hay tiempo de descanso. Una sale del hospital y todavía tiene responsabilidades en la casa. El cansancio no es inmediato, se va acumulando, y con el

tiempo aparecen dolores, irritabilidad, no podemos dormir y hasta más problemas en la casa. No es que una no quiera trabajar, es que el ritmo y la duración de los turnos terminan afectando nuestro bienestar. (Auxiliar enfermería, entrevista personal).

Estos aspectos reflejan un modelo de gestión reactivo, enfocado en resolver demandas inmediatas, pero que desatiende los costos a largo plazo en términos de desgaste del personal y sostenibilidad del sistema.

La interacción de estas categorías en condiciones laborales inadecuadas perpetúa un modelo de trabajo que prioriza la productividad a corto plazo sobre el bienestar y la sostenibilidad. Esto genera un círculo vicioso: trabajadores desgastados física y emocionalmente que disminuyen su rendimiento y enfrentan mayores riesgos de salud. Para romper esta dinámica malsana, es fundamental implementar políticas internas con un enfoque que considere el bienestar del personal trabajador.

Tabla 7
Matriz de procesos críticos de la salud de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón del Ministerio de Salud Pública, Quito 2024

Dominios	Dimensiones	Procesos estructurales		Procesos generativos	
		Destructivos	Protectores	Destructivos	Protectores
General	Sistema público de salud	Alta demanda de prestación de servicios de salud. Certificaciones de calidad de atención por organismos extranjeros.	Planificación adecuada de niveles de servicios de salud.	Organización de los servicios de salud hospitalarios.	
	Condiciones económico-políticas	Políticas actuales neoliberales. Ausencia de participación de trabajadores en construcción de políticas de seguridad y salud en el trabajo. Falta de compromiso de los empleadores en estrategias formuladas con todos los actores sociales. Ausencia de reglamentos específicos para trabajadores de la salud.	Políticas de salud y seguridad en el trabajo realizadas en conjunto con todos los actores sociales. Fortalecimiento de organización y sindicatos de trabajadores. Estrategias locales y nacionales de protección a trabajadores de la salud.	Formas de instrumentación de poder para organización de los servicios de salud: talento humano, equipamiento, objetivos institucionales.	

	Políticas laborales salariales.			
	Distribución de clases sociales en el espacio físico hospitalario.			
	Ausencia de conciencia de clase.			
	Distribución de procesos nocivos por áreas:			
	Subsunción formal del trabajo.			
	Percepción de riesgo psicosocial: trabajo a turno, sobrecarga de trabajo.	Monitoreo y uso de protocolos y guías de manejo.		
	Alta exigencia cíclica y no periodos adecuados de reposo.	Organización de turnos y trabajo en áreas críticas.		
	Falta de personal médico y de apoyo.	Programas de prevención: escuela de espalda, ergonomía, protección a trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes.	Deterioro mental y fisiológico del trabajador/a.	
Particular	Patrones de exposición: producción de servicios, proceso de cuidados y atención de pacientes, organización y división del trabajo; condiciones grupales de trabajo.	Trabajo altamente intelectual y emocionalmente exigente.	Equipo de protección personal.	Alta carga física en el trabajo.
	Proceso de trabajo con exposición a riesgo biológico.	Ejercicio físico cotidiano.		
	Movimientos repetitivos.	Programa de protección para trabajadores especialmente sensibles:		
	Forzamientos posturales.	mujeres embarazadas, trabajadores con enfermedades catastróficas.		
	Asistencia y traslado de pacientes.			
	Inadecuación ergonómica de puestos.			
	Exposición a radiaciones ionizantes,			

		fármacos citostáticos.		
		Transporte.	Perfeccionamiento y educación continuada.	
	Patrones de vulnerabilidad	Limitación y deformación alimentaria.	Espacio de vida familiar: patrones familiares e individuales favorables.	
		Doblaje de turnos relativo a la necesidad de consumo.	Acceso a derechos y prestaciones.	
	Perfil de subjetividad, género y cosmovisión	Pérdida de conciencia de clase.	Identidad personal y colectiva.	Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento
		Ausencia de compromiso e identificación con la institución.	Conciencia social solidaria.	organización y soportes en beneficio del grupo.
		Aislamiento, discriminación y subordinación de género.	Grupos de apoyo intra-laboral.	
	Formas organizativas y relaciones particulares	Relaciones interpersonales en las distintas áreas de trabajo.	Claridad en los roles y funciones en los diferentes puestos de trabajo.	
		Niveles de responsabilidad acordes a la inserción laboral.	Sistema de incentivos y estímulos organizacionales.	
		Procesos relacionales con compañeros de trabajo, pacientes y familiares.	Capacitación en manejo y resolución de conflictos.	
		Relaciones altamente jerarquizadas, competitivas y conflictivas.	Revisión periódica de salarios.	
		Pluriempleo.		
Singular / Individual	Estilos de vida		Autonomía en el puesto de trabajo: capacidad de establecer itinerario personal en la jornada de trabajo.	Práctica de ejercicio.
	Procesos fenotípicos y genotípicos		Patrón personal y familiar de	Pausas activas en el trabajo. Alimentación saludable. Control de ingesta de alcohol,
			Procesos críticos de exposición: riesgos biológicos, radiaciones ionizantes. Prácticas cotidianas que desencadenan accidentes de	

	consumo: alimentación, descanso, vivienda y recreación, TIC.	trabajo: exceso de confianza, ausencia de capacitación y formación.	tabaco y otras drogas. Uso adecuado y controlado de tecnologías de información y comunicación.
	Concepciones y valores personales	Procesos fisiopatológicos.	Procesos fisiológicos y genéticos que favorecen la salud del trabajador.

Elaboración propia, con base en la propuesta de Breilh (2017)

El análisis de la tabla 7 evidencia que el dominio general revela dimensiones estructurales como el sistema público de salud, las condiciones económico-políticas y los marcos ideológicos y culturales que orientan las prácticas laborales. El dominio particular muestra los patrones de exposición vinculados a la producción de servicios, los procesos de cuidado y la atención directa a los pacientes. Finalmente, el dominio singular expresa —y será desarrollado con mayor detalle más adelante— los efectos individuales, físicos, emocionales y simbólicos derivados del trabajo hospitalario. Esta Matriz, como hallazgo, permitió elaborar una representación dinámica de las dimensiones de la Determinación Social de la Salud para el caso de las auxiliares de enfermería, en la que se sintetizan las interacciones y retroalimentaciones entre los tres dominios y se evidencia cómo las condiciones estructurales y grupales se encarnan en la experiencia individual, influyendo tanto en la salud física como en la subjetividad y las formas de resistencia.

2. Patrones de exposición del personal auxiliar de enfermería en el HGDC

A continuación, se presenta la sistematización de los resultados de la investigación documental, entrevistas y encuesta para la identificación, caracterización y análisis de los patrones de exposición laboral que enfrenta el personal auxiliar de enfermería en sus labores cotidianas en el Hospital. Estos patrones de exposición constituyen uno de los procesos críticos que más peso tienen en la Determinación Social de la Salud de este colectivo. Es válido resaltar cómo esta información rompe el esquema biomédico y de riesgo de identificar y clasificar las exposiciones y logra identificar procesos no contemplados por el modelo hegemónico.

La especificidad de su quehacer incluye la exposición constante a agentes biológicos, químicos y mecánicos; la manipulación de material potencialmente

contaminado; y la realización de tareas que demandan resistencia física y habilidades relacionales, en el marco de dinámicas jerárquicas que pueden limitar su autonomía y capacidad de decisión. Comprender a este colectivo desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud implica no reducir su caracterización a un perfil ocupacional, sino situarlo en el cruce de procesos de clase, género, etnia y política institucional, que determinan tanto sus condiciones de trabajo como sus modos de enfermar y cuidar.

2.1 Sistema de seguridad y salud en el trabajo en el Hospital General Docente de Calderón

Estructurar el sistema de seguridad y salud en el trabajo (SST) en instituciones hospitalarias representa un componente crítico para garantizar tanto el bienestar de los trabajadores como la calidad de la atención brindada a los pacientes. En este contexto, el Hospital General Docente de Calderón (HGDC) constituye un espacio laboral de alta complejidad, donde confluyen riesgos físicos, biológicos, químicos y psicosociales que afectan al personal de salud, especialmente a aquellos que desempeñan funciones en áreas críticas como hospitalización, emergencias y unidades quirúrgicas.

En relación con las políticas de salud de los trabajadores y la normativa vigente, el actual gerente del hospital, Dr. Alonso Herrera, considera que las políticas están bien formuladas y que son cumplidas por la institución tal como están establecidas. Esta autoridad considera que el cumplimiento de la normativa involucra un trabajo conjunto y equitativo entre las autoridades y el personal. En sus palabras:

Hemos mantenido algunas reuniones con el personal en las que hemos manifestado que el apoyo tiene que ser mutuo entre las diferentes autoridades y el personal. Como autoridades de la institución podemos exigir, pero así mismo tenemos que ver en qué podemos ayudar. Y los trabajadores tienen que cumplir sus obligaciones, al igual que también a hacer valer sus derechos. (Gerente del HGDC 2024, entrevista personal)

El Reglamento Interno, que reúne la normativa en materia de seguridad y salud ocupacional para la protección de más de 1040 profesionales de salud y administrativos en 104 puestos de trabajo, aprobado en fecha reciente (2024), establece la conformación de los organismos paritarios de seguridad y salud en el trabajo como instancias internas de participación conformadas por servidores y trabajadores; y el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, integrado por tres representantes de los trabajadores elegidos y tres representantes designados por el empleador, con sus respectivos suplentes (Calero Basurto y

Zambrano Loor 2021). Este Comité está a cargo de conocer los informes de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales y proponer acciones de prevención y corrección para evitar su recurrencia; realizar inspecciones periódicas a las instalaciones con la finalidad de identificar e informar los actos o condiciones que se consideren inseguras; fomentar la prevención de riesgos entre el personal, y conocer los informes de seguridad y salud ocupacional. También tiene el rol de vigilancia del cumplimiento de los derechos en materia de salud y seguridad, con la potestad de denunciar ante la autoridad competente los casos de presunta vulneración de derechos en seguridad y salud; y cooperar en la implementación de las políticas en la materia (Hospital General Docente de Calderón 2024).

La gestión de riesgos laborales en el hospital está a cargo de la Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional, consistente en la identificación de peligros y factores de riesgo, evaluación, priorización y control de riesgos. El reglamento especifica detalladamente los tipos de exposiciones y las respectivas medidas de prevención, gestión y control. Los “factores de riesgo” se clasifican en físicos (ruido, temperatura, iluminación, electricidad, radiaciones), mecánicos (condiciones de los sitios de trabajo y el entorno físico), químicos, biológicos, ergonómicos (levantamiento de cargas, trabajo de pie, sentado, movimientos repetitivos) y psicosociales. En el acápite de riesgos psicosociales se incluye la prevención del *mobbing* o acoso laboral (EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Hospital General Docente de Calderón 2024). El acoso laboral puede incidir en las relaciones humanas y organizacionales, resultando en un esfuerzo adicional para la gestión, el control y el manejo de sus consecuencias (Tolfo, Silva y Krawulski 2013).

El Capítulo III del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo especifica en su Artículo 20 programas preventivos de consumo de drogas y riesgos psicosociales (EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Hospital General Docente de Calderón 2024). En el mismo artículo se incluye el procedimiento de denuncia de discriminación, acoso y toda forma de violencia contra la mujer en los espacios de trabajo, el cual se limita a un párrafo que define a la Unidad de Talento Humano como la encargada de receptor las denuncias respectivas. No se esclarecen los procesos subsiguientes a la denuncia (art. 20.3).

En el reglamento todo suena bien: exámenes ocupacionales, protocolos contra la violencia, exámenes médicos obligatorios. Pero en la práctica, muchas veces sentimos que solo queda en el papel. Por ejemplo, se dice que talento humano recibe denuncias de acoso o discriminación, pero no sabemos qué pasa después. No hay información sobre cómo avanza el proceso, si hay seguimiento, si hay protección para quien denuncia. Eso genera desconfianza y miedo. Lo mismo ocurre con los exámenes médicos, pero rara vez

recibimos los resultados o recomendaciones específicas según nuestro puesto. (Supervisora 2 2024; entrevista personal)

En relación con la salud en el trabajo, el artículo 19 del Reglamento Interno menciona la obligatoriedad de realizar exámenes médicos al personal (preempleo, periódicos, de reintegro y retiro) y acordes con los riesgos a los que estén expuestos en sus labores. En entrevista con el gerente del hospital, esta autoridad informó:

La idea es hacerles a los trabajadores un estudio tanto de laboratorio como una evaluación psicológica, al igual que una evaluación ergonómica. Se ha establecido como prioridad para el próximo año que todos los trabajadores de la institución y especialmente el personal de enfermería, auxiliar de enfermería reciban una evaluación anual. (Gerente del HGDC 2024, entrevista personal)

El mismo artículo 19 del Reglamento Interno (EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Hospital General Docente de Calderón 2024) establece que el hospital elaborará un Plan Anual de Salud en el Trabajo. La necesidad de acciones claras por parte de la institución en relación con la prevención y el manejo de problemas de salud que se presentan en el personal de auxiliares de enfermería es evidente, según los testimonios de los propios trabajadores.

No hay apoyo por parte del hospital. Yo fui a salud ocupacional y me dieron un paracetamol y me dijeron siga nomás trabajando. La verdad, una es responsable en su trabajo y tiene que continuar, pero cuando ya no se puede, ya no se puede. Yo me fui a un médico particular y ahí pude sacar un certificado, pero en salud ocupacional de aquí es difícil. No veo ningún beneficio, que velen por nosotros como trabajadores. (Supervisora 1 2024, entrevista personal)

Respecto a la gestión de recursos financieros y de personal, el gerente del hospital menciona estrategias para asignar recursos a programas de prevención y promoción de la salud ocupacional, lo cual incluye evaluaciones de salud anuales para identificar posibles enfermedades. La máxima autoridad de la institución, en entrevista personal, añadió: “Estamos diseñando un programa de capacitación continua para los auxiliares de enfermería, con el fin de mejorar el servicio al paciente y el crecimiento profesional de los trabajadores” (Gerente del HGDC 2024, entrevista personal).

2.2 Patrones de exposición laboral

El personal auxiliar de enfermería enfrenta de manera frecuente exposiciones por sus procesos de trabajo relacionadas con riesgos ergonómicos (levantamiento de pesos y cargas, trabajo de pie), exposición a fluidos biológicos, turnos rotativos y delincuencia comunitaria. Estos riesgos son evaluados en niveles de mejorable a deficiente, con

posibles consecuencias graves a muy graves, según la evaluación realizada en 2023 por el respectivo departamento de Seguridad y Salud Ocupacional, mediante el levantamiento de la matriz de riesgos por puesto de trabajo (Hospital General Docente de Calderón, HGCD 2023).

Estas exposiciones no son exclusivas del proceso de trabajo en sí, sino también el resultado de deficiencias estructurales en la planificación, los recursos y la cultura preventiva del sistema de salud. La falta de inversiones adecuadas en equipamiento ergonómico, medidas de protección contra agentes biológicos y sistemas de apoyo emocional refleja una desatención a la salud integral de los trabajadores. Además, la persistencia de turnos rotativos y jornadas extensas expone una organización laboral que prioriza las demandas asistenciales inmediatas por encima del bienestar del personal.

En la tabla 8 se observan los principales procesos de trabajo considerados peligrosos, según el análisis realizado por el Departamento de Seguridad y Salud Ocupacional.

Tabla 8
Identificación y evaluación de riesgos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2023

Procesos	Descripción	Nivel de Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Consecuencia
Biológicos	Contacto con fluidos corporales y exposición a agentes infecciosos durante la atención directa a pacientes.	Muy alto	Frecuente (por contacto permanente con pacientes)	Grave posibilidad de infecciones severas si no se emplean las medidas adecuadas.
Ergonómicos	Manipulación manual de cargas (pacientes inmovilizados, equipos médicos). Movimientos repetitivos y posturas forzadas durante la movilización de camillas y sillas de ruedas.	Alto	Frecuente	Moderada, con impacto en el sistema musculoesquelético
Accidentes	Golpes, caídas y choques durante el transporte de pacientes	Moderado	Ocasional	Leve a moderada, dependiendo del tipo de accidente

Fuente: Departamento de Seguridad y Salud Ocupacional (HGDC 2023)
Elaboración propia

La exposición a agentes biológicos proviene del contacto directo con pacientes, lo que sitúa al personal auxiliar de enfermería en un nivel de exposición elevado, especialmente en áreas críticas como emergencias o unidades de cuidados intensivos. El riesgo se amplifica por la posibilidad de lesiones percutáneas (p. ej., pinchazos con agujas) y la transmisión de enfermedades infecciosas.

Esto es particularmente relevante en áreas críticas como emergencias y cuidados intensivos, donde las demandas asistenciales son mayores y los procedimientos realizados incrementan la probabilidad de contacto con fluidos corporales y agentes infecciosos. En este contexto, los pinchazos con agujas son un proceso peligroso que amplifica el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (Naranjo et al. 2019). Aunque estas lesiones son un problema bien documentado en el sector salud, es importante destacar que muchas de ellas son prevenibles mediante medidas adecuadas de seguridad en este tipo de procesos de trabajo peligrosos, tales como:

- Uso de dispositivos de seguridad (como agujas retráctiles o sistemas sin aguja).
- Capacitación frecuente en el manejo de objetos cortopunzantes.
- Implementación de protocolos estrictos para la eliminación de desechos biomédicos.

La persistencia de este riesgo en los entornos hospitalarios sugiere insuficiencias en la implementación de estas medidas o un posible desinterés institucional por garantizar la disponibilidad de equipos adecuados (Iglesias-Osores et al. 2024). Además, debe cuestionarse si existen sistemas efectivos para reportar y dar seguimiento a estos incidentes, que a menudo quedan invisibilizados por miedo a represalias o por la normalización del riesgo.

Este colectivo suele estar en contacto prolongado con pacientes, a menudo en condiciones de saturación laboral, lo que puede aumentar las probabilidades de exposición y disminuir el cumplimiento riguroso de medidas de protección personal, como el uso adecuado de equipos de protección individual (EPI).

Adicionalmente, mediante un análisis más profundo, es necesario considerar:

- 1) La disponibilidad y calidad de los EPI, especialmente en contextos de emergencia sanitaria o restricciones presupuestarias.
- 2) La existencia de protocolos de vacunación obligatoria y acceso a profilaxis posexposición.
- 3) El impacto de la capacitación deficiente o irregular en el manejo de riesgos biológicos.

Respecto a la exposición ergonómica, el levantamiento de pacientes representa un proceso de trabajo peligroso para la salud de los trabajadores. Esto puede derivar en lesiones como lumbalgias crónicas, hernias discales o fatiga muscular, especialmente si no se utilizan técnicas correctas de movilización (Babativa Baracaldo, Rincón Espitia y Navarro Neira 2021). La posibilidad de accidentes por condiciones del entorno laboral está presente. Las caídas y choques al transportar pacientes son riesgos moderados pero constantes, atribuibles a superficies irregulares, desorden en los pasillos o manejo inadecuado de camillas.

El levantamiento manual de pacientes expone al personal auxiliar de enfermería a cargas físicas excesivas, especialmente en escenarios donde no se aplican técnicas de movilización correctas o no se dispone de herramientas adecuadas (Guevara Orozco 2024). Las lesiones mencionadas, como lumbalgias crónicas, hernias discales y fatiga muscular, representan solo una parte del impacto de estos riesgos.

En casos más graves, estas lesiones pueden derivar en:

- 1) Incapacidades temporales o permanentes que limitan la capacidad laboral del trabajador.
- 2) Afecciones psicológicas secundarias, como ansiedad o depresión, asociadas al dolor crónico y a la reducción de la funcionalidad.

Desde la epidemiología crítica, estas lesiones no deberían atribuirse únicamente a la falta de formación en técnicas correctas, sino también a una falla estructural en la provisión de recursos y políticas preventivas (Cardona 2016). El diseño de los procesos de trabajo muchas veces ignora los límites biomecánicos del cuerpo humano, priorizando la productividad sobre la seguridad y el bienestar del personal.

En esta misma línea, factores del entorno, como superficies irregulares, desorden en los pasillos y manejo inadecuado de camillas, contribuyen a caídas y choques durante la movilización de pacientes. Estos elementos, aunque descritos como “moderados”, son indicadores de una deficiencia organizacional más amplia, que incluye:

- 1) Falta de mantenimiento en infraestructura hospitalaria, como pisos antideslizantes, iluminación adecuada y diseño ergonómico de los espacios.
- 2) Problemas en la gestión del espacio físico, reflejados en pasillos congestionados o desordenados, lo que aumenta la probabilidad de accidentes.
- 3) Equipos insuficientes o inadecuados, como camillas defectuosas, carencia de dispositivos de transferencia mecánica (grúas, tableros deslizantes) o sillas de ruedas en mal estado.

Estas condiciones no solo representan riesgos directos para los trabajadores, sino que también afectan la calidad del cuidado al paciente, generando una doble vulnerabilidad: trabajadores expuestos a lesiones y pacientes en riesgo de accidentes durante la movilización.

Adicionalmente, la evaluación realizada por el hospital ha identificado lo que denominan riesgos psicosociales, los cuales se refieren a las interacciones en el trabajo, el entorno laboral, la satisfacción en el trabajo y las condiciones organizacionales que pueden influir en la salud y el rendimiento de los trabajadores (Ponce y Curay 2022). Para el personal auxiliar de enfermería, estos procesos incluyen:

- **Exigencias cuantitativas y ritmo de trabajo.** Derivadas de la necesidad de atención a un gran número de pacientes y la realización de tareas adicionales ajenas al cuidado directo, lo que incrementa la sobrecarga laboral, afectando la eficiencia y aumentando el estrés.
- **Demandas emocionales.** La constante exposición al sufrimiento, dolor y muerte de los pacientes genera una carga emocional significativa, que puede derivar en desgaste profesional y afectaciones psicológicas.
- **Doble presencia.** La necesidad de equilibrar las responsabilidades laborales con las domésticas, sumado a la posibilidad de desempeñar múltiples empleos y trabajar en turnos rotativos, contribuye al agotamiento y disminuye la calidad de vida. Este punto también fue destacado por el gerente del hospital. Al referirse al balance trabajo-familia, el entrevistado enfatizó en la “importancia de apoyar a los empleados en mantener un equilibrio entre el trabajo y la familia, lo cual es fundamental para su bienestar emocional y su rendimiento laboral” (Gerente del HGDC 2024, entrevista personal). Cabe resaltar que, desde la epidemiología crítica, para el personal femenino esto corresponde a la triple carga.
- **Inseguridad laboral.** La temporalidad de los contratos y la falta de estabilidad en el empleo generan incertidumbre, afectando la motivación y el compromiso laboral.

La identificación de los riesgos psicosociales en el entorno laboral del personal auxiliar de enfermería evidencia un panorama complejo y multifacético que afecta tanto la salud como el desempeño de los trabajadores. Si bien el Hospital General Docente de Calderón (HGDC) ha reconocido la existencia de estas problemáticas, su persistencia refleja fallas estructurales y organizacionales en la gestión del trabajo y la salud

ocupacional (Spinelli 2018). Estos procesos peligrosos no son incidentales, sino el resultado de un sistema que prioriza las demandas operativas inmediatas por encima del bienestar integral del personal (Breilh 2007b).

La sobrecarga laboral, derivada de exigencias cuantitativas, tareas adicionales y demandas emocionales, crea un entorno de trabajo insostenible, donde el estrés crónico y el desgaste emocional afectan gravemente la salud psicológica de los trabajadores (Ponce y Curay 2022). Esto se agrava con la “doble presencia”, que pone en evidencia las desigualdades de género en el ámbito laboral, especialmente para las mujeres, quienes enfrentan una triple carga al intentar equilibrar responsabilidades domésticas, laborales y emocionales (Breilh 1991). Este punto, reconocido por la gerencia, exige políticas efectivas que promuevan la conciliación trabajo-familia y que reduzcan las desigualdades de género en el entorno laboral.

La inseguridad laboral, por su parte, añade un nivel de vulnerabilidad que impacta la motivación y el compromiso del personal. La temporalidad de los contratos y la inestabilidad en el empleo no solo perpetúan la incertidumbre individual, sino que también afectan la cohesión y la eficiencia organizacional, dificultando la construcción de un ambiente de trabajo sostenible y comprometido (Amable, Benach y González 2001).

El Departamento de Seguridad y Salud Ocupacional enfatiza la necesidad de implementar medidas correctivas específicas —si bien no se detallan cuáles—, combinadas con capacitaciones constantes y mejoras en el entorno laboral, para mitigar los niveles de exposición y garantizar la seguridad e integridad del personal. Un monitoreo continuo de las condiciones de trabajo y la actualización de los protocolos contribuyen a construir ambientes de trabajo más seguros y eficientes (Hospital General Docente de Calderón 2023).

Por su parte, el gerente del hospital se refiere a los desafíos en el manejo de la seguridad y salud de los trabajadores, destacando la necesidad de mejorar el trabajo en equipo y la cooperación entre los trabajadores, en especial con el personal de enfermería (Gerente del HGDC 2024, entrevista personal).

El análisis anterior muestra que la institución identifica exposiciones de diverso origen, relacionadas con procesos internos de organización del trabajo productivo (como turnos rotativos) y, a su vez, con el entorno de la función propiamente dicha, que genera procesos destructivos físicos, biológicos y ergonómicos, con posibles graves consecuencias. Sin embargo, y según la narrativa de los propios trabajadores, no hay

propuestas de acciones estructurales que reduzcan el nivel de exposición y eviten sus consecuencias.

Otros procesos de exposición no son identificados por el sistema implementado actualmente por la institución. Estos surgen al analizar con mayor detenimiento no como un puesto de trabajo homogéneo, sino considerando el área y ambiente específico. Además, también es necesario considerar las condiciones de género y otras condiciones laborales, como el tiempo de trabajo (exposición acumulada) y las horas de trabajo al día.

Uno de los procesos críticos a considerar es el relacionado con la movilidad del personal hacia el sitio de trabajo, derivadas de la distancia de sus hogares y las dificultades relacionadas con el transporte. Este tema se considera crucial para optimizar el bienestar y la eficacia del equipo, siendo un punto crítico frecuentemente subestimado en las condiciones laborales del personal de salud. Los problemas relacionados con el transporte y el tiempo de desplazamiento no solo afectan la salud física y mental de los trabajadores, sino que también influyen en su rendimiento y en la calidad del servicio ofrecido.

La trascendencia de tomar en cuenta este tema y la búsqueda de soluciones ha sido reconocida por la autoridad del hospital, como lo manifiesta el gerente:

Este sí es un problema bastante importante, porque el hospital no tiene transporte, no tiene un recorrido que pueda brindar a los trabajadores. Por las estadísticas de personal hay un gran porcentaje de profesionales que viven al norte de Quito, pero así mismo hay un porcentaje importante que vive en el Valle o al Sur de Quito- o inclusive en otra provincia. Una medida sería que el sitio de trabajo esté cercano al lugar de residencia. El año pasado realizamos una gestión directa y favorablemente se logró que un auxiliar de enfermería que vive en Calderón sea cambiado del Hospital Ginecobstétrico Isidro Ayora (ubicado en el centro de Quito) a trabajar con nosotros en este Hospital. En lugar de pasar casi tres horas en ir y volver al trabajo, ahora está a 5 o 10 minutos de su casa. Hemos visto un cambio total en él, en su actitud y en su forma de trabajar, incluso en su salud y en su estado mental, le vemos otra persona muy diferente cuando recién vino a hablar con nosotros. Este tema es deficiente en todas las instituciones de salud, pero tenemos que afrontarlo, ver el bienestar de los trabajadores, distribuir el personal de mejor manera. O buscar mecanismos más adecuados para dotar de recorridos como institución. (Gerente del HGDC 2024, entrevista personal)

El tiempo prolongado y las dificultades asociadas al transporte hacia el lugar de trabajo pueden generar una acumulación de estrés crónico y fatiga en el personal (Breilh 2012). Este problema se intensifica en contextos urbanos como el de Quito, donde la congestión vehicular, las largas distancias y el acceso limitado a sistemas de transporte eficientes afectan desproporcionadamente a los trabajadores que residen en áreas periféricas.

Desde la epidemiología crítica, este problema no solo refleja una cuestión logística, sino que también pone de manifiesto inequidades estructurales, ya que los trabajadores de menores ingresos, que no pueden costear transporte privado o vivir cerca del hospital, son quienes más sufren estas condiciones adversas (Breilh 2010b). Además, las largas jornadas laborales en turnos rotativos agravan esta situación, al reducir el tiempo disponible para el descanso y la recuperación física y emocional.

El impacto de la movilidad no se limita al bienestar individual del personal, sino que también afecta directamente la eficacia del equipo de trabajo. Las dificultades en el transporte pueden provocar ausentismo, retrasos recurrentes y un menor rendimiento debido a la fatiga acumulada. Esto compromete la capacidad operativa del hospital, especialmente en áreas críticas como emergencias o cuidados intensivos, donde el personal auxiliar de enfermería juega un rol fundamental.

Es necesario cuestionar si la organización del trabajo en el hospital considera estas limitaciones al momento de diseñar horarios y asignar responsabilidades. La desconexión entre las políticas laborales y las realidades cotidianas del personal genera un entorno que no promueve la sostenibilidad ni la equidad en las condiciones de trabajo, así como tampoco contribuye al equilibrio entre trabajo-hogar.

El énfasis en la movilidad de los trabajadores también debe entenderse en el contexto de un sistema de salud que enfrenta restricciones presupuestarias y problemas de planificación estructural. Las dificultades de transporte reflejan una falta de integración entre las políticas de salud y los sistemas de movilidad urbana, lo que perpetúa desigualdades y compromete la sostenibilidad del trabajo en este sector (Wismar et al. 2011).

Además, es importante considerar el impacto ambiental asociado con los desplazamientos largos y frecuentes, un factor que debe ser incluido en las discusiones sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud. Fomentar el transporte colectivo, opciones de movilidad sostenible o teletrabajo en ciertas funciones administrativas podría contribuir a aliviar parte de este problema.

La encuesta epidemiológica también arrojó el nivel de exposición a procesos deteriorantes, conforme se verifica en la tabla 9.

Tabla 9

Nivel de exposición a procesos deteriorantes en el trabajo del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Nivel de exposición a procesos deteriorantes en las condiciones de trabajo	Número	% (n=142)
Procesos deteriorantes de tipo físico		
Nulo	24	16,9
Bajo	83	58
Moderado	31	22
Alto	4	3
Procesos deteriorantes de tipo químico		
Nulo	51	35,9
Bajo	61	43,0
Moderado	28	19,7
Alto	2	1,4
Procesos deteriorantes de tipo ergonómico		
Nulo	42	29,6
Bajo	73	51,4
Moderado	19	13,4
Alto	8	5,6
Procesos deteriorantes de tipo biológico		
Nulo	22	15,5
Bajo	63	44,4
Moderado	48	33,8
Alto	9	6,3
Procesos deteriorantes de tipo psicosocial		
Nulo	26	18,3
Bajo	69	48,6
Moderado	42	29,5
Alto	5	3,5
Total	142	100,0

Nota: La suma de porcentajes puede no ser exactamente igual a 100% debido a redondeo de decimales Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 9 muestra la distribución del nivel de exposición a procesos deteriorantes en las condiciones de trabajo del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón. En los procesos de tipo físico, la mayoría de los trabajadores se ubica en niveles bajos (58 %) y nulos (16,9 %), mientras que los niveles moderado (22 %) y alto (3 %) representan una proporción menor.

En relación con los procesos deteriorantes de tipo químico, se observa una mayor concentración en los niveles bajo (43,0 %) y nulo (35,9 %), con una menor proporción en nivel moderado (19,7 %) y un porcentaje reducido en nivel alto (1,4 %).

Para los procesos de tipo ergonómico, la mayor frecuencia corresponde al nivel bajo (51,4 %), seguido del nivel nulo (29,6 %). Los niveles moderado (13,4 %) y alto (5,6 %) presentan menor representación dentro del total de encuestados, En este mismo orden; los procesos deteriorantes de tipo biológico, se evidencia una distribución más

dispersa, con predominio del nivel bajo (44,4 %), seguido del nivel moderado (33,8 %), mientras que el nivel nulo representa el 15,5 % y el nivel alto el 6,3 %.

Finalmente, en los procesos de tipo psicosocial, la mayor proporción se concentra en el nivel bajo (48,6 %) y nulo (18,3 %), mientras que los niveles moderado (29,5 %) y alto (3,5 %) corresponden a una menor frecuencia. En conjunto, los resultados evidencian que, en todas las categorías analizadas, los niveles de exposición nulo y bajo concentran la mayor proporción de respuestas, superando en la mayoría de los casos el 60 % del total.

La encuesta revela que los procesos deteriorantes de mayor densidad para este colectivo son los de tipo biológico —relativos al constante riesgo de contagio por virus, bacterias y hongos— y los de tipo ergonómico, que demandan grandes esfuerzos físicos, ritmos intensos y posturas forzadas. La exposición a riesgos biológicos no es un evento fortuito, sino el resultado de fallas sistémicas en la organización y protección del trabajo, tales como:

- **Deficiencia en equipos de protección personal (EPP).** Falta de disponibilidad, calidad o uso adecuado de guantes, mascarillas y batas.
- **Sobrecarga laboral.** Turnos prolongados y alta densidad de tareas que disminuyen el cumplimiento estricto de los protocolos de bioseguridad.
- **Inadecuada capacitación y supervisión.** Formación irregular o superficial en el manejo de agentes biológicos que limita la efectividad de las medidas preventivas.
- **Acceso limitado a salud ocupacional.** Ausencia de controles médicos regulares y programas de vacunación que aumentan la vulnerabilidad del personal.

Mediante la encuesta epidemiológica, se construyó una matriz de exposiciones por tipo y área de trabajo, basada en la propuesta de Breilh (2021), y se calculó la densidad de esos procesos en el itinerario laboral (tabla 10).

Tabla 10
Exposición a procesos deteriorantes en el trabajo del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, por tipo y según área de trabajo, 2024

Procesos deteriorantes	Áreas de trabajo					Total (% n=142)
	Clínica (% n=91)	Quirúrgica (n=17)	Diagn. y Tratamien to. (n=3)	Crítica (% n=21)	Materno- infantil (n=10)	
De tipo físico						
Temperaturas extremas	27,5	3	1	38,1	3	28,2
Humedad	26,4	1	1	14,3	1	21,1
Falta de ventilación	37,4	8	3	23,8	4	38,0
Mala iluminación	25,3	9	2	23,8	3	29,6
Vibraciones	6,6	4	1	4,8	2	9,9
Ruido fuerte o crónico	28,6	3	3	33,3	2	28,9
Radiaciones	7,7	4	1	4,8	2	28,2
De tipo químico						

Polvos	45,1	3	3	23,8	2	38,0
Humos	8,8	3	2	19,0	3	14,1
Vapores	13,2	5	2	9,5	3	16,9
Líquidos irritantes	15,4	5	1	38,1	4	22,5
De tipo biológico						
Riesgo de contagio COVID19	36,3	8	2	47,6	4	40,1
Hongos en pies y manos**	13,2	2	1	28,6	4	19,0
Dermatitis por alcohol	33,0	8	2	3,81	3	35,9
De tipo ergonómico						
Trabajo repetitivo bajo presión	38,5	4	2	52,4	2	38,0
Grandes esfuerzos físicos	39,6	6	2	33,3	2	37,3
Atención y ritmo de trabajo intensos**	26,4	3	3	52,4	3	31,0
Posturas forzadas o incómodas	36,3	11	2	52,4	4	43,0
De tipo psicosocial						
Horas extras excesivas	7,7	2	1	14,3	0	9,2
Turnos difíciles	29,7	5	1	33,3	1	28,9
Cambio de horario en turnos	15,4	1	0	9,5	2	14,8
Trabajo aburrido, desmotivado*	15,4	0	2	14,3	1	14,1
Rotación de tareas	13,2	1	0	9,5	3	12,7
Trabajo repetitivo	26,4	3	1	47,6	4	28,2
Conflictos con el personal	27,5	6	3	47,6	3	33,1
Conflictos con pacientes/cuidadores	15,4	0	0	28,6	0	14,1
No identificación con el trabajo	2,2	1	2	0,0	1	4,2
No sentirse capacitado(a)**	6,6	0	2	10,0	2	8,5
Sobrecarga laboral *	48,4	8	1	52,4	0	44,4
Sensación de inestabilidad laboral	3,3	1	1	4,8	0	4,2
No disponer de soportes o apoyos	15,4	3	1	28,6	2	18,3
Instalaciones y procesos peligrosos *	4,4	2	1	4,8	3	7,7

Notas: Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes. Las frecuencias se refieren a las respuestas afirmativas. Dado que se trata de preguntas de respuestas múltiples la suma de frecuencias por categoría es superior al número de personas encuestadas (n).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ en χ^2 para diferencia de proporciones.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El análisis de la tabla 10 evidencia que la exposición a procesos deteriorantes varía significativamente entre las distintas áreas del hospital, lo que refleja una gestión desigual de las condiciones de trabajo.

La exposición a procesos de tipo físico revela deficiencias en las condiciones ambientales básicas. La falta de ventilación afecta notablemente al área clínica (37,4 % de los que laboran ahí señalaron ello), mientras que la mala iluminación es un problema estructural en el área quirúrgica (52,9 % de los 17 auxiliares de enfermería que ahí laboran indicaron esta situación), donde la precisión es crucial. En cuanto a la exposición química, la presencia de polvos es alta en el área clínica (45,1 % de los respondientes que laboran en esta área), y la exposición a líquidos irritantes es mayor en el área crítica (38,1 % de los 21 respondientes así lo valoraron), lo que sugiere un manejo inadecuado de materiales.

Finalmente, los procesos de tipo biológico confirman una alta exposición generalizada. El riesgo de contagio por COVID-19 (40,1 %) y la dermatitis por contacto

con alcohol (35,9 %) destacan como problemas transversales. Las áreas críticas y quirúrgicas presentan una incidencia superior debido a la naturaleza de su contacto directo con pacientes en condiciones complejas.

Los procesos deteriorantes de tipo ergonómico son particularmente prevalentes, pues el trabajo repetitivo bajo presión (38,5 % de los 91 auxiliares que respondieron la encuesta y que trabajan en el área clínica así lo manifestaron) y la adopción de posturas incómodas (para 43,0 % del total de respondientes) afectan principalmente a las áreas clínicas y críticas. Esta sobrecarga laboral, combinada con condiciones ergonómicas deficientes, se traduce en un desgaste físico significativo que afecta, en general, al 37,3 % del colectivo. Los testimonios de las trabajadoras ilustran con claridad esta problemática:

Lo más duro es el baño a los pacientes, tenemos que utilizar la silla de ruedas y trasladarlo, hay pacientes encamados a los que se cambia de posición cada 2 horas, pacientes a veces obesos. No tenemos ayuda del familiar ni de la licenciada. Es duro, muchas veces no se avanza (por el esfuerzo físico). Pero es nuestra responsabilidad y no podemos decir al paciente yo no avanzo, le voy a dejar como está, es imposible. En nuestra área sí hay sobrecarga laboral. (Supervisora 1 2024, entrevista personal)

A nivel psicosocial, la sobrecarga laboral (44,4 %) y los conflictos interpersonales (33,1 %) son los procesos deteriorantes más reportados, especialmente en áreas críticas. Estos factores, sumados a la rotación de turnos y la sensación de inestabilidad, configuran un ambiente de alta tensión. La magnitud de esta sobrecarga es descrita por un supervisor:

La verdad es que en mi área –cirugía– sí existe carga laboral porque trabajamos 2 auxiliares con muchos pacientes, si una sale de vacaciones la otra se queda absolutamente sola con todos los pacientes. Las licenciadas –enfermeras tituladas– no colaboran, no nos ayudan. Hace un tiempo, cuando estaba de gerente el doctor Juan Pablo, tuvimos un diálogo con el secretario (del sindicato) y pudimos bajar de 42 a 25 pacientes lo que se está manteniendo hasta hoy, aun así, es una carga laboral fuerte porque nuestra área se divide en 3 secciones, es decir, cirugía, traumatología y especialidades. Hay pacientes con fracturas, extremidades superiores inferiores, Jackson, colostomías, infinidades de drenajes. Es duro el trabajo. (Supervisora 1 2024, entrevista personal)

Otro proceso deteriorante psicosocial es la permanencia prolongada en una misma área, que puede generar desmotivación y afectaciones a la salud mental, un fenómeno que una de las entrevistadas describe como “quemarse”:

En lo personal, yo sí quisiera que las autoridades tomen en cuenta que la gente se quema, la gente se cansa por estar 8 años en un mismo servicio. Hasta por higiene mental deberíamos rotar o que se hagan cambios de servicio para aprender otros, tener nuevas ideas, nuevas expectativas y poder trabajar en equipo, lo que falta mucho en este hospital. En esta área hacemos turnos una sola persona, pero se debería sacar el turno entre todos, no solo la auxiliar o solo la enfermera, muchas veces esto ocasiona sobrecarga laboral. (Supervisora 2 2024, entrevista personal)

Estas exposiciones específicas están marcadas en las condiciones generales de trabajo, que abarcan desde la antigüedad laboral y las relaciones interpersonales hasta la percepción sobre las políticas de prevención de la institución. La tabla 11 presenta los indicadores relativos a estas condiciones.

Tabla 11
Procesos relativos a condiciones generales de trabajo del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Procesos	Número	Porcentaje
Tiempo de trabajo como auxiliar de enfermería	(n=142)	
Menos de 1 año	16	11,3
De 1 a 5 años	38	26,8
Mas de 5 años	88	62,0
Relación con sus jefes o supervisores inmediatos	(n=142)	
Muy Buena	37	26,1
Buena	86	60,6
Regular	18	12,7
Mala	1	0,7
Relación con compañeros de trabajo en el hospital	(n=142)	
Muy Buena	29	20,4
Buena	89	62,7
Regular	21	14,8
Mala	3	2,1
Equipos de protección personal por la institución	(n=142)	
Acordes al área y proceso de trabajo	68	47,9
Dispone, pero no adecuados al trabajo	24	16,9
Dispone, pero insuficientes para las tareas	27	19,0
<i>Subtotal Sí dispone</i>	<i>119</i>	<i>83,8</i>
No dispone	23	16,2
Uso de los equipos de protección personal ^{1/}	(n=119)	
Regularmente	79	63,7
Ocasionalmente	43	34,7
Nunca	2	1,6
Percepción sobre la política interna de prevención ^{2/}	(n=142)	
-La institución capacita y brinda instrucciones para el uso adecuado de los Equipos de Protección Personal	93	65,5
-Se ejecutan procedimientos bajo estándares de seguridad y salud en el trabajo	94	66,2
-Existe sensación de seguridad al realizar trabajo habitual	94	66,2
-Se percibe apoyo suficiente en tareas de riesgo	60	42,3
- El personal participa en eventos de promoción de la seguridad	54	38,0

Nota: La suma de porcentajes puede no ser exactamente igual a 100% debido a redondeo de decimales.

^{1/} Aplica a quienes disponen de equipos de protección entregados por la institución.

^{2/} Dado que se trata de pregunta de respuesta múltiples la suma de frecuencias es superior al número de personas encuestadas (n)

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El análisis de los indicadores de la tabla 11 revela hallazgos importantes. El tiempo total laborado representa un indicador de exposición acumulada a procesos deteriorantes, cuyas consecuencias para la salud pueden manifestarse a largo plazo. Es significativo que la mayoría del colectivo (62,0 %) lleve más de cinco años en funciones, un factor clave para definir políticas de cuidado. Los testimonios confirman esta larga permanencia:

Yo estoy ya trabajando en este establecimiento 9 años, he trabajado en bastantes áreas: he trabajado en banco de leche, en cirugía, en medicina interna y he cubierto algunas otras áreas cuando las compañeras se han ido de vacaciones. En este momento estoy ya en el área de cirugía como 3 años. (Supervisora 1 2024, entrevista personal)

En esta misma línea, la rotación de turnos, especialmente los nocturnos, exacerba las alteraciones de los ritmos biológicos y dificulta la conciliación entre la vida laboral y personal (Vicente-Herrero et al. 2016). Estos horarios están vinculados con trastornos del sueño, problemas metabólicos e impacto psicosocial adverso. Desde un enfoque crítico, los turnos rotativos son una manifestación de desigualdad estructural, pues suelen asignarse a los niveles más bajos de la jerarquía laboral.

Las relaciones interpersonales también determinan la tensión en el ambiente de trabajo. Aunque más del 83 % del personal las califica como “buenas” o “muy buenas”, un 17 % las percibe como “regulares” o “malas”, lo que evidencia un foco de conflicto que requiere atención. Las entrevistas sugieren que estas tensiones se originan en una percepción de falta de igualdad de oportunidades por “amistad o cercanía con la autoridad inmediata” y en las diferencias de beneficios entre el personal regido por el Código del Trabajo⁸ —como las auxiliares de enfermería— y otros funcionarios (servidores públicos bajo la LOSEP). Esta situación genera un sentimiento de aislamiento: “Nosotras nos sentimos aisladas como auxiliares de enfermería” (Supervisora 2 2024, entrevista personal).

Un aspecto fundamental de las condiciones de trabajo es el soporte institucional para la salud, evaluado a través de la dotación de Equipos de Protección Personal (EPP) y la percepción sobre las políticas de prevención. Los hallazgos revelan brechas significativas entre las normativas y la práctica cotidiana.

⁸ Los obreros y trabajadores manuales, incluyendo el personal de auxiliares de enfermería en los hospitales, están amparados por el Código de Trabajo (EC 2005), mientras los funcionarios y empleados profesionales son considerados servidores públicos por tanto se rigen por la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP) (EC 2010).

Aunque los EPP no son el único mecanismo protector, constituyen una barrera indispensable. Sin embargo, los datos de la tabla 10 muestran que solo un 47,9, % del personal recibe equipos adecuados para su área. Un 35,9 % reporta que los equipos son insuficientes o inadecuados, y un preocupante 16,2 % afirma no disponer de ellos.

Adicionalmente, se indagó sobre la percepción de las prácticas institucionales de prevención. Si bien una mayoría (entre 65,5 % y 66,2 %) reconoce que se realizan capacitaciones y se trabaja bajo estándares de seguridad, la percepción de apoyo directo en tareas de riesgo disminuye drásticamente a un 42,3 %. Aún más bajo es el nivel de participación del personal en eventos de promoción de la seguridad (38,0 %), lo que sugiere que estas iniciativas no logran involucrar efectivamente al colectivo.

3. Inserción social y modos de vida del personal auxiliar de enfermería

En este apartado se presenta el resultado de la aplicación de la herramienta INSOC (Breilh 2017) para caracterizar la inserción social de los hogares del personal auxiliar de enfermería del HGDC. Este análisis permite una aproximación a la posición de clase del grupo social y la identificación de los ejes que configuran sus modos de vida, ofreciendo una mirada integral de su inserción en la estructura social.

Conviene precisar que el INSOC, adaptado del instrumento desarrollado por Jaime Breilh, traduce la categoría teórica de clase social en una variable empírica, la inserción social, susceptible de ser observada y analizada en el trabajo de campo. Como señala Breilh (2017), “la categoría clase social permite distinguir grupos sociales caracterizados por modos de vida distintos [...] patrones típicos de trabajo; de vida cotidiana y familiar en la esfera del consumo; formas de organización y actividad política; formas culturales y de construcción de la subjetividad; y relaciones ecológicas”. Esta operacionalización constituye un elemento metodológico crucial para comprender la determinación social de la salud en los colectivos laborales.

3.1 Inserción social y modos de vida de auxiliares de enfermería que laboran en el Hospital General Docente de Calderón

Los modos de vida no son una expresión meramente individual, sino el resultado de procesos históricos y estructurales que configuran las condiciones materiales, simbólicas y culturales de los trabajadores. El colectivo de auxiliares de enfermería enfrenta una realidad marcada por largas jornadas laborales, turnos rotativos, exigencias emocionales y exposición a riesgos, factores que determinan sus condiciones de salud y sus relaciones sociales.

La aplicación del instrumento INSOC (Breilh 2017) permitió estructurar la tipología de inserción social del colectivo, con base en la información sobre la responsabilidad del mantenimiento del hogar, como se presenta en la tabla 12.

Tabla 12
Indicadores de inserción social de los hogares del personal de auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores de inserción social	Número	% (n=142)
Principal sostén económico del hogar		
Auxiliar de enfermería	97	68,3
Cónyuge o compañero/a	20	14,1
Familiar que vive en el mismo hogar	22	15,5
Familiar que no vive en el hogar	3	2,1
Género de la persona responsable del hogar		
Masculino	67	47,2
Femenino	74	52,1
Otro ^{1/}	1	0,7
Grupo étnico del principal sostén económico del hogar		
Mestizo	129	90,8
Indígena	4	2,8
Montubio	3	2,1
Afroecuatoriano	3	2,1
Blanco	3	2,1
Nivel escolar del principal sostén económico del hogar		
Hasta secundaria incompleta	11	7,7
Bachiller	22	15,5
Superior	109	76,8
Número de personas que contribuyen para la manutención		
1 persona	64	45,1
2 y más personas	78	54,9
Ingresos promedios mensuales al hogar		
Menos de \$500	11	7,7
De \$500 a \$999	92	64,8
De \$1000 a \$1999	32	22,5
Más de \$2000	7	4,9
Inserción social del principal sostén económico del hogar		
Empresario mediano o pequeño	5	3,5
Profesional nivel medio o directivo	24	16,9
Empleados administrativos o técnicos	106	74,6
Obrero, trabajador manual, pensionado o rentista	7	4,9
Total	142	100,00

Nota: La suma de porcentajes puede no ser exactamente igual a 100% debido a redondeo de decimales.

^{1/} Una persona encuestada señaló que la persona responsable del hogar pertenece a otro género, sin especificar cuál.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La información de la tabla 12 indica que el auxiliar de enfermería es el principal sostén económico del hogar en el 68,3 % de los casos, lo que configura un alto nivel de responsabilidad. Este dato se agudiza al considerar que más del 50 % de los hogares tienen

jefatura femenina, un nivel considerablemente superior al promedio del 39~% registrado para Quito en el Censo 2022 (INEC 2022).

La alta proporción de auxiliares como principales sostenes económicos revela una doble carga laboral y económica. Además de cumplir con jornadas y condiciones de trabajo exigentes, enfrentan la presión adicional de garantizar el sustento familiar. Esta situación puede derivar en estrés crónico y en un impacto negativo en la calidad de vida, al limitar el acceso a actividades de cuidado personal, recreación y formación. Este fenómeno no debe entenderse como una característica intrínseca del colectivo, sino como el resultado de desigualdades estructurales que precarizan el trabajo sanitario.

Este fenómeno no debe ser entendido como una característica intrínseca del colectivo, sino como un resultado de desigualdades estructurales en el mercado laboral, que precarizan el trabajo sanitario y asignan roles desiguales de responsabilidad económica.

El hecho de que más del 50 % de los hogares liderados por auxiliares de enfermería sean de jefatura femenina destaca una sobrecarga de género que refleja la triple carga para las mujeres trabajadoras: labor remunerada, trabajo doméstico y de cuidado, y responsabilidad económica. Desde la epidemiología crítica, esta situación es un síntoma de la desigualdad de género estructural, donde las mujeres no solo enfrentan barreras en el acceso a empleos mejor remunerados, sino que además soportan una mayor proporción de las responsabilidades familiares.

La manutención de estos hogares recae sobre una sola persona en el 45,1 % de los casos. La identidad étnica de esta población es mayoritariamente mestiza (90,8 %), con una participación minoritaria de hogares autoidentificados como indígenas, montubios o afroecuatorianos (7,0 % en conjunto).

La clasificación de la inserción social se obtiene al combinar la ocupación del principal responsable económico, la propiedad de los medios de producción, la función desempeñada y la fuente de ingresos. La tabla 12 revela que el 74,6 % de los hogares se clasifica dentro de la fracción de clase de “empleados administrativos o técnicos”. Este grupo se caracteriza por tener una formación de nivel medio o técnico, no poseer medios de producción y depender del salario como principal fuente de ingresos, lo cual es consistente con el perfil del auxiliar de enfermería.

Otras fracciones de clase representadas en menor medida son los profesionales de nivel medio o directivo (16,9 %), los empresarios medianos o pequeños (3,5 %) y la clase trabajadora manual (4,9 %). Esta heterogeneidad en la inserción social, enmarcada en la

teoría de la determinación social, configura diferentes modos de vida y, por tanto, formas de reproducción social diferenciadas.

En relación con los ingresos mensuales promedio, la tabla 12 muestra que el 64,8 % de estos hogares subsisten con un monto de entre \$500 y \$999, un rango que se corresponde con la remuneración del personal auxiliar. Solo un 27,4 % de los hogares sobrepasa los \$1000 mensuales, mientras que un 7,7 % percibe ingresos inferiores a \$500, subsistiendo con el salario básico, fijado en \$460 para 2024 (EC Ministerio del Trabajo 2023).

Al contrastar estos ingresos con el valor de la canasta familiar básica para Quito, que en noviembre de 2024 se situó en \$839,70 (EC INEC 2024b), se evidencia una fuerte presión económica. Aunque el cálculo oficial asume un ingreso familiar promedio de \$858,70 (basado en 1,6 perceptores), la realidad del mercado laboral, con altas tasas de subempleo (EC INEC 2024a), y el hecho de que el 45,1 % de los hogares del colectivo depende de un solo perceptor de ingresos, revelan una clara vulnerabilidad económica.

3.2 Modos de vida del personal auxiliar de enfermería

Acceso a educación, vivienda y transporte

Para tipificar los modos de vida del colectivo, se analiza la información relativa a los cinco espacios de la reproducción social (Breilh y Tillería Muñoz 2024). Habiendo abordado el itinerario laboral, este apartado se centra en los espacios de consumo y soportes colectivos, cuyos indicadores se presentan en la tabla 13.

Tabla 13

Indicadores del espacio de consumo de la reproducción social de los hogares del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores de modos de vida: espacio de consumo	Número	% (n=142)
Nivel de instrucción del personal auxiliar de enfermería		
Bachillerato	17	12,0
Certificado auxiliar de enfermería	105	73,9
Licenciatura en enfermería	12	8,5
Tercer nivel	4	2,8
Cuarto nivel	4	2,8
Propiedad de la vivienda		
Propia	67	47,2
Arrendada	50	35,2
Prestada por familiares, amigos	21	14,8
Otra	4	2,8
Dotación de servicios básicos ^{1/}		
Agua potable a los hogares	142	100,0
Alcantarillado	139	97,9
Energía eléctrica	139	97,9
Teléfono convencional	84	59,2
Teléfono celular (al menos 1 persona del hogar)	140	98,6

Conexión a internet	132	93,0
Zona donde viven		
Rural	61	43,0
Urbana	81	57,0
Percepción de seguridad en el barrio/sector		
Muy inseguro	10	7,0
Inseguro	21	14,8
Medianamente seguro	74	52,1
Seguro	27	19,0
Muy seguro	10	7,0
Movilización: horas que tarda en acudir de la casa al trabajo		
Menos de 1 hora	67	47,2
De 1 a 2 horas	67	47,2
Más de 2 horas	8	5,6
Tipo principal de transporte utilizado para acudir al trabajo		
Transporte público (bus, metro etc.)	82	57,7
Automóvil	36	25,4
Motocicleta	9	6,3
Taxi (incluyendo plataformas digitales)	6	4,2
A pie o bicicleta	9	6,3
Cantidad de transportes para llegar al lugar de trabajo		
Solo 1	71	50,0
2 o más	71	50,0

Nota: La suma de porcentajes puede no ser exactamente igual a 100% debido a redondeo de decimales.

^{1/} Dado que se trata de pregunta de respuesta múltiples la suma de frecuencias es superior al número de personas encuestadas (n).

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

En relación con el *acceso a la educación*, el perfil prevalente en el colectivo es de nivel técnico, con un 73,9 % que posee certificado de auxiliar de enfermería. Este dato es consistente con el hecho de que este personal es, en su mayoría, el sostén del hogar. Destaca que un 14,1 % ha obtenido un título de tercer o cuarto nivel, aunque, como lo señala una entrevistada, esto no siempre se traduce en una reclasificación laboral:

Si ocurre con cierta frecuencia que ingresaron a trabajar en ese puesto, pero luego estudiaron, obtuvieron sus títulos de enfermeros(a) y luego hicieron maestrías, pero permanecen en esos puestos, los auxiliares de enfermería pertenecen al Código del Trabajo, mientras que los y las enfermeras con el título de licenciado(a)s en enfermería y laboran en ese puesto pertenecen a la Ley Orgánica de Servicio Público-LOSEP. (Auxiliar de enfermería 2024, entrevista personal)

Este panorama evidencia una brecha formativa y una rigidez en la estructura ocupacional que limita las oportunidades de crecimiento profesional y el acceso a mejores condiciones laborales.

Acerca de las condiciones de vivienda, los datos indican cierta seguridad, pues el 47,2 % posee vivienda propia y la cobertura de servicios básicos y conectividad es casi total. El personal se distribuye en un amplio territorio del Distrito Metropolitano de Quito

y sus alrededores, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas últimas han atravesado un proceso de transformación hacia un modelo urbanístico con primacía del capital inmobiliario y destrucción de la ruralidad (Jiménez 2016), convirtiéndose en un cinturón de expansión urbana ligado a la ciudad. A pesar de ello, solo un 26,0 % del colectivo percibe su barrio como “seguro” o “muy seguro”.

El tiempo de desplazamiento es un factor crítico: el 47,2 % tarda entre una y dos horas para llegar al trabajo, y un 5,6 % supera las dos horas. Más de la mitad (57,7 %) depende del transporte público, y el 50,0 % debe utilizar dos o más medios para llegar al hospital. Estos largos tiempos de transporte generan fatiga crónica, reducen el tiempo disponible para la recuperación física y emocional, y afectan negativamente la calidad de vida de los trabajadores.

Muchas veces el cansancio no empieza en el hospital, empieza en el camino al trabajo. Yo vivo lejos y tengo que salir con bastante anticipación porque el tráfico en Quito es pesado. Hay días en que paso más de una hora y media solo para llegar, y eso ya genera tensión antes de empezar el turno. Cuando uno trabaja 12 horas y además tiene que regresar en medio de la congestión, el tiempo real de descanso se reduce muchísimo. Las compañeras que viven en parroquias o incluso vienen de provincia son las que más sufren, porque no todas podemos pagar un uber o vivir cerca del hospital. Eso afecta el sueño, el ánimo y hasta la relación con la familia. Con el tiempo, este problema se vuelve parte de la rutina, pero no deja de afectar nuestra salud. (Supervisora 2 2024; entrevista personal)

Dada la ubicación del Hospital y la dispersión de las viviendas del colectivo, las condiciones de movilización son un elemento pertinente para diferenciar sus modos de vida. Se observan diferencias marcadas entre el personal que no experimenta tensiones mayores en su movilización (requiere menos de una hora, se moviliza a pie, en bicicleta o con vehículo propio) y el grupo con mayor dificultad (más de una hora de trayecto, dependiente del transporte público y de dos o más transbordos).

Organización y soportes colectivos

Este acápite corresponde al eje de participación en organizaciones y soportes colectivos, un elemento clave para la determinación de los modos de vida. El análisis se nutre de la encuesta epidemiológica y de las entrevistas a actores clave, principalmente al representante sindical, para profundizar en la situación laboral y las necesidades de los trabajadores.

El personal del hospital se encuentra organizado en el Sindicato de Trabajadores 15 de Julio, activo en la defensa de sus derechos. El representante sindical manifestó que la función del sindicato es clave en la protección de los derechos laborales, una tarea que se

lleva a cabo de manera colegiada con los demás dirigentes. La participación y los soportes que los trabajadores reciben de su organización representan un proceso protector importante. Por ello, se indagó al personal sobre estos soportes, como se presenta en la tabla 14.

Tabla 14
Participación y soportes organizativos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón por género, 2024

Indicadores de organización	Género del personal auxiliar de enfermería ^{1/}		
	Masculino	Femenino	Total
Pertenencia a la organización de trabajadores	(% n= 56)	(% n= 86)	(% n=142)
Sí pertenece	75,0	73,3	73,9
No pertenece	25,0	26,7	26,1
Participación en la organización ^{2/}	(% n= 42)	(% n= 63)	(% n=105)
Ha sido o es dirigente			
Sí	16,7	12,7	14,3
No	83,3	87,3	85,7
Tiempo de pertenencia a la organización			
Desde el ingreso al hospital	42,9	44,4	32,4
A los 6 meses	16,7	20,6	14,1
Al año de ingresar	40,5	34,9	27,5
Apoyos recibidos de la organización ^{3/}			
Atención de salud *	31,0	6,3	16,2
Situaciones económicas de emergencia	31,0	30,2	30,5
Situaciones de tipo personal	33,3	22,2	26,7
Problemas relacionados con el trabajo	33,3	34,9	34,3
Algún tipo de apoyo	78,6	60,3	67,6

^{1/} Ninguna persona se identificó con otro género.

^{2/} Porcentajes calculados sobre el total de quienes pertenecen a la organización de trabajadores.

^{3/} Dado que se trata de pregunta de respuesta múltiple la suma de frecuencias es superior al número de personas encuestadas (n).

* $p < 0,05$ Chi2 para diferencia de proporciones.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El hecho de que el 73,9 % del personal esté afiliado a la organización de trabajadores sugiere una conciencia colectiva sobre la importancia de los espacios sindicales para la defensa de sus derechos, tendencia similar en ambos géneros. De este grupo, un 32,4 % se afilió desde su ingreso al hospital, lo que indica que la organización cuenta con una base sólida de miembros antiguos.

Sin embargo, solo el 14,9 % de los afiliados ha asumido roles de liderazgo, con una proporción mayor en hombres (16,7 %) que en mujeres (12,7 %), lo que revela bajos niveles de participación activa y posibles limitaciones en el empoderamiento organizativo, especialmente entre las auxiliares de enfermería. La alta afiliación podría responder más a una necesidad de protección frente a la vulnerabilidad laboral que a una identificación con los principios del sindicato, evidenciando una dependencia funcional y un déficit en formación política.

Los apoyos recibidos por los afiliados revelan brechas en la capacidad de respuesta de la organización. Aunque el 67,6 % ha recibido algún tipo de apoyo, las proporciones por tipo específico son relativamente bajas, variando entre el 16,2 % (salud) y el 34,3 % (problemas laborales). Destaca una diferencia de género significativa en el apoyo en salud, con una mayor preponderancia en hombres (31,0 %) que en mujeres (6,3 %), lo que podría estar relacionado con la mayor carga de trabajo físico en puestos masculinizados como el de camillero.

El apoyo en la resolución de problemas laborales (34,3 %) es una función relevante, y el dirigente sindical resaltó que el diálogo con las autoridades ha sido un mecanismo efectivo. Uno de los principales problemas abordados ha sido la sobrecarga de trabajo por falta de personal. Al respecto, el dirigente señaló:

Hace unos años logramos en uno de los departamentos disminuir esa carga. Pero lamentablemente las autoridades son pasajeras y no ayudan a solucionar. Tarde o temprano pondremos nuevamente nuestra protesta porque sigue la carga laboral. Las autoridades manifiestan que no tienen presupuesto para contratar más personal. Esto es uno de los aspectos que más afecta a compañeros y compañeras que están enfermando, sea problemas musculares, hasta psicológicamente. (Representante sindical 2024, entrevista personal)

Respecto a la capacitación, tanto trabajadores como representantes sindicales señalan la falta de programas adecuados, mencionando los esfuerzos del sindicato por suplir esta carencia. Respecto al Comité Paritario de Seguridad y Salud, la percepción del dirigente es que este organismo no actúa con la debida responsabilidad: “Hemos observado que se hacen más al patrono que a los trabajadores” (Representante sindical 2024, entrevista personal).

Una de las funciones más destacadas del sindicato es la ayuda económica en emergencias, un apoyo que, según la encuesta, ha beneficiado al 30,5 % de los afiliados. Este respaldo en momentos críticos muestra el compromiso de la organización con el bienestar integral de sus miembros. El representante sindical lo expresa así:

La organización sindical ha visto bastante por la salud mental, otorgando alivio económico a los compañeros del gremio que han atravesado circunstancias difíciles, e incluso hemos negociado con entidades financieras (Representante sindical 2024, entrevista personal).

Esta función es corroborada por una de las supervisoras entrevistadas:

En nuestra organización hacemos todo lo posible para apoyar a los compañeros. Estamos pendientes de los compañeros. De lo poco que se recauda (porque no es mucho) en lo que se puede se ayuda cuando pasan necesidades, por ejemplo, se está ayudando

económicamente a compañeras que están con cáncer. (Supervisora 1 2024, entrevista personal)

En materia de salud, el 16,2 % de los encuestados reportó haber accedido a apoyo sindical. El representante de la organización reconoce el impacto de las condiciones laborales en la salud física y mental del colectivo y define el rol del sindicato en este ámbito: “Desde el sindicato, lo que podemos hacer por la salud de los trabajadores es exigir a las autoridades una mejor atención en la unidad de Salud Ocupacional” (Representante sindical 2024, entrevista personal).

Asimismo, el 26,7 % de los afiliados ha recibido apoyo en situaciones de tipo personal, lo cual se vincula directamente con las dificultades para lograr un equilibrio entre la vida laboral y familiar. El dirigente sindical resaltó la importancia de que las políticas institucionales consideren este desafío, pero señaló que “poco o nada se ha hecho en este campo por parte de la institución” (Representante sindical 2024, entrevista personal).

El sindicato también actúa con un enfoque de equidad y prevención de la discriminación, abordando las tensiones internas que surgen en el entorno laboral. El dirigente describe una de estas fuentes de conflicto:

No podemos afirmar que se manifiesta el racismo, pero sí una forma de egoísmo, de tensión interna. Ventajosamente los trabajadores de la salud estamos amparados bajo el Código de Trabajo, tenemos estabilidad, tenemos beneficios económicos puntuales. Esto ha causado quizás una especie de envidia de parte de los compañeros –servidores públicos– regidos por la LOSEP, en especial de las enfermeras. Esto causa malestar entre compañeros generando un mal ambiente laboral. (Representante sindical 2024, entrevista personal)

El análisis de la relación entre la organización y el personal revela que un 32,4 % de los afiliados no reporta haber recibido apoyo alguno, y que ciertos tipos de ayuda son limitados. Estos hallazgos sugieren la necesidad de que el sindicato analice la posible desconexión entre las expectativas de los miembros y su capacidad real de intervención. Si bien la gestión de crisis es relevante, es aún más importante abordar las causas estructurales que deterioran las condiciones laborales.

En este sentido, el dirigente sindical manifestó que los objetivos de la organización incluyen planes para mejorar las condiciones de trabajo, incidiendo a nivel institucional y nacional, y resaltó el deseo de fortalecer el sindicato y colaborar con las autoridades para resolver problemas estructurales (Representante sindical 2024, entrevista personal).

Para verificar si la participación y los soportes organizativos varían según el área de trabajo, se analizaron los datos de la encuesta de manera diferenciada, como se presenta en la tabla 15.

Tabla 15
Participación y soportes organizativos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón por área de trabajo, 2024

Indicadores de organización	Área de trabajo				
	Clínica (%)	Quirúrgica (núm.)	Diag. y tratam. (núm.)	Crítica (%)	Materno-Infantil (núm.)
Pertenencia a la organización de trabajadores	(n=91)	(n=17)	(n=3)	(n=21)	(n=10)
Sí pertenece	70,3	15	2	81,0	7
No pertenece	29,7	2	1	19,0	3
Participación en la organización ^{1/}	(n=64)	(n=15)	(n=2)	(n=17)	(n=7)
Ha sido o es dirigente					
Sí	14,1	3	0	17,6	0
No	85,9	12	3	82,4	7
Tiempo de pertenencia a la organización					
Desde el ingreso al hospital	50,0	4	1	41,2	2
A los 6 meses	15,6	3	1	17,6	3
Al año de ingresar	34,4	8	0	41,2	2
Apoyos recibidos de la organización ^{2/}					
Atención de salud	17,2	1	0	29,4	0
Situaciones económicas de emergencia	32,8	3	0	23,5	4
Situaciones de tipo personal	25,0	4	0	35,3	2
Problemas relacionados con el trabajo	32,8	6	0	52,9	0
Algún tipo de apoyo	68,8	9	0	76,5	5

Nota: Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

^{1/} Porcentajes calculados sobre el total de quienes pertenecen a la organización de trabajadores.

^{2/} Pregunta de respuestas múltiple, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n).

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El análisis de la tabla 15 indica que no existen diferencias destacables en los niveles de participación sindical entre las distintas áreas de trabajo. No obstante, se observan algunas particularidades: la afiliación es mayor en el Área Quirúrgica (88,2 %), donde también se registra la mayor proporción de participación en la dirigencia (20,0 % de los afiliados). En cuanto al momento de la afiliación, en esta misma área el 53,3 % se unió al sindicato después de un año de trabajo, a diferencia del Área Clínica, donde el 50,0 % se afilió al ingresar al hospital.

4. Análisis de género e igualdad del personal auxiliar de enfermería

En aplicación del enfoque de género, la encuesta epidemiológica indagó tres categorías clave: la vivencia de situaciones de discriminación como proceso destructivo, la promoción de la participación de las mujeres como proceso protector y la inequidad en la distribución del trabajo reproductivo en el hogar. Los resultados se presentan en las tablas 16 y 17.

Tabla 16
Discriminación por género y barreras a la participación de auxiliares de enfermería de enfermería del Hospital General Docente Calderón, por género 2024

Situaciones	Género de auxiliares de enfermería ^{1/}		
	Masculino (% n=56)	Femenino (% n=86)	Total (% n=142)
Discriminación por género ^{2/}			
Ha sufrido discriminación por género	26,8	32,6	30,3
Considera que se promueve que las mujeres puedan acceder a puestos de dirigencia en la organización sindical	73,2	69,8	71,1
Barreras a la participación de las auxiliares mujeres			
Desvalorización de la opinión por ser mujer	n.a.	29,1	-
Falta de participación en la toma de decisiones importantes en el trabajo, por ser mujer	n.a.	22,1	-

Notas: Porcentajes calculados con las respuestas Sí. Dado que son preguntas de respuestas múltiples, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n).

^{1/} Ninguna persona se identificó con otro género.

^{2/} Otras formas de discriminación encontradas: 14,1 % por identidad étnica u origen, 5 % por el cargo o la actividad laboral, 3,5 % por la condición de salud y 2,1 % por la actividad sindical y por la condición personal de edad o estado civil.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Como se observa en la tabla 16, el 30,28 % del personal reportó haber percibido *discriminación por género*, con una incidencia mayor en mujeres (32,56 %) que en hombres (26,79 %). Un 14,79 % señaló discriminación por su identificación étnica, lo que destaca la interseccionalidad de ambos factores. Además, el 28,74 % de las mujeres indicó que sus opiniones fueron desvalorizadas por su género, evidenciando una cultura laboral con sesgos y jerarquías patriarcales.

Acerca de la participación, el 21,8 % de las mujeres reporta una falta de involucramiento en decisiones importantes. Este dato contrasta con el hecho de que el 71,1 % del personal considera que la organización sindical sí promueve el acceso de las mujeres a puestos de dirigencia. Esta contradicción sugiere que, aunque existe una percepción de apertura, persisten barreras estructurales y culturales que limitan el acceso

real de las mujeres a posiciones de poder, como los estereotipos de género y la desigual carga de trabajo doméstico.

Tabla 17
Tiempo de trabajo reproductivo en hogares del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, por género, 2024
(Promedio de horas al día)

Tiempo de trabajo en horas al día	Género de auxiliares de enfermería ^{1/}					
	Masculino (n=56)		Femenino (n=86)		Total (n=142)	
	Media	d.e.	Media	d.e.	Media	d.e.
Horas al día dedicada al trabajo doméstico	2,21	1,19	2,51	1,52	2,39	1,40
Horas al día dedicadas al cuidado de personas vulnerables	2,30	1,69	2,70	1,99	2,54	1,89
Horas al día dedicadas al autocuidado.	1,98	1,38	1,64	1,41	1,77	1,41
Horas al día dedicadas actividades complementarias**	1,75	1,50	1,09	1,15	1,35	1,34

^{1/} Ninguna persona se identificó con otro género.

** $p < 0,01$ t-Student para diferencia de promedios.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La distribución de las horas dedicadas al trabajo doméstico y de cuidado (tabla 17) muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico (2,51 horas) y al cuidado de personas (2,70 horas) en comparación con los hombres (2,21 y 2,30 horas, respectivamente). En contraste, disponen de menos tiempo para el autocuidado (1,64 horas frente a 1,98) y para actividades complementarias como el estudio o la capacitación (1,09 horas frente a 1,75).

Esta desigual distribución del trabajo reproductivo revela una doble carga para las mujeres, quienes deben equilibrar las demandas laborales con las responsabilidades del hogar. Esta realidad refleja la persistencia de un modelo patriarcal que las considera principales responsables del cuidado familiar, limitando su tiempo para el desarrollo personal y profesional.

Estos hallazgos se alinean con el concepto de triple carga femenina (Breilh 1991), que combina el trabajo productivo, el reproductivo y, en muchos casos, un trabajo comunitario o complementario. Para el personal auxiliar de enfermería, esta carga se intensifica debido a las jornadas extendidas y la exposición a riesgos ocupacionales, sumadas a las responsabilidades del hogar sin una redistribución equitativa de las tareas.

En síntesis, este capítulo ha caracterizado el dominio particular en el que se desenvuelve el colectivo de auxiliares de enfermería del HGDC. El análisis del espacio

laboral, los patrones de exposición, la inserción social y los modos de vida revela un panorama complejo donde los procesos deteriorantes —sobrecarga laboral, precariedad económica, exposición a riesgos y desigualdades de género— superan a los procesos protectores, como el soporte sindical, cuya efectividad resulta limitada. La interacción de estas condiciones configura un modo de vida marcado por el desgaste sistemático.

Capítulo quinto

El espacio familiar e individual y las expresiones en salud del colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón

El espacio familiar e individual del colectivo de auxiliares de enfermería constituye un eje fundamental para comprender sus condiciones de vida y trabajo, marcadas por procesos estructurales de inequidad. Desde el enfoque de la determinación social, es necesario analizar cómo las dinámicas familiares, laborales y las cargas reproductivas configuran no solo los modos de vida, sino también la salud física y mental de estos trabajadores. Este capítulo tiene como objeto presentar dichos resultados.

Para ello, en primer lugar, se caracterizan los espacios familiares e individuales y los estilos de vida del personal. En segundo lugar, se evalúan las condiciones de salud del colectivo, consideradas como la somatización de los procesos críticos que los determinan socialmente, presentando un perfil epidemiológico crítico que profundiza en los efectos de las condiciones laborales, los modos de vida y los patrones de exposición y vulnerabilidad.

1. Caracterización del colectivo y su hogar

Este punto presenta la configuración familiar e individual del colectivo, un espacio donde se manifiestan tanto la subsunción a las dimensiones particular y general, como los procesos protectores y de autonomía relativa derivados de prácticas y decisiones individuales. A partir del análisis cuantitativo de la encuesta y el análisis de contenido de las entrevistas, se caracterizan los estilos de vida y patrones familiares del personal auxiliar de enfermería del HGDC.

La tabla 18 describe la composición demográfica del colectivo.

Tabla 18
Caracterización demográfica del colectivo de auxiliares de enfermería. Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores	Número	% (n=142)
Edad		
18 a 25 años	11	7,7
26 a 45 años	81	57,0
46 a 55 años	39	27,5
Mas de 56 años	11	7,7
Género ^{1/}		
Masculino	56	39,4

Femenino	86	60,6
Identidad étnica		
Mestizo	129	90,8
Indígena	4	2,8
Montubio	3	2,1
Afroecuatoriano	3	2,1
Blanco	3	2,1

Nota: La suma de porcentajes puede no ser exactamente igual a 100% debido a redondeo de decimales.

^{1/} Ninguna persona se identificó con otro género

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia.

La distribución etaria muestra una población predominantemente adulta, con un 84,5 % del colectivo ubicado en las franjas de 26 a 55 años. Se confirma la feminización del trabajo de auxiliar de enfermería, pues el 60,6 % corresponde al género femenino; sin embargo, la presencia de un 39,4 % de hombres sugiere una tendencia a reducir esta brecha histórica. Respecto a la identidad étnica, 9 de cada 10 auxiliares (90,8 %) se identifican como mestizos, con una participación minoritaria de otros grupos.

El análisis de la tabla 18 revela que el colectivo asume altos niveles de responsabilidad familiar, lo que configura un entorno social que influye directamente en sus condiciones de vida y trabajo.

Tabla 19
Características de los hogares del personal de auxiliares de enfermería. Hospital General Docente Calderón, 2024

Características	Número	% (n=142)
Estado civil del personal auxiliar de enfermería		
Soltero, soltera	42	29,6
Unión libre	13	9,2
Casado, casada	53	37,3
Viudo, viuda	3	2,1
Separado(a)	6	4,2
Divorciado(a)	25	17,6
Núm. personas del hogar		
Una persona	22	15,5
De dos a 4	91	64,1
Más de 4	29	20,4
Presencia en el hogar de personas que requieren cuidado especial ^{1/}		
Niños o niñas	30	21,1
Personas adultas mayores	23	16,2
Personas portadoras de enfermedades crónicas	32	22,5
Personas portadoras de enfermedades graves	17	12,0

^{1/} Porcentajes calculados con las respuestas afirmativas. Dado que es una pregunta de respuestas múltiples la suma de frecuencias no es igual al total de personas encuestadas (n=142).

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Como se observa, en términos de estado civil, el 46,5 % vive en pareja (casado/a o unión libre), mientras que un 29,6 % es soltero/a y un 21,8 % es separado/a o divorciado/a. Esta diversidad de configuraciones familiares puede tener distintos grados de incidencia en la sostenibilidad del hogar, y la alta proporción de personas sin pareja (51,4 %) sugiere que una parte importante del colectivo podría estar asumiendo la doble carga laboral y doméstica sin un apoyo conyugal, lo que incrementa su vulnerabilidad.

Respecto al tamaño del hogar, el 64,1 % convive con entre dos y cuatro personas, y el 20,4 % reside en núcleos de más de cuatro integrantes, lo que evidencia una estructura familiar que a menudo es ampliada. Particular atención merece la presencia de personas que requieren cuidados especiales: el 21,1 % de los hogares incluye niños/as, el 16,2 % a personas adultas mayores, y el 34,5 % a personas con enfermedades crónicas o graves. Estas cifras confirman la existencia de una intensa carga de trabajo de cuidado no remunerado, que se suma a la jornada laboral hospitalaria.

Esta doble presencia (trabajo productivo y reproductivo) recae principalmente sobre las mujeres, perpetuando la triple carga laboral (Breilh 2003), como lo confirma una de las supervisoras: “En el caso de mis compañeras que tienen sus hijos pequeños, tienen que salir de la velada a preparar su comida, deberes y todas esas cosas. Sí es muy duro para ellas”. Desde una perspectiva crítica, estos datos reflejan la intersección entre el trabajo remunerado y el reproductivo, revelando cómo el contexto doméstico se convierte en un espacio de reproducción de desigualdades que condicionan la calidad de vida y la salud del personal auxiliar.

2. Itinerario laboral y estilos de vida del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón

Los estilos de vida del colectivo se configuran a partir de las condiciones, decisiones y hábitos que se desarrollan en el espacio familiar e individual, en el marco de una autonomía relativa. Conforme a la propuesta de la Determinación Social de la Salud (Breilh 2021), estos estilos de vida están subsumidos en los modos de vida analizados previamente. Un espacio importante para su caracterización es el itinerario laboral, cuyos indicadores se observan en la tabla 20.

Tabla 20
Indicadores del itinerario laboral de auxiliares de enfermería. Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores	Número	% (n=142)
Tiempo de trabajo en el Hospital		
Menos de 5 años	38	26,8
De 5 a 15 años	76	53,5
Más de 15 años	28	19,7
Trabajo en otro lugar para redondear ingresos		
No tiene otro trabajo complementario	84	59,2
En otra unidad de salud	13	9,2
De forma independiente como auxiliar de enfermería.	19	13,4
Otra actividad no relacionada con salud ni cuidado de pacientes	26	18,3

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Es posible deducir que el perfil del personal se caracteriza por una larga permanencia en la institución (el 73,2 % del total de trabajadores tiene más de cinco años de antigüedad). A esto se suma que un 40,9 % del colectivo tiene un trabajo adicional para complementar sus ingresos, distribuido de la siguiente manera:

- 9,2 % trabaja en otra unidad de salud.
- 13,4 % trabaja de forma independiente como auxiliar.
- 18,3 % realiza actividades no relacionadas con el sector salud.

Este dato apunta para una insuficiencia salarial estructural que obliga a una parte significativa del personal a asumir dobles jornadas. La necesidad de buscar trabajos adicionales refleja un sistema que subvalora económicamente el trabajo asistencial, perpetuando condiciones de precarización. Asimismo, el pluriempleo no solo incrementa la fatiga física y mental, sino que reduce el tiempo disponible para el autocuidado y la vida familiar, afectando el equilibrio personal.

La necesidad de complementar ingresos puede intensificar la doble presencia (laboral y doméstica), especialmente para las mujeres. Estas condiciones laborales refuerzan un modelo patriarcal donde la triple carga (trabajo remunerado, doméstico y de cuidado) y los turnos prolongados reducen la capacidad de conciliar la vida laboral con las responsabilidades familiares, generando procesos deteriorantes. Las distintas configuraciones familiares pueden modular el equilibrio entre estas responsabilidades, como se analiza en la tabla 21.

Tabla 21
Apoyo familiar al equilibrio entre trabajo y tareas del hogar según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Apoyo familiar	Género de auxiliares de enfermería ^{1/}		
	Masculino % n= 56	Femenino % n= 86	Total % n=142
No percibe apoyo familiar	7,1	11,6	9,9
Apoyo en actividades puntuales, no consistente	30,4	18,6	23,2
Apoyo cuando necesario, no siempre proactivo	17,9	27,9	23,99
Apoyo activo y con comprensión de sus responsabilidades laborales	44,6	41,9	43,0

^{1/} Ninguna persona se identificó con otro género

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 21 evidencia las dinámicas de apoyo familiar en relación con el género. Si bien el 42,96 % del personal reporta recibir un apoyo activo, un 23,24 % señala que este es inconsistente y un 9,86 % indica no recibir ningún tipo de apoyo. Estos resultados permiten analizar las desigualdades estructurales en la distribución del trabajo doméstico.

Los datos muestran que el 11,63 % de las mujeres no recibe apoyo familiar, frente al 7,14 % de los hombres. Esta falta de soporte constante refleja una doble carga para las mujeres, quienes deben equilibrar el trabajo productivo con el reproductivo. Los resultados refuerzan la hipótesis de que las mujeres continúan siendo vistas como las principales responsables del cuidado doméstico, mientras que los hombres son percibidos como apoyos complementarios y no como corresponsables.

Aunque el 42,96 % del personal señala recibir un apoyo familiar activo, esta cifra debe analizarse críticamente, pues el concepto de “apoyo activo” no implica necesariamente una distribución equitativa de las responsabilidades, sino más bien un respaldo emocional o colaboraciones esporádicas. La falta de apoyo constante y la sobrecarga doméstica afectan directamente la salud del personal, generando estrés crónico, fatiga y un mayor riesgo de errores en la atención de pacientes. En definitiva, el equilibrio entre el trabajo y el hogar sigue marcado por desigualdades de género que perpetúan modelos laborales insostenibles.

Los hábitos de salud del personal se proyectan como una dimensión de su entorno y dinámica social, y se presentan en la tabla 22.

Tabla 22
Frecuencia de hábitos del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Frecuencia de hábitos	Número	% (n=142)
Consumo de alcohol		
Nunca	41	28,9
Ocasionalmente	93	65,5
Frecuentemente (al menos 1 por semana)	8	5,6
Consumo de tabaco		
Nunca	38	26,8
Ocasionalmente	92	64,8
Diariamente	45	31,7
Actividad física		
Nunca	5	3,5
Nunca	17	12,0
Una vez al mes	52	36,6
1 vez por semana	43	30,3
2 o más por semana	30	21,1

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Como se exhibe en la tabla 22, respecto al consumo de alcohol, el 65,5 % del personal lo hace ocasionalmente y un 5,6 % frecuentemente. Este hábito puede estar vinculado al estrés laboral y emocional característico del entorno hospitalario (Ochoa Mangado 2011). El consumo ocasional podría ser una estrategia de desconexión frente al agotamiento, con el riesgo de evolucionar hacia patrones problemáticos si no se gestionan los factores subyacentes.

Acerca del consumo de tabaco, el 64,8 % de los encuestados no fuma, mientras que un 31,7 % lo hace ocasionalmente y un 3,5 % diariamente. Aunque la mayoría no fuma, el consumo sigue siendo relevante, ya que suele asociarse a altos niveles de estrés y a la necesidad de pausas para descomprimir tensiones. Los consumidores diarios presentan un mayor riesgo de desarrollar dependencias que agraven su salud, considerando la carga laboral a la que ya están expuestos.

Respecto a la actividad física, los datos son preocupantes: el 12,0 % de los trabajadores nunca la realiza, el 36,6 % lo hace apenas una vez al mes, y 30,3 % una vez por semana. Solo el 21,1 % dos o más veces a la semana. Quizás estos hábitos reflejen una dinámica social, más que una característica específica en el personal de enfermería. Sin embargo, al tratarse de una actividad profesional estrechamente vinculada a la salud, se podría esperar que el tiempo dedicado a la salud de los mismos auxiliares de enfermería podría ser significativamente mayor. Como se observa, realmente la grande mayoría no incluye en su rutina actividades físicas frecuentes.

Esta baja frecuencia refleja un problema estructural: la falta de tiempo libre debido a las extensas jornadas laborales y las demandas del hogar, que afectan

desproporcionadamente a las mujeres. La inactividad física agrava el impacto de los procesos deteriorantes ergonómicos y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (Arsentales-Montalva, Tenorio-Guadalupe y Bernabé-Ortiz 2019). Además, se relaciona con la falta de motivación y el agotamiento emocional, factores vinculados al síndrome de *burnout*, estrés crónico, entre otros trastornos de salud mental.

Los hábitos analizados no deben interpretarse como meras decisiones individuales, sino como respuestas adaptativas a condiciones laborales adversas. La precarización, la inestabilidad y las largas jornadas impactan directamente en la capacidad del personal para desarrollar estilos de vida saludables.

Para profundizar en los estilos de vida, se analizó el uso del tiempo libre, solicitando al personal que valorara la frecuencia de diversas actividades en una escala de 0 (nunca) a 4 (muy frecuente). Los resultados se muestran en la tabla 23.

Tabla 23
Usos del tiempo libre por auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Usos del tiempo libre en una semana normal	Promedio de frecuencia	Desviación estándar
	(0=nunca y 4= muy frecuente; n=142)	
Mirar la televisión	1,71	1,01
Leer	1,51	1,09
Manualidades, artesanía u otras actividades creativas	1,02	1,07
Cuidado personal (peluquería, manicura, etc.)	1,41	0,99
Cuidar su jardín, huerto o plantas	1,11	1,00
Deportes, paseos, caminatas al aire libre o en parques	1,62	1,08
Otras actividades 1/	2,02	1,43

1/ Entre otras actividades están: estudiar, compartir con la familia, actividades de la organización, actividades culturales y cuidado del hogar.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Los resultados indicados en la tabla 24 exponen una preferencia por tareas productivas o reproductivas agrupadas en “otras actividades” (2,02) en el uso del tiempo libre de los participantes de este estudio. Las demás actividades enunciadas en la encuesta no se evidencian como comunes en las respuestas dadas: el mirar televisión, por ejemplo, presenta el valor promedio de 1,71 (entre muy poco frecuente y poco frecuente), y prácticas de autocuidado, como el cuidado personal (1,41) y los deportes o paseos (1,62), registran igualmente una frecuencia menor. Estos patrones reflejan los procesos de desgaste y las desigualdades estructurales, pues muestran que las actividades de tiempo libre se aproximan más de labores (como estudiar y cuidado del hogar, por ejemplo).

La preferencia por el entretenimiento pasivo puede ser una consecuencia del agotamiento físico y emocional acumulado. La sobrecarga laboral, combinada con el trabajo doméstico, restringe el tiempo para actividades recreativas más activas, reforzando patrones de descanso ineficaces.

Las bajas frecuencias en actividades creativas (1,02) y de cuidado personal (1,41) reflejan cómo las demandas laborales y domésticas limitan el espacio para el bienestar emocional. Este descuido del autocuidado puede contribuir a la despersonalización, una de las dimensiones del síndrome de *burnout* (Campos y Maroco 2012).

La frecuencia moderada de deportes y paseos (1,62) resulta insuficiente para compensar los efectos del estrés. Las largas jornadas y la fatiga, ya documentadas, limitan la práctica regular de ejercicio, lo que incrementa el riesgo de enfermedades crónicas (Kotekewis et al. 2017) y afecta la recuperación emocional.

Cómo ya se mencionó, el valor más alto de la tabla corresponde a “otras actividades”, que agrupa tareas como estudiar, compartir en familia y labores domésticas. Esto sugiere que el tiempo libre está siendo colonizado por tareas reproductivas y productivas, especialmente en el caso de las mujeres, lo que refuerza la doble presencia (Breilh 2021) y agudiza el desgaste. Aunque estas actividades pueden suplir necesidades emocionales, como visitar a la familia, no cumplen una función recreativa o de recuperación. También estaría la posibilidad de actualizar la encuesta a otros tipos de actividades en el ámbito del ocio y delimitar con más precisión las actividades incluidas en “otras”.

En definitiva, los patrones de uso del tiempo libre están marcados por la preferencia de actividades pasivas o productivas que no contribuyen al bienestar integral.

Finalmente, se analiza el patrón de consumo alimenticio, un pilar esencial de la salud que, desde la determinación social, no puede entenderse de manera aislada, sino como parte de las condiciones estructurales de reproducción social (Breilh 2003). La calidad y el acceso a una alimentación balanceada están determinados por factores como el tiempo de trabajo, los horarios, los ingresos y las estructuras de poder que configuran las decisiones alimentarias.

Para valorar la implicación de la dieta observada, es necesario considerar las recomendaciones de frecuencia de consumo según la pirámide alimenticia, resumidas en la tabla 24, elaborada con información proporcionada en una entrevista a una experta en nutrición.

Tabla 24
Frecuencia de consumo recomendada por categoría alimenticia

Categoría alimenticia	Frecuencia de consumo recomendada	Observaciones
Carbohidratos	No disponible en el gráfico de la pirámide alimenticia (dato faltante en la referencia).	Aunque falta un valor recomendado, una frecuencia baja puede sugerir que el consumo de carbohidratos es limitado. Esto puede ser problemático si los carbohidratos no son reemplazados por fuentes adecuadas de energía.
Grasas	Frecuente, pero no a diario, consumo ocasional	El consumo de grasas ocasional, no diario, es generalmente positivo para evitar problemas como obesidad o enfermedades cardiovasculares, pero es importante asegurarse de que las grasas saludables (como aceites vegetales o frutos secos) estén presentes en la dieta.
Azúcares	Baja frecuencia	El consumo de azúcar dentro de los límites recomendados es positivo, ya que un consumo excesivo de azúcar está relacionado con riesgos de obesidad, diabetes y otras enfermedades metabólicas.
Frutas y verduras	A diario	Si la ingesta de frutas y verduras no cumple lo recomendado existe una brecha significativa. El bajo consumo de frutas y verduras es preocupante, ya que estos alimentos son esenciales para aportar vitaminas, minerales y fibra, fundamentales para la salud general y la prevención de enfermedades crónicas.

Fuente: Entrevista a experta nutricionista. Recomendaciones con base en *Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025*. U.S. Department of Agriculture (USDA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Elaboración propia

En el contexto hospitalario, las jornadas prolongadas y los turnos rotativos limitan la posibilidad de mantener hábitos saludables, favoreciendo el consumo de alimentos ultraprocesados y aumentando el riesgo de enfermedades crónicas (Wilkinson 2003). Como resalta Betancourt (2017), los procesos deteriorantes derivados de la precarización y el estrés agravan estas decisiones, al desplazar las prioridades hacia la supervivencia inmediata por encima del autocuidado. A partir de estas recomendaciones, se analizaron los patrones de consumo del colectivo, cuyos resultados se presentan en la tabla 25.

Tabla 25
Frecuencia de consumo por categoría de alimentos de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Categorías alimenticias	Número	% n= 142
Proteínas: carnes rojas, pescados, aves, huevos		
Nunca	5	3,5
Poco frecuentemente	23	16,2
Frecuentemente	65	45,8
A diario	49	34,5
Carbohidratos: pan, fideos, preparados de harinas		
Nunca	6	4,2
Poco frecuentemente	44	31,0
Frecuentemente	52	36,6
A diario	40	28,2

Grasas: alimentos fritos, aceites		
Nunca	9	6,3
Poco frecuentemente	64	45,1
Frecuentemente,	48	33,8
A diario	21	14,8
Azúcares: dulces, abundante, azúcar, gaseosas		
Nunca	16	11,3
Poco frecuentemente	66	46,5
Frecuentemente	44	31,0
A diario	16	11,3
Frutas y verduras		
Nunca	1	0,7
Poco frecuentemente	29	20,4
Frecuentemente	65	45,8
A diario	47	33,1
Alimentos procesados: papas fritas, hamburguesas, pizza, enlatados		
Nunca	17	12,0
Poco frecuentemente	81	57,0
Frecuentemente	34	23,9
A diario	10	7,0

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 25 evidencia patrones alimenticios que reflejan tanto las condiciones laborales como las limitaciones socioeconómicas del colectivo. Desde un enfoque crítico, estos hábitos están condicionados por la falta de tiempo, el estrés y la precarización estructural, perpetuando procesos deteriorantes para la salud (Breilh 2003).

El consumo de proteínas es diario o frecuente para la mayoría (80,28 %), pero casi un 20 % reporta un consumo bajo o nulo, lo que podría asociarse a restricciones económicas y afectar la capacidad de recuperación física (Crespo Antepara 2022). La alta frecuencia en el consumo de carbohidratos (64,79 %) refleja una dependencia de alimentos de preparación rápida, económicos y de mayor rendimiento, una respuesta a los turnos prolongados que puede aumentar el riesgo de obesidad, diabetes e hipertensión.

De igual manera, el consumo frecuente o diario de grasas (48,59 %) y azúcares (42,26 %) podría estar vinculado a la limitada disponibilidad de opciones saludables durante los turnos y al uso de estos productos como mecanismo para aliviar el estrés. Este patrón alimenticio eleva los riesgos cardiovasculares (Leiva et al. 2017). Aunque el consumo de frutas y verduras es relativamente alto, un 21,12 % reporta un consumo bajo o nulo, lo que limita el acceso a nutrientes esenciales. Finalmente, la preferencia por alimentos procesados (consumidos de forma frecuente o diaria por el 30,98 %) confirma la tendencia hacia opciones de conveniencia, atractivas para trabajadores con horarios ajustados y limitaciones salariales.

En resumen, el perfil nutricional del colectivo está marcado por la dependencia de alimentos procesados, ricos en grasas y azúcares. Desde un enfoque crítico, estos patrones no son meras preferencias personales, sino el resultado de condiciones estructurales de trabajo —largas jornadas, estrés y acceso limitado a alimentos saludables— que subsumen los estilos de vida en los modos de vida del grupo social (Breilh 2021). A continuación, se analiza este patrón de forma diferenciada por género, inserción social y área de trabajo.

Tabla 26
Consumo no acorde a la recomendación por categoría alimenticia según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Consumo por categoría alimenticia	Género del personal de auxiliares de enfermería ^{1/}		
	Masculino % n= 56	Femenino % n=86	Total % n=142
Consumo de azúcar	51,8	36,0	42,3
Consumo de carbohidratos	71,4	60,5	64,8
Consumo de frutas y verduras	71,4	64,0	66,9
Consumo de grasas **	51,8	75,6	66,2
Consumo de proteína	67,9	64,0	65,5
Consumo de alimentos procesados	37,5	26,7	31,0

Nota: Los porcentajes se calculan con los casos que no se ajustan a la frecuencia de consumo recomendada para cada categoría alimenticia que se encuentra en la tabla 23. Dado que son preguntas de respuestas múltiples la suma de frecuencias no es igual al total de personas encuestadas (n) del grupo.

^{1/} Ninguna persona se autoidentificó con otro género.

** $p < 0,01$ Chi2 para diferencia de proporciones.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El análisis del consumo alimenticio según género (tabla 26) expone una situación que refleja cuestiones estructurales en la composición alimenticia. Se observa una diferencia pequeña entre los géneros con relación al consumo de carbohidratos, proteína y frutas y verduras, siendo que un mayor porcentaje de hombres confirma el consumo de estas categorías (respectivamente 71,4 % - carbohidratos, 67,9 % - proteína, 71,4 % - frutas y verduras). El consumo de grasas es reportado por la mayoría de las mujeres (75,6 % de ellas afirman consumir grasa en su alimentación). Parece haber más consciencia en cuanto a los daños relativos al uso de azúcar y de alimentos procesados, conforme se observa en la tabla 25. De todos modos, es importante reconocer cómo la cultura valora el consumo de carbohidratos, frutas y verduras, y estos resultados podrían reflejar no solamente una dinámica relacionada a su profesión, pero también relacionada a los hábitos del entorno.

El consumo alimenticio según la posición laboral refleja el cruce de estos datos en la tabla 27.

Tabla 27

Consumo no acorde a la recomendación por categoría alimenticia según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Consumo por categorías alimenticias	Inserción social del principal responsable económico del hogar				Total (% n=142)
	Empresario mediano o pequeño (n=5)	Profesional nivel medio o directivo (% n=24)	Empleados administrativos o técnicos (% n=106)	Obrero, trabajador manual, pensionado o rentista (n=7)	
Consumo de azúcar	4	37,5	41,5	3	42,3
Consumo de carbohidratos	5	62,5	62,3	6	64,8
Consumo de frutas y verduras	3	66,7	66,0	6	66,9
Consumo de grasas	4	70,8	66,0	3	66,2
Consumo de proteína	1	58,3	67,9	6	65,5
Consumo de alimentos procesados	3	20,8	31,1	3	31,0

Nota: Los datos corresponden a los casos que no se ajustan a la frecuencia de consumo recomendada para cada categoría alimenticia que se encuentra en la Tabla 23. Dado que son preguntas de respuestas múltiples la suma de frecuencias no es igual al total de personas encuestadas (n) del grupo.

Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El mayor consumo de azúcares, grasas y alimentos procesados en el grupo de “empresarios” puede deberse a una mayor capacidad económica para adquirir productos de conveniencia, pero también a estrategias de afrontamiento del estrés. Algunos alimentos procesados incluyen un alto componente de azúcar y de carbohidratos.

En cambio, el alto consumo de carbohidratos en el grupo de “obreros” (85,7 % equivalente a 6 personas que respondieron a la encuesta) es más preocupante, pues probablemente está relacionado con restricciones económicas que favorecen productos baratos y altamente procesados, contribuyendo a procesos deteriorantes como la obesidad y la fatiga crónica. Estas desigualdades estructurales impactan directamente en la salud nutricional del personal.

El mayor consumo de frutas y verduras en el grupo de “obreros” (85,7 %) podría atribuirse a una mayor dependencia de alimentos caseros y también refleja hábitos culturales, mientras que el menor consumo en “empresarios” (60,0 %) podría deberse a una preferencia por productos de conveniencia. A pesar de un promedio general relativamente positivo, podría haber una brecha en el acceso a alimentos frescos para los grupos profesionales y administrativos, posiblemente debido a ritmos de trabajo acelerados. De manera similar, el bajo consumo de proteínas en el grupo de “empresarios”

(20,0 %) y su alto consumo en el de “obreros” (85,7 %) refuerza esta perspectiva. No obstante, el promedio general (65,5 % de los respondientes afirman consumir proteína) sugiere que un segmento significativo del colectivo podría tener un déficit proteico, afectando su capacidad de recuperación física. La tabla 28 presenta los datos cruzados del consumo por categorías alimenticias y las áreas de trabajo de los auxiliares de enfermería.

Tabla 28
Consumo no acorde a la recomendación por categoría alimenticia según área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Consumo por categorías alimenticias	Áreas de trabajo					
	Clínica (%) n=91	Quirúrgica (n=17)	Diagn. y Tratamiento. (n=3)	Crítica (%) n=21	Materno-infantil (n=10)	Total (%) n=142
Consumo de azúcar	40,7	7	3	33,3	6	37
Consumo de carbohidratos	68,1	10	1	76,2	3	62
Consumo de frutas y verduras	64,8	10	3	71,4	8	59
Consumo de grasas *	73,6	9	0	66,7	4	67
Consumo de proteína	64,8	11	3	52,4	9	59
Consumo de alimentos procesados	31,9	3	2	28,6	4	29

Nota: Los datos corresponden a los casos que no se ajustan a la frecuencia de consumo recomendada para cada categoría alimenticia que se encuentra en la Tabla 23. Dado que son preguntas de respuestas múltiples la suma de frecuencias no es igual al total de personas encuestadas (n) del grupo.

Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

* $p < 0,05$ en χ^2 para diferencia de proporciones.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El consumo de carbohidratos es mayor en el área crítica (76,2 %) y clínica (68,1 %), lo que sugiere una necesidad de energía inmediata en contextos de alta demanda. Por su parte, el consumo de grasas también es elevado en estas mismas áreas (73,6 % en clínica y 66,7 % en crítica), lo que se vincula a la dependencia de alimentos procesados por la falta de tiempo.

En definitiva, la tabla 28 evidencia patrones alimenticios desiguales, condicionados por las dinámicas laborales, el estrés y la disponibilidad de tiempo. Las áreas de alta presión, como la crítica y la clínica, tienden a depender de alimentos rápidos y procesados, mientras que otras, como la materno-infantil, muestran patrones más saludables. Como lo confirma una de las supervisoras, los imperativos del trabajo influyen directamente en los hábitos alimenticios: “Si se vive cerca se puede desayunar bien y cenar a tiempo. Pero las personas que viven lejos tienen que desayunar muy temprano, muchas veces no lo hacen, esperan al regreso para comer algo más”.

3. Expresiones de salud

La epidemiología crítica plantea que la salud no es un fenómeno exclusivamente biológico, sino el resultado de la interacción entre los procesos económicos, políticos y culturales que estructuran la vida cotidiana (Breilh 2010b). En este punto se presentan los indicadores de estrés y desgaste profesional como expresiones de una somatización de lo social, es decir, una somatización socialmente determinada en el colectivo de auxiliares de enfermería.

3.1 Estrés laboral

El estrés laboral, medido con el instrumento Epistres (Breilh 1993), arroja valoraciones en niveles leve, moderado o severo. La tabla 29 muestra los resultados generales y diferenciados por género.

Tabla 29
Estrés laboral según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Nivel de estrés laboral	Género del personal de auxiliares de enfermería 1/		
	Masculino (% n= 56)	Femenino (% n=86)	Total (% n=142)
Leve	35,7	45,3	41,6
Moderado	39,3	40,7	40,1
Severo	25,0	14,0	18,3

Nota: Resultados de aplicación del Cuestionario de estresores, Breilh (1993).

1/ Ninguna persona se autoidentificó con otro género.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Se evidencian diferencias significativas en los niveles de estrés por género. Aunque la mayor parte del personal presenta un estrés leve (41,6 %) o moderado (40,1 %), un 18,3 % reporta un nivel severo. Los hombres presentan un porcentaje mayor en esta última categoría (25,0 % de los auxiliares hombres señalan que sufren de estrés severo) en comparación con las mujeres (14,0 % de las mujeres sufren de estrés severo). Desde un enfoque crítico, estos resultados permiten examinar las causas estructurales del fenómeno y sus implicaciones para la salud y la dinámica de género en el trabajo hospitalario.

Las mujeres presentan un porcentaje más alto en los niveles de estrés leve (45,3 % de las respondientes se encuentran en este nivel) y moderado (40,7 % de las respondientes se encuentran en este nivel), lo que podría estar relacionado con una mayor socialización

para la gestión emocional o con el uso de estrategias de afrontamiento colectivas, como las redes de apoyo entre compañeras (Ramos y Jordão 2014).

Aunque las mujeres reportan más estrés leve y moderado, esto podría ser resultado de la normalización del agotamiento físico y emocional, asociado a la doble presencia (trabajo productivo y doméstico). En los hombres, el mayor estrés severo podría reflejar procesos de desgaste psicosocial que no se verbalizan ni gestionan adecuadamente, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares, depresión o *burnout*.

El 40,1 % del personal presenta estrés moderado, lo que podría ser interpretado como una tensión estructural derivada de las exigencias del sistema hospitalario. Factores como turnos prolongados, sobrecarga laboral, salarios insuficientes y exposición a riesgos biológicos y psicosociales contribuyen a este patrón. El estrés moderado se vincula a un modelo de trabajo altamente precarizado que no garantiza espacios para la recuperación física y emocional.

El 18,3 % del personal experimenta estrés severo, con una incidencia más alta en hombres (25,0 % de los hombres fueron clasificados con estrés severo) que en mujeres (14,0 % de las mujeres están en esta categoría). Este dato es especialmente preocupante, ya que el estrés severo está asociado a problemas cardiovasculares, hipertensión y depresión, así como al agotamiento emocional y la despersonalización, que deterioran la calidad del cuidado a los pacientes.

La tabla 30 revela diferencias significativas en los niveles de estrés según la inserción social, u ocupación laboral.

Tabla 30
Estrés laboral según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, 2024

Nivel de estrés laboral	Inserción social del principal responsable económico del hogar				Total (% n=142)
	Empresario mediano o pequeño (n=5)	Profesional nivel medio o directivo (% n=24)	Empleados administrativos o técnicos (% n=106)	Obrero, trabajador manual, pensionado o rentista (n=7)	
Leve	1	50,0	42,4	1	41,6
Moderado	4	29,2	40,6	3	40,1
Severo	0	20,8	17,0	3	18,3

Nota: Resultados de aplicación del Cuestionario de estresores, Breilh (1993). Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Como se observa, el estrés severo es marcadamente más alto en el grupo de “obreros” (42,9 % - correspondiente a los 3 de esta categoría de trabajo) y en el de

“profesionales” (20,8 % de los profesionales de nivel medio o directivo presentaron estrés severo), mientras que es nulo en el de “empresarios”. Estos datos indican una clara presencia diferencial del estrés por tipo de ocupación.

El bajo nivel de estrés severo en el grupo de “empresarios” puede estar relacionado a una mayor estabilidad económica y acceso a recursos para su manejo. Por otro lado, aunque los “profesionales” enfrentan presiones laborales, su posición socioeconómica puede dotarlos de mayores herramientas de afrontamiento. Este patrón revela cómo la inserción laboral podría asociarse a la capacidad de manejar el estrés, mostrando que los trabajadores con menores recursos están más expuestos a procesos deteriorantes derivados de su vulnerabilidad estructural en función de la posición que ocupan en el ambiente laboral.

Dado que muchas auxiliares de enfermería son jefas de hogar y enfrentan una doble carga, aquellas en grupos socioeconómicos más bajos tienen, probablemente, menos acceso a apoyo doméstico, lo que amplifica el estrés severo. En resumen, los resultados presentados en la tabla 30 conllevan a interpretar que los trabajadores de niveles socioeconómicos más bajos enfrentan un mayor estrés severo.

Complementariamente, se analizó la presencia de estrés laboral por área de trabajo, como se observa en la tabla 31.

Tabla 31
Estrés laboral según área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General
Docente Calderón, 2024

Nivel de estrés laboral	Áreas de trabajo					Total (% n=142)
	Clínica (% n=91)	Quirúrgica (n=17)	Diagn. y tratamiento (n=3)	Crítica (% n=21)	Materno- infantil (n=10)	
Leve	44,0	6	1	47,6	2	41,6
Moderado	38,5	10	1	23,8	6	40,1
Severo	17,6	1	1	28,6	2	18,3

Notas: Resultados de aplicación del Cuestionario de estresores, Breilh (1993). Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes. La suma de porcentajes puede no ser exactamente igual a 100 % debido a redondeo de decimales.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La distribución del estrés por área de trabajo (tabla 31) muestra que el nivel severo (18,3 % del total) es más alto en el Área Crítica (28,6 % de los que laboran ahí), seguida por el Área Materno-Infantil (20,0 % de los que laboran en esta área, es decir, 2 respondientes, evidencian estrés severo) y el Área Clínica (17,6 % de los que están dedicados al área clínica tienen estrés severo), lo que refleja una sobrecarga extrema en

estos espacios. El estrés moderado (40,1 %) es más prevalente en las áreas Quirúrgica (10 personas que trabajan en esta área, equivalente a 58,8 %, reportan estrés de nivel moderado) y Materno-Infantil (60,0 % - o 6 respondientes que trabajan en esta área del hospital– expresan estrés moderado), indicando cargas emocionales y físicas importantes. Finalmente, el estrés leve (41,5 %) predomina en las áreas Crítica (47,6 % de los que laboran ahí) y Clínica (44,0 % de los que trabajan en esta área), lo que podría sugerir cierto grado de adaptación a la rutina.

La atención a pacientes en situaciones de vida o muerte, frecuentes en el Área Crítica, sumada a la exposición biológica constante y la alta complejidad de los tratamientos, genera un desgaste psicológico extremo, lo que podría explicar los niveles de estrés elevados atribuidos a quienes laboran ahí.

En el Área Materno-infantil se observa una alta responsabilidad emocional en el cuidado de recién nacidos y madres en situaciones vulnerables, junto con las demandas físicas de la movilización constante, son las principales fuentes de estrés. Una supervisora lo describe así: “Últimamente me estreso, a mí no me gusta estar en un área encerrada, neonatología es un área supremamente cerrada [...] no tenemos ni una ventana” (Supervisora 2 2024, entrevista personal). Este ambiente físico, aunque necesario para los neonatos, afecta la salud del personal que labora allí por largos períodos.

El Área Clínica demanda atención constante a pacientes hospitalizados, y es frecuente la sobrecarga de trabajo en función del elevado número de pacientes por auxiliar y la escasez de recursos, siendo estas consideradas las principales causas de estrés.

Aunque el estrés severo es menor, en el Área Quirúrgica se observan las altas demandas técnicas, la presión por resultados inmediatos y los turnos prolongados generan una fatiga acumulada que se refleja en un alto nivel de estrés moderado.

Finalmente, en el Área de Diagnóstico y Tratamiento, aunque el grupo es reducido (n=3), el hecho de que un 33,3 % reporte estrés severo podría señalar una alta vulnerabilidad estructural, donde la demanda técnica y la exposición a riesgos como la radiación requieren mayor atención.

3.2 Desgaste profesional (*burnout*)

El agotamiento laboral, o síndrome de *burnout*, es un marcador clave de desequilibrios en la salud mental ocupacional, especialmente en profesiones de alta demanda como la sanitaria (Pereira et al. 2021). Para evaluar esta condición, la encuesta

incluyó ítems adaptados del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), un instrumento validado para medir las dimensiones del síndrome.

Se analizaron dos dimensiones principales: realización personal y cansancio emocional. La primera refleja la percepción de eficacia y satisfacción con los logros laborales, constituyendo un factor protector. La segunda, por el contrario, mide el agotamiento psicológico y la sobrecarga afectiva, indicadores de un proceso deteriorante asociado a la exposición prolongada a demandas laborales intensas (Maslach y Jackson 2013).

Los indicadores de *burnout* en el colectivo se presentan en la tabla 32, cuyos datos fueron cruzados con el género de los respondientes. Los datos muestran que el 57,7 % del personal reporta una percepción positiva de realización personal, con una proporción mayor en los hombres (64,3 %) que en las mujeres (53,5 %).

Tabla 32
Agotamiento emocional y realización personal según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores	Género 1/		Total % n= 142
	Masculino % n=56	Femenino % n=86	
Agotamiento emocional			
Nivel bajo	30,4	41,9	37,3
Nivel medio	50,0	46,5	47,9
Nivel alto	19,6	11,6	14,8
Realización personal			
Tengo facilidad para comprender las necesidades de mis pacientes			
Nunca	7,1	9,3	8,5
Una vez al mes	25,0	15,1	19,0
Una vez a la semana	30,4	26,7	28,2
Todos los días	37,5	48,8	44,4
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes			
Nunca	10,7	10,5	10,6
Una vez al mes	25,0	18,6	21,1
Una vez a la semana	35,7	27,9	31,0
Todos los días	28,6	43,0	37,3
Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente			
Nunca	17,9	27,9	23,9
Una vez al mes	26,8	31,4	29,6
Una vez a la semana	32,1	26,7	28,9
Todos los días	23,2	14,0	17,6
Me siento con mucha energía en mi trabajo			
Nunca	5,4	3,5	4,2
Una vez al mes	19,6	24,4	22,5
Una vez a la semana	46,4	39,5	42,3
Todos los días	28,6	32,6	31,0

Nota: Resultados de aplicación de ítems adaptados del Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson, y Leiter 1997).

^{1/} Ninguna persona se autoidentificó con otro género.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

El agotamiento emocional es plasmado en los resultados con tres niveles, aplicando el baremo que se muestra en la literatura al puntaje de esta dimensión. El dato consolidado muestra que más de la mitad de los respondientes tienen nivel medio y alto de agotamiento emocional (la suma totaliza 62,7 %).

La realización personal fue detallada en las 4 preguntas adaptadas de esta dimensión. Sin embargo, no se obtuvieron los niveles agregados, puesto que no se aplicó todas las preguntas de la mencionada dimensión, como se observa.

La realización personal y el agotamiento emocional también fueron articulados al tipo de posición laboral de los auxiliares de enfermería, como se explora en la tabla 33.

Tabla 33
Agotamiento emocional y realización personal según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores	Inserción social del principal responsable económico del hogar				Total (%) (n=142)
	Empresario mediano o pequeño (n=5)	Profesional nivel medio o directivo (% n=24)	Empleados administrativos o técnicos (% n=106)	Obrero, trabajador manual, pensionado o rentista (n=7)	
Nivel desgaste emocional					
Bajo	0	41,7	38,7	2	37,3
Medio	4	41,7	47,2	4	47,9
Alto	1	16,7	14,2	1	14,8
Realización personal					
Tengo facilidad para comprender las necesidades de mis pacientes					
Nunca	1	12,5	7,5	0	8,5
Una vez al mes	0	25,0	17,9	2	19,0
Una vez a la semana	3	20,8	27,4	3	28,2
Todos los días	1	41,7	47,2	2	44,4
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes					
Nunca	0	16,7	9,4	1	10,6
Una vez al mes	1	33,3	18,9	1	21,1
Una vez a la semana	3	12,5	32,1	4	31,0
Todos los días	1	37,5	39,6	1	37,3
Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
Nunca	0	20,8	26,4	1	23,9
Una vez al mes	1	37,5	29,2	1	29,6
Una vez a la semana	3	20,8	28,3	3	28,9
Todos los días	1	20,8	16,0	2	17,6
Me siento con mucha energía en mi trabajo					
Nunca	0	4,2	3,8	1	4,2
Una vez al mes	2	33,3	19,8	1	22,5
Una vez a la semana	2	29,2	46,2	2	42,3
Todos los días	1	33,3	30,2	3	31,0

Notas: Resultados de aplicación de ítems adaptados del *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson, y Leiter 1997).

Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 33 relaciona los resultados del nivel de agotamiento emocional y las percepciones sobre realización personal con las diferentes ocupaciones (articuladas a condiciones socioeconómicas).

De modo general, cuando se analizan los datos consolidados, se observa que más de la mitad de los respondientes sufren un nivel medio y alto de agotamiento emocional, como ya se anunció en el análisis anterior. Al cruzar con su posición laboral, se observa que hay un nivel de agotamiento medio en todas las categorías, en su mayoría: 4 empresarios (cuatro de cinco empresarios están en la categoría media de agotamiento emocional), 41,7% de los profesionales de nivel medio o directivo; 47,2% de los empleados administrativos o técnicos y 4 (del total de 6) trabajadores manuales.

Al analizar los resultados detallados de las dimensiones levantadas sobre realización personal, se observa que:

- a) Los profesionales de nivel medio o directivo y los empleados administrativos / técnicos manifestaron sienten más facilidad para comprender las necesidades de los pacientes, respectivamente; 41,7% y 47,2% de los respondientes en cada posición laboral respondieron que todos los días sienten esta facilidad.
- b) De la misma manera, los profesionales de nivel medio o directivo y los empleados administrativos / técnicos respondieron que todos los días tratan con eficacia los problemas de sus pacientes: 37,5% de los profesionales de nivel medio o directivo respondieron que todos los días y 33,3% al menos una vez al mes así lo perciben. En cuanto a los empleados administrativos / técnicos, 39,6% perciben que todos los días son eficaces en su tratamiento y el 32,1% perciben que son eficaces al menos una vez por semana. Las demás posiciones laborales están en su mayoría con la percepción que una vez a la semana son eficaces en los tratamientos de sus pacientes.
- c) La respuesta sobre el endurecimiento emocional tiene sus respuestas “bien” distribuidas, toda vez que no hay diferencias significativas entre los niveles de percepción para cada posición laboral, como se observa en la tabla. La mayoría, de alguna manera, tienen este pensamiento.
- d) Con relación a la energía para el trabajo, se destaca que la mayoría de los respondientes en todas las posiciones laborales perciben que tienen poca energía en el trabajo.

Estos patrones podrían complementar el análisis de estos indicadores por área de trabajo, como se evidencia en la tabla 34.

Tabla 34
Agotamiento emocional y realización personal según Área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Indicadores	Área de trabajo					Total (%) (n=142)
	Clínica (%) (n=91)	Quirúrgica (n=17)	Diagn. Y Tratamiento. (n=3)	Crítica (%) (n=21)	Materno-infantil (n=10)	
Nivel desgaste emocional						
Bajo	37,4	7	2	66,7	7	37,3
Medio	46,2	8	1	33,3	10	47,9
Alto	16,5	2	0	0,0	4	14,8
Realización personal						
Tengo facilidad para comprender las necesidades de mis pacientes						
Nunca	4,4	2	0	23,8	1	8,5
Una vez al mes	20,9	1	2	9,5	3	19,0
Una vez a la semana	29,7	6	1	28,6	0	28,2
Todos los días	45,1	8	0	38,1	6	44,4
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes *						
Nunca	5,5	1	2	19,0	3	10,6
Una vez al mes	25,3	3	0	9,5	2	21,1
Una vez a la semana	27,5	8	1	42,9	1	31,0
Todos los días	41,8	5	0	28,6	4	37,3
Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente						
Nunca	22,0	6	1	14,3	4	23,9
Una vez al mes	34,1	2	1	19,0	4	29,6
Una vez a la semana	24,2	7	1	47,6	1	28,9
Todos los días	19,8	2	0	19,0	1	17,6
Me siento con mucha energía en mi trabajo						
Nunca	3,3	0	1	4,8	1	4,2
Una vez al mes	19,8	3	2	28,6	3	22,5
Una vez a la semana	45,1	8	0	33,3	4	42,3
Todos los días	31,9	6	0	33,3	2	31,0

Notas: Resultados de aplicación de ítems adaptados del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson, y Leiter 1997).

Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

* $p < 0,05$ en χ^2 para diferencia de proporciones.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

En principio, la percepción de realización personal está condicionada por el tipo de tareas, la complejidad técnica y el grado de reconocimiento. No obstante, su coexistencia con altos niveles de estrés en algunas áreas sugiere la presencia de un doble filo emocional, donde la satisfacción por el logro no compensa la sobrecarga sostenida. En la tabla 33 se observa que, con relación a los indicadores levantados de realización personal, la mayoría de respondientes de todas las áreas manifestaron que todos los días

tienen facilidad para comprender las necesidades de sus pacientes. De forma coherente se observa también que la mayoría responde que una vez a la semana – al menos – entiende que han tratado con eficacia los problemas de los pacientes. Solamente en el área de Diagnóstico y tratamiento este resultado no se observa (quizás por haber un número pequeño de respondientes – solamente 3). Con relación a la percepción de que el trabajo está endureciendo emocionalmente, las respuestas son positivas (una vez al mes, una vez a la semana y todos los días) para la mayoría de respondientes, en todas las áreas de trabajo de los auxiliares de enfermería. Finalmente, en el último indicador, sobre la energía que sienten en el trabajo, los empleados del área de Diagnóstico y Tratamiento son los que manifiestan que tienen menos este sentimiento de energía. Los respondientes que laboran en las áreas Clínica, Quirúrgica, Crítica y Materno-Infantil manifestaron que sí, sienten con mucha energía en el trabajo en una frecuencia mínima de una vez a la semana o todos los días (respectivamente 77%; 14 de 17 – equivalente a cerca 83%; 66,6% y 60%).

3.3 Sintomatología y morbilidad referidas

Adicionalmente a las indagaciones sobre estrés y agotamiento emocional, se consultó al personal sobre problemas de salud que han presentado, tanto en sintomatología como en morbilidad diagnosticada. Las tablas 35 a 36 presentan la información relativa a la sintomatología referida, cruzando los resultados con género, INSOC y área de trabajo.

Tabla 35
**Sintomatología referida por auxiliares de enfermería del Hospital General Docente
 Calderón, 2024**
 (número y % del total)

Síntomas	Número	% (n=142)
Dificultad para conciliar el sueño	71	50,0
Pérdida de peso	25	17,6
Ganancia de peso	61	43,0
Calambres musculares, taquicardias o temblor de las manos	51	35,9
Dificultad para pensar y tomar decisiones	48	33,8

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 35 revela una alta prevalencia de síntomas que evidencian un estado de deterioro biopsicosocial. Estos hallazgos deben analizarse como el resultado de procesos estructurales y organizacionales que impactan directamente en la salud del personal.

La *dificultad para conciliar el sueño* (50,0 %) es el síntoma más prevalente, lo que indica altos niveles de estrés crónico y alteraciones en los ritmos circadianos debido a los turnos nocturnos y las jornadas prolongadas (Mayorga Aguilar 2023). Le siguen las *alteraciones de peso* (43,0 % por ganancia y 17,6 % por pérdida), que reflejan patrones alimenticios desregulados y respuestas fisiológicas al estrés. La prevalencia de síntomas como el insomnio y las alteraciones en el peso evidencia los efectos de la sobrecarga laboral, los turnos rotativos y la precariedad de las condiciones de trabajo.

Los *síntomas neuromusculares y de ansiedad* (calambres, taquicardias o temblores), presentes en el 35,9 % del colectivo, se vinculan a esfuerzos físicos repetitivos, tensión emocional y déficits en la ergonomía laboral. Finalmente, la *dificultad para pensar y tomar decisiones* (33,8 %) refleja una afectación de las funciones cognitivas, derivada del agotamiento acumulado.

Estos desequilibrios no pueden ser comprendidos como simples alteraciones fisiológicas individuales, sino como expresiones concretas de un proceso de deterioro sistémico. En este enfoque, el “desgaste obrero” es el resultado de una acumulación de tensiones físicas, emocionales y sociales que afectan progresivamente la salud de los trabajadores. Las alteraciones metabólicas, lejos de ser eventos aislados, deben entenderse como consecuencias estructurales del modelo de organización del trabajo. Estas condiciones no solo elevan el riesgo de morbilidad, sino que agravan el agotamiento y reducen la capacidad de recuperación del cuerpo, profundizando el ciclo de desgaste. Como señala Laurell (1982), este deterioro constituye una manifestación de la violencia estructural del modelo productivo, que transforma el cuerpo del trabajador en un instrumento sometido a exigencias constantes.

La dimensión subjetiva de este desgaste se hace evidente en los testimonios del personal, que describen la cronificación de dolencias musculoesqueléticas. Una supervisora relata:

La velada es más dura, se pasa de pie casi toda la noche, nos sentaremos 1 hora, media hora. Es el constante movimiento, el baño a los pacientes de la mañana, el levantar peso. Salgo con lumbalgia, me duele mucho. En mi área hay una compañera que ya están mal de la cadera, otra tiene el manguito rotador y la otra compañera que está tan mal, con una enfermedad que no recuerdo bien el nombre, pero incluso le están haciendo ya cambio de área porque ya no da más, por el exceso de trabajo, es por muchas causas. (Supervisora 2024, entrevista personal)

Este testimonio confirma que la sobrecarga laboral y la insuficiencia de recursos han llevado a un punto crítico de desgaste, donde incluso se requieren cambios de área

para evitar incapacidades permanentes. El análisis de las alteraciones metabólicas y musculoesqueléticas evidencia la relación directa entre las condiciones laborales precarizadas y el deterioro progresivo de la salud. Estas afecciones no solo reducen la capacidad de recuperación del personal, sino que también incrementan el riesgo de ausentismo, afectando la continuidad y calidad de la atención (Arsentales-Montalva, Tenorio-Guadalupe y Bernabé-Ortiz 2019; Artazcoz 2016).

Tabla 36
Sintomatología referida según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Síntomas	Género ^{1/}		
	Masculino % n=56	Femenino % n=86	Total % n= 142
Dificultad para conciliar el sueño	51,8	48,8	50,0
Pérdida de peso	16,1	18,6	17,6
Ganancia de peso	41,1	44,2	43,0
Calambres musculares, taquicardias o temblor de las manos	26,8	41,9	35,9
Dificultad para pensar y tomar decisiones	26,8	38,4	33,8

Notas: Porcentajes calculados con las respuestas Sí. Dado que son preguntas de respuestas múltiples, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n) en cada grupo.

^{1/} Ninguna persona se autoidentificó con otro género.

* $p < 0,05$ en Chi² para diferencia de proporciones.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 36 muestra que la dificultad para conciliar el sueño fue el síntoma más frecuente en ambos grupos, con porcentajes muy similares entre hombres (51,8 %) y mujeres (48,8 %), para un total de 50,0 % del total de respondientes de la encuesta. De igual manera, la ganancia de peso presentó una distribución cercana entre ambos géneros, con 41,1 % en hombres y 44,2 % en mujeres. Estos porcentajes deben ser analizados considerando el 43 % de los encuestados. Para 17,6 % de los respondientes, la pérdida de peso fue la manifestación menos reportada, con una distribución de 16,1 % (hombres) y 18,6 % (mujeres).

En contraste, las mayores diferencias se observaron en los calambres musculares, taquicardias o temblor de las manos, referidos por 35,9 % de los encuestados. De este porcentaje, 26,8 % son hombres y 41,9 % son mujeres. Asimismo, la dificultad para pensar y tomar decisiones fue reportada por 33,8 % de los respondientes, siendo que de este porcentaje 26,8 % es percepción del personal masculino y 38,4 % percepción del femenino. En conjunto, estos resultados evidencian que, aunque algunos síntomas mantienen frecuencias semejantes entre géneros, otros presentan una mayor proporción

en las mujeres, especialmente los relacionados con manifestaciones neuromusculares y dificultades cognitivas.

Estas diferencias no pueden ser interpretadas únicamente como variaciones biológicas, sino como expresión de desigualdades estructurales de género que atraviesan el trabajo en salud. Las mujeres, que constituyen la mayoría del personal auxiliar, se encuentran expuestas a una mayor intensidad del trabajo reproductivo y productivo, configurando escenarios de triple carga que incrementan el desgaste físico, emocional y cognitivo. En este sentido, los síntomas observados —especialmente aquellos vinculados a la fatiga, la sobrecarga emocional y la disminución de capacidades cognitivas— deben comprenderse como somatización de lo social inscrita en los cuerpos que trabajan.

En síntesis, la tabla 37 permite evidenciar que la sintomatología no es homogénea, sino que está socialmente determinada, mostrando cómo el género actúa como un eje estructurante del desgaste en el trabajo en salud.

Tabla 37
Sintomatología referida de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón según inserción social, 2024

Síntomas	Inserción social del principal responsable económico del hogar				Total (n=142)
	Empresario mediano o pequeño (n=5)	Profesional nivel medio o directivo (n=24)	Empleados administrativos o técnicos (n=106)	Obrero, trabajador manual, pensionado o rentista (n=7)	
Dificultad para conciliar el sueño	2	50,0	47,2	7	50,0
Pérdida de peso	0	25,0	15,1	3	17,6
Ganancia de peso	2	29,2	47,2	2	43,0
Calambres musculares, taquicardias o temblor de las manos	3	33,3	36,8	1	35,9
Dificultad para pensar y tomar decisiones*	4	41,7	28,3	4	33,8

Notas: Porcentajes calculados con las respuestas Sí. Dado que son preguntas de respuestas múltiples, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n) en cada grupo.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 37 muestra que, según inserción social del rol de *principal responsable económico del hogar*, la dificultad para conciliar el sueño continúa siendo uno de los síntomas más frecuentes, para 50,0 % de los respondientes. De este percentual, 50 % se encuentra en el grupo de profesionales de nivel medio o directivos y 47,2 % en el de empleados administrativos o técnicos; en los grupos de empresario mediano o pequeño y de obrero, trabajador manual, pensionado o rentista, la tabla reporta 2 y 7 respuestas

afirmativas, respectivamente, considerando los 5 y 7 encuestados en cada categoría. La ganancia de peso presenta también una frecuencia importante, especialmente en el grupo de empleados administrativos o técnicos (47,2 % de los auxiliares que están en esta posición laboral) y en el de profesionales de nivel medio o directivos (29,2 % - del total que se encuentra en esta posición), mientras que la pérdida de peso fue el síntoma menos referido, con 25,0 % en profesionales de nivel medio o directivos y 15,1 % en empleados administrativos o técnicos; en empresarios medianos o pequeños no se registraron casos.

En cuanto a los otros síntomas, los calambres musculares, taquicardias o temblor de las manos alcanzaron 36,8 % en empleados administrativos o técnicos y 33,3 % en profesionales de nivel medio o directivos, mientras que la dificultad para pensar y tomar decisiones mostró 41,7 % en el grupo de profesionales de nivel medio o directivos y 28,3 % en empleados administrativos o técnicos; en los extremos de inserción social, la tabla consigna 4 respuestas afirmativas tanto en empresarios medianos o pequeños como en obreros, trabajadores manuales, pensionados o rentistas. En continuidad con las tablas anteriores, estos resultados muestran que la dificultad para conciliar el sueño se mantiene como el síntoma más frecuente, mientras que la pérdida de peso sigue siendo la manifestación menos reportada en el conjunto analizado.

Estos resultados son consistentes con las características del grupo estudiado, ya que la población encuestada estuvo conformada por auxiliares de enfermería cuya trayectoria educativa se concentró, principalmente, en el segundo nivel de instrucción (n=24) y, sobre todo, en la autoidentificación o clasificación ocupacional de su labor como una actividad técnica (n=106). En este marco, es esperable que la inserción social del principal responsable económico del hogar se ubique predominantemente en categorías como empleados administrativos o técnicos y, en menor proporción, en profesionales de nivel medio, pues el trabajo auxiliar de enfermería se desarrolla como una ocupación asalariada, subordinada y técnicamente especializada dentro de la organización hospitalaria, sin corresponder plenamente a estratos profesionales de mayor jerarquía. A ello se suma que la variable analizada remite al principal sostén económico del hogar, por lo que la clasificación no expresa únicamente la posición laboral individual de la persona encuestada, sino también la estructura ocupacional familiar en la que se inscribe; por tanto, la distribución observada resulta coherente con la composición social y laboral del colectivo investigado.

Tabla 38
Sintomatología referida según áreas de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Sintomatología	Área de trabajo					Total (% n=142)
	Clínica (% n=91)	Quirúrgica (n=17)	Diagn. y Tratamiento. (n=3)	Crítica (% n=21)	Materno-infantil (n=10)	
Dificultad para conciliar el sueño	46,2	9	3	52,4	6	50,0
Pérdida de peso	22,0	3	1	0,0	1	17,6
Ganancia de peso	42,9	9	0	38,1	5	43,0
Calambres musculares, taquicardias o temblor de las manos	39,6	5	0	33,3	3	35,9
Dificultad para pensar y tomar decisiones	31,9	7	1	33,3	4	33,8

Notas: Porcentajes calculados con las respuestas Sí. Dado que son preguntas de respuestas múltiples, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n) en cada grupo.

Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 38 muestra que, según área de trabajo, la dificultad para conciliar el sueño mantiene una frecuencia elevada en los servicios donde se presentan porcentajes, alcanzando 52,4 % en el área crítica y 46,2 % en clínica; en las áreas con tamaño muestral reducido, la tabla reporta 9 casos en quirúrgica, 3 en diagnóstico y tratamiento, y 6 en materno-infantil. La ganancia de peso también presenta una frecuencia importante, con 42,9 % en clínica y 38,1 % en crítica, mientras que en quirúrgica y materno-infantil se registran 9 y 5 respuestas afirmativas, respectivamente; en diagnóstico y tratamiento no se reportaron casos. Por su parte, la pérdida de peso fue menos frecuente en el conjunto analizado, con 22,0 % en clínica y 0,0 % en crítica, además de 3 casos en quirúrgica, 1 en diagnóstico y tratamiento y 1 en materno-infantil.

En los demás síntomas, los calambres musculares, taquicardias o temblor de las manos alcanzaron 39,6 % en clínica y 33,3 % en crítica, mientras que en quirúrgica y materno-infantil se registraron 5 y 3 casos, respectivamente; en diagnóstico y tratamiento no se reportaron respuestas afirmativas. La dificultad para pensar y tomar decisiones presentó 31,9 % en clínica y 33,3 % en crítica, además de 7 casos en quirúrgica, 1 en diagnóstico y tratamiento y 4 en materno-infantil. En continuidad con las tablas anteriores, los resultados reafirman que la dificultad para conciliar el sueño sigue siendo el síntoma más frecuente en el personal auxiliar de enfermería, mientras que la pérdida de peso permanece entre las manifestaciones menos reportadas en los distintos cruces analizados.

3.4 Morbilidad diagnosticada y su distribución social

Al consultar sobre problemas de salud diagnosticados, el personal refirió una serie de afectaciones, cuyas frecuencias se analizan a continuación por género, inserción social y área de trabajo.

Tabla 39
Afectaciones a la salud según género de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Tipo de afectaciones	Género del personal de auxiliares de enfermería ^{1/}		
	Masculino % n=56	Femenino % n=86	Total % n= 142
Afectación cardiovascular	19,6	10,5	14,1
Afectación metabólica	44,6	55,8	51,4
Afectación osteomuscular	--	3,5	2,1
Afectación gastrointestinal	3,6	1,2	2,1

Notas: Porcentajes calculados con las respuestas Sí. Dado que son preguntas de respuestas múltiples, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n) en cada grupo.

^{1/} Ninguna persona se autoidentificó con otro género.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

La tabla 39 muestra una alta prevalencia de *afectaciones metabólicas* (51,4%), tanto en hombres (44,6%) como en mujeres (55,8%), lo que sugiere patrones de alimentación desregulada y un impacto del estrés crónico. Las *afectaciones cardiovasculares* (14,1%) son más altas en hombres (19,6%), lo que podría relacionarse con hábitos de afrontamiento nocivos. Por su parte, las *afectaciones osteomusculares* (2,1%) se reportan únicamente en mujeres (3,5%), reflejando la exposición a esfuerzos físicos repetitivos y la doble carga laboral. Estas diferencias de género son un indicador de la sobrecarga física y emocional que prevalece en las mujeres, quienes tienden a internalizar el estrés en forma de trastornos metabólicos, mientras que los hombres lo externalizan a través de conductas de riesgo.

A continuación, en la tabla 40, se presenta la comparación del perfil de morbilidad según inserción social.

Tabla 40
Afectaciones a la salud según inserción social de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024
(número y % de grupo)

Tipo de afectaciones	Inserción social del principal responsable económico del hogar				Total (% n=142)
	Empresario mediano o pequeño (n=5)	Profesional nivel medio o directivo (% n=24)	Empleados administrativos o técnicos (% n=106)	Obrero, trabajador manual, pensionado o rentista (n=7)	
Afectación cardiovascular	0	12,5	14,2	2	14,1
Afectación metabólica	1	50,0	54,7	2	51,4
Afectación osteomuscular	0	0,0	2,8	0	2,1
Afectación gastrointestinal	0	8,3	0,9	0	2,1

Notas: Porcentajes calculados con las respuestas Sí. Dado que son preguntas de respuestas múltiples, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n) en cada grupo.

Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Los resultados evidencian cómo la posición socioeconómica configura el riesgo de afectaciones a la salud. La mayor prevalencia de *afectaciones cardiovasculares* se da en el grupo de “obreros” (28,6 %), mientras que es nula en el de “empresarios”, lo que sugiere diferencias estructurales en las condiciones de vida. Las *afectaciones metabólicas* son altamente prevalentes en los “empleados administrativos o técnicos” (54,7 %) y “profesionales” (50,0 %), mientras que las *osteomusculares* (2,8 %) se reportan únicamente en el primer grupo. Esta distribución sugiere que los grupos con menores recursos pueden estar subdiagnosticados o normalizar el malestar físico.

Los síntomas reportados deben entenderse como el resultado de procesos deteriorantes. La alta prevalencia de trastornos metabólicos sugiere alteraciones hormonales vinculadas al estrés crónico y los turnos prolongados (Lascano et al. 2023). Las afectaciones osteomusculares reflejan la exposición a movimientos repetitivos y posturas inadecuadas, exacerbadas en grupos con menores recursos. Estos resultados se complementan con la distribución de las afectaciones por área de trabajo, como se explicita en la tabla 41.

Tabla 41
Afectaciones a la salud según área de trabajo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente Calderón, 2024

Tipo de afectaciones	Área de trabajo					Total (% n=142)
	Clínica (% n=91)	Quirúrgica (n=17)	Diagn. y Tratamiento (n=3)	Crítica (% n=21)	Materno- infantil (n=10)	
Afectación cardiovascular	16,5	1	1	9,5	1	14,1
Afectación metabólica	56,0	7	1	33,3	7	51,4
Afectación osteomuscular	1,1	1	0	0,0	1	2,1
Afectación gastrointestinal	0,0	1	0	4,8	1	2,1

Notas: Porcentajes calculados con las respuestas Sí. Dado que son preguntas de respuestas múltiples, la suma de frecuencias puede ser superior al total de personas encuestadas (n) en cada grupo.

Debido a que el tamaño de la muestra es $n < 20$ en algunas columnas solo se presentan frecuencias absolutas para evitar distorsiones estadísticas en los porcentajes.

Fuente: Encuesta epidemiológica a auxiliares de enfermería (HGDC 2024)

Elaboración propia

Los resultados de la tabla 42 reflejan cómo las demandas laborales específicas de cada área amplifican los procesos destructivos. Las *afectaciones metabólicas*, el grupo de mayor frecuencia (51,4 %), son especialmente prevalentes en el Área Materno-Infantil (70,0 %) y en el Área Clínica (56,0 %), lo que puede atribuirse a la intensa carga emocional y a los horarios irregulares. Las *afectaciones cardiovasculares* (14,1 %) son más altas en el Área Clínica (16,5 %), donde la atención prolongada, el ritmo acelerado y la escasez de personal generan un estrés constante.

En las áreas Crítica y Quirúrgica, aunque la prevalencia de diagnósticos es comparativamente menor, esto no necesariamente indica mejores condiciones, sino que podría estar relacionado con un subregistro o con la manifestación del desgaste a través de otros síntomas no diagnosticados formalmente. Un indicador adicional del estado de salud del colectivo es la ingesta regular de medicamentos, reportada por el 38 % del personal.

En conjunto, el análisis de la morbilidad evidencia cómo las condiciones laborales configuran patrones diferenciados de deterioro. La alta prevalencia de problemas metabólicos y cardiovasculares, especialmente en áreas de mayor carga física y emocional, debe interpretarse como una manifestación estructural de dinámicas laborales precarizadas, exigencias físicas intensas, desregulación alimentaria y estrés sostenido. Estos hallazgos revelan, además, la necesidad de abordar las desigualdades de género, considerando que las trabajadoras, mayoría en estas áreas, enfrentan una triple carga que incrementa su vulnerabilidad.

Este capítulo ha demostrado cómo los procesos deteriorantes de las dimensiones general y particular se encarnan o corporifican en la dimensión singular de la salud del

colectivo. La alta prevalencia de estrés, los indicios de *burnout* y el perfil de morbilidad con predominio de afectaciones metabólicas y cardiovasculares no son fenómenos aislados, sino la expresión biológica y subjetiva de un modelo de trabajo precarizado y desgastante. El análisis del cuerpo como territorio donde se inscriben las desigualdades cierra el ciclo diagnóstico de la determinación social de la salud. Sin embargo, una investigación anclada en la epidemiología crítica no puede detenerse en la constatación del daño. Es imperativo transitar del análisis a la praxis. En consecuencia, el capítulo final se dedicará a delinear una propuesta de acción que, partiendo de estos hallazgos y de las voces de los propios trabajadores, busque sentar las bases para la transformación de estas condiciones.

Capítulo sexto

Propuestas para la transformación de las condiciones laborales desde la Determinación Social de la Salud

Este capítulo final tiene como propósito articular los hallazgos de la investigación con una propuesta de acción transformadora, entendida como un ejercicio técnico-político situado (no pretende ser universal ni neutral, sino que se construye desde un contexto histórico, institucional y social específico). La elaboración de esta propuesta fue realizada por el investigador, a partir del diagnóstico crítico construido en diálogo con el saber práctico de los trabajadores, pero sin pretender representar una construcción colectiva escrita en piedra.

En coherencia con la ética de la investigación crítica, se reconoce que la formulación final y legítima de un plan de acción emancipador corresponde al propio colectivo laboral y su organización sindical, quienes deben apropiarse del proceso para garantizar su sentido democrático. Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, este capítulo busca sentar las bases para estrategias de acción orientadas a transformar las condiciones estructurales de exposición, inequidad y desgaste que afectan al colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón.

En este marco, se propone consolidar un dispositivo de intervención que articule el enfoque de la determinación social de la salud con metodologías de carácter participativo. Retomando la propuesta de Campos sobre investigación-acción y el planteamiento de Breilh respecto al monitoreo estratégico participativo, el diseño de la intervención se centra en la facilitación de procesos en los que el personal auxiliar de enfermería y su organización sindical puedan ser reconocidos no como receptores pasivos de medidas, sino como sujetos colectivos de conocimiento y transformación.

Este enfoque supone ir más allá de la gestión técnica de riesgos aislados y descontextualizados, para situar el proceso de trabajo como un eje de análisis y acción política. La definición de prioridades de acción debe basarse en las experiencias de los trabajadores, convirtiendo el diagnóstico en una herramienta de empoderamiento y negociación colectiva.

En este sentido, la organización sindical se configura como actor central, garantizando que las demandas en torno a la salud y la vida se proyecten más allá del

ámbito hospitalario, hacia políticas que reconozcan la dignidad del trabajo de cuidado y subordinen la productividad a la protección de la vida, la propuesta no pretende clausurar el proceso investigativo, sino abrir un horizonte de praxis donde el conocimiento científico se articule dialécticamente con el saber popular y con las formas organizativas de los trabajadores.

El capítulo se organiza en dos apartados. El primero expone lineamientos de política que, superando el enfoque tradicional de la *salud ocupacional*, busca incidir sobre los procesos críticos identificados en las dimensiones general, particular y singular de la Determinación Social de la Salud. El segundo presenta las bases para un plan de acción derivado del trabajo realizado con el colectivo de auxiliares de enfermería, los sustentos teóricos y la experiencia profesional del autor del presente trabajo, que prioriza la prevención y el fortalecimiento de los procesos protectores. Aunque la propuesta se centra en el grupo estudiado, sus fundamentos pueden servir de base para otros colectivos de trabajadores de la salud.

1. Lineamientos de política para el abordaje de la determinación social de la relación trabajo-salud

1.1 Dimensión general: Procesos estructurales y generativos

a. Contexto económico-político y modelo de salud

Es fundamental generar, en alianza con la organización sindical, espacios de análisis crítico sobre cómo las políticas de ajuste estructural y la mercantilización de la salud han deteriorado las condiciones de trabajo. Esta acción debe superar el enfoque reduccionista de “factores de riesgo” para examinar la asignación de recursos, la inversión en salud y su impacto en la dotación de personal, visibilizando las raíces políticas del desgaste laboral.

b. Políticas de justicia económica y social

Para transformar la estructura laboral precarizada, es imperativo impulsar políticas que reconozcan la centralidad del trabajo de cuidado y garanticen condiciones dignas. Esto requiere:

- **Fortalecer la carrera sanitaria:** Invertir en programas de formación y profesionalización que permitan la movilidad ascendente.

- **Garantizar derechos sociales:** Promover el acceso a vivienda y transporte dignos y fortalecer la seguridad en los entornos residenciales.
- **Impulsar la corresponsabilidad social del cuidado:** Implementar políticas de corresponsabilidad familiar, medidas de flexibilidad horaria y acceso a servicios de cuidado subsidiados.
- **Promover acciones afirmativas de género:** Abordar las desigualdades estructurales para promover la igualdad dentro y fuera del ámbito laboral.

c. Equidad en la distribución de recursos

Es necesario auditar, con participación de los trabajadores, la distribución de insumos, equipos y recursos humanos para identificar las brechas entre diferentes niveles ocupacionales y áreas de trabajo. Este diagnóstico debe incorporar los saberes de gestores, líderes sindicales y representantes profesionales para visibilizar las inequidades y fundamentar una asignación de recursos más justa.

d. Superación del modelo de trabajo hegemónico

Se debe fomentar una reflexión participativa que cuestione cómo el modelo biomédico prioriza la productividad sobre el bienestar. Para romper la dinámica de desgaste, es fundamental diseñar de manera conjunta y participativa estrategias que apunten a:

- **Formalizar y dignificar el trabajo:** Garantizar salarios justos, estabilidad, respeto al derecho de asociación y negociación colectiva.
- **Racionalizar la jornada laboral:** Establecer límites claros a la jornada, diseñar horarios que respeten los ritmos biológicos y regular las horas extras.
- **Fortalecer la organización colectiva:** Apoyar la recomposición de las formas de asociación para incidir en las políticas públicas y reconstruir modos de trabajo dignos (Torres-Tovar 2023).

Este cambio requiere transformar las prácticas institucionales y los discursos de gestión para que se priorice la salud de los trabajadores.

e. Análisis de las condiciones ideológicas y culturales

Conformar, en articulación con las trabajadoras, espacios colaborativos para analizar cómo las desigualdades de género intensifican los efectos de la triple carga

(Breilh 1991). Esto implica evaluar la percepción de la carga laboral (objetiva y subjetiva) y documentar, a través de sus propias voces, las experiencias de discriminación y las barreras estructurales. Asimismo, se debe examinar cómo la pertenencia étnica afecta el acceso a oportunidades, recogiendo testimonios sobre barreras culturales.

f. Generación de datos e indicadores críticos

Es crucial construir, de manera participativa, una matriz de indicadores de precarización que visibilice la realidad de los contratos, salarios, carga laboral y perfiles de exposición y morbilidad. A su vez, se debe crear un índice de equidad laboral que mida las brechas de género y etnia en el acceso a beneficios y promoción, comparando los resultados con estándares de trabajo decente (Gálvez Santillán, Gutiérrez Garza y Picazzo Palencia 2011). Este enfoque permitirá identificar las raíces estructurales de las desigualdades y promover una transformación basada en la evidencia y la justicia social.

1.2 Dimensión particular: Modos de vida y relaciones sociales

Para incidir sobre el dominio particular, es necesario proponer estrategias que, desde un enfoque participativo, busquen transformar las experiencias colectivas y las condiciones que afectan las vivencias cotidianas. Estas estrategias deben centrarse en:

- 1) **Monitoreo participativo de los modos de vida:** Construir, junto al colectivo, un sistema de seguimiento de los perfiles de salud y de las condiciones de trabajo.
- 2) **Diagnóstico de la valoración institucional:** Analizar, desde la perspectiva de los trabajadores, la percepción sobre el reconocimiento de su labor.
- 3) **Control de patrones de exposición:** Diseñar e implementar, con el sindicato y los trabajadores, un plan de reducción de la exposición a procesos deteriorantes (físicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales) y sociales (discriminación, violencia).
- 4) **Fortalecimiento de la acción colectiva:** Fomentar la participación protagónica de la organización sindical en la planificación, ejecución y evaluación de todas las intervenciones.

1.3 Dimensión singular: Monitoreo y respuesta al perfil de salud

El monitoreo en el dominio singular debe enfocarse en la identificación continua del perfil de morbilidad compleja identificado en el diagnóstico, con especial énfasis en el estrés laboral y el desgaste profesional. La intervención debe abarcar tanto la

promoción de procesos protectores (hábitos saludables, alimentación) como la garantía de una atención integral. La institución debe asegurar mecanismos para la atención en salud física y mental, analizando la relación de los padecimientos con las condiciones de trabajo y vida. La información sobre la morbilidad del personal debe registrarse en un sistema de monitoreo estratégico cogestionado con los trabajadores.

2. Bases para un Plan de acción, fundamentado en el diagnóstico con el Colectivo de Auxiliares de Enfermería del Hospital General Docente de Calderón

Introducción

El cuidado del personal de salud debe abordarse con acciones que superen el enfoque de riesgos laborales para considerar los procesos críticos que determinan socialmente su inequidad y desgaste. El diagnóstico realizado en el HGDC reveló problemas como la sobrecarga laboral, patrones de exposición complejos y un perfil de morbilidad que requiere ser atendido. Con estos antecedentes, se presenta una propuesta para un proceso de monitoreo, prevención y protección de la salud, cuyo enfoque se inscribe en la prevención y la promoción integral.

La construcción de este plan se sustenta en los postulados de la teoría crítica, reconociendo, con transparencia epistemológica y ética, que no fue producto de un proceso de construcción colectiva plena con los trabajadores. Tal como ocurre habitualmente en los dispositivos institucionales, el diseño técnico antecedió al diálogo colectivo, lo que pone en evidencia una práctica recurrente de *participación delegada*, en la cual se presenta como construcción colectiva aquello que en realidad responde a una lógica tecnocrática de planificación. No obstante, la estructura conceptual y política del plan se fundamenta en el saber práctico y experiencial del colectivo de Auxiliares de Enfermería del Hospital General Docente de Calderón (HGDC), cuya participación y organización gremial han permitido habilitar espacios incipientes de reflexión crítica, formación y gestión democrática. Reconocer esta tensión no busca deslegitimar el proceso, sino visibilizar los límites estructurales de la participación en contextos institucionales jerarquizados, y con ello afirmar la necesidad de avanzar hacia metodologías realmente dialógicas y emancipadoras, coherentes con los principios de la determinación social de la salud.

Objetivo general

Diseñar, mediante un proceso participativo con el colectivo de auxiliares de enfermería y su organización sindical, un programa de prevención y promoción de la salud que, con enfoque de derechos, género e interculturalidad, promueva su bienestar integral en las dimensiones general, particular y singular.

Objetivos específicos

1. Analizar, desde las voces del colectivo, las condiciones de los procesos de trabajo, identificando los procesos de determinación social, económica y de género que inciden en su salud.
2. Caracterizar, junto a los trabajadores, los procesos críticos de desgaste (físico, psicosocial y emocional), considerando la influencia de la organización del trabajo y la carga asistencial.
3. Diseñar, de manera conjunta, estrategias participativas de prevención y promoción que contribuyan a transformar las condiciones institucionales que generan desigualdades y deterioro laboral.

Consideraciones generales

Los desafíos para lograr un sistema efectivo trascienden las medidas técnicas y abarcan la disponibilidad de recursos, el cumplimiento normativo y el fortalecimiento de una cultura preventiva. Es necesario repensar la salud de los trabajadores como una inversión en la calidad de la atención, superando el modelo que normaliza el desgaste físico como un costo inevitable del trabajo asistencial.

Componentes clave del proceso de monitoreo, prevención y protección

a. Implementación de una política interna de salud de los trabajadores

El componente esencial de la estrategia es la implementación de una política interna que reconozca que la salud no depende únicamente de factores individuales, sino de las condiciones sociales, económicas y culturales que la determinan. Siguiendo a Laurell (Laurell y Noriega 1989), se debe abordar la salud-enfermedad como un nexo biopsíquico históricamente situado. Dicha política debe promover la equidad, abordando las disparidades en el acceso a recursos y condiciones laborales dignas, independientemente de la posición jerárquica (Gómez García et al. 2018).

Para fracturar el paradigma clásico de riesgos, esta política debe ampliar el espectro de prevención para considerar procesos deteriorantes como el entorno psicosocial, las dinámicas familiares y las comunidades en las que viven los trabajadores. Esto permitirá crear relaciones laborales más sólidas, al promover el bienestar emocional, mental y físico de los trabajadores, con el consecuente beneficio para el clima organizacional (Harari 2022). En última instancia, la construcción de esta política interna participativa deberá adaptar sus estrategias a los cambios del entorno, como las nuevas tecnologías o las dinámicas laborales globalizadas, reconociendo y respetando siempre las particularidades culturales y sociales del colectivo.

b. Enfoque de promoción de la salud

Se debe impulsar una gestión participativa y empoderada en el hospital, que propenda a la consolidación de espacios de trabajo saludables, protagonizados por los propios trabajadores como sujetos comprometidos con el devenir institucional. Para ello, es necesario adaptar los principios de prevención y promoción a la realidad concreta y a la cultura organizacional del HGDC, asegurando que las iniciativas sean pertinentes y sostenibles (Torres-Tovar 2023). Este enfoque busca maximizar los recursos disponibles y consolidar progresivamente equipos interdisciplinarios —con participación de los trabajadores— responsables de un monitoreo y cuidado integral (Brisbois et al. 2017).

c. Programa de prevención de la salud en los puestos de trabajo

Los elementos que deben caracterizar el programa de prevención deben contemplar los siguientes aspectos:

Diagnóstico participativo y análisis de procesos de trabajo

Se debe realizar una identificación y medición de los procesos de trabajo deteriorantes (físicos, ergonómicos, biológicos, psicosociales) con la participación del colectivo. El análisis de los patrones de exposición no puede limitarse a una descripción técnica; es necesario problematizar cómo estas condiciones son síntomas de un sistema con déficits de recursos y planificación (Betancourt, Navas y Velasco 2018). La persistencia de exposiciones, como las biológicas o las ergonómicas (levantamiento de pacientes), es un síntoma de un sistema que no prioriza la salud de sus trabajadores.

Este proceso debe incluir la identificación de condiciones externas al trabajo (transporte, vivienda, alimentación) que impactan la salud, utilizando la encuesta de esta

investigación como línea de base. Modificar estos procesos requiere una redefinición desde una lógica de justicia social, reconociendo que no son temas ajenos a la salud de los trabajadores, sino componentes clave del bienestar.

Prácticas protectoras de la salud y estilos de vida saludables

Los estilos de vida y las prácticas de cuidado no son decisiones individuales, sino comportamientos condicionados por las estructuras sociales y laborales. Por tanto, promover prácticas saludables requiere intervenir sobre las condiciones que las determinan: el tiempo disponible, la carga laboral, el acceso a recursos y las desigualdades de género. Es indispensable impulsar transformaciones organizativas que habiliten el cuidado, como la reducción de la sobrecarga, la creación de tiempo institucional protegido para el autocuidado (pausas activas), y la oferta de opciones saludables en los comedores institucionales.

El espacio familiar, como territorio de tensión entre las exigencias del sistema y las necesidades individuales, reproduce la vulnerabilidad ocupacional, especialmente en las mujeres (Betancourt, Navas y Velasco 2018). Por ello, el plan de acción debe transformar estas dinámicas mediante intervenciones grupales y políticas inclusivas. Promover prácticas protectoras no debe reducirse a cambiar hábitos individuales, sino a transformar las condiciones colectivas que determinan la posibilidad de autocuidarse. Esto implica fortalecer la institución, redistribuir el tiempo y los recursos, y activar al sujeto colectivo.

Acciones concretas incluyen la implementación de rutinas de pausas activas para reducir el sedentarismo y prevenir trastornos musculoesqueléticos (Niño Peña y Solano Aguado 2020), así como impulsar espacios de nutrición saludable y realizar campañas de concienciación sobre salud integral.

Fortalecimiento de la autogestión del bienestar individual

Un proceso fundamental es la educación para el autocuidado (Paiva Neto et al. 2020), una estrategia que incrementa el conocimiento sobre prácticas saludables a través de capacitaciones en gestión del tiempo, equilibrio trabajo-vida y difusión de materiales educativos. Una dimensión relevante es el empoderamiento individual, entendido como el proceso mediante el cual las personas desarrollan una percepción positiva del autocuidado como una prioridad para preservar su bienestar (Saavedra 2017). Esto se

puede fomentar a través de programas de reconocimiento y eventos comunitarios, como ferias de salud.

Ergonomía y adaptación de los puestos de trabajo

Se debe trabajar en la identificación, medición y evaluación de los puestos de trabajo con el objetivo de prevenir lesiones osteomusculares. Para el colectivo de auxiliares de enfermería, es fundamental la evaluación ergonómica del proceso de cuidado directo, especialmente en el manejo de cargas y levantamiento de pacientes (Babativa Baracaldo, Rincón Espitia y Navarro Neira 2021). La capacitación en la adopción de posturas correctas y el uso de ayudas mecánicas es vital para fortalecer la prevención.

Gestión de procesos psicosociales

La aplicación de herramientas estandarizadas, como encuestas de clima laboral, permitirá identificar y evaluar el estrés, la carga de trabajo y el equilibrio vida-trabajo. Asimismo, es de vital importancia la creación de espacios de apoyo psicológico y descarga emocional, particularmente en áreas de alta demanda como emergencias y cuidados intensivos (Ponce, Curay y Ch 2022). A esto deben sumarse estrategias de cohesión del tejido social mediante actividades recreativas y formativas.

Capacitación continua

El diseño e implementación de un programa de capacitaciones específicas sobre seguridad, manejo de herramientas, prevención de accidentes cortopunzantes y manejo de emergencias se constituye como un proceso protector fundamental. Estas acciones no solo impactan la salud individual, sino que crean una cultura de seguridad que se encarna en la lógica del trabajo (Lucero, Basanta y Castellano 2020). Esto debe incluir la realización de simulacros y la apertura de espacios de diálogo sobre temas relevantes como la igualdad de género y la salud mental.

d. Sistema de monitoreo crítico y participativo de la salud

El monitoreo debe enfocarse en los problemas críticos identificados en el diagnóstico, para avanzar hacia un monitoreo estratégico participativo, conforme al enfoque de la determinación social (Breilh 2023). Esto requiere reconocer al trabajador como un sujeto político de acción, con capacidad para incidir en la transformación de sus

propias condiciones. Este proceso demanda espacios donde el saber de la experiencia dialogue con el conocimiento técnico para generar propuestas construidas desde la base.

Monitoreo de la sobrecarga laboral y la intensidad del trabajo

La sobrecarga y la intensidad del trabajo no deben abordarse como consecuencias individuales, sino como expresiones estructurales de modelos organizativos que subordinan el bienestar a la productividad. Por tanto, se propone implementar un sistema de monitoreo interdisciplinario y participativo que detecte sistemáticamente los niveles de carga física, cognitiva y emocional, integrando indicadores como turnos rotativos, horas extras y número de pacientes por auxiliar.

Es fundamental estudiar cómo los regímenes de trabajo intensificados afectan el bienestar subjetivo del personal. Se recomienda la implementación de grupos focales que permitan documentar experiencias en torno a la fatiga, el agotamiento y la percepción de logro. Toda intervención debe reconocer que el desgaste laboral sostenido constituye una forma de violencia estructural que impacta de manera diferenciada según género, jerarquía y etnia, y debe promover condiciones justas desde una mirada interseccional.

Monitoreo de las demandas emocionales y el desgaste profesional

El trabajo en salud implica una alta carga emocional que puede conducir al agotamiento y al *burnout*. El monitoreo activo y participativo debe identificar a los trabajadores que enfrentan estas cargas de manera desproporcionada. Es crucial entender que el *burnout* no es un problema individual, sino una manifestación estructural de la precarización, la intensificación del trabajo y la ausencia de mecanismos de cuidado para quienes cuidan. Por tanto, la intervención no puede limitarse a estrategias individuales como talleres de resiliencia; se requiere reestructurar la organización del trabajo (carga, ritmo, descansos), garantizar la participación, invertir en políticas de salud mental colectiva y crear culturas institucionales de cuidado mutuo.

La unidad de seguridad y salud, en conjunto con el colectivo, deberá identificar sistemáticamente los niveles de estrés y *burnout* aplicando instrumentos validados como el MBI y el Epistres, complementados con entrevistas semiestructuradas para comprender las experiencias del personal.

Monitoreo de la autonomía y las relaciones sociales

La falta de autonomía y las relaciones sociales conflictivas son procesos críticos que generan frustración y malestar. El monitoreo debe incluir la evaluación de los niveles de autonomía percibida y la calidad del clima laboral. Es fundamental analizar las percepciones de reconocimiento y valoración, ya que la falta de estos impacta directamente en la motivación (Méndez Guzmán y Panta Alarcón 2024). Asimismo, se deben identificar y abordar los conflictos de valores que surgen cuando las demandas laborales contradicen los principios éticos del trabajador, promoviendo la alineación de los valores organizacionales con los del colectivo.

Monitoreo de la movilidad y la inseguridad laboral

La movilidad excesiva y la percepción de inseguridad laboral son factores determinados por procesos económicos y políticos que afectan la estabilidad emocional y física (Pons et al. 2010). El monitoreo debe evaluar la estabilidad laboral y promover un mejor equilibrio trabajo-vida, facilitando la conciliación de responsabilidades mediante turnos más flexibles y estrategias de apoyo para trabajadores con responsabilidades familiares. Asimismo, se deben crear entornos que promuevan el descanso y la recuperación durante la jornada, especialmente en áreas críticas, incorporando pausas activas obligatorias.

Monitoreo de la morbilidad y el autocuidado

La praxis debe orientarse a la construcción de un sistema integral de cuidado que identifique los procesos destructivos que inciden en la salud. Esto implica reconocer las afectaciones físicas y psicológicas y fortalecer el monitoreo de la salud individual para detectar de manera temprana las manifestaciones de la morbilidad identificada (cardiovascular, metabólica, osteomuscular). Es fundamental investigar sistemáticamente cómo las experiencias laborales se traducen en síntomas, midiendo cualitativa y cuantitativamente su impacto (Monterrosa-Castro et al. 2020; Serra Galceran et al. 2013).

Este monitoreo debe complementarse con la evaluación del comportamiento de autocuidado (alimentación, actividad física, sueño) y la implementación de medidas correctivas que consideren la redistribución de las cargas laborales, el fortalecimiento de la salud mental y la adopción de políticas que garanticen la seguridad laboral, incorporando siempre un enfoque de género.

Diseño de intervenciones y programas de salud mental

Es fundamental establecer un sistema de apoyo psicológico confidencial y gratuito, e implementar talleres sobre manejo del estrés y resolución de conflictos. A esto se suma la necesidad de aumentar la motivación mediante programas de reconocimiento institucional y plataformas de retroalimentación donde los trabajadores puedan compartir sus logros. Sin estos cambios profundos, los procesos psicosociales seguirán socavando el bienestar del personal y la capacidad del sistema de salud para ofrecer una atención de calidad. Las voces del propio colectivo lo reclaman:

Este estudio es muy bueno porque nadie se ha preocupado de nosotros como auxiliares. Me gustaría que esto siga adelante y que nosotros tengamos apoyo. Lo más importante: tener más personal, que no haya esa sobrecarga laboral, porque no solamente nos afecta en lo físico, sino en lo emocional, porque es un trabajo tensionante”. (Supervisora 1 2024, entrevista personal)

La supervisora 2 por su parte recomienda:

Como sugerencia o como perspectiva desde la vida, como madre, como amiga, como trabajadora, yo pediría que las autoridades nos presten un poquito de atención, porque con esta entrevista es la primera vez que se toma en cuenta a las auxiliares de enfermería. Como yo digo, todos somos equipos, todos necesitamos de todos, desde el señor de limpieza, hasta el señor guardia, la auxiliar, así sucesivamente. Entonces más que nada se debería facilitarnos atención a nuestros problemas de salud, aprovechando que aquí hay especialistas, tenemos psicólogos, tenemos orientadores, entonces a esos profesionales se debería darles una mejor función. Para que todos nos ocupemos de todos y se pueda llevar el trabajo en equipo. Darnos charlas sobre aptitud personal, trabajo en equipo, para fomentar la unión y hacer todos el HGDC. (Supervisora 2 2024, entrevista personal)

e. Conformación de equipos multidisciplinarios para el monitoreo y cuidado

Se deben conformar equipos multidisciplinarios (medicina, psicología, ergonomía, sociología) para abordar de manera integral los procesos protectores y destructivos. Desde la perspectiva de la determinación social, estos equipos no solo deben centrarse en los riesgos inmediatos, sino en los factores estructurales como la precarización y la falta de apoyo organizacional. La multidisciplinariedad permite abordar la salud de los trabajadores desde múltiples enfoques, y su conformación debe incluir la participación protagónica de los trabajadores, fomentando la corresponsabilidad.

El monitoreo activo implica un seguimiento proactivo de las condiciones de trabajo, incorporando indicadores estructurales, subjetivos y culturales que revelen las raíces del desgaste. Por ejemplo:

- 1) **Indicadores de condiciones estructurales:** Carga de trabajo (pacientes por turno, intensidad), inseguridad laboral (tipo de contrato), tiempo para autocuidado (descansos reales).
- 2) **Indicadores de malestar psicosocial:** Percepción de conflicto trabajo-vida, percepción de justicia organizacional.
- 3) **Indicadores de prácticas protectoras:** Participación en espacios de diálogo y organización sindical, frecuencia de pausas activas.

La implementación de estos equipos permitirá reducir la incidencia de problemas de salud, mejorar el bienestar emocional y abordar las barreras estructurales que limitan el acceso a condiciones dignas, garantizando la inversión necesaria en talento humano e infraestructura.

f. Hacia una gestión y formación integral: El Método Paideia

Finalmente, este componente recupera la perspectiva de Campos (2009), quien plantea que las instituciones de salud no solo deben generar servicios, sino también facilitar la realización personal y profesional de sus trabajadores. Este enfoque desafía los modelos tradicionales al reconocer la autorrealización como un fin en sí mismo (Onocko Campos y Furtado 2008). Los trabajadores son, simultáneamente, productos y productores del sistema, sujetos activos que transforman las estructuras organizativas mientras estas influyen en su desarrollo.

El Método Paideia (Campos et al. 2014) se posiciona como una herramienta para gestionar equipos de trabajo desde una perspectiva que integra la dimensión técnica, emocional y ética. Este método promueve:

- Una *gestión participativa* que distribuya el poder y fortalezca la autonomía y la corresponsabilidad.
- *Espacios de diálogo* que valoren las experiencias individuales y colectivas, promoviendo la empatía.
- El *desarrollo integral* de los trabajadores mediante una educación continua que integre conocimientos técnicos con habilidades socioemocionales.

En definitiva, este capítulo ha delineado una serie de propuestas y lineamientos de acción que buscan trascender el diagnóstico para iniciar un proceso de transformación de las condiciones de trabajo y salud del colectivo de auxiliares de enfermería. En coherencia con el marco de la determinación social de la salud, las estrategias presentadas no se conciben como soluciones técnicas impuestas desde el exterior, sino como las bases

para un plan de acción que debe ser necesariamente construido, participativo y protagonizado por las trabajadoras y su organización sindical.

El paso de un enfoque centrado en el *riesgo* a uno que aborda los *procesos destructivos* en sus dimensiones estructurales, particulares y singulares, junto con la incorporación de herramientas como el Método Paideia, marca un desplazamiento fundamental: de la optimización de las condiciones existentes a la lucha por su transformación radical. Las voces del propio colectivo, recogidas a lo largo de esta investigación, no solo validan la pertinencia de este enfoque, sino que exigen su implementación como un acto de justicia y reconocimiento.

Desde la lógica de la Determinación Social de la Salud, estas propuestas no constituyen un cierre, sino una apertura. Son el punto de partida para un diálogo y una praxis que, se espera, contribuyan a dignificar el trabajo de cuidado y a fortalecer la salud colectiva. Los hallazgos y reflexiones que se derivan de este recorrido investigativo se sintetizarán a continuación, en las conclusiones de esta tesis.

Conclusiones

Esta investigación demuestra que la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón no puede comprenderse de forma aislada ni reducida a la exposición a factores de riesgo individuales. Por el contrario, se configura como un proceso histórica y socialmente determinado, en el que confluyen dimensiones estructurales —económicas, políticas y culturales— con determinaciones institucionales y experiencias singulares que se materializan en los cuerpos y en la vida cotidiana de las trabajadoras y trabajadores.

Este hallazgo confirma la pertinencia del enfoque de la Determinación Social de la Salud (DSS) como lente analítico, al permitir evidenciar que los perfiles de morbilidad, estrés laboral y desgaste profesional no son producto del azar ni de características personales, sino la expresión encarnada de un modelo de organización del trabajo hospitalario atravesado por la precarización, la sobrecarga laboral, las desigualdades de género y la insuficiente protección social.

Asimismo, los resultados muestran que la salud del personal auxiliar no es un asunto estrictamente individual, sino un indicador sensible de las condiciones estructurales del sistema de salud ecuatoriano, lo que refuerza la necesidad de políticas públicas que trasciendan el paradigma preventivo tradicional y avancen hacia transformaciones profundas en las condiciones laborales y de vida de este colectivo.

Los resultados de este estudio confirman que la precarización laboral no es un fenómeno aislado ni coyuntural, sino un rasgo estructural del actual modelo de gestión del trabajo en salud, profundamente influenciado por políticas neoliberales que han priorizado la eficiencia administrativa y la contención del gasto por encima del bienestar del personal. Esta precarización se manifiesta en contratos temporales, alta rotación de personal, falta de reconocimiento profesional y limitadas oportunidades de capacitación, condiciones que erosionan la estabilidad laboral y socavan la calidad del cuidado brindado a la población.

En el caso del colectivo analizado, esta situación se agrava por la triple carga de género —laboral, doméstica y de cuidado— que recae mayoritariamente sobre las mujeres auxiliares, generando un impacto diferenciado y acumulativo en su salud física y mental. La evidencia recogida mediante encuestas, entrevistas y observación

participante revela que las estrategias de afrontamiento individuales, si bien atenúan parcialmente el desgaste, resultan insuficientes para contrarrestar procesos destructivos que tienen raíces estructurales. De este modo, el análisis confirma que la mejora de la salud de los trabajadores en este sector solo será posible mediante intervenciones integrales que combinen medidas de protección, fortalecimiento de la organización sindical y reformas institucionales que garanticen condiciones de trabajo dignas y sostenibles.

En el plano metodológico, esta investigación demuestra la utilidad y pertinencia de un diseño mixto —cualitativo y cuantitativo— articulado a partir del marco de la Determinación Social de la Salud, para capturar la complejidad de la relación trabajo-salud en contextos hospitalarios. La aplicación de la matriz de procesos críticos de Breilh (2021) permitió no solo identificar procesos peligrosos y procesos protectores, sino también comprender su interdependencia y expresión diferenciada en las dimensiones general, particular y singular.

Este abordaje integral visibilizó que la salud del personal auxiliar de enfermería es el resultado de un entramado de relaciones sociales, económicas, políticas y culturales que trascienden el espacio físico del hospital. La incorporación de la categoría somatización de lo social amplió la capacidad analítica del estudio, al reconocer que las desigualdades y tensiones estructurales se inscriben en los cuerpos, afectando tanto las capacidades físicas como el bienestar emocional. De esta manera, la investigación no solo aporta evidencia empírica sobre las condiciones laborales y de salud del colectivo, sino que también valida un marco analítico replicable en otros estudios y adaptable a distintos contextos del sector salud, contribuyendo a fortalecer la agenda de investigación en salud desde una perspectiva crítica y latinoamericana.

Las implicaciones políticas de estos hallazgos son de gran alcance, ya que confirman que las mejoras en la salud del personal auxiliar de enfermería no se lograrán únicamente mediante intervenciones técnicas o programas de prevención aislados, sino que requieren transformaciones estructurales en las políticas públicas y en el modelo de gestión del sistema sanitario ecuatoriano.

Los resultados evidencian la urgencia de formular e implementar estrategias intersectoriales que integren dimensiones económicas, sociales, laborales y de género, orientadas a garantizar la estabilidad contractual, la reducción de la carga laboral excesiva y el acceso equitativo a oportunidades de desarrollo profesional. En este sentido, la investigación destaca el papel estratégico de las organizaciones sindicales y otras formas

de acción colectiva como actores clave para negociar mejoras en las condiciones de trabajo y para incidir en la agenda política.

Asimismo, se resalta la necesidad de fortalecer los mecanismos de participación de los trabajadores en la toma de decisiones institucionales, promoviendo una gobernanza más democrática en el ámbito hospitalario. Estas transformaciones deben sustentarse en un enfoque de derechos humanos y justicia social, reconociendo que la salud de los trabajadores es un componente esencial del derecho a la salud y, por ende, una obligación ineludible del Estado y de las instituciones empleadoras.

En síntesis, este estudio confirma que la salud del personal auxiliar de enfermería del Hospital General Docente de Calderón es un indicador sensible de las inequidades estructurales que atraviesan el sistema de salud ecuatoriano y, por extensión, de las contradicciones propias del modelo neoliberal en la organización del trabajo sanitario. Al visibilizar la forma en que los procesos de precarización, desigualdad de género y sobrecarga laboral se encarnan en los cuerpos y las trayectorias de vida de este colectivo, la investigación contribuye a reposicionar la salud de los trabajadores como un tema prioritario en la agenda pública y académica.

Este trabajo sienta las bases para el desarrollo de investigaciones comparativas en otros establecimientos y niveles de atención, así como para la evaluación de intervenciones orientadas a mejorar las condiciones laborales desde un enfoque participativo y de justicia social. Se recomienda que futuros estudios profundicen en el análisis de la intersección entre factores estructurales y subjetivos, incorporando metodologías participativas que fortalezcan la agencia de las y los trabajadores en la construcción de soluciones. De este modo, la evidencia producida aquí no solo amplía el conocimiento científico sobre la relación trabajo-salud en contextos hospitalarios, sino que también ofrece insumos concretos para orientar la formulación de políticas y estrategias que hagan del cuidado de quienes cuidan una prioridad inaplazable.

El trabajo en salud, por su íntima y constante interacción con la vulnerabilidad humana —el dolor, el sufrimiento y, en no pocas ocasiones, la muerte—, somete a quienes lo ejercen a un proceso de desgaste que excede con creces lo puramente físico. Se trata de una labor que requiere una implicación emocional, cognitiva y psicosocial sostenida, donde el contacto directo con la fragilidad de la vida humana demanda no solo competencias técnicas, sino también un compromiso afectivo que, en contextos de precarización, se transforma en un factor de riesgo intrínseco.

La experiencia de la pandemia por COVID-19 actuó como catalizador y amplificador de estas tensiones preexistentes, exacerbando y visibilizando un deterioro que ya se encontraba arraigado en las estructuras laborales y sanitarias. La emergencia sanitaria obligó a replantear la relación salud-enfermedad más allá de la figura del paciente infectado, para comprenderla como un fenómeno colectivo que impactó de forma intensa y sostenida a quienes integraban la primera línea de atención, exponiéndolos simultáneamente a un alto riesgo de contagio y a una carga emocional sin precedentes.

En este escenario, el sistema nacional de gestión de la salud ocupacional se reveló no solo insuficiente, sino también anacrónico: su lógica predominantemente reactiva, centrada en el registro parcial y burocrático de accidentes y enfermedades laborales formalmente reconocidas, lo hace incapaz de identificar, monitorear y prevenir los procesos crónicos y acumulativos de desgaste que afectan al personal sanitario.

La ausencia de mecanismos para la prevención integral y participativa —basados en diagnósticos colectivos, intervención temprana y promoción de entornos laborales saludables— perpetúa la invisibilización de las causas estructurales del malestar y mantiene al trabajador en una situación de desprotección sistemática, donde el deterioro de su salud es visto como un “costo” implícito e inevitable de su labor.

La salud de los trabajadores en Ecuador constituye un campo que, pese a los avances teóricos y metodológicos impulsados por la epidemiología crítica y la medicina social latinoamericana, sigue careciendo de una visión integradora capaz de permear de manera efectiva las políticas públicas y transformar las prácticas institucionales vigentes (Breilh, 2007a). Esta limitación responde, en gran medida, a la persistencia hegemónica de un paradigma biomédico que reduce la salud a la mera ausencia de enfermedad y concibe el trabajo como un conjunto de riesgos físicos, químicos o biológicos aislados, susceptibles de ser controlados de forma puntual. Tal enfoque fragmentario no solo invisibiliza las determinaciones estructurales que configuran el desgaste, sino que también dificulta la formulación de intervenciones de alcance integral.

Siguiendo los postulados de la medicina social latinoamericana, la presente tesis reafirma que el desgaste no puede ni debe circunscribirse a indicadores clínicos o diagnósticos individuales: debe ser entendido como un proceso socialmente determinado, cuyas raíces se encuentran en la organización y división del trabajo, en la lógica productivista que lo sustenta y en la reproducción de modos de vida que erosionan de forma sistemática la salud física, mental y social de los trabajadores.

Este reconocimiento implica un desplazamiento epistémico y político sustancial: el trabajador deja de ser tratado como un objeto pasivo de intervención —un cuerpo que se repara para devolverlo a la producción— para ser reconocido como sujeto político, portador de saberes y productor legítimo de conocimiento sobre las condiciones que lo enferman. En esta concepción, la experiencia vivida deja de ser anecdótica para convertirse en un insumo central del diagnóstico colectivo, un insumo que, articulado con procesos de organización y movilización, puede nutrir estrategias de defensa y transformación orientadas a garantizar condiciones laborales dignas, equitativas y saludables. Es precisamente en el reconocimiento del trabajador como agente de cambio donde radica la posibilidad real de una acción transformadora que trascienda la retórica y se traduzca en políticas efectivas.

El abordaje de la relación trabajo-salud exige, por tanto, un cambio de paradigma que no es únicamente metodológico o técnico, sino esencialmente político. Implica reconocer que la salud de los trabajadores no se juega solo en el terreno de las medidas preventivas o del cumplimiento formal de normativas, sino en la disputa por las condiciones materiales y simbólicas que hacen posible —o que limitan— una vida laboral digna.

Resulta fundamental que los sistemas de seguridad y salud de los trabajadores superen la mirada unicausal, tecnocrática y despolitizada, que interpreta los procesos deteriorantes como inevitables o “naturales” consecuencias del trabajo, y adopten enfoques críticos capaces de visibilizar que tales procesos son el resultado de decisiones políticas y económicas históricamente situadas, que pueden y deben ser modificadas.

Este desplazamiento supone abandonar la pregunta reduccionista de *¿qué riesgos existen?* para formular interrogantes más incisivos: *¿por qué persisten los accidentes de trabajo y las enfermedades en el trabajo?*, *¿quiénes se benefician de su permanencia?*, *¿qué estructuras impiden su erradicación?* Un cuestionamiento de esta naturaleza demanda, ineludiblemente, la participación protagónica y sostenida de los colectivos de trabajadores en el diseño, la implementación y la fiscalización de las políticas públicas y de las estrategias institucionales.

Tal participación no debe entenderse como una concesión retórica a la democracia participativa, sino como una necesidad epistemológica y estratégica: sin el saber situado que emana de la experiencia vivida en los espacios de trabajo, cualquier diagnóstico será parcial y toda intervención corre el riesgo de ser ineficaz o, incluso, contraproducente.

Bajo esta óptica, el análisis de los patrones de exposición no puede limitarse a una descripción técnica de riesgos y procesos, sino que debe problematizar el hecho de que tales condiciones constituyen síntomas y manifestaciones concretas de un sistema con déficits crónicos de recursos, de planificación y de voluntad política, cuyas raíces se hunden en un modelo de desarrollo que externaliza sistemáticamente sus costos sobre los cuerpos y las vidas de los trabajadores (Betancourt, Navas y Velasco, 2018).

La exposición a procesos físicos, biológicos y ergonómicos en el ámbito hospitalario no constituye un resultado inevitable o inherente a la naturaleza misma del trabajo en salud, sino que es, en gran medida, consecuencia de deficiencias persistentes en la planificación, ejecución y supervisión de las políticas de seguridad laboral. Tales deficiencias se manifiestan en la ausencia de protocolos actualizados, en la insuficiente provisión de equipos de protección personal de calidad, y en la falta de mantenimiento e innovación tecnológica que reduzca la exposición a agentes nocivos.

Controlar y, en lo posible, erradicar estos procesos deteriorantes requiere no solo de mejoras técnicas puntuales —como la optimización de infraestructura o la incorporación de dispositivos más seguros—, sino de transformaciones organizativas profundas que coloquen la protección del personal en el centro de la gestión institucional. En la misma línea, los problemas psicosociales prevalentes, entre ellos el estrés laboral crónico, el agotamiento emocional y la desmotivación profesional, deben entenderse como expresiones directas de un modelo organizacional que desatiende el bienestar integral de sus trabajadores y prioriza indicadores de productividad por encima de condiciones laborales saludables.

El hecho de que la distribución de estos procesos deteriorantes sea desigual entre las distintas áreas del hospital revela no solo inequidades internas, sino también una gestión de riesgos eminentemente reactiva y fragmentada, centrada en responder a incidentes ya ocurridos en lugar de anticiparse a ellos mediante una prevención integral y participativa. Este enfoque limitado perpetúa la exposición y dificulta la construcción de entornos laborales seguros, saludables y sostenibles.

El análisis de la inserción social y de los modos de vida del colectivo estudiado confirma la existencia de una estructura laboral atravesada por dinámicas persistentes de precarización económica, sobrecarga de trabajo y ausencia de oportunidades reales de desarrollo profesional. Esta precariedad no es una noción abstracta ni un fenómeno episódico: se materializa en salarios que resultan insuficientes para cubrir siquiera la

canasta básica de consumo, obligando a un porcentaje considerable del personal a recurrir al pluriempleo como estrategia de subsistencia.

A ello se suma la inexistencia de una carrera sanitaria estructurada, lo que produce un estancamiento prolongado en las trayectorias profesionales y limita la movilidad laboral ascendente. La composición de este colectivo —con una alta proporción de jefatura femenina y, en muchos casos, la dependencia de un único ingreso— revela un cuadro de profunda vulnerabilidad socioeconómica, agravado por desigualdades de género que se expresan en la *triple carga laboral*: la jornada remunerada en el hospital, el trabajo doméstico no remunerado en el hogar y las tareas de cuidado familiar, a lo que se añade la carga emocional y mental que implica gestionar simultáneamente estos tres ámbitos.

Esta realidad, documentada empíricamente en los registros de uso del tiempo, restringe de forma drástica las posibilidades de descanso reparador, formación continua y participación social activa de las mujeres, reproduciendo así un ciclo intergeneracional de desigualdad. En este contexto, la elevada tasa de afiliación sindical, aunque constituye un indicador de conciencia respecto a la necesidad de protección colectiva, coexiste con niveles reducidos de participación efectiva —particularmente entre las mujeres—, lo que debilita la capacidad del sindicato para convertirse en un actor transformador.

Esta baja participación tiende a confinar a la organización sindical a un papel predominantemente reactivo, centrado en la defensa ante agravios inmediatos, en lugar de impulsor de propuestas estructurales que incidan en la mejora sostenida de las condiciones laborales y de vida del colectivo.

Los estilos de vida observados en el colectivo —reflejados en sus prácticas de consumo, alimentación y uso del tiempo libre— no deben ser analizados como simples elecciones individuales desvinculadas de su contexto, sino como respuestas adaptativas a un sistema laboral estructuralmente desgastante. Lejos de ser producto de una supuesta falta de conciencia o de voluntad personal, estos hábitos constituyen estrategias de sobrevivencia frente a condiciones de trabajo que imponen jornadas extensas, rotación horaria, pluriempleo y una carga emocional considerable.

Así, los patrones alimenticios dominados por el consumo de productos ultraprocesados o de rápida preparación, la escasa o nula actividad física y la preferencia por actividades pasivas durante el tiempo libre —como ver televisión o usar dispositivos electrónicos— son síntomas de la falta crónica de tiempo, energía y recursos económicos, todos ellos determinados por la organización y división del trabajo hospitalario. Este

fenómeno responde a lo que la epidemiología crítica denomina *determinación social de los modos de vida*, donde las condiciones estructurales condicionan las prácticas cotidianas y restringen las opciones de cuidado personal.

Con el tiempo, estas prácticas adaptativas se inscriben en el cuerpo del trabajador, configurando un perfil epidemiológico preocupante, caracterizado por el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles —como hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y trastornos musculoesqueléticos—, así como por un deterioro progresivo de la salud mental. De este modo, el cuerpo del trabajador se convierte en el territorio donde se materializan y hacen visibles las contradicciones del modelo laboral imperante.

La elevada prevalencia de estrés laboral, síndrome de *burnout* y morbilidad diagnosticada —con predominio de patologías metabólicas y cardiovasculares— constituye una evidencia contundente de la somatización biológica de las condiciones estructurales adversas que caracterizan el trabajo hospitalario. Estos indicadores de salud no son meras estadísticas clínicas, sino huellas fisiológicas y psicológicas de un proceso sostenido de desgaste, en el que las condiciones materiales, organizativas y sociales se traducen en deterioro corporal y mental.

Los hallazgos de la investigación, que muestran diferencias significativas por género, inserción social y área de trabajo, confirman que el desgaste no se distribuye de manera homogénea: afecta con mayor severidad a los grupos históricamente más vulnerabilizados, entre ellos las mujeres, el personal con contratos más precarios y quienes se desempeñan en áreas de mayor exposición física y emocional. Este patrón desigual es coherente con lo que la literatura crítica en salud de los trabajadores ha documentado respecto a la intersección entre clase, género y condiciones de empleo.

En este marco, el *burnout* no puede reducirse a un problema psicológico individual atribuible a una supuesta falta de resiliencia o manejo personal del estrés; por el contrario, debe entenderse como una consecuencia directa, política y social, de un modelo de organización del trabajo que prioriza la eficiencia y la contención de costos por encima del bienestar de quienes sostienen el sistema. Así, el *burnout* emerge como un síntoma colectivo de una estructura productiva que normaliza la sobrecarga, la falta de reconocimiento y la ausencia de espacios para la recuperación física y emocional.

Finalmente, esta tesis realiza una contribución sustantiva a la teoría de la Determinación Social de la Salud en tres dimensiones clave que enriquecen su alcance y aplicabilidad. En primer lugar, valida empíricamente este paradigma en el contexto específico del trabajo de cuidado en salud, mostrando cómo sus postulados permiten

explicar con solidez las relaciones entre condiciones estructurales, organización laboral y salud de los trabajadores. Esta validación no se limita a una confirmación teórica, sino que demuestra, con base en evidencia cuantitativa y cualitativa, la pertinencia del enfoque para comprender fenómenos complejos en escenarios concretos.

En segundo lugar, la investigación analiza la especificidad de los procesos destructivos que operan en un entorno laboral profundamente feminizado y precarizado, caracterizado por la sobrerrepresentación de mujeres en puestos de baja remuneración y alta demanda física y emocional, lo que visibiliza la centralidad de la perspectiva de género para comprender la desigual distribución del desgaste.

En tercer lugar, operacionaliza la categoría de somatización de lo social, aportando un desarrollo metodológico que traduce este concepto en indicadores observables y medibles, y demostrando de manera concreta cómo las condiciones sociales, económicas y organizativas se inscriben en el cuerpo y en la subjetividad de los trabajadores. Este proceso de encarnación se expresa en la alta prevalencia de estrés laboral, *burnout* y morbilidad metabólica y cardiovascular documentada, constituyendo un puente empírico entre la teoría crítica en salud y la realidad vivida por quienes sostienen el trabajo hospitalario.

De este modo, la tesis no solo confirma postulados teóricos, sino que amplía sus herramientas analíticas y metodológicas, fortaleciendo su capacidad para incidir en la transformación de las condiciones laborales y de vida.

La operacionalización de la categoría de somatización de lo social en esta investigación se concretó mediante la vinculación analítica entre los procesos estructurales y particulares —como las políticas de austeridad, la desinversión sostenida en el sector salud, la precarización contractual y la sobrecarga ergonómica— y los perfiles epidemiológicos específicos del colectivo estudiado, caracterizados por una alta prevalencia de trastornos metabólicos, estrés severo y patologías cardiovasculares.

Este ejercicio permitió trazar una línea directa entre las determinaciones macro y mesoestructurales y sus manifestaciones biológicas y psicosociales en el nivel singular, evidenciando cómo las condiciones de trabajo no solo moldean el estado de salud en términos clínicos, sino que también configuran percepciones, emociones y formas de habitar el propio cuerpo.

En este sentido, se argumenta que la categoría de somatización de lo social resultó más potente y analíticamente fértil que la noción de “desgaste obrero” para este caso particular, ya que posibilitó integrar de manera más explícita las dimensiones subjetivas,

afectivas y de género que atraviesan la experiencia del cuidado hospitalario. Mientras que el concepto de *desgaste obrero* entendido como el proceso mediante el cual se deterioran las capacidades biológicas, psicológicas y sociales de los trabajadores, resultado de las condiciones de trabajo y de vida impuestas por el modo de producción capitalista.

Desde otra perspectiva, la somatización de lo social incorpora la forma en que las relaciones de poder, las desigualdades estructurales y los condicionantes socioculturales se inscriben simultáneamente en la biología, la psique y la identidad de los trabajadores. Este enfoque enriqueció la capacidad de análisis de la investigación, ofreciendo una lectura más compleja y multidimensional del fenómeno estudiado.

Los hallazgos de esta tesis poseen implicaciones significativas que atraviesan tres ámbitos fundamentales: las políticas públicas, la organización del cuidado y el desarrollo teórico. En el plano de las políticas públicas, los resultados interpelan directamente a los Ministerios de Salud y de Trabajo, instándolos a trascender el paradigma fragmentado de los *riesgos laborales* para reconocer la salud de las y los trabajadores como un componente central de la salud pública, inseparable de la garantía del derecho a la salud de la población en general. Esto implica adoptar enfoques intersectoriales que integren las dimensiones laboral, económica, social y de género, articulando estrategias de prevención, promoción y atención que aborden de forma integral los procesos de desgaste.

En el ámbito de la organización del cuidado, los hallazgos obligan a repensar los modelos de gestión hospitalaria para que el principio de “cuidar a quien cuida” deje de ser una consigna y se convierta en un eje estructurante de la planificación y administración de los recursos humanos y materiales en salud. Ello requiere la implementación de políticas internas que garanticen condiciones de trabajo seguras, salarios dignos, estabilidad contractual, apoyo psicosocial y acceso efectivo a instancias de participación en la toma de decisiones.

Finalmente, en el terreno teórico, este estudio enriquece el marco de la Determinación Social de la Salud al aplicarlo y adaptarlo al contexto específico del trabajo de cuidado, un sector altamente feminizado, históricamente invisibilizado y sistemáticamente relegado en la investigación académica y en la formulación de políticas. Al hacerlo, la investigación amplía la capacidad explicativa de este paradigma y abre nuevas líneas para su profundización crítica.

La principal limitación de esta investigación radica en su carácter de estudio de caso único, lo que impide que sus resultados puedan ser generalizados estadísticamente a

toda la población de trabajadores del sector salud. Sin embargo, en el marco de la investigación cualitativa y de los enfoques críticos en salud, este tipo de estudios privilegia la *transferibilidad teórica* por sobre la generalización numérica, es decir, la posibilidad de que los hallazgos, interpretaciones y marcos analíticos desarrollados aquí sean útiles y aplicables en contextos laborales y organizativos que compartan características estructurales y dinámicas similares. Asimismo, el diseño transversal adoptado constituye otra limitación, en tanto no permite observar la evolución de los procesos destructivos a lo largo del tiempo.

No obstante, el carácter sincrónico de la investigación proporcionó una fotografía analítica de alta resolución del fenómeno en un momento histórico específico, capturando con nitidez la articulación entre determinación estructural, organización del trabajo y manifestaciones de desgaste. Este tipo de evidencia, aún sin pretensión de exhaustividad temporal, resulta fundamental para alimentar diagnósticos colectivos y sustentar propuestas de transformación tanto en el plano institucional como en el de las políticas públicas.

A partir de las limitaciones señaladas, emergen diversas líneas de investigación que pueden enriquecer y ampliar el conocimiento sobre la relación trabajo-salud en el ámbito del cuidado hospitalario. En primer lugar, la realización de *estudios comparativos entre hospitales públicos y privados* permitiría identificar similitudes y divergencias en los procesos de desgaste, así como evaluar el impacto que tienen distintos modelos de gestión, financiamiento y provisión de recursos sobre la salud de los trabajadores. En segundo lugar, el desarrollo de *estudios longitudinales* se presenta como una necesidad clave para rastrear la evolución de los procesos de somatización de lo social a lo largo de la trayectoria profesional, aportando evidencia sobre la acumulación de efectos y la posible reversibilidad o mitigación del desgaste en función de cambios organizativos o de políticas.

Finalmente, la *investigación en otros colectivos del sector salud*—como médicos, personal de limpieza, técnicos de laboratorio o administrativos— contribuiría a comprender de qué manera la jerarquía ocupacional, la clase social y la división sexual del trabajo modulan los procesos de desgaste y configuran diferentes perfiles epidemiológicos. Esta agenda de investigación futura no solo ampliaría la base empírica del campo, sino que también fortalecería la capacidad de formular políticas y estrategias de intervención más equitativas, contextualizadas y efectivas.

Este estudio, nutrido por los aportes teóricos y metodológicos de la epidemiología crítica latinoamericana, se erige como un llamado urgente a repensar de manera profunda el paradigma de la salud de las y los trabajadores, situándolo en el marco más amplio de la justicia social. Hay que reconocer que la salud de los trabajadores no es un asunto sectorial ni una problemática circunscrita al ámbito de la prevención de riesgos, sino un componente esencial del bienestar colectivo implica transformar las prioridades institucionales y las políticas públicas.

Las voces de las auxiliares de enfermería del Hospital Docente de Calderón muestran que la salud en el trabajo no puede reducirse a la gestión técnica de riesgos individuales, sino que constituye una expresión de las condiciones estructurales y organizativas del proceso laboral. Sus testimonios revelan cómo la sobrecarga, la inestabilidad y la discriminación se traducen en desgaste físico y emocional, evidenciando que el deterioro de la salud es resultado de un modelo productivo que privilegia la eficiencia sobre la vida.

Al mismo tiempo, la participación de los trabajadores empoderados confirma que los auxiliares de enfermería no son receptores pasivos, sino sujetos colectivos de cambio, capaces de disputar mejores condiciones a través de la organización sindical y la acción política. Recuperar y valorar estas voces no solo fortalece el análisis crítico de la determinación social de la salud, sino que también abre horizontes para transformar la praxis de la salud de los trabajadores en un espacio de dignidad, justicia y bienestar.

Finalmente, la presente investigación evidencia empíricamente que el trabajo del personal auxiliar de enfermería se desarrolla en un contexto marcado por la producción estructural de procesos destructivos para la salud de los trabajadores. En este escenario, la exposición sistemática a la sobrecarga laboral, a los niveles de exposición a biológicos, ergonómicos y a la violencia institucional no constituye un hecho aislado ni contingente, sino la expresión de condiciones históricas y sociales que desplazan sus efectos sobre los colectivos laboralmente más subordinados. El deterioro de la salud de las auxiliares de enfermería —manifestado en el desgaste psicosocial y en la presencia de patologías crónicas— expresa, en el cuerpo y en la vida cotidiana, las consecuencias del proceso social y laboral configurado por un sistema que subordina la reproducción de la vida a las exigencias de productividad, confirmando además que la distribución de estos daños es desigual y se encuentra mediada por relaciones de clase y género.

En esta línea, la salud del personal auxiliar de enfermería —y, por extensión, de todos los colectivos que sostienen el cuidado— constituye, en última instancia, un

termómetro que refleja la salud del sistema de salud en su conjunto. Su deterioro no solo afecta a quienes ejercen esta labor, sino que compromete de manera directa la calidad, la accesibilidad y la equidad de la atención que recibe la población. Defender la salud de quienes cuidan no debe ser entendido únicamente como una reivindicación laboral legítima, sino como una condición indispensable para garantizar el derecho universal a la salud y para construir un sistema sanitario sólido, humano y sostenible.

De esta manera, proteger a quienes sostienen el cuidado no es solo un imperativo ético, sino una estrategia esencial para preservar la salud de toda la sociedad. Así, las conclusiones de este estudio reafirman que la salud de los trabajadores debe analizarse desde la lógica de la Determinación Social de la Salud, lo cual implica comprenderla como un proceso histórico y social y, al mismo tiempo, proyectar acciones colectivas que transformen las condiciones que la determinan.

Lista de referencias

- Aguilar García, Javier, y Margarita Camarena Luhrs, coords. 2015. *Los movimientos sociales en la dinámica de la globalización*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. https://ru.iis.sociales.unam.mx/bitstream/IIS/5205/1/movim_sociales.pdf.
- , coords. 2017. *Los movimientos sociales en México y Latinoamérica*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. https://ru.iis.sociales.unam.mx/bitstream/IIS/5244/1/movimientos_sociales.pdf.
- Alarcón Henríquez, Nancy, Francisco Ganga-Contreras, Liliana Pedraja Rejas, y Alessandro Monteverde Sánchez. 2020. “Satisfacción laboral y motivación en profesionales obstetras en un hospital en Chile”. *Medwave* 20 (04).
- Álava, Karen J. Cedeño, María Elena De la Cruz Santillán, María J. Zambrano Zambrano, Gema J. Cantos Alcívar, Stalin A. Intriago Miranda, y Rina G. Soledispa Canizares. 2018. “Seguridad laboral y salud ocupacional en los hospitales del Ecuador”. *Dominio de las Ciencias* 4 (4): 57-68.
- Almeida, Naomar. 2000. “La ciencia tímida”. *Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*.
- Almeida-Filho, Naomar. 2006. “Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones”. *Salud colectiva* 2 (2): 123-46.
- Alonso, Ángel. 2007. *La salud no se vende ni se delega, se defiende: El modelo obrero*. Madrid: Fundación Sindical de Estudios y Comisiones Obreras de Madrid / Ediciones GPS.
- Altamirano, Andrés. 2024. “La Inversión Pública en Ecuador va a paso lento”. *Observatorio de Gasto Público*. 1 de agosto. <https://www.gastopublico.org/informes-del-observatorio/la-inversion-publica-en-ecuador-va-a-paso-lento>.
- Amable, Marcelo Jorge, Joan Benach, y Sira González. 2001. “La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos”. *Societat Catalana de Salut Laboral*.

- Archer, Margaret, Roy Bhaskar, Andrew Collier, Tony Lawson, y Alan Norrie. 2013. *Critical realism: Essential readings*. Barcelona: Routledge.
- Arcos, Leopoldo. 1989. "Aporte de Pablo Arturo Suárez a la lucha antituberculosa en el Ecuador". *Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas* 25 (2).
- Arellano, Nelson Laspina, Imelda Villota Villota, y Luis Castillo Luis Castillo. 2016. "Impacto de las intervenciones de salud sobre la mortalidad infantil en Ecuador, período 1960-2013". *Autoridades de la Universidad Central del Ecuador (UCE)* 41 (1): 57-70.
- Arias Zapata, Mariuxi Estefanía. 2018. "Continuidad y cambio en el Seguro Social Campesino del Ecuador: Un análisis desde el neoinstitucionalismo histórico". Tesis de maestría, Flacso Ecuador. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/14012>.
- Arsentales-Montalva, Valeria, María Tenorio-Guadalupe, y Antonio Bernabé-Ortiz. 2019. "Asociación entre actividad física ocupacional y síndrome metabólico: Un estudio poblacional en Perú". *Revista chilena de nutrición* 46 (4): 392-9.
- Artazcoz, Lucía. 2016. "Factores de riesgo psicosocial y trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería hospitalario". *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* 19 (1): 35-6.
- Babativa Baracaldo, Diana Marcela, Johanna Rincón Espitia, y Jennifer Xiomara Navarro Neira. 2021. "Análisis de los riesgos ergonómicos asociados al personal de enfermería durante la atención al paciente en el servicio de urgencias". Trabajo de especialización, Universidad de ECCI, Bogotá. <https://repositorio.ecci.edu.co/entities/publication/d6aba351-5667-457d-a03c-ca63808154ec>.
- Bachoer, Lucía. 2022. "La conflictividad laboral en las plataformas digitales. Un acercamiento al caso de los repartidores en la Ciudad de Buenos Aires (2018-2020)". *Revista controversia*, n.º 218: 267-306.
- Báez, Jhonatan. 2021. "Panorama fiscal del Ecuador 2020: El neoliberalismo muestra sus consecuencias". *Red de Investigadores*. 10 de marzo. <https://coyunturaueiie.com/2021/03/10/panorama-fiscal-del-ecuador-2020-el-neoliberalismo-muestra-sus-consecuencias/>.
- Ballester Arias, Antonio Ramón, y Ana María García. 2017. "Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos

- musculoesqueléticos en personal de enfermería: revisión sistemática y meta-análisis”. *Revista española de salud pública*, 91.
- Barbas, Stéphane. 2022. “Derecho a la salud: la vigencia del análisis crítico de Marx ante las desigualdades”. *Pensamiento Crítico* XXI. <https://pensamientocriticoxxi.wordpress.com/2022/09/15/derecho-a-la-salud-la-vigencia-del-analisis-critico-de-marx-ante-las-desigualdades-stephane-barbas/>.
- Bardin, Laurence. 2002. *Análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal. https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqll_EQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false.
- Barrera-Pintado, Janneth Estefanía, y José Antonio Baculima-Suárez. 2024. “Efectos del estrés laboral en la salud física y mental de trabajadores de la salud”. *Cienciamatria* 10 (1).
- Barrueto Usquiano, Neptali Sigilberto. 2021. “Procesos administrativos disciplinarios y desempeño laboral de los servidores del Hospital Las Mercedes, Chiclayo”. Tesis de maestría, Universidad César Vallejo. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_f22f9eefb6eea8b1bd492a2ff89dd0dc/Details.
- Batthyány, Karyna, y Mariana Cabrera, coords. 2011. *Metodología de la investigación para las ciencias sociales: Apuntes para un curso inicial*. Montevideo: Universidad de la República. [https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/4544/Metodolog %c3 %ada %20de %20la %20investigaci %c3 %b3n %20para %20las %20ciencias %20sociales %20apuntes %20para %20un %20curso %20inicial.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/4544/Metodolog%c3%ada%20de%20la%20investigaci%c3%b3n%20para%20las%20ciencias%20sociales%20apuntes%20para%20un%20curso%20inicial.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Bayón Jiménez, Manuel. 2016. “Comunidades rururbanas de Quito: entre el empresarialismo y el derecho a la ciudad”. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, n.º 56: 103-22.
- Beck, Ulrich, Jorge Navarro, Daniel R. Jiménez, y Ma Rosa Borràs. 1998. *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, Ulrich, María Rosa Borràs, Jorge Navarro, y Daniel Jiménez. 2019. *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- Betancourt, Oscar. 1995. *La salud y el trabajo*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud / Organización Panamericana de la Salud.
- . 1999. *Salud y seguridad en el trabajo*. Quito: OPS /OMS / FUNSAID.

- Betancourt, Óscar, Mario Navas, y Juan Pablo Velasco. 2018. “La salud y seguridad en el trabajo en el Ecuador y nuevas perspectivas”. En *La medicina ecuatoriana en el siglo XXI*, 101-21 Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Borde, Elis, Mario Hernández-Álvarez, y Marcelo Firpo de Souza Porto. 2015. “Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana”. *Saúde em Debate* 39: 841-54. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>.
- Bourdieu, Pierre. 1999. *La miseria del mundo*. Barcelona: Akal.
- Bourdieu, Pierre, y Joaquín Jordá. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Breilh. 2022. “La pandemia y el derecho a una ciencia veraz, humilde y emancipadora”. *Ciencias y pandemia* 12.
- Breilh, J., E. Granda, A. Campaña, J. Yépez, R. Páez, y P. Costales. 1990. “La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque Capítulo 2”. En *Deterioro de la vida*. Quito: Corporación Editora Nacional Ecuador.
- Breilh, Jaime. 1977. “Crítica a la interpretación ecológico funcionalista de la epidemiología: Un ensayo de desmitificación del proceso salud enfermedad”. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2475>.
- . 1999. “El escenario regresivo de la salud laboral en América Latina”. *Cadernos de Saúde Pública* 15 (3): 448-9. doi:10.1590/S0102-311X1999000300001.
- . 2003. “De la vigilancia convencional al monitoreo participativo”. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (4): 937-51.
- . 2006. “Epidemiología crítica: ciência emancipadora e interculturalidade”. En *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*, 317.
- . 2007a. “Nuevo modelo de acumulación y agroindustria: las implicaciones ecológicas y epidemiológicas de la floricultura en Ecuador”. *Ciência & Saúde Coletiva* 12: 91-104.
- . 2007b. “Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental”. *Salud problema*, n.º 23: 21-38.
- . 2010a. *Epidemiología, economía política y salud: Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Quito: Corporación Editora Nacional / Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

- . 2010b. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva* 6 (1): 83. doi:10.18294/sc.2010.359.
- . 2012. *La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud*. Quito: FES / ILDIS.
- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública”. *Salud colectiva* 31.
- . 2016. *La Universidad que pensamos: Reflexiones críticas y mirada al futuro*. Quito: 13 ediciones. [https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5791/1/Breilh %2C %20J-CON-259-La %20universidad.pdf](https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5791/1/Breilh%20%20J-CON-259-La%20universidad.pdf).
- . 2017. “INSOC Cuestionario para la investigación de la inserción social en la investigación: fundamentos teóricos y explicativos”. Quito: Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos.
- . 2017. *Matriz de procesos críticos: Fundamentos teórico explicativos*. Quito: Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos.
- . 2020a. “sars-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder”. *Posnormales. Ciudad de la Plata: aspo Argentina*, 31-90.
- . 2020b. “SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia”. En *Posnormales: Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*.
- . 2021. *Critical epidemiology and the people's Health*. Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780190492786.001.0001.
- Breilh Paz y Miño, Jaime Eduardo. 1991. *La triple carga: trabajo, práctica doméstica y procreación: Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: Ediciones CEAS. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3554>.
- . 1993. “EPISTRES–Cuestionario estresores de Breilh: evaluación del personal”.
- . 2010. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.
- . 2014. “Cecília Donnangelo y el ethos tecnocrático de la salud pública actual: esencia contrahegemónica de su memoria”. Instituto de Saúde.
- Breilh Paz y Miño, Jaime, y Ylonka Tillería Muñoz, eds. 2024. *Salud colectiva y la determinación social de la salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

- Brisbois, Ben W., Andrés Burgos Delgado, Douglas Barraza, Óscar Betancourt, Donald Cole, Maya Gislason, Frédéric Mertens, Margot Parkes, y Johanne Saint-Charles. 2017. "Ecosystem approaches to health and knowledge-to-action: towards a political ecology of applied health-environment knowledge". *Journal of Political Ecology* 24 (1): 692-715.
- Burkitt, Ian, y Jordi Sanz. 2001. "Embodiment, lived experience and anorexia: the contribution of phenomenology to a critical therapeutic approach". *Athenea digital: Revista de pensamiento e investigación social*. ESP: 38-52.
- Calero Basurto, Cristina Stefania, y Yandri Armando Zambrano Loor. 2021. "Diseño de un modelo de gestión de seguridad y salud ocupacional, en base a la resolución CD 513 reglamento de seguridad general de riesgos del trabajo aplicado a la Cooperativa de Ahorro y Crédito del cantón Chone Ltda". Calceta: ESPAM MFL.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. 2009. "Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas". *Saúde em Debate*, 47-55.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa, Mariana Dorsa Figueiredo, Nilton Pereira Júnior, y Cristiane Pereira de Castro. 2014. "A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada". *Interface-comunicação, saúde, educação* 18: 983-95.
- Campos, Juliana Alvares Duarte Bonini, y João Maroco. 2012. "Maslach Burnout inventory-student survey: Portugal-Brazil cross-cultural adaptation". *Revista de saude publica* 46: 816-24.
- Campos, Rosana Onocko, Adriano Massuda, Iris Valle, Gustavo Castaño, y Oscar Pellegrini. 2008. "Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes". *Salud colectiva* 4: 173-85.
- Cardona, Jaiberth. 2016. "Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica". *Archivos de Medicina (Manizales)* 16 (1): 183-91.
- Carmona-Fonseca, Jaime. 2014. "Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica", 32.
- Chang Campos, Caroline J. 2017. "Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014". En *Anales de la Facultad de Medicina*, 78: 452-60.

- Chomsky, Noam. 1998. *Profit over people: Neoliberalism and global order*. S. l.: Seven Stories Press.
- Cielo, Cristina. 2015. “Reproducción, mujeres y comunes: leer a Silvia Federici desde el Ecuador actual”. *Nueva sociedad*, n.º 256: 132-44.
- Coba Carrión, José Luis. 2022. “Epidemiología crítica y Pensamiento chino en salud: determinación social, subsunción y *embodiment* de la energía vital-qi”. Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Cobey, Ryan Joseph, y Mariana Lima. 2016. “Sumak Kawsay or Buen Vivir”. *An alternative development model in the Andean State*, 501-58.
- Colosi, Thomas R., y Arthur Eliot Berkeley. 1991. *Negociación colectiva: El arte de conciliar intereses*. S. l.: Limusa.
- Costa, Malena. 2006. “La propuesta de Merleau-Ponty y el dualismo mente/cuerpo en la tradición filosófica”. *Revista de filosofía A Parte Rei* 47: 1-7.
- Costa, Ricardo. 2006. “Entre la necesidad y la libertad. Las condiciones sociales del cambio en Pierre Bourdieu”. *Estudios Sociológicos*: 167-96. JSTOR.
- Crespo Antepara, Delia Narcisa. 2022. “Actividad física, consumo de alimentos y masa corporal en estudiantes de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil-2021”. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Tumbes. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/1175931>.
- Creswell, John W. 2014. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cuvi, Juan. 2012. “Influencia del modelo biomédico en la cultura política ecuatoriana”. *Universitas-XXI: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, n.º 17: 131-55.
- Dopico, Sergio Pena. 2020. “El desgaste de la salud laboral como estrategia de rentabilidad en Ecuador: Un análisis de la legislación de seguridad y salud bajo el neodesarrollismo”. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 38 (2): 365.
- EC. 2005. *Código del Trabajo*. Registro Oficial 167, Suplemento. 16 de diciembre.
- EC. 2006. *Ley Orgánica de Salud*. 2006. Registro Oficial 423, Suplemento. 22 de diciembre.
- EC. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449. 20 de octubre.
- EC. 2010. *Ley Orgánica del Servicio Público, LOSEP*. Registro Oficial, 294, Suplemento. 6 de octubre.
- EC. 2020. *Ley Orgánica de Apoyo Humanitario*. Registro Oficial 229, Suplemento. 22 de junio.

- EC IESS. 2010. Resolución CD. 390.
- . 2024a. “Encuesta de cobertura de empleo”. *INEC*.
- . 2024b. “Encuesta de ingresos de la canasta básica familiar”. Quito: Ministerio del Trabajo.
- EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y Hospital General Docente de Calderón. 2024. “Reglamento Interno de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Hospital General Docente de Calderón”.
- EC Ministerio de Salud Pública, y Dirección Nacional de Ambiente y Salud. 2019. “Política Nacional de Salud en el Trabajo 2019 -2025”. *MSP*.
- EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2020. “El MSP informa: Situación coronavirus Covid-19 (11-08-2020)”. *MSP*. <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-publica-del-ecuador-msp-informa-situacion-coronavirus/>.
- . 2022. “Plan Decenal de Salud 2022-2031”. *MSP*.
- EC Ministerio del Trabajo-Ecuador. 2024. “Acuerdo Ministerial 080”. Ministerio del Trabajo. <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/06/ACUERDO-MINISTERIAL-NO.-080-signed.pdf>.
- Eslava Castañeda, Juan Carlos. 2017. “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”. *Revista de Salud Pública* 19 (3): 396-403. doi:10.15446/rsap.v19n3.68467.
- Espinosa, Verónica, Cecilia Acuña, Daniel De la Torre, y Gina Tambini. 2017. “La reforma en salud del Ecuador”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 41.
- Espinoza, Elvira Palacios. 2014. “Paradigmas de Investigación en Salud”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca* 32 (2): 62-9.
- Estrella, Eduardo, y Antonio Crespo Burgos. 2009. “Enseñanza médica a inicios del siglo XIX (1800-1826)”. En *Historia de la enseñanza médica en Quito*, 9-54.
- Federación Médica Ecuatoriana. 2021. “Informe Nacional de Gestión, recursos y estrategias de la salud en Ecuador”. Informe de Gestión. Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE).
- Figueiredo, Marina Dantas, y Ana Sílvia Rocha Ipiranga. 2015. “How can we define mastery? Reflections on learning, embodiment and professional identity”. *BAR-Brazilian Administration Review* 12 (4): 348-64.
- Foucault, Michel. 1983. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Barcelona: Siglo XXI.

- Franco, Saúl, Everardo Nunes, Everardo Duarte, Jaime Breilh, Edmundo Granda, Jose Yépez, Patricia Costales, y Laurell Cristina. 1991. "Debates en medicina social". En *Debates en medicina social*, 339.
- Frankenhaeuser, Marianne, y Gunn Johansson. 1986. "Stress at work: Psychobiological and psychosocial aspects 1". *Applied Psychology* 35 (3): 287-99.
- Fraser, Nancy. 2009. "Scales of Justice: Reimagining Political Space in a Globalizing World". *Polity*.
- Frenk, Julio, Lincoln Chen, Zulfiqar A. Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, y Patrick Kelley. 2010. "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world". *The lancet* 376 (9756): 1923-58.
- Freyssinet, Jacques. 2023. "La significación del trabajo". *El trimestre económico* 90 (358): 307-63.
- Fukada, Mika. 2018. "Nursing competency: Definition, structure and development". *Yonago acta medica* 61 (1): 001-7.
- Fumagalli, Andrea. 2010. *Bioeconomía y capitalismo cognitivo*. Barcelona: Traficantes de sueños.
- Gálvez Santillán, Elizabeth, Esthela Gutiérrez Garza, y Esteban Picazzo Palencia. 2011. "El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales". *Revista mexicana de sociología* 73 (1): 73-104.
- García Machín, Ernesto. 2014. "Reflexiones sobre la importancia de la Vigilancia Epidemiológica en Salud y Seguridad del Trabajo". *Salud de los Trabajadores* 22 (1): 70-8.
- Garrido Pinzón, Johanna, Josep María Blanch Ribas, Ana Fernanda Uribe-Rodríguez, Johana Flórez Acevedo, y Magda Carolina Pedrozo Sánchez. 2011. "El Capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial:: Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo en hospitales y universidades de naturaleza pública. Resultados Santander, Colombia". *Psicología desde el Caribe*, n.º 28: 166-96.
- Gómez García, Antonio Ramón. 2021. "Seguridad y salud en el trabajo en Ecuador". *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* 24 (3): 232-9. doi:10.12961/apr.2021.24.03.01.

- Gómez García, Antonio Ramón, Pamela Merino Salazar, César Eduardo Espinoza Samaniego, y Paul Enrique Cajías Vasco. 2018. "I Encuesta sobre Seguridad y Salud en el Trabajo en Quito: siniestralidad laboral". *Podium*, n.º 33: 25-34.
- Gómez, Ingrid Carolina. 2007. "Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo1". *Universitas psychologica* 6 (1): 105-14.
- Gonzalez Carriel, Erick Antonio. 2022. "Procesos de la calidad y su efectividad en el rendimiento del establecimiento de salud rural en Ecuador, 2022". Tesis de maestría, Universidad César Vallejo. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_482a6f1ce3c8d2843384e7c8bac3dee3.
- González, Rosalba Roque, Rosa Mayelín Guerra Bretaña, y Rafael Torres Peña. 2018. "Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud". *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 17 (2): 315-24.
- Guevara Orozco, Geovanny Fabián. 2024. "Análisis de riesgo ergonómico del personal que labora en los diferentes puestos de trabajo de un Centro Hospitalario en la ciudad de Riobamba". Tesis de posgrado, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14344>.
- Gutiérrez, Karime Elizabeth Balderas. 2013. "Elementos que constituyen la identidad profesional de la enfermera". *Revista Cuadernos de Educación y Desarrollo* 37. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2013/07/identidad-enfermera.html>.
- Guzmán, Adriano Molina. 2019. "Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador". *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, n.º 63: 185-205. doi:10.17141/iconos.63.2019.3070.
- Harari, Raúl. 2010. "Modelo productivo y modelo sindical en Ecuador". *Revista Ecuador Debate*, 153-68. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3474>.
- . 2022. "Modelo productivo y modelo sindical en Ecuador".
- Haro, Jesús Armando. 2013. "El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación". En *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto*, 21.
- Harquail, Celia V., y Adelaide Wilcox King. 2010. "Construing organizational identity: The role of embodied cognition". *Organization Studies* 31 (12): 1619-48.
- Harvey, David. 2007. *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press, USA.
- . 2012. "Marx and the City". *Vacarme* 59: 218-49.

- Hauke, Gernot, Christina Lohr-Berger, y Tal Shafir. 2024. "Emotional activation in a cognitive behavioral setting: extending the tradition with embodiment". *Frontiers in Psychology* 15.
- Hernández Yáñez, Juan F. 2010. *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid: Fundación Alternativas. <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/286/La%20Enfermeri%CC%81a%20frente%20al%20Espejo.pdf>.
- Hernández-Álvarez, Mario. 2015. "Reflexiones sobre la experiencia de gobierno en salud en Bogotá". *DSSBR*. <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2016/01/Mario-Hern%C3%A1ndez-%C3%81lvarez.pdf>.
- Herrera, S. Gonzalo. 2015. "Situación, estrategia y contexto de los sindicatos en el Ecuador". *Nuevos estilos sindicales en américa latina y el caribe*, 127.
- Horkheimer, Max, Alfred Schmidt, y Giorgio Backhaus. 1974. *Teoría crítica*. Barcelona: Einaudi.
- Hospital General Docente de Calderón. 2023. "Informe de análisis de exposición basado en la matriz de identificación de riesgos 2023 y Matriz de Riesgos". Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2023. "Matriz de identificación y evaluación de riesgos". Quito.
- . 2024. "Plan Médico Funcional HGDC". Quito.
- . 2024. "Reglamento interno de seguridad e higiene en el trabajo del Hospital General Docente de Calderón". Quito.
- Huth, Karoline, y Greg A. Chung-Yan. 2023. "Quantifying the evidence for the absence of the job demands and job control interaction on workers' well-being: A Bayesian meta-analysis". *Journal of Applied Psychology* 108 (6): 1060.
- Iglesias-Osores, Sebastian, Johana Acosta-Quiroz, Johnny Leandro Saavedra-Camacho, Lizbeth Córdova-Rojas, y Arturo Rafael-Heredia. 2024. "Lesión por pinchazo de aguja en trabajadores de salud". *Medicentro Electrónica* 28 (1).
- Ilostat. 2022. "Estadísticas de seguridad y salud en el trabajo (base de datos OSH)". *Ilostat*. <https://ilostat.ilo.org/es/methods/concepts-and-definitions/description-occupational-safety-and-health-statistics/>.
- Kotekewis, Kamille, Renata Perfeito Ribeiro, Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro, y Julia Trevisan Martins. 2017. "Enfermedades crónicas no transmisibles y el estrés de los trabajadores de enfermería de unidades quirúrgicas". *Enfermería Global* 16 (46): 295-314.

- Krieger, Nancy. 2005. "Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology". *Journal of Epidemiology & Community Health* 59 (5): 350-5.
- . 2021. *Ecosocial theory, embodied truths, and the people's health*. Oxford University Press.
- . 2024. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford: Oxford University Press.
- Kuhn, Thomas. 1995. *La estructura de las revoluciones científicas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Lake, Eileen T., Jordan Sanders, Rui Duan, Kathryn A. Riman, Kathryn M. Schoenauer, y Yong Chen. 2019. "A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes". *Medical care* 57 (5): 353–61.
- Lascano, Ingrid Ashqui, Evelin Velasco Acurio, José Herrera López, Diana Martínez García, Eulalia Analuisa Jiménez, y Verónica Cobo Sevilla. 2023. "Asociación del nivel de estrés con el desarrollo del síndrome metabólico en el personal de salud". *Salud, Ciencia y Tecnología* 3: 386.
- Laurell, Asa Cristina. 1978. "Proceso de trabajo y salud". *Cuadernos políticos* 17: 59-79.
- . 1993. "La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores". *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington*, 22-35.
- Laurell, Asa Cristina, y Mariano Noriega. 1989. "Manual conocer para cambiar: Estudio de la salud en el trabajo". En *Manual conocer para cambiar: Estudio de la salud en el trabajo*, 211.
- Lefebvre, Henri. 2012. "From the production of space". En *Theatre and performance design*, 81-4. Londres: Routledge.
- Leiva, Ana María, María Adela Martínez, Carlos Cristi-Montero, Carlos Salas, Rodrigo Ramírez-Campillo, Ximena Díaz Martínez, Nicolás Aguilar-Farías, y Carlos Celis-Morales. 2017. "El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física". *Revista médica de Chile* 145 (4): 458-67.
- Levy Yeyati, Eduardo. 2018. *Después del trabajo: El empleo argentino en la cuarta revolución industrial*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Lima, Mariana y Machado. 2017. "El llamado tercer sector en el escenario ecuatoriano de la 'Revolución Ciudadana'". *Revista Estudios de Políticas Públicas* 3 (1): 40-51.

- Llanos Cruz, Joshua Arturo. 2021. “Trabajo y salud mental: Miradas sociológicas a la relación entre trastornos mentales y explotación capitalista”. Tesis de maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/5b7b4837-237f-4d14-8875-50f7b3d670ca>.
- López-Soriano, Francisco, y Lucía Bernal. 2002. “Prevalencia y factores asociados con el síndrome de *burnout* en enfermería de atención hospitalaria”. *Revista de Calidad asistencial* 17 (4): 201-5.
- Lucero, Rubén. 2020. “Capacidades institucionales en salud: La gestión del sistema hospitalario”. En *Capacidades estatales: La asistencia social, la salud y la seguridad frente al COVID 19*, 29-37. Buenos Aires: UNGS. <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/09/Informe-COVID19-UNGS-Dic-2020-04-Capacidades-estatales.pdf>.
- Lucio, Ruth, Rodrigo López, Nicole Leines, y Juan Antonio Terán. 2019. “El Financiamiento de la Salud en Ecuador”. *Revistapuce*. doi:10.26807/revpuce.v0i108.215.
- Madariaga, Aldo. 2020. *Neoliberal resilience: Lessons in democracy and development from Latin America and Eastern Europe*. Princeton University Press.
- Maldonado, Adolfo, y Paola Oña. 2018. “La huella del cáncer en la Amazonía ecuatoriana”. Informe del registro Biprovincial de Tumores de Clínica Ambiental. Unión de afectados por la Texaco (UDAPT).
- Marcillo Balseca, Juan Carlos, Pablo Alfonso Heredia Logroño, y Andrés Sebastián Benítez Triviño. 2017. “Escuela de Frankfurt: Teoría Crítica”. *Revista Publicando* 4 (12): 136-50. <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/688>.
- Martínez Alcántara, Susana. 2007. “La Investigación participativa como práctica social y su aportación al mundo laboral a través del modelo obrero”. *Salud de los Trabajadores* 15 (2): 107-17.
- Marx, Karl. 2000. *El capital: El proceso global de la producción capitalista*. Barcelona: Ediciones AKAL.
- Maslach, Christina, y Susan E. Jackson. 2013. “Burnout in health professions: A social psychological analysis”. En *Social psychology of health and illness*, 227-51. Psychology Press.

- Mata Gallegos, Sandra Lizeth. 2014. "Los sindicatos tienen perspectiva de género en el estado de San Luis Potosí? (2007-2013)". Tesis de maestría, El Colegio de San Luis, A. C. <https://biblio.colsan.edu.mx/tesis/MataGallegosSandraLizeth.pdf>.
- Mayorga Aguilar, Grace Soledad. 2023. "Alteraciones del sueño en el personal de salud por jornadas prolongadas en el servicio de terapia intensiva del hospital general Latacunga". Tesis de maestría, Universidad Uniandes, Ambato. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17506>
- Mendez Guzmán, Jordi Alberto, y Ana Paula Panta Alarcón. 2024. "Salario emocional y la motivación laboral en los trabajadores estables del Hospital la Caleta de Chimbote, 2024". Tesis de grado, Universidad César Vallejo. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_d58652f241288e6bddb47a69e7ca519f/Details.
- Minteguiaga, Analía. 2013. "Neoliberalismo: hegemonía, transición y salida: Reflexiones a partir del campo de la política social en Ecuador". *Estado & comunes* 1 (1).
- Monroy, Gardenia, Olga Lucía Prieto, Paula Ramírez, Martha Adriana Rivera, y Jesús Ortega. 2019. "El derecho a la salud y su impacto sanitario en Sudamérica. 2014-2015". *Revista de la Facultad de Medicina* 67 (3): 229-38. doi:10.15446/revfacmed.v67n3.63585.
- Monterrosa-Castro, Álvaro, Raúl Dávila-Ruiz, Alexa Mejía-Mantilla, Jorge Contreras-Saldarriaga, María Mercado-Lara, y Chabeli Flores-Monterrosa. 2020. "Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos". *MedUNAB* 23 (2): 195-213.
- Morales, C., y J. C. Eslava. 2015. *Tras las huellas de la determinación*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Morin, Edgar. 2004. "La epistemología de la complejidad". *Gazeta de antropología*, n.º 20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1001254>.
- MSP, y OSUMTRANSA. 2017. Contrato Colectivo.
- Muñoz, Iván, Yomaira Higueta, Gloria Molina, y Lina Gómez. 2014. "Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares (2014)". *Academia*. 265–91.
- Naranjo, Andrea Estefanía Almeida, Juan Francisco Mena Zapata, Oscar Manuel Tapia Claudio, y Mario Gavilanes Chancay. 2019. "Accidentes laborales por pinchazos

- con agujas en un Hospital de Tercer Nivel (Factores Asociados)". *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*.
- Navarro, Mina Lorena. 2015. "Hacer común contra la fragmentación en la ciudad: experiencias de autonomía para la reproducción de la vida". *Apantle: Revista de Estudios Comunitarios*, n.º 1.
- Niño Peña, Jairo Enrique, y Maricela Solano Aguado. 2020. "Importancia de las pausas activas: una revisión bibliográfica". *Corporación Universitaria Minuto de Dios*. 26 de noviembre. <https://repository.uniminuto.edu/items/50a10e82-74b2-42cea7c7-9477fe25a090>.
- Noboa, Hugo. 2024a. "La salud pública en el Ecuador entre 1960 y 2023: Una mirada".
———. 2024b. "Pensamiento Médico del Ecuador". Presentado en XI Congreso Ecuatoriano de Historia, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Nogueira, Roberto Passos, ed. 2010. *Determinação social da saúde e reforma sanitária. Coleção Pensar em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Norful, Allison A., Katherine C. Brewer, Katherine M. Cahir, y Andrew M. Dierkes. 2024. "Individual and organizational factors influencing well-being and burnout amongst healthcare assistants: A systematic review". *International Journal of Nursing Studies Advances* 6: 100187.
- Noriega, Mariano. 1989. *En defensa de la salud en el trabajo*. Ciudad de México: Situam.
- Norman, S. 1998. "The elements of nursing... all but unknown". *The Ulster medical journal* 67 (Suppl 1): 98.
- Nunes, Everardo Duarte. 2007. "Samaja: el epistemólogo de la salud". *Salud colectiva*.
- De la O Maese, Jaime Alberto, Salvador Luis Ojeda Lizárraga, y Gabriel Barrio Echavarría. 2018. "Impact of the implementation of an Occupational Health program". *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 19 (1): 9-14.
- Ochoa Mangado, Enriqueta. 2011. "Consumo de alcohol y salud laboral: Revisión y líneas de actuación". *Medicina y Seguridad del Trabajo* 57: 173-87.
- OIT. 2022. *Trabajadores de la salud en Ecuador: condiciones de empleo, salud y seguridad en el trabajo*. Ecuador: Organización Internacional del Trabajo.
- Onocko Campos, Rosana Teresa, y Juarez Pereira Furtado. 2008. "Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde". *Revista de Saúde Pública* 42: 1090-6.
- OPS y OMS. 2006. "Plan de acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025". 54.º Consejo Directivo: 67.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

- https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33983/CD54_10Rev.%201-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Otero Gabriel. 2024. *Evolución de los derechos laborales y sindicales en Ecuador 2008-2023*. Quito: Friedrich-Ebert-Stiftung Ecuador / ILDIS / Centro de Investigación y Defensa del Derecho al Trabajo. <https://www.calameo.com/read/0079431893bf371ff5dee>.
- Paiva Neto, Francisco Timbó de, Paula Fabrício Sandreschi, María Socorro de Araújo Dias, y Mathias Roberto Loch. 2020. “Dificultades del autocuidado masculino: Discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud”. *Salud colectiva* 16: e2250.
- Pena Dopico, Sergio. 2020. “El desgaste de la salud laboral como estrategia de rentabilidad en Ecuador: Un análisis de la legislación de seguridad y salud bajo el neodesarrollismo”. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 38 (2): 365-85. doi:10.5209/crla.70895.
- Pereira, Sandra de Souza, Joana Fornés-Vives, Sara Guadalupe Unda-Rojas, Gerson Alves Pereira-Junior, Mario Francisco Juruena, y Lucilene Cardoso. 2021. “Confirmatory factorial analysis of the Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey in health professionals in emergency services”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 29: e3386.
- Pinilla-Roa, Análida E. 2012. “Aproximación conceptual a las competencias profesionales en ciencias de la salud”. *Revista de Salud Pública* 14: 852-64.
- Piñeiro Naval, Valeriano. 2020. “La metodología de análisis de contenido. Usos y aplicaciones en la investigación comunicativa del ámbito hispanico”. *Communication & Society* 33 (3): 1-16.
- Polanyi-Levitt, Kari, y Mario Seccareccia. 2018. “Neoliberalismo: La perspectiva polanyiana”. *Ola Financiera* 11 (31): 1-21.
- Ponce, Edwin V., Pablo A. Curay, y Paúl A. Ponce Ch. 2022. “Modelo metodológico psicométrico, sistemático e integral MMPSI, para la medición y evaluación de riesgos psicosociales laborales”. *Pienso en Latinoamérica* 11.
- Pons, Olga, M. Dolors Calvet, Amaia Lusa, Ma Carme Martínez, y Marta Tura. 2010. “Salud y movilidad: nuevos ámbitos para el análisis de la igualdad de oportunidades en empresas y sectores empresariales”. En *4th International Conference On Industrial Engineering and Industrial Management*, 565-74.
- Punch, Keith F., y Alis E. Oancea. 2014. “Introduction to research methods in education”.

- Ramos, Valentina, y Filomena Jordão. 2014. "Género y estrés laboral: semejanzas y diferencias de acuerdo a factores de riesgo y mecanismos de coping". *PePsic* 14 (2): 218-29. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000200008.
- Raurell-Torredà, M., G. Martínez-Estalella, M. J. Frade-Mera, L. F. Carrasco Rodríguez-Rey, y E. Romero de San Pío. 2020. "Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19". *Enfermería Intensiva* 31 (2): 90-93. doi:10.1016/j.enfi.2020.03.002.
- Rodríguez, Bruna Altino, Fernanda de Sousa Rodríguez, Manuelle Rodríguez da Silva, Márcia Laís Fortes Rodríguez Mattos, William Gomes Silva, Aline Reis Diniz, Adão Ribeiro Teixeira, y Joanderson Carvalho Costa. 2024. "Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem: uma atualização da literatura sobre definições e fature de risco". *Revista Contemporânea* 4 (6): e4360.
- Romero-Martínez, Martín, Teresa Shamah-Levy, Aurora Franco-Núñez, Salvador Villalpando, Lucía Cuevas-Nasu, Juan Pablo Gutiérrez, y Juan Ángel Rivera-Dommarco. 2013. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura". *Salud pública de México* 55 (suppl 2): S332-40.
- Romero-Sánchez, José Manuel, Ana María Porcel-Gálvez, Olga Paloma-Castro et al. 2022. "Worldwide prevalence of inadequate work ability among hospital nursing personnel: a systematic review and meta-analysis". *Journal of Nursing Scholarship* 54 (4): 513-28.
- Rovere, Mario. 1998. "Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad". En *Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*, 174.
- Saavedra, Lucia Daniela. 2017. "Género y salud: estudio sobre la doble jornada laboral en las mujeres y su relación con el autocuidado de su salud". En IX Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología XXIV Jornadas de investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Sacoto, Fernando. 2007. "Los modelos de atención de la salud en Ecuador". En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 317-67. Quito: OPS / MSP / Conasa.
- Saldado, Patricia, y Martha Castañeda. 2022. *Nudos críticos sobre la desigualdad de género*. Santiago: Clacso.
- Samaja, Juan. 2002. *Reproducción social y salud*. Buenos Aires: Editorial Buenos Aires.

- Segura, María Soledad. 2021. "No es una brecha: Desigualdades digitales y sociales en Argentina". *Revista Eletrônica Internacional de Economia Política da Informação da Comunicação e da Cultura* 23 (2): 190-208.
- Seguro General de Riesgos del Trabajo, e IESS. 2018. "Estadísticas del Seguro general de Riesgos del Trabajo". *Boletín Estadístico*. https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51889/Boletin_estadistico_2018_nov_dic.pdf.
- Serra Galceran, Mercè, Lourdes Mestres Camps, Magda González Soriano, Juan M. Leyva Moral, Rosa De Dios Sánchez, y Montse Montiel Pastor. 2013. "Competencia clínico cultural: Análisis de la capacitación de los profesionales de la salud". *Index de Enfermería* 22 (1-2): 16-9.
- Silla, José M. Peiró. 2007. Nuevas Tendencias en la investigación sobre estrés laboral y sus implicaciones para el análisis y Prevención de Los Riesgos Psicosociales.
- Smith, Kenneth. 2017. "Sobre las clases sociales en Karl Marx (On social classes in Karl Marx)". *Marxismo & Revolución*.
- Soliz Torres, María Fernanda, Melissa Carolina Monge Chiguano, Lilia Zapata, y Doménica Ibujés. 2023. *La salud petrolizada: Sistematización de un ecogenocidio en la Amazonía ecuatoriana. Informe*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Spinelli, Hugo. 2015. "Work in the healthcare field: Artisanal or industrial models?". *Investigación y educación en enfermería* 33 (2): 194-205. doi:10.17533/udea.iee.v33n2a02.
- . 2016. "Volver a pensar en salud: programas y territorios". *Salud colectiva* 12: 149-71.
- . 2018. "Máquinas y arte-sanos". *Salud colectiva* 14: 483-512.
- Spinelli, Hugo, Andrés Trotta, Carlos Guevel, Adrián Santoro, Sebastián García, Gisela Negrin, y Yaima Morales. 2012. *Los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina 2010-2012*. Buenos Aires: OPS / OMS.
- Thelen, Esther, Gregor Schöner, y Christian Scheier. 2001. "The dynamics of embodiment: A field theory of infant perservative reaching". *The Behavioral and brain sciences* 24: 1-34. doi:10.1017/S0140525X01003910.

- Thomas-Lange, Jeffrey. 2022. “‘Determinantes Sociales de la Salud’, ‘Habitús’ y ‘Embodiment’ detrás de un IMC elevado. Un análisis social del actual escenario epidemiológico”. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 72 (2): 125-38.
- Tolfo, Suzana da Rosa, Narbal Silva, y Edite Krawulski. 2013. “Acoso laboral: relaciones con la cultura organizacional y la gestión de personas”. *Salud de los Trabajadores* 21 (1): 5-18.
- Torres, Mauricio. 2018. “El fracaso de la protección a la salud en el mundo del trabajo”. *Salud de los trabajadores* 26 (2): 162-6.
- . 2019. “Protección de la salud en el trabajo: de lo indemnizatorio mercantil al real cuidado de la salud”. *Salud de los trabajadores* 27 (2): 133-46.
- Torres-Tovar, Mauricio. 2021. “COVID-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores”. En *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*, coordinado por Tetelboin Henrion C., Iturrieta Henríquez D. del R. y Schor Landman C., 291-308. Buenos Aires: Clacso.
- . 2023. “¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud?”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 41 (3). doi:10.17533/udea.rfnsp.e354685.
- Touraine, Alain. 1994. “Las transformaciones sociales del siglo XX”. Discurso de apertura leído ante la Primera Reunión Provisional del Intergovernmental Council of the Management of Social Transformations Programme (MOST), París, 7-10.
- Unda, Mario y Idrobo Maritza. 2021. “Desafíos actuales del movimiento sindical ecuatoriano”. *Rosalux Andina*. Noviembre. <https://www.rosalux.org.ec/desafios-actuales-del-movimiento-sindical-ecuatoriano/>.
- Unicef. 1978. “Declaración de Alma-Ata”. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Valles, Miguel S. 2000. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Editorial.
- Vanhulst, Julien, y Adrian E. Beling. 2014. “Buen vivir: Emergent discourse within or beyond sustainable development?”. *Ecological Economics* 101: 54-63.
- Vásconez, Lucía. 2024. “Los cambios del nuevo reglamento de Seguridad y Salud laboral traen sorpresas”. *El Comercio*. 20 de mayo.

<https://www.elcomercio.com/actualidad/negocios/nuevo-reglamento-seguridad-salud-laboral-cambios-empleadores-trabajadores.html>.

- Vásquez, L., y J. Ortega. 2007. “Gestión integral e integrada de seguridad y salud: Modelo Ecuador”. En *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*, 3.^a ed., editado por C. Frutos, A. M. García, J. Delclós y F. Benavides, 207-20. Barcelona: MASSON.
- Vásquez, Luis, y Jaime Ortega. 2007. “Gestión integral e integrada de seguridad y salud: Modelo Ecuador”. En *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: MASSON.
- Vásquez-Manrique, Jim F., Aldo Maruy-Saito, y Eduardo Verne-Martin. 2014. “Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú”. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 77 (3): 168-74.
- Velasco, Juan, y Martha Nolasco. 2024. *Salud colectiva y la determinación social de la salud*. Quito: Tirant Humanidades.
- Velasco, Juan Pablo. 2018. “Determinación social de la relación trabajo-salud en enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marín-IESS (2012-2016)”. Documento no publicado. Quito, Ecuador.
- Velasco, Margarita, Francisco Hurtado, y Jesús Tapia. 2020. “¿Estaba preparado el sistema de salud para enfrentar la pandemia?”. *Observatorio Social del Ecuador y FES-Ildis*. 21 de julio. <https://www.covid19ecuador.org/post/salud-publica-pandemia-1>.
- Velásquez, J. 2013. *Determinación social de la salud: Una perspectiva desde América Latina*. Quito: ALAMES.
- Vera-Viteri, Leonardo, Carmina I. Cuadros-Ocampo, y Mariuxi Elizabeth Zambrano-Chavarría. 2022. “Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas”. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina* 10 (2). Licencia Creative Commons.
- Vicente-Herrero, María Teófila, José Ignacio Torres Alberich, Luisa Capdevila García, José Ignacio Gómez, María Jesús Terradillos García, José Alberto Garrido, Ángel Arturo López-González, Lucila Morató Moscardó y Valentín Esteban Buedo. 2016. “Trabajo nocturno y salud laboral”. *Revista Española de Medicina Legal* 42 (4): 142-54.

Wilkinson, R. 2003. "Social determinants of health: the solid facts". *World Health Organization Regional Office for Europe*.

Wismar, Matthias, Irene Glinos, Claudia Maier, Gilles Dussault, Willy Palm, y Josep Figueras. 2011. "Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries". *Euro Observer* 13 (julio).

Anexos

Anexo 1: Formato de encuesta “Determinación social de la Salud en el Colectivo de Auxiliares de Enfermería HDC”

Encuesta

Determinación Social de la Salud en el Colectivo de Auxiliares de Enfermería del HGDC

BIENVENIDOS A LA ENCUESTA: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN EL COLECTIVO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA HGDC

INGRESE EL CÓDIGO DE FACILITADOR O FACILITADORA

ESTIMADOS PARTICIPANTES,

La presente encuesta tiene como objetivo evaluar desde la Determinación Social de la Salud los procesos destructivos y protectores que influyen en la salud del personal auxiliar de enfermería en diversas áreas del HGDC. La relación trabajo-salud, no solo puede ser dimensionada desde lo biomédico, sino también desde las dimensiones generales, particulares y el nivel individual. Los resultados obtenidos nos permitirán comprender mejor las necesidades y desafíos que enfrentan en su entorno laboral y extralaboral, para proponer estrategias y políticas que promuevan ambientes y procesos de trabajo más saludables y seguros.

Su participación es crucial para el éxito de esta investigación. La información que proporcione será de gran valor para identificar áreas de mejora y para la formulación de recomendaciones que beneficien tanto al personal trabajador, como a su organización representante.

Queremos asegurarle que todas las respuestas serán tratadas con la más estricta confidencialidad. Los datos recogidos serán utilizados únicamente con fines de investigación y no se divulgará información personal que permita identificar a sus participantes.

Su participación es voluntaria, si decide participar puede suspenderla en cualquier momento. La encuesta está diseñada para ser completada en base a su experiencia laboral y personal con una duración de aproximadamente 25 minutos.

Si requiere más información sobre el estudio puede acudir a: Dr. Juan Pablo Velasco del Hospital General Docente de Calderón, correo:

dr.velascojp.69@hotmail.com (investigador principal); teléfono [0997126935](tel:0997126935).

Agradecemos profundamente su colaboración y participación en esta encuesta. Su contribución es invaluable para mejorar las condiciones laborales y de salud de todo el personal auxiliar de enfermería del HGDC.

Confirmando que he leído la información

CONSENTIMIENTO INFORMADO

*

Comprendo que mis datos personales serán utilizados con fines de investigación científica cuyo objetivo previamente me fue explicado. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de mis datos personales en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento el investigador tomará las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas con la misma línea de investigación, para las que se otorgue explícitamente y en su momento, un nuevo consentimiento informado escrito previo a la aprobación del protocolo respectivo por un comité de ética de investigación en seres humanos reconocido por el ministerio de salud pública. En virtud de lo cual, voluntariamente:

- Acepto participar
- No acepto participar

Información general**¿EN QUÉ ÁREA DEL HOSPITAL TRABAJA ACTUALMENTE?**

- Terapia intensiva
- Neonatología
- Hospitalización pediatría
- Hospitalización ginecología
- Hospitalización áreas quirúrgicas
- Hospitalización áreas clínicas
- Emergencia
- Diálisis
- Consulta externa
- Centro quirúrgico
- Centro obstétrico
- Central de esterilización
- Banco de leche

EDAD

- 18 a 25 años
- 26 a 45 años
- 46 a 55 años
- Mas de 56 años

SEXO

- Hombre
- Mujer
- Otro

¿CON QUÉ GÉNERO SE IDENTIFICA?

- Masculino
- Femenino
- Otro ¿Cuál?

INGRESE EL GÉNERO CON EL QUE SE IDENTIFICA

*

¿CON QUÉ ÉTNIA SE IDENTIFICA?

- Mestizo
- Indígena
- Montubio
- Afroecuatoriano
- Blanco
- Otro ¿Cuál?

INGRESE LA ÉTNIA CON LA QUE SE IDENTIFICA

*

¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

- Soltero, soltera
- Unión libre
- Casado, casada
- Viudo, viuda
- Separado, separada
- Divorciado, divorciada

¿CUÁL ES EL ÚLTIMO NIVEL DE ESCOLARIDAD QUE ALCANZÓ?

- Primaria
- Básico
- Bachillerato
- Certificado Auxiliar de enfermería
- Licenciatura en enfermería
- Otro ¿Cuál?

INGRESE EL ÚLTIMO NIVEL DE ESCOLARIDAD QUE ALCANZÓ

Territorio

¿EN QUÉ ZONA ESTÁ LA PARROQUIA DONDE VIVE?

URBANA RURAL

¿EN QUÉ PARROQUIA VIVE?

¿EN QUÉ SECTOR VIVE?

Por favor escriba el nombre completo del sector donde vive

¿EN QUÉ BARRIO VIVE?

Por favor escriba el nombre completo del barrio donde vive

Hogar

¿CUÁNTAS PERSONAS DEL HOGAR CONTRIBUYEN PARA LOS GASTOS Y MANUTENCIÓN DEL HOGAR?

- 1 persona
 2 y más personas

¿QUIÉN ES LA PERSONA DE LA CUAL DEPENDE PRINCIPALMENTE EL SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR?

- Yo mismo/a
 Cónyuge o compañero/a
 Familiar que vive en el mismo hogar
 Familiar que no vive en el hogar
 Otros

¿QUIÉN ES LA OTRA PERSONA DE LA CUAL DEPENDE PRINCIPALMENTE EL SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR?

GÉNERO DE LA PERSONA DE LA CUAL DEPENDE EL SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR

Masculino Femenino Otro

A QUÉ GRUPO ÉTNICO PERTENECE LA PERSONA DE LA CUAL DEPENDE PRINCIPALMENTE EL SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR

Mestizo
 Indígena
 Montubio
 Afroecuatoriano
 Blanco
 Otros

CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD MÁXIMO ALCANZADO POR LA PERSONA DE LA CUAL DEPENDE PRINCIPALMENTE EL SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR

Ninguna
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Superior

¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DESCRIBE MEJOR LA INSERCIÓN SOCIAL DE LA PERSONA QUE ES EL PRINCIPAL RESPONSABLE ECONÓMICO DE SU HOGAR, QUE PROVEE DE LA FUENTE MÁS IMPORTANTE DE LOS INGRESOS DEL HOGAR?

- Gran empresario (propietario o socio de gran empresa de producción, comercial o servicios; con más de 200 personas ocupadas; su fuente de ingresos principal es la ganancia de la empresa)
- Mediano empresario (propietario o socio de mediana empresa de producción, comercial o servicios; con entre 50 y 200 personal ocupado; su fuente de ingresos es la ganancia de la empresa)
- Pequeño empresario (propietario de pequeña o microempresa de producción, comercial o servicios; con entre 10 y 49 personal ocupado; su fuente de ingresos es el rendimiento de su negocio)
- Profesional nivel directivo, independiente o empleado público o privado (empleado público o privado titulado, de nivel alto o directivo, su fuente de ingresos es su sueldo; o profesional en libre ejercicio, con despacho, consultorio, oficina propia con personal a su cargo e ingresos regulares)
- Profesional nivel medio, autónomo o empleado público o privado (empleado público o privado titulado, de nivel medio, contrato regular o no; o profesional independiente que vive de honorarios por servicios)
- Artesano propietario de taller (maestro con título de artesano en cualquier rama, con taller propio y trabajadores a su cargo; su fuente de ingresos es la venta de su producción)
- Empleados administrativos o técnicos (personal administrativo o técnico auxiliar, educación media o técnica; su fuente de ingresos es su sueldo o pago por su trabajo)
- Obrero o trabajador manual (en cualquier rama de la producción o servicios; vive principalmente del salario mensual o jornal)
- Pensionista o becario/becaria (sin trabajo actual; su sustento se basa principalmente en pensión por jubilación, pensión alimenticia o beca)
- Rentista (vive de renta de capital o de alquiler bienes muebles o inmuebles) Otra, no contemplado en los anteriores.

¿DE QUÉ OTRA FORMA NO CONTEMPLADA EN LAS OPCIONES ANTERIORES SE DESCRIBE MEJOR LA INSERCIÓN SOCIAL DE LA PERSONA QUE ES EL PRINCIPAL RESPONSABLE ECONÓMICO DE SU HOGAR, QUE PROVEE DE LA FUENTE MÁS IMPORTANTE DE LOS INGRESOS DEL HOGAR?

¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES RANGOS SE UBICA EL INGRESO MENSUAL DEL HOGAR?

- Menos de \$500
- De \$500 a \$999
- De \$1000 a \$1999
- Más de \$2000.

SU VIVIENDA ES:

- Propia
- Arrendada
- Prestada por familiares, amigos
- Otra

DISPONE DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS EN LA VIVIENDA*Marque sí o no.*

		Sí	No
AGUA POTABLE	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALCANTARILLADO	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENERGÍA ELÉCTRICA	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TELÉFONO CONVENCIONAL	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TELÉFONO CELULAR (AL MENOS 1 PERSONA DEL HOGAR)	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONEXIÓN A INTERNET	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿SIENTE QUE SU BARRIO/SECTOR ES SEGURO?*Escoja una opción, del 1 al 5 (1=muy inseguro; 5= muy seguro)*

- 1 MUY INSEGURO
- 2
- 3
- 4
- 5 MUY SEGURO

¿CUÁNTAS HORAS TARDA EN ACUDIR DE LA CASA AL TRABAJO?

- Menos de 1 hora De 1 a 2 horas Más de 2 horas

TIPO PRINCIPAL DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA ACUDIR A SU TRABAJO

- Transporte público (Bus, metro, etc) Automóvil
 Motocicleta
 Taxi (incluyendo plataformas digitales) A pie
 Otro:

¿PRINCIPALMENTE QUE OTRO TIPO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA ACUDIR A SU TRABAJO?**¿CUANTOS TRANSPORTES TIENE QUE TOMAR PARA LLEGAR A SU TRABAJO?**

- Solo 1
 2 o más

SELECCIONE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA LA CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL

- Generalmente es satisfactoria, con tiempo suficiente para disfrutar a gusto y con un ambiente agradable
 Eventualmente es menos satisfactoria, se come de apuro y no siempre el ambiente es agradable
 Permanentemente siento que la alimentación no es buena, que como mal, de apuro y en mal ambiente
Traigo mi propia comida
 No aplica

Itinerario laboral

¿QUÉ TIPO DE CONTRATO DE TRABAJO TIENE?

- Contrato ocasional
- Nombramiento provisional
- Nombramiento definitivo

¿CUÁNTO TIEMPO LABORA EN EL HOSPITAL?

- Menos de 5 años
- De 5 a 15 años
- Más de 15 años

¿CUÁL FUE SU HORARIO DE TRABAJO EN EL ÚLTIMO MES?

- Turnos de 12 horas (lunes-domingo)
- Turnos de 24 horas (lunes-domingo)
- Jornada de 8 horas (lunes-viernes)

¿CUÁNTAS HORAS EXTRAS HA REALIZADO EN PROMEDIO EN EL ÚLTIMO MES?

- Ninguna
- 1 a 5 horas
- 6 a 10 horas
- 11 o más horas

¿RECIBE DE LA INSTITUCIÓN, EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN SU JORNADA DE TRABAJO?

- Sí, acordes al área y proceso de trabajo
- Si, pero no adecuados al área ni al proceso de trabajo;
- Sí, pero insuficientes para las tareas
- No dispone

¿USTED USA LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL?

- Regularmente
- Ocasionalmente
- Nunca
- No aplica (no dispone de Equipos de Protección Personal)

¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE NO USA REGULARMENTE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL?

- Incomodidad
- No están bien mantenidos (roturas, mala calidad)
- No hay reposición
- No me indicaron cómo usarlos

¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN E INSTRUCCIONES POR LA INSTITUCIÓN PARA EL USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL?

- Sí
- No

¿EN SU PUESTO DE TRABAJO SE REALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS BAJO CONOCIMIENTO DE ESTÁNDARES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?

- Sí
- No

¿USTED SE SIENTE SEGURO CUANDO REALIZA SU PROCESO DE TRABAJO HABITUAL?

- Sí
- No

¿USTED TIENE APOYO SUFICIENTE Y NECESARIO CUANDO REALIZA TAREAS QUE IMPLICAN RIESGO PARA SU SALUD?

- Sí
- No

¿HACE CUANTO TIEMPO TRABAJA COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (NO SOLO EN ESTE HOSPITAL)?

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- Mas de 5 años

¿HA PARTICIPADO EN EVENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO REALIZADOS POR EL HOSPITAL?

- Sí
- No

¿PERTENECE A LA ORGANIZACIÓN DE TRABAJADORES?

- Sí
- No

¿HACE CUANTO TIEMPO PERTENECE A LA ORGANIZACIÓN DE TRABAJADORES? (MARQUE LA MÁS CERCANA)

- Desde que ingresé al hospital
- A los 6 meses de trabajar
- Al año de haber ingresado a trabajar

¿QUÉ APOYOS HA RECIBIDO DE LA ORGANIZACIÓN? (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDA)

- Apoyo en atención de salud
- Apoyo en situaciones económicas de emergencia
- Apoyo en situaciones de tipo personal
- Apoyo en problemas relacionados con el trabajo
- Ninguno

¿HA SIDO O ES DIRIGENTE DE LA ORGANIZACIÓN?

- Sí
- No

A continuación, encontrará preguntas correspondientes a la exposición a procesos epidemiológicos críticos que pueden darse o no en su lugar de trabajo en el hospital. Por favor marque todos aquellos que experimentó persistentemente en el último mes.

Itinerario laboral

PDI: EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EN EL ÚLTIMO MES?

(MARQUE TODOS, LOS QUE EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES)

- Temperaturas extremas
- Humedad
- Falta de ventilación
- Mala iluminación
- Vibraciones
- Ruido fuerte o crónico
- Radiaciones
- Ninguna

PDIIA: EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES?

(MARQUE TODOS, LOS QUE EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES)

- Polvos
- Humos
- Vapores
- Líquidos irritantes
- Ninguna

PDIIB: EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES?

(MARQUE TODOS, LOS QUE EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES)

- Riesgo de contagio COVID-19
- Hongos en pies y manos
- Dermatitis contacto por alcohol
- Ninguna

PDIII: EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES?

(MARQUE TODOS, LOS QUE EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES)

- Trabajo repetitivo y bajo presión
- Grandes esfuerzos físicos
- Atención y ritmo de trabajo intensos
- Posturas incómodas o forzadas (parado largo, arrodillado, agachado)
- Ninguna

PDIV: EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES?

(MARQUE TODOS, LOS QUE EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES)

- Horas extras excesivas
- Turnos difíciles
- Cambio de horario en turnos
- Trabajo aburrido, desmotivado
- Rotación de tareas
- Trabajo repetitivo
- Conflictos con el personal
- Conflictos con pacientes, familiares y/o cuidadores
- No identificación con el trabajo
- No sentirse suficientemente capacitado(a)
- Sobrecarga laboral
- Sensación de inestabilidad laboral
- No disponer de soportes o apoyos
- Instalaciones y equipos peligrosos
- Otro (especifique)
- Ninguna

*

¿EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL, QUÉ PROBLEMA DIFERENTE A LAS OPCIONES PROPORCIONADAS EXPERIMENTÓ PERSISTENTEMENTE EL ÚLTIMO MES?

A continuación, encontrará preguntas referentes a varias tareas del hogar. por favor, ingrese el número de horas por día (no considerar fines de semana) que le dedica usted a dichas tareas.

Perfil género

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA, LE DEDICA USTED EN PROMEDIO, AL TRABAJO DOMÉSTICO (LIMPIEZA, COCINA, LAVADO, PLANCHADO, COMPRAS) ?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA USTED EN PROMEDIO, AL CUIDADO DE NIÑOS, MAYORES, ENFERMOS, ¿OTRAS PERSONAS VULNERABLES?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA USTED EN PROMEDIO, A SU AUTOCUIDADO, RECREACIÓN, EDUCACIÓN PROPIA?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA USTED EN PROMEDIO, AL TRABAJO COMPLEMENTARIO, OTRAS ACTIVIDADES LABORALES REMUNERADAS O NO, CULTIVOS, CUIDADO DE HUERTO?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

Perfil género

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EXPLORAN LA CANTIDAD DE HORAS QUE SU PAREJA, ESPOSO/A, U OTRA PERSONA DE DISTINTO GÉNERO AL SUYO Y QUE CONVIVE CON USTED LE DEDICA A LAS TAREAS DEL HOGAR. SELECCIONE CONTINUAR PARA AVANZAR, EN CASO DE QUE USTED VIVA SOLO/A O CON PERSONAS DE SU MISMO GÉNERO SELECCIONE NO APLICA

CONTINUAR

NO APLICA / VIVO SOLO/A, O CON PERSONAS DE MI MISMO GÉNERO

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA EN PROMEDIO, LE DEDICA SU PAREJA, PADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO MASCULINO EN SU HOGAR, AL TRABAJO DOMÉSTICO (LIMPIEZA, COCINA, LAVADO, PLANCHADO, COMPRAS, ETC)?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA EN PROMEDIO SU PAREJA, PADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO MASCULINO EN SU HOGAR, AL CUIDADO DE NIÑOS, MAYORES, ENFERMOS, OTRAS PERSONAS VULNERABLES?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA EN PROMEDIO, SU PAREJA, PADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO MASCULINO EN SU HOGAR, A SU AUTOCUIDADO, RECREACIÓN, EDUCACIÓN PROPIA?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA EN PROMEDIO, SU PAREJA, PADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO MASCULINO EN SU HOGAR, AL TRABAJO COMPLEMENTARIO, OTRAS ACTIVIDADES LABORALES REMUNERADAS O NO, CULTIVOS, CUIDADO DE HUERTO?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA EN PROMEDIO, LE DEDICA SU PAREJA, MADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO FEMENINO EN SU HOGAR, AL TRABAJO DOMÉSTICO (LIMPIEZA, COCINA, LAVADO, PLANCHADO, COMPRAS, ETC)?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA EN PROMEDIO SU PAREJA, MADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO FEMENINO EN SU HOGAR, AL CUIDADO DE NIÑOS, MAYORES, ENFERMOS, OTRAS PERSONAS VULNERABLES?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA EN PROMEDIO, SU PAREJA, MADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO FEMENINO EN SU HOGAR, A SU AUTOUIDADO, RECREACIÓN, EDUCACIÓN PROPIA?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

SIN TOMAR EN CUENTA FINES DE SEMANA ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA LE DEDICA EN PROMEDIO, SU PAREJA, MADRE O LA PERSONA REPRESENTATIVA DEL GÉNERO FEMENINO EN SU HOGAR, AL TRABAJO COMPLEMENTARIO, OTRAS ACTIVIDADES LABORALES REMUNERADAS O NO, CULTIVOS, CUIDADO DE HUERTO?

RESPONDA INGRESANDO EL NUMERO DE HORAS

Perfil género

¿HA SENTIDO ALGUNA VEZ ALGUNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN POR SU GÉNERO, EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL?

Sí No

¿HA SENTIDO ALGUNA VEZ ALGUNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN POR SU IDENTIFICACIÓN ÉTNICA, EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL?

Sí No

¿HA SENTIDO ALGUNA VEZ ALGUNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL, POR CUALQUIER OTRA RAZÓN?

Sí No

¿POR QUÉ OTRA RAZÓN HA SENTIDO ALGUNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL?

EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL ¿HA SENTIDO ALGUNA VEZ QUE LE RESTAN IMPORTANCIA A SUS OPINIONES POR SER MUJER?

Sí No

¿HA SENTIDO QUE NO LE PERMITEN PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES IMPORTANTES EN EL TRABAJO, POR SER MUJER?

Sí No

¿EN LA ORGANIZACIÓN SINDICAL, SE PROMUEVE QUE MUJERES ACCEDAN A LOS PUESTOS DE DIRIGENCIA?

Sí No

A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ PREGUNTAS REFERENTES A SU HOGAR Y FAMILIA. POR FAVOR, SELECCIONE LA OPCIÓN MAS ADECUADA SEGÚN CORRESPONDA A SU SITUACIÓN.

Estilo de vida 1

NÚMERO DE PERSONAS DEL HOGAR

Una persona De dos a 4 Más de 4

¿EN SU HOGAR RESIDEN NIÑOS O NIÑAS QUE REQUIEREN CUIDADO ESPECIAL?

Sí No

¿EN SU HOGAR RESIDEN PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE REQUIEREN CUIDADO ESPECIAL?

Sí No

¿EN SU HOGAR RESIDEN PERSONAS PORTADORAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE REQUIEREN CUIDADO ESPECIAL?

Sí No

¿EN SU HOGAR RESIDEN PERSONAS PORTADORAS DE ENFERMEDADES GRAVES QUE REQUIEREN CUIDADO ESPECIAL?

Sí No

¿CÓMO DESCRIBIRÍA EL EQUILIBRIO ENTRE SU TRABAJO Y LAS TAREAS DEL HOGAR EN LA RELACIÓN CON SU FAMILIA?

- No percibo apoyo por parte de mi familia.
- Percibo apoyo por parte de mi familia en actividades puntuales, pero no es consistente.
- Mi familia me brinda apoyo cuando es necesario, aunque no siempre es proactivo.
- Mi familia comprende mis responsabilidades laborales y me apoya activamente.

Estilo de vida 2

¿TRABA JA EN OTRO LUGAR PARA REDONDEAR SUS INGRESOS?

- Sí No

¿DÓNDE TRABA JA DE FORMA COMPLEMENTARIA?

- En otra unidad de salud.
 De forma independiente como auxiliar de enfermería.
 En otra actividad no relacionada con salud ni cuidado de pacientes.

EN SU TRABAJO EN EL HOSPITAL ¿CÓMO ES SU RELACIÓN CON SUS JEFES O SUPERVISORES INMEDIATOS?

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

¿CÓMO ES SU RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO EN EL HOSPITAL?

- Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

Estilos de vida 3

¿USTED CONSUME ALCOHOL?

(marque el que más se acerque)

- Nunca
 Ocasionalmente
 Frecuentemente (al menos 1 por semana)

¿USTED FUMA?

(marque el que más se acerque)

- Nunca
- Ocasionalmente
- Diariamente

¿USTED REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA COMO GIMNASIA, EJERCICIOS FÍSICOS, DEPORTE, CAMINATAS, YOGA, ETC.?

(marque el que más se acerque)

- Nunca
- Una vez al mes
- 1 vez por semana
- 2 o más por semana

A continuación, encontrará preguntas relacionadas a explorar la frecuencia con que realiza determinadas actividades en su tiempo libre tomando en cuenta una semana normal. por favor, marque en la escala de 0 a 4 según corresponda tomando en cuenta que 0 = nunca; hasta 4= muy frecuente

Estilos de vida 3

TOMANDO EN CUENTA UNA SEMANA NORMAL ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEDICA SU TIEMPO LIBRE A MIRAR LA TELEVISIÓN?

- 0 NUNCA, O CASI NUNCA
- 1
- 2
- 3
- 4 MUY FRECUENTEMENTE

TOMANDO EN CUENTA UNA SEMANA NORMAL ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEDICA SU TIEMPO LIBRE A LEER?

- 0 NUNCA, O CASI NUNCA
- 1
- 2
- 3
- 4 MUY FRECUENTEMENTE

TOMANDO EN CUENTA UNA SEMANA NORMAL ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEDICA SU TIEMPO LIBRE A HACER MANUALIDADES, ARTESANÍA U OTRAS ACTIVIDADES CREATIVAS?

- 0 NUNCA, O CASI NUNCA
- 1
- 2
- 3
- 4 MUY FRECUENTEMENTE

TOMANDO EN CUENTA UNA SEMANA NORMAL ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEDICA SU TIEMPO LIBRE A SU CUIDADO PERSONAL (PELUQUERÍA, MANICURA, ETC.)?

- 0 NUNCA, O CASI NUNCA
- 1
- 2
- 3
- 4 MUY FRECUENTEMENTE

TOMANDO EN CUENTA UNA SEMANA NORMAL ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEDICA SU TIEMPO LIBRE A CUIDAR SU JARDÍN, HUERTO O PLANTAS?

- 0 NUNCA, O CASI NUNCA
- 1
- 2
- 3
- 4 MUY FRECUENTEMENTE

TOMANDO EN CUENTA UNA SEMANA NORMAL ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEDICA SU TIEMPO LIBRE A DAR PASEOS, CAMINATAS AL AIRE LIBRE O EN PARQUES?

- 0 NUNCA, O CASI NUNCA
- 1
- 2
- 3
- 4 MUY FRECUENTEMENTE

TOMANDO EN CUENTA UNA SEMANA NORMAL ¿CON QUÉ FRECUENCIA DEDICA SU TIEMPO LIBRE A OTRAS ACTIVIDADES NO CONTEMPLADAS ANTERIORMENTE?

- 0 NUNCA, O CASI NUNCA
- 1
- 2
- 3
- 4 MUY FRECUENTEMENTE

*

¿A QUÉ OTRAS ACTIVIDADES DEDICA SU TIEMPO LIBRE EN EL DÍA A DÍA?

A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ PREGUNTAS CORRESPONDIENTES A LA FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS. POR FAVOR, MARQUE LA OPCIÓN MAS ADECUADA PARA SU SITUACIÓN.

¿EN SU DIETA REGULAR CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME ESTOS ALIMENTOS?

	Nunca	Poco frecuentemente	Frecuentemente	A diario
(PROTEÍNAS) CARNES ROJAS, PESCADOS, AVES, HUEVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(CARBOHIDRATOS): PAN, FIDEOS, PREPARADOS DE HARINAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(GRASAS) ALIMENTOS FRITOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(AZÚCAR) DULCES, ABUNDANTE AZÚCAR, GASEOSAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(FRUTAS Y VERDURAS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALIMENTOS PROCESADOS (PAPAS FRITAS, HAMBURGUESAS, PIZZA; ENLATADOS)				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ PREGUNTAS RELACIONADAS A SU SITUACIÓN DE SALUD. POR FAVOR, MARQUE LA OPCIÓN MAS ADECUADA PARA SU SITUACIÓN.							
Perfil de salud							
SÍNTOMAS REFERIDOS EN EL ÚLTIMO MES							
–				Sí			No
DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
PÉRDIDA DE PESO	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
GANANCIA DE PESO	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
CALAMBRES MUSCULARES, TAQUICARDIAS O TEMBLOR DE LAS MANOS	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
DIFICULTAD PARA PENSAR Y TOMAR DECISIONES	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
HA SIDO DIAGNOSTICADO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O TRASTORNOS:							
–				Sí			No
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
TRASTORNOS DE GLUCEMIA	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
TRASTORNO DE LA TIROIDES	*		<input type="radio"/>				<input type="radio"/>

HIPERSUDORACIÓN	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CIRROSIS	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEPATITIS	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASMA	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SÍNDROME METABÓLICO	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRASTORNOS RENALES	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIABETES	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SOBREPESO/OBESIDAD	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTRO	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*			
¿CON QUÉ OTRA ENFERMEDAD O TRASTORNO HA RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO?			
¿TOMA USTED MEDICAMENTOS REGULARMENTE?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Desgaste profesional			
A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ PREGUNTAS RELACIONADAS AL DESGASTE PROFESIONAL. POR FAVOR, MARQUE LA OPCIÓN MAS ADECUADA PARA SU SITUACIÓN.			
Nunca Una vez al mes Una vez a la Todos los días . semana			
ME SIENTO EMOCIONALMENTE AGOTADO/A POR MI TRABAJO.			
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ME SIENTO CANSADO AL FINAL DE LA JORNADA DE TRABAJO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y ME ENFRENTO A OTRA JORNADA DE TRABAJO ME SIENTO FATIGADO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿TENGO FACILIDAD PARA COMPRENDER LAS NECESIDADES DE MIS PACIENTES?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIENTO QUE TRABAJAR TODO EL DÍA CON PACIENTES SUPONE UN GRAN ESFUERZO Y ME CANSA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CREO QUE TRATO CON MUCHA EFICACIA LOS PROBLEMAS DE MIS PACIENTES.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIENTO QUE MI TRABAJO ME ESTÁ DESGASTANDO. ME SIENTO QUEMADO POR MI TRABAJO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PIENSO QUE ESTE TRABAJO ME ESTÁ ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO CON MUCHA ENERGÍA EN MI TRABAJO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO FRUSTRADO/A EN MI TRABAJO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CREO QUE TRABAJO DEMASIADO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRABAJAR DIRECTAMENTE CON PACIENTES ME PRODUCE ESTRÉS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO ACABADO EN MI TRABAJO, AL LÍMITE DE MIS POSIBILIDADES.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perfil de salud				

A continuación, encontrará preguntas relacionadas al estrés laboral. por favor, marque la respuesta para cada pregunta que mejor describe su situación en las dos ultimas semanas, siendo 0= no, nunca a 3= todo el tiempo.				
EPISTRES – CUESTIONARIO ESTRESORES DE BREILH - EVALUACIÓN DEL PERSONAL JAIME BREILH 1993				
<i>Marque la respuesta para cada pregunta que mejor describe su situación en LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.</i>				
–	No, nunca	Rara vez	Muchas veces	Todo el _ tiempo
¿SU ACTIVIDAD EN EL TRABAJO LE HACE SENTIR DESESPERADO O LE CANSA MUCHO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SIENTE UN EXCESO DE RESPONSABILIDAD EN SU TRABAJO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿EN SU TRABAJO SUFRE MALTRATO, DESPRECIO O HAY CONFLICTOS QUE LE PERTURBAN? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SE SIENTE INESTABLE EN EL TRABAJO, O LE PREOCUPA SER SEPARADO DE SU TRABAJO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿EL AMBIENTE DE SU TRABAJO LE EXPONE A RUIDO, FRÍO O CALOR, FALTA DE LUZ, GASES O POLVOS QUE LE MOLESTAN CONTINUAMENTE? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿TIENE RESPONSABILIDADES DE TRABAJO DOMÉSTICO (DE LA CASA) QUE LE AGOTAN, LE HACEN SENTIR PRESIONADO Y LE CAUSAN UNA SENSACIÓN DE CONSTANTE FALTA DE TIEMPO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿LE ANGUSTIA VERSE CONTINUAMENTE SOMETIDO EN SU CASA A TAREAS DOMÉSTICAS MONÓTONAS Y POCO INTERESANTES? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿LE PREOCUPA QUE NO LE ALCANZA EL TIEMPO PARA DEDICARSE ADECUADAMENTE A LOS HERMANOS, HIJOS U OTROS FAMILIARES? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿PADECE ANGUSTIAS POR NECESIDADES ECONÓMICAS PARA ALIMENTACIÓN, ESTUDIOS, PAGO DE CASA O ARRIENDO?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SE SIENTE AGOBIADO POR FALTA DE ESPACIO EN SU CASA? (CONGESTIONAMIENTO)	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿PADECE DE MUCHO FRÍO O CALOR, HUMEDAD O RUIDO EN SU CASA?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SUFRE POR LA IMPOSIBILIDAD DE DESCANSAR BIEN, COMO A USTED LE GUSTA?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SUFRE ANGUSTIAS POR NECESIDADES ECONÓMICAS PARA GASTOS DE EDUCACIÓN O SALUD?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SE SIENTE PRESIONADO POR PROBLEMAS DE TRANSPORTE DIARIO, ESPERAS O CONGESTIÓN DEL TRÁNSITO?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SUFRE MUCHA PREOCUPACIÓN POR ALGUNA DEUDA?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿PADECE POR RUIDO EXCESIVO ALREDEDOR DE SU CASA EN SU BARRIO?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿TEME QUE LE ASALTEN O AGREDAN EN SU BARRIO?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SE SIENTE AISLADO O EXTRAÑO RESPECTO DE SUS VECINOS O SEMEJANTES?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SE SIENTE PREOCUPADO O DESMORALIZADO POR LA SUERTE DE LA GENTE COMO USTED?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SUFRE POR ALGUNA CAUSA AMOROSA O AFECTIVA?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿LE AFECTA ALGÚN CONFLICTO O PELEA FAMILIAR?	*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿EN SU CASA SE SIENTE SÓLO O AISLADO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿EXPERIMENTA MUCHA ANGUSTIA POR ALGUNA FALTA O ERROR GRAVE COMETIDOS? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿PADECE POR CAUSA DE ALGUNA AMENAZA PERSONAL, REPRESIÓN O FALTA DE LIBERTAD? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿EXPERIMENTA ANGUSTIA POR ALGUNA ENFERMEDAD, INVALIDEZ O PORQUE SE SIENTE VIEJO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿TIENE PREOCUPACIÓN INTENSA POR ALGÚN MOTIVO SEXUAL, PROBLEMA O DEFECTO FÍSICO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SUFRE POR ALGUNA ENFERMEDAD O TRASTORNO DE UN SER QUERIDO? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿SUFRE POR LA MUERTE DE ALGÚN PARIENTE O PERSONA CERCANA A USTED? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
–	No, nunca Rara vez Muchas veces Todo el tiempo			
¿SE SIENTE PRESIONADA O ANGUSTIADA POR EMBARAZO O POR TENER QUE DAR DE LACTAR? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿PADECE MUCHA TENSIÓN POR CAUSA DE SUS MENSTRUACIONES? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!
SELECCIONE EL BOTÓN ENVIAR/SUBMIT Y LUEGO
MUESTRE EL MENSAJE QUE LE APARECERÁ A LA
PERSONA QUE LE FACILITÓ EL ENLACE

Anexo 2: Guía de entrevistas

Guía de entrevistas

Trabajar en salud en la sociedad del riesgo, determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador

Presentación

Antes de comenzar con la entrevista, queremos agradecerte por tu tiempo y disposición para participar en esta investigación. Tu contribución es fundamental para comprender la relación trabajo-salud, desde una mirada integral que dimensione no solo la exposición a factores de riesgo en el trabajo, sino que analice las políticas de salud en el trabajo, el acceso de los trabajadores a sistemas de promoción y prevención de la salud en el trabajo y fuera de él y al cuidado individual de la salud de Auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón (HGDC).

A continuación, te haremos una serie de preguntas que nos ayudarán a identificar procesos que afectan tu bienestar y calidad de vida en el trabajo. Te recordamos que toda la información que nos proporciones será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines de investigación.

Guía de preguntas para supervisores de área

1. Experiencia laboral y condiciones de trabajo

- ¿Puedes describir tu trayectoria profesional como auxiliar de enfermería?
¿Cuántos años llevas en esta profesión y en el HGDC?
- ¿Cómo describirías tus condiciones de trabajo actuales en términos de carga laboral, horario y ambiente laboral?
- ¿Has recibido formación continua o capacitación en los últimos años? Si es así, ¿en qué áreas y con qué frecuencia?

2. Condiciones de trabajo en la salud

- ¿Has experimentado algún problema de salud relacionado con tu trabajo? Si es así, ¿puedes especificar cuáles y cómo crees que están relacionados con tus condiciones laborales?
- ¿Qué tipo de apoyo recibes de la institución para manejar o prevenir problemas de salud relacionados con el trabajo? (por ejemplo, equipos de protección personal, programas de bienestar, etc.)
- ¿Cómo el hospital te apoya en el equilibrio vida personal y laboral?

3. Inserción social y familiar

- ¿Podrías describir brevemente tu situación familiar y social? (estado civil, personas a cargo, etc.)
- ¿Cómo balanceas tus responsabilidades laborales con tus obligaciones familiares? ¿Sientes que recibes apoyo suficiente en casa?
- ¿Existen conflictos o tensiones debido a tus horarios o carga de trabajo?

4. **Percepción de discriminación y apoyo social**

- ¿Has sentido alguna vez discriminación en tu trabajo debido a tu género, etnia u otra condición? Si es así, ¿puedes darnos algunos ejemplos?
- ¿Formas parte de alguna organización de trabajadores o sindicato?
- ¿Qué tipo de apoyo recibes de estas organizaciones?
- ¿Crees que hay igualdad de oportunidades en tu lugar de trabajo? ¿Por qué o por qué no?

5. **Estilos de vida y hábitos de salud**

- ¿Qué haces en tu tiempo libre para relajarte o desconectar del trabajo? (hobbies, deportes, actividades recreativas)
- ¿Llevas a cabo alguna actividad física regularmente? ¿Cuántas veces por semana y qué tipo de actividades realizas?
- ¿Cómo describirías tu dieta diaria? ¿Crees que tu trabajo influye en tus hábitos alimenticios?

Conclusión

Queremos agradecerte nuevamente por tu tiempo y sinceridad en responder a estas preguntas. Tu participación es muy valiosa y contribuirá significativamente a mejorar las condiciones laborales y de salud de los auxiliares de enfermería. Si tienes alguna pregunta o preocupación sobre esta investigación, no dudes en comunicárnoslo. ¡Gracias!

Guía de preguntas para supervisores de área para Dirigentes Sindicales

Introducción: La presente entrevista forma parte de un estudio cualitativo cuyo objetivo es comprender las condiciones laborales y su impacto en la salud de los auxiliares de enfermería del HGDC. Su participación es voluntaria y confidencial, y sus respuestas contribuirán a mejorar las políticas de salud laboral y a generar un entorno de trabajo más saludable y equitativo.

Preguntas para el dirigente sindical:

1. **Contexto y experiencia:**

- ¿Cuánto tiempo lleva formando parte de la organización sindical en el hospital?
- ¿Cuáles han sido sus principales funciones y responsabilidades como dirigente sindical?

2. **Condiciones laborales:**

- ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los auxiliares de enfermería del HGDC en cuanto a sus condiciones de trabajo?

- ¿Cómo afecta la carga laboral actual al bienestar físico y mental de los trabajadores?
- ¿Qué políticas usted podría decir que tiene el HGDC para apoyar al equilibrio entre vida personal y laboral de los auxiliares de enfermería? (incluir en vida personal las cuestiones relacionadas a salud, a la parte emocional y al equilibrio entre vida doméstica-familiar y laboral)

3. Capacitación y desarrollo:

- ¿Qué tipo de programas de capacitación y desarrollo profesional ofrece la organización sindical a los auxiliares de enfermería? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo son planificados estos programas – perfil del capacitador, necesidad personal o social, costos, local / medio, material... ¿
- ¿Considera que estos programas son suficientes para mejorar las competencias y el bienestar de los trabajadores? ¿Por qué?

4. Políticas y normativas:

- ¿Qué conocimiento usted tiene sobre las políticas del país sobre salud y seguridad en el trabajo y su evolución en los últimos gobiernos?
- ¿Cómo ha influido la implementación de políticas de salud de los trabajadores en el país en las decisiones que el Hospital tomó sobre las condiciones laborales y de salud de los auxiliares de enfermería?
- ¿Qué medidas ha tomado la organización sindical para mitigar los efectos de estas políticas en los trabajadores?

5. Apoyo y recursos:

- ¿Qué tipo de apoyos proporciona la organización sindical en situaciones de emergencia económica, personal o relacionada con el trabajo?
- ¿Considera que los recursos y apoyos disponibles son adecuados para cubrir las necesidades de los trabajadores? Si no, ¿qué mejoras sugiere?

6. Discriminación y equidad:

- ¿Ha recibido quejas de discriminación por género, etnia u otra condición por parte de los auxiliares de enfermería? ¿Cómo se manejan estas situaciones? ¿Existe algún protocolo de actuación?
- ¿Qué acciones realiza la organización sindical para promover la equidad y prevenir la discriminación en el lugar de trabajo?

7. Equilibrio trabajo-familia:

- ¿Qué medidas se ha tomado desde la organización sindical para fomentar el equilibrio entre las responsabilidades laborales y familiares de los auxiliares de enfermería?
- ¿Qué medidas propone para mejorar este equilibrio y reducir el estrés asociado?

8. **Salud y bienestar:**

- ¿Cuál es la incidencia de problemas de salud relacionados con el trabajo, como el estrés, la fatiga y el *burnout*, entre los auxiliares de enfermería?
- ¿Qué iniciativas de salud laboral se están implementando desde la organización sindical para abordar estos problemas?

9. **Futuro de la organización sindical:**

- ¿Cuáles son los principales objetivos y planes futuros de la organización sindical para mejorar las condiciones de trabajo y salud de los auxiliares de enfermería?
- ¿Cómo planea la organización sindical adaptarse a los cambios en el entorno laboral y de salud?

10. **Comentarios adicionales:**

- ¿Hay algún aspecto adicional que desee compartir sobre la situación laboral y de salud de los auxiliares de enfermería?

Esta guía de entrevista busca obtener una comprensión profunda y detallada de las experiencias y percepciones de los dirigentes sindicales sobre la Determinación Social de la Salud en el colectivo de auxiliares de enfermería. La información recopilada será fundamental para elaborar recomendaciones y estrategias que promuevan un entorno de trabajo más saludable y equitativo.

Guía de entrevista para gerente de hospital

1. Implementación de políticas y normativas

- **Pregunta:** ¿Cómo ha influido la implementación de políticas en salud de los trabajadores en la relación trabajo-salud de los auxiliares de enfermería en su hospital?
- **Objetivo:** Evaluar la percepción del gerente sobre los efectos de las políticas públicas en la carga laboral y el bienestar del personal de enfermería.

2. Recursos y personal

- **Pregunta:** ¿Cómo maneja su hospital los recursos financieros y personal asignado a programas de prevención y promoción de salud de los trabajadores en relación con el bienestar del personal auxiliar de enfermería?
- **Objetivo:** Entender las estrategias empleadas para gestionar la escasez de recursos y su impacto en el personal de enfermería.

3. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo

- **Pregunta:** ¿Qué medidas se están tomando para mejorar el acceso a la capacitación profesional y discutir las condiciones de trabajo del personal auxiliar de enfermería?
- **Objetivo:** Identificar los esfuerzos realizados para combatir la precarización laboral y mejorar las condiciones de trabajo.

4. Movilidad y espacio laboral

- **Pregunta:** ¿Cómo afecta la movilidad de los trabajadores y el rol del espacio de trabajo en la salud física, mental y social de los trabajadores de su hospital?
- **Objetivo:** Analizar el impacto de la movilidad y el entorno laboral en la salud del personal de enfermería.

5. Balance trabajo-familia

- **Pregunta:** ¿Qué apoyo se brinda a los auxiliares de enfermería para equilibrar sus responsabilidades laborales y familiares?
- **Objetivo:** Evaluar las políticas y prácticas de apoyo para ayudar al personal a mantener un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida familiar.

Estas preguntas permiten explorar en profundidad las experiencias y perspectivas del gerente de hospital sobre los desafíos y soluciones relacionadas con la Determinación Social de la Salud del personal de enfermería.

Esta guía de entrevista se basa en los elementos críticos identificados en el documento “Operacionalización _Encuesta epidemiológica, REv. JP_Velasco”

<https://us05web.zoom.us/j/5042914477?pwd=GhdPG54L9Tn0hDAtJ2XQHx1B170eSF.1>

Trabajar en salud en la sociedad del riesgo, determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador.

Presentación

Antes de comenzar con la entrevista, queremos agradecerte por tu tiempo y disposición para participar en esta investigación. Tu contribución es fundamental para comprender la relación trabajo-salud, desde una mirada integral que dimensione no solo la exposición a factores de riesgo en el trabajo, sino que analice las políticas de salud en el trabajo, el acceso de los trabajadores a sistemas de promoción y prevención de la salud en el trabajo y fuera de él y al cuidado individual de la salud de Auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón (HGDC).

A continuación, te haremos una serie de preguntas que nos ayudarán a identificar procesos que afectan tu bienestar y calidad de vida en el trabajo. Te recordamos que toda la información que nos proporciones será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines de investigación.

Guía de preguntas para supervisores de área

6. Experiencia laboral y condiciones de trabajo

- ¿Puedes describir tu trayectoria profesional como auxiliar de enfermería?
¿Cuántos años llevas en esta profesión y en el HGDC?
- ¿Cómo describirías tus condiciones de trabajo actuales en términos de carga laboral, horario y ambiente laboral?

- ¿Has recibido formación continua o capacitación en los últimos años? Si es así, ¿en qué áreas y con qué frecuencia?

7. Condiciones de trabajo en la salud

- ¿Has experimentado algún problema de salud relacionado con tu trabajo? Si es así, ¿puedes especificar cuáles y cómo crees que están relacionados con tus condiciones laborales?
- ¿Qué tipo de apoyo recibes de la institución para manejar o prevenir problemas de salud relacionados con el trabajo? (por ejemplo, equipos de protección personal, programas de bienestar, etc.)
- ¿Cómo el hospital te apoya en el equilibrio vida personal y laboral?

8. Inserción social y familiar

- ¿Podrías describir brevemente tu situación familiar y social? (estado civil, personas a cargo, etc.)
- ¿Cómo balanceas tus responsabilidades laborales con tus obligaciones familiares? ¿Sientes que recibes apoyo suficiente en casa?
- ¿Existen conflictos o tensiones debido a tus horarios o carga de trabajo?

9. Percepción de discriminación y apoyo social

- ¿Has sentido alguna vez discriminación en tu trabajo debido a tu género, etnia u otra condición? Si es así, ¿puedes darnos algunos ejemplos?
- ¿Formas parte de alguna organización de trabajadores o sindicato?
- ¿Qué tipo de apoyo recibes de estas organizaciones?
- ¿Crees que hay igualdad de oportunidades en tu lugar de trabajo? ¿Por qué o por qué no?

10. Estilos de vida y hábitos de salud

- ¿Qué haces en tu tiempo libre para relajarte o desconectar del trabajo? (hobbies, deportes, actividades recreativas)
- ¿Llevas a cabo alguna actividad física regularmente? ¿Cuántas veces por semana y qué tipo de actividades realizas?
- ¿Cómo describirías tu dieta diaria? ¿Crees que tu trabajo influye en tus hábitos alimenticios?

Conclusión

Queremos agradecerte nuevamente por tu tiempo y sinceridad en responder a estas preguntas. Tu participación es muy valiosa y contribuirá significativamente a mejorar las condiciones laborales y de salud de los auxiliares de enfermería. Si tienes alguna pregunta o preocupación sobre esta investigación, no dudes en comunicárnoslo. ¡Gracias!

Guía de preguntas para supervisores de área para Dirigentes Sindicales

Introducción: La presente entrevista forma parte de un estudio cualitativo cuyo objetivo es comprender las condiciones laborales y su impacto en la salud de los auxiliares de enfermería del HGDC. Su participación es voluntaria y confidencial, y sus respuestas contribuirán a mejorar las políticas de salud laboral y a generar un entorno de trabajo más saludable y equitativo.

Preguntas para el dirigente sindical:

11. Contexto y experiencia:

- ¿Cuánto tiempo lleva formando parte de la organización sindical en el hospital?
- ¿Cuáles han sido sus principales funciones y responsabilidades como dirigente sindical?

12. Condiciones laborales:

- ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los auxiliares de enfermería del HGDC en cuanto a sus condiciones de trabajo?
- ¿Cómo afecta la carga laboral actual al bienestar físico y mental de los trabajadores?
- ¿Qué políticas usted podría decir que tiene el HGDC para apoyar al equilibrio entre vida personal y laboral de los auxiliares de enfermería? (incluir en vida personal las cuestiones relacionadas a salud, a la parte emocional y al equilibrio entre vida doméstica-familiar y laboral)

13. Capacitación y desarrollo:

- ¿Qué tipo de programas de capacitación y desarrollo profesional ofrece la organización sindical a los auxiliares de enfermería? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo son planificados estos programas – perfil del capacitador, necesidad personal o social, costos, local / medio, material...?
- ¿Considera que estos programas son suficientes para mejorar las competencias y el bienestar de los trabajadores? ¿Por qué?

14. Políticas y normativas:

- ¿Qué conocimiento usted tiene sobre las políticas del país sobre salud y seguridad en el trabajo y su evolución en los últimos gobiernos?
- ¿Cómo ha influido la implementación de políticas de salud de los trabajadores en el país en las decisiones que el Hospital tomó sobre las condiciones laborales y de salud de los auxiliares de enfermería?
- ¿Qué medidas ha tomado la organización sindical para mitigar los efectos de estas políticas en los trabajadores?

15. Apoyo y recursos:

- ¿Qué tipo de apoyos proporciona la organización sindical en situaciones de emergencia económica, personal o relacionada con el trabajo?

- ¿Considera que los recursos y apoyos disponibles son adecuados para cubrir las necesidades de los trabajadores? Si no, ¿qué mejoras sugiere?

16. Discriminación y equidad:

- ¿Ha recibido quejas de discriminación por género, etnia u otra condición por parte de los auxiliares de enfermería? ¿Cómo se manejan estas situaciones? ¿Existe algún protocolo de actuación?
- ¿Qué acciones realiza la organización sindical para promover la equidad y prevenir la discriminación en el lugar de trabajo?

17. Equilibrio trabajo-familia:

- ¿Qué medidas se ha tomado desde la organización sindical para fomentar el equilibrio entre las responsabilidades laborales y familiares de los auxiliares de enfermería?
- ¿Qué medidas propone para mejorar este equilibrio y reducir el estrés asociado?

18. Salud y bienestar:

- ¿Cuál es la incidencia de problemas de salud relacionados con el trabajo, como el estrés, la fatiga y el *burnout*, entre los auxiliares de enfermería?
- ¿Qué iniciativas de salud laboral se están implementando desde la organización sindical para abordar estos problemas?

19. Futuro de la organización sindical:

- ¿Cuáles son los principales objetivos y planes futuros de la organización sindical para mejorar las condiciones de trabajo y salud de los auxiliares de enfermería?
- ¿Cómo planea la organización sindical adaptarse a los cambios en el entorno laboral y de salud?

20. Comentarios adicionales:

- ¿Hay algún aspecto adicional que desee compartir sobre la situación laboral y de salud de los auxiliares de enfermería?

Esta guía de entrevista busca obtener una comprensión profunda y detallada de las experiencias y percepciones de los dirigentes sindicales sobre la Determinación Social de la Salud en el colectivo de auxiliares de enfermería. La información recopilada será fundamental para elaborar recomendaciones y estrategias que promuevan un entorno de trabajo más saludable y equitativo.

Guía de entrevista para gerente de hospital

1. Implementación de políticas y normativas

- **Pregunta:** ¿Cómo ha influido la implementación de políticas en salud de los trabajadores en la relación trabajo-salud de los auxiliares de enfermería en su hospital?
- **Objetivo:** Evaluar la percepción del gerente sobre los efectos de las políticas públicas en la carga laboral y el bienestar del personal de enfermería.

2. Recursos y personal

- **Pregunta:** ¿Cómo maneja su hospital los recursos financieros y personal asignado a programas de prevención y promoción de salud de los trabajadores en relación con el bienestar del personal auxiliar de enfermería?
- **Objetivo:** Entender las estrategias empleadas para gestionar la escasez de recursos y su impacto en el personal de enfermería.

3. Capacitación en seguridad y salud en el trabajo

- **Pregunta:** ¿Qué medidas se están tomando para mejorar el acceso a la capacitación profesional y discutir las condiciones de trabajo del personal auxiliar de enfermería?
- **Objetivo:** Identificar los esfuerzos realizados para combatir la precarización laboral y mejorar las condiciones de trabajo.

4. Movilidad y espacio laboral

- **Pregunta:** ¿Cómo afecta la movilidad de los trabajadores y el rol del espacio de trabajo en la salud física, mental y social de los trabajadores de su hospital?
- **Objetivo:** Analizar el impacto de la movilidad y el entorno laboral en la salud del personal de enfermería.

5. Balance trabajo-familia

- **Pregunta:** ¿Qué apoyo se brinda a los auxiliares de enfermería para equilibrar sus responsabilidades laborales y familiares?
- **Objetivo:** Evaluar las políticas y prácticas de apoyo para ayudar al personal a mantener un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida familiar.

Estas preguntas permiten explorar en profundidad las experiencias y perspectivas del gerente de hospital sobre los desafíos y soluciones relacionadas con la Determinación Social de la Salud del personal de enfermería.

Anexo 3: Ficha de datos de entrevistados**Información de actores claves entrevistados**

Participante (código)	Edad	Género	Cargo	Área de trabajo	Antigüedad en el cargo (años)
Gerente del HGDC	48	Masculino	Gerente	Gerencia hospitalaria	1
Representante Sindical	56	Masculino	Chofer	Servicios	9
Supervisora 1	58	Femenino	Auxiliar de enfermería- Supervisora de Área	Gestión de cuidados de enfermería - hospitalización áreas quirúrgicas	9
Supervisora 2	47	Femenino	Auxiliar de enfermería- Supervisora de Área	Gestión de cuidados de enfermería - Neonatología	9

Fuente: registros de entrevistas

Elaboración propia

Anexo 4: Carta de aprobación MSP-HGDC



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Docente de Calderón

Carta de aprobación

03 de septiembre de 2024

Investigador principal: Juan Pablo Velasco Moncayo
Hospital Especializado Julio Endara- Ministerio de Salud Pública del Ecuador

ASUNTO: Aprobación de estudio “*Trabajar en salud en la sociedad del riesgo: Determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador*”.

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por la investigadora Gabriela de los Ángeles Vinueza Valencia, que titula “*Trabajar en salud en la sociedad del riesgo: Determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador*”, ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General Docente de Calderón, con fecha 02-09-2024, segunda versión, y cuyo código asignado es CEISH-HGDC-2024-013, luego de haber sido revisado y evaluado, dicho proyecto está **APROBADO** para su ejecución en el Hospital General Docente de Calderón, al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-HGDC, tanto los requisitos presentados por la investigadora, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos sumillados aprobados del CEISH.HGDC que se adjuntan al presente informe son los siguientes:

- Copia de protocolo de investigación “*Trabajar en salud en la sociedad del riesgo: Determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador*”, segunda versión, aprobado el 03-09-2024, Nro. De hojas: 17
- Copia de documento de consentimiento informado, segunda versión, aprobado el 02-09-2024, Nro. De hojas: 2

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

El investigador principal debe continuar con la ejecución del proyecto dentro de lo programado en su protocolo; y, además, en el caso que se requiera hacer una enmienda al mismo, esta debe ser revisada y aprobada nuevamente por el CEISH-HGDC

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto en el Hospital General Docente de Calderón:

- Informar al CEISH.HGDC la fecha de inicio y culminación de la investigación.
- Presentar a este comité informes de (inicio, intermedio y final) de ejecución del proyecto.



- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.
- Si la investigación tendrá una duración superior al año de vigencia desde la aprobación otorgada por el CEISH-HGDC, se deberá solicitar la renovación de dicha aprobación al menos con sesenta (60) días calendario antes de que expire su vigencia, caso contrario el comité revocará la aprobación otorgada.
- Informar si se produce una terminación anticipada del estudio. El investigador dispondrá de un término de quince (15) días contados a partir de la terminación del estudio para notificar al CEISH, expresando los motivos de la terminación anticipada, un resumen de los resultados obtenidos antes de la culminación y las medidas adoptadas con los participantes de la investigación.
- Informar la publicación científica oficial de su estudio, incluyendo el enlace de acceso directo o el artículo a texto completo.

NOTA: la presente carta de aprobación tiene una vigencia de un (1) año calendario, contado desde la fecha de su emisión.

Atentamente,



Cárdenas O. Edison
Presidente del Comité de Investigación en Seres Humanos del Hospital General Docente de Calderón



Gutiérrez Mayra
Secretaria del Comité de Investigación en Seres Humanos del Hospital General Docente de Calderón

Anexo 5: Carta de interés institucional MSP-HGDC



Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2024-0815-O

Quito, D.M., 10 de julio de 2024

Asunto: Carta de interés institucional en el marco del estudio titulado: "TRABAJAR EN SALUD EN LA SOCIEDAD DEL RIESGO: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN TRABAJO-SALUD EN EL COLECTIVO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL HGDC.

Señor
Juan Pablo Velasco Moncayo
En su Despacho

De mi consideración:

ANTECEDENTES

En referencia al Documento Nro. Oficio S/N de 21 de junio de 2024, ingresado al Sistema de Gestión Documental Quipux con Nro. MSP-CZ9-HGDC-AU-2024-0545-E, el Dr. Juan Pablo Velasco en calidad de investigador principal y como funcionario del MSP, **solicitó** la carta de interés institucional.

Como resultado del análisis técnico realizado por las instancias del Ministerio de Salud Pública y por la Unidad de Docencia del HGDC (adjunto informe), se emite:

CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: "TRABAJAR EN SALUD EN LA SOCIEDAD DEL RIESGO: DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN TRABAJO-SALUD EN EL COLECTIVO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN, QUITO-ECUADOR", es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el Hospital General Docente de Calderón, tomando en cuenta que el estudio permitirá obtener resultados sobre la relación entre las condiciones laborales y la salud de los auxiliares de enfermería desde una perspectiva crítica y multidimensional. Así como la identificación y evaluación actual de los procesos y condiciones de trabajo, su impacto en la salud física y mental; y como un insumo para la toma de decisiones encaminadas a mejorar las condiciones laborales de los auxiliares de enfermería de nuestra casa de salud y proteger la salud de los mismos

Finalmente, se aclara que el estudio presentado va a tomar datos a través de encuestas dirigidas al personal de auxiliares de enfermería y mediante la autorización de un

Dirección: Av. Capitán Giovanni Calles y Derbi, Vía a Marianas
Código postal: 170201 / Quito-Ecuador. **Teléfono:** +593-2-3952-700
www.hgdc.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Quipux



1/3

**Ministerio de Salud Pública**

Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2024-0815-O

Quito, D.M., 10 de julio de 2024

consentimiento informado; no se hará uso de Historias Clínicas ni de información sensible de salud del grupo objetivo de estudio.

Informo a Ud., que la participación del Hospital General Docente de Calderón del Ministerio de Salud Pública del Ecuador es libre y voluntaria; y, que en caso de solicitar datos anonimizados o seudonimizados, el HGDC del Ministerio de Salud Pública del Ecuador cuenta con la capacidad de entregar los datos según lo establecido en la Ley Orgánica De Protección De Datos Personales.

Además, el investigador ha manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, el Hospital General Docente de Calderón no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Se aclara que este documento no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto, o del uso de insumos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos autorizado por el Ministerio de Salud Pública, el Investigador principal podrá solicitar los datos de los sujetos de estudio o datos de salud anonimizados o seudonimizado, debiendo adjuntar el protocolo de investigación aprobado y la carta de aprobación emitida por el CEISH.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial – Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020. Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscripción del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por el MSP.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Alonso Ernesto Herrera Tasiguano
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN - HGDC

Dirección: Av. Capitán Giovanni Calles y Derbi, Vía a Marianas
Código postal: 170201 / Quito-Ecuador. **Teléfono:** +593-2-3952-700
www.hgdc.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Qupux





REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2024-0815-O

Quito, D.M., 10 de julio de 2024

Referencias:

- MSP-CZ9-HGDC-AU-2024-0545-E

Anexos:

- solicitud_-_carta_de_interes_institucional.pdf
- Informe de interes

Copia:

Señorita Magíster
Ercilia Carolina Caizaluisa Toapanta
Responsable de Cuidados Enfermería - HGDC

Señor Magíster
Luis Fernando Olmedo Pérez
Responsable de Docencia - HGDC

lo/df



Firmado electrónicamente por:
ALONSO ERNESTO
HERRERA TASIGUANO

Dirección: Av. Capitán Giovanni Calles y Derbi, Vía a Marianas
Código postal: 170201 / Quito-Ecuador. **Teléfono:** +593-2-3952-700
www.hgdc.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Quijux



Anexo 6: Alcance al memorando n.º MSP-CZ9HGDC-2024-4431-M**Ministerio de Salud Pública**

Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón
Gerencia Hospitalaria

Memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2024-4431-M

Quito, D.M., 04 de septiembre de 2024

PARA: Sr. Mgs. Juan Pablo Velasco Moncayo
Gerente del Hospital Psiquiátrico Julio Endara CZ9

ASUNTO: Alcance: Respuesta evaluación estudio CEISH HGDC 2024 013

De mi consideración:

Como alcance al Memorando Nro. MSP-CZ9HGDC-2024-4415-M, que de manera textual indica:

"Al respecto, el estudio "Trabajar en salud en la sociedad del riesgo: Determinación social de la relación trabajo-salud en el colectivo de auxiliares de enfermería del Hospital General Docente de Calderón, Quito-Ecuador", código CEISH-HGDC-2024-013, presentado por el investigador Juan Pablo Velasco Moncayo, tiene dictamen de aprobación definitiva". Me permito adjuntar la carta de aprobación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Edison Javier Cardenas Ortega
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN (CEISH - HGDC)

Anexos:

- carta_aprobación_ceish_hgdc_2024_013-signed-signed0670897001725455054.pdf
- anexo_2_formulario_de_protocolo_jpvelasco_version_sep_2024_vr_def_aprob.pdf
- a8_consentimiento_informado_jp_velasco_vr_def0579434001725455055.pdf

Copia:

Sra. Espc. Mayra Alejandra Gutierrez Moreno
Médico/a Especialista en Cuidados Intensivos 1 - HGDC

Sr. Mgs. Luis Fernando Olmedo Pérez
Responsable de Docencia - HGDC



Firmado electrónicamente por:
EDISON JAVIER
CARDENAS ORTEGA

Dirección: Av. Capitán Giovanni Calles y Derbi, Vía a Marianas
Código postal: 170201 / Quito-Ecuador. **Teléfono:** +593-2-3952-700
www.hgdc.gob.ec

