

SÍNDROME DE BURNOUT PATOLOGÍA SIGILOSA, LENTA Y LETAL EN SALUD PÚBLICA CAPÍTULO GUANAJUATO, MÉXICO.

María Inés Ramírez Chávez

Rubén Cano Cañada

Irma Flores Vázquez.¹

RESUMEN

La brecha tecnológica actual reduce la recepción de información en nanosegundos logrando la conectividad mundial de los hechos sucedidos en un lugar en específico, ante tal panorama el impacto social recibido ha alcanzado a los profesionales de salud pública guanajuatenses los cuales se encuentran inmersos en el escrutinio público (Ramirez, 2017, p. 50).

Aumentando la presión social que exige conductas principios y valores profesionales óptimos. (Schultz, 1985., p. 156)Para el manejo del esquema de salud pública guanajuatense. Guanajuato cuenta con una multidimensional sectorial: agroalimentario, cuero-calzado, automotriz, turístico, religioso, etc. Sigilosamente, lenta y letal aparece en los profesionales sanitarios el síndrome de Burnout (Ramirez, 2017, p. 130)teniendo una controversia ya que en ellos recaer velar por la salud integral de los guanajuatenses omitiendo la propia.

Efectuando un estudio descriptivo observacional abarcando todos los niveles de salud pública y las ramas: médico, paramédico y administrativo único a nivel mundial. En el año 2017, con un muestreo de 316 participantes usando Maslach Bournout Inventory (MBI)midiendo los niveles: bajo, medio severo. Para el análisis estadístico se empleó el SPSS ver 22.0. arrojando los siguientes resultados: síndrome de Burnout severo en un 14%, nivel alto 21%, nivel medio 26% y bajo un 39%.

Concluyendo con la presencia de dicha patología en el Estado de Guanajuato, México presentando una propuesta de iniciativa de ley propia para nuestro país que incluya al síndrome de Burnout como enfermedad incapacitante.

CONCEPTOS CLAVE: Capital humano Guanajuatense, Sistema de salud público, Patología, sigilosa, lenta y letal, Síndrome de Burnout.

¹ Dra. María Inés Ramírez Chávez. Doctor en Administración y Gestión Empresarial. Salud Publica Guanajuato ramicha_9@yahoo.com.mx

M.C. Rubén Cano Cañada. Maestro en Administración. Tecnológico Nacional de México en Celaya, Gto ruben.cano@itcelaya.edu.mx

Dra. Irma Flores Vázquez. Doctor en derecho social. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. irmavazquez-5@hotmail.com

DESARROLLO DE LA PONENCIA

INTRODUCCIÓN

El ser humano es el eje fundamental para el desarrollo del cualquier país por que los gobiernos se ocupan de la salud de su población (Bcker, 1983). La salud es uno de los elementos más relevantes para el desarrollo de una vida larga y cualitativa. Ya que el reflejo de la misma es el progreso económico de un país (Ramirez, 2017, p. 56)

A) Salud generador del progreso económico.

Entre los siglos XVIII y XIX, los clásicos consideraron la economía un tema relevante; Adam Smith consideró la calificación de la fuerza de trabajo como un factor importante para la nación: “La diferencia de talentos naturales en hombres diversos no es tan grande como vulgarmente se cree, y la gran variedad de talentos que parece distinguir a los hombres de diferentes profesiones, cuando llegan a la madurez, es, las más de las veces, efecto y no causa de la división del trabajo” (Smith, 1958, p. 58).

Becker en 1983 en su teoría del capital humano realiza la aportación siguiente: un hombre bien educado será semejante a una maquina ya que en la medida en que el trabajador aprenda a desempeñar su trabajo basándose en la oferta y la demanda generando riqueza (Becker, 1983, p. 39). Por ello, debe de haber trabajadores especializados en un área para hacer eficientemente la economía, comenzando así los primeros vestigios del capital humano (Arzona, 2004, p. 42).

Posterior a la segunda guerra mundial Schultz, pionero en la teoría el capital humano manifiesta la ambigüedad en lograr un cálculo justo en base al rendimiento más que a través de su costo ya que sostiene que para medir los beneficios de la inversión en capital humano implica un panorama holístico (Ramirez, 2017, pp. 136-149).

Mientras que cualquier aumento de la capacidad producida por dicha inversión humana se convierte en una parte del agente humano y por lo tanto no puede ser objeto de venta, está, sin embargo, “en relación con el mercado” al afectar a los sueldos y salarios que puede percibir el agente humano (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 1986, p. 310). El aumento resultante de los ingresos es el rendimiento de la inversión.

En este sentido, la importancia de la salud reside en permitir que el organismo de todo ser vivo mantenga buenos estándares de funcionamiento (A fífí, 2006, pp. 65-89), así realizar las diferentes actividades que contribuyen a el progreso local, regional y nacional esta tarea siempre ha recaído en los profesionales de salud.

B) Vestigios de la salud pública.

A lo largo de los tiempos las enfermedades y las causas de mortalidad han ido cambiando, así como la supervivencia de los individuos y la calidad de su vida. En estos cambios han influido decisivamente el hábitat del ser humano y la compleja red de relaciones sociales, diferentes entre culturas y épocas (Martinez, 2014., p. 3)

Los cambios en los patrones de enfermedad observados a través de los siglos tiene una primera explicación en el cambio esencial de modo de vida: la aparición de la ganadería y la agricultura, que permitió mayores agrupamientos humanos (la aparición de las ciudades) y cambios en la dieta (la introducción de los productos lácteos, la dieta monótona a base de un cereal) y los cambios organizativos y sociales, con la estructuración de castas o clases y oligarquías (Malagón, 2014, p. 30).

En una perspectiva histórica podemos diferenciar cuatro grupos de enfermedades como punto medular de la salud pública.

1. Las enfermedades de origen genético, más importantes entre las comunidades pequeñas y aisladas, con mucha consanguinidad, porque muchas de ellas son recesivas y precisan de la existencia de la alteración del gen en los dos progenitores. (Malagón, 2014, p. 60)
2. Enfermedades congénitas no heredables o relacionadas con el embarazo y el parto, que se reducen con las mejoras en las condiciones de vida de las madres y la atención al parto (Martínez, 2014., p. 42)
3. Enfermedades relacionadas con la pobreza (es decir, con las carencias materiales y educativas): son las enfermedades infectocontagiosas y carenciales, más frecuentes y de mayor mortalidad en los países en vías de desarrollo (Martínez, 2014., p. 45).
4. Enfermedades relacionadas con la riqueza, muy importantes en los países desarrollados, donde el exceso en la alimentación, el sedentarismo y el consumo de drogas (principalmente el tabaco) han conducido a la alta incidencia de enfermedades como el infarto o el cáncer de pulmón (Malagón, 2014, p. 47).

Por lo que la salud pública se convierte en eje vital en las agendas de todos los países (Martínez, 2014., p. 9).

c) Sistema de salud en México.

En México mantener los estándares mundiales de salud ha tenido una labor titánica buscando nuevos horizontes que lleven a mantener niveles óptimos de los mexicanos en materia de salud. El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado.

1.- Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros así como las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social formados por [Secretaría de Salud (SSa), Sistemas de Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud México (SPS) (alvarez, 2018).

2.- El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

El financiamiento para cada tipo de salud pública mexicana se encuentra compuesto de la siguiente manera.

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguras de guardería y otros (Martín, 2016).

El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad (Martín, 2016).

Los afiliados al ISSSTE, que son todos empleados del gobierno y sus familias, y los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Su seguro de salud garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental (Alvarez, 2017).

Los asegurados de PEMEX, SEDENA y SEMAR cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez (Alvarez, 2017).

El SPS garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los SESA. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas (Alvarez, 2017).

La población no asegurada recibe en las unidades de los SESA beneficios muy heterogéneos: servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades (Alvarez, 2017).

Por último, el IMSS-O ofrece servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles (Alvarez, 2017).

d) Salud pública Guanajuatense.

El Estado de Guanajuato cuenta con un sistema de salud integral líder en la vanguardia en salud pública multinivel nacional (Ramírez, 2017, p. 245).

Pionero en brindar asistencia médica con el programa nacional mexicano de seguro popular en el año en 2005, el cual es un sistema de aseguramiento público y voluntario, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos o bien que trabajen por cuenta propia y que no sean derechohabientes de ninguna institución de seguridad social que avale su cuidado de la salud.

En el año 2016 Estado de Guanajuato está posicionado en el quinto lugar nacional con mayor número de afiliados al programa nacional del seguro popular y el primero en re afiliación dentro de dicho programa con 4.5 millones de guanajuatenses afiliados. (Ramírez, 2017, p. 111)

El objetivo principal del Seguro Popular en Guanajuato es brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, contribuyendo a reducir los gastos de bolsillo en que incurren las familias por atender su salud y que constituyen una causa de empobrecimiento para la familias más vulnerables, así como fomentar la atención preventiva de la salud e impulsar una mayor equidad en el financiamiento de la salud, promoviendo criterios y políticas que propician la transparencia, equilibrio y corresponsabilidad entre los tres niveles de gobierno, para lo cual a través del Programa de Salud para Todos se promueve el Seguro Popular de Salud (SPS) en el Estado (Ramírez, 2017, p. 167).

Las reducciones en los niveles de mortalidad y los aumentos en la esperanza de vida, dependen de que se identifiquen y se traten a tiempo las enfermedades principales que causan la muerte tarea que recae en los servidores públicos de salud en Guanajuato.

Ante tal reto esta institución de salud pública crece a paso agigantados incrementando 4 veces más personal que afronte los nuevos retos de brindar atención de salud a la población del Estado de Guanajuato (Ramírez, 2017, p. 142).

Por ello se contrata personal en todas las ramas: médicos, paramédicos y administrativos comprometidos en hacer una labor humanística. Indudablemente, el mantenimiento y recuperación de la salud se encuentra en tres pares de manos: las de uno mismo, las de los científicos y profesionales de la salud y las de los funcionarios públicos en los diferentes ámbitos de la administración.

e) Síndrome de Burnout en Guanajuato.

Para el 2012 comienza a presentarse dentro del sistema de salud pública Estado de Guanajuato y en específico en instituciones de salud pública de Guanajuato muertes de personal que labora dentro de la misma comenzando a tener importancia el conocer por qué si gozaban de una salud integral buena sucedían estos descensos apareciendo las primeras huellas del: “Síndrome de Burnout”. Llegando a formar un contribución del conocimiento denominando que se trata de: patología sigilosa, lenta y letal en salud pública capítulo Guanajuato, México. (Ramírez, 2017, p. 136)

Por todo ello es una patología ya que es una enfermedad que afecta al ser humano, a nivel estructural, bioquímico y funcional.

Sigilosa ya que proviene de sigiloso es quien guardo sigilo. Este término por su parte, se refiere al silencio cauteloso o al secreto que se manifiesta de manera cautelosa.

Lenta ya que es el término que más se emplea cuando queremos dar cuenta que algo se presenta de manera pausada, muy despacio, con poca intensidad y vigor.

Por último, Letal de la etimología del latín letalis mortal, referente a que produce la muerte.

Síndrome de Burnout es un problema de salud y de calidad de vida labora un tipo de estrés crónico que se define como una respuesta psicofísica que padece el capital humano como consecuencia de un esfuerzo frecuente cuyos resultados son considerados por el entorno social ineficaces e insuficientes efectuando su actividad profesional (Bosqued, 2014, p. 218).

Para Cristina Maslach es: “Una manifestación comportamental del estrés laboral” (Freudenberger, 1998.) Aportando la clasificación del SB como un: “síndrome tridimensional” caracterizado por:

1.- Cansancio emocional (CE) o agotamiento emocional (AE). Cuya característica es un estado impaciente activo del profesional (Maslach, 2013, p. 97).

2.- Despersonalización (D) o deshumanización (DE). El cual consiste en el desarrollo de actitudes negativas laborales, desarrollo de actitudes relacionadas a la inestabilidad laboral y cinismo hacia los receptores del servicio prestado (Gil-Monte, 1997.)

3.- Falta de realización profesional (FRP) o el trato con clientes y usuarios llamado dificultad para el logro (Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 1986).

En la actualidad el capital humano se ha integrado de manera invisible la denominada industria humana (Becker, 1964), donde la competencia y las exigencias de los usuarios son cada vez más altos los estándares que piden para satisfacer sus necesidades.

De lo contrario la conectividad se encuentra en tiempo real para desacreditar los servicios de salud pública de Guanajuato, México y a sus protagonistas. El hecho es que vivimos una realidad sumamente especial en la que la industria y la organización requieren desarrolla un alto nivel de efectividad, así como competitividad (Schultz, 1961) para mantenerse presentes en la sociedad demandando cambios de actitud hacia el trabajo y el desempeño de sus labores.

Para Fidalgo (2010), el síndrome de Burnout lo conforma una respuesta al estrés cuando faltan las estrategias funcionales de afrontamiento: los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas. Implica situar las demandas emocionales fundamentales de las que sobre pasan la capacidad del profesional (Bosqued, 2014).

En el ámbito mexicano los investigadores Enrique Graue, Rafael Álvarez y Melchor Sánchez, señalan en el año 2015 académicos de la Universidad Autónoma de México (UNAM), manifiestan que el factor detonante de SB es la carga excesiva de responsabilidades en el trabajo, en su mayoría a las mujeres la cual debe ser efectuada en un corto periodo de tiempo.

En conclusión en el año 2014 es considerado como problema de salud afectando principalmente a profesionistas de salud ya que viene apoyada por la circunstancia de que la OMS en la décima revisión de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), lo han incluido en su capítulo V, referente a los trastornos mentales y del comportamiento, concretamente en el apartado XXI referente a: factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud, y dentro del apartado reservado a: problemas relacionados con el manejo de las dificultades de vida, traduciéndolo como agotamiento profesional, código Z73.0 (Bosqued, 2014, p. 67).

METODOLOGÍA.

1.- *Esquema de investigación.* Se efectúa un estudio descriptivo debido a que son los más apegados a la realidad para describir la frecuencia, características, patrones más importantes de esta patología. Identificando los grupos y rangos más vulnerables estableciendo los factores de riesgo que existen en el sistema de salud pública Guanajuato, México.

Esta investigación es inédita ya que abarca todas las diferentes ciudades, lugares, instituciones de diferentes niveles de atención brindada en el Estado de Guanajuato con ello se identificará el nivel que presentan los trabajadores en el síndrome de Burnout.

2.- *Participantes.* Abarco un 78% del sistema de salud público del Estado de Guanajuato estudiando de todos los diferentes centros públicos de atención en salud Caises, Umaps, Hospitales, Otros (Jurisdicciones, Sectores, etc.)

El total de participantes fueron 316 trabajadores de los diferentes códigos: Área Médica 183 participantes (57.9%), Área Paramédica 71 participantes (22.5%), Área Administrativa 46 participantes (14.6%), No contesto 16 trabajadores (5.1%).

3.- *Instrumentos.* La técnica de recolección de datos empleada es Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en la cual se aplicó a todo el personal que labora en los servicios públicos de salud los cuales brindaron su consentimiento verbal para llenar dicho instrumento

Inventario de Burnout (MBI) compuesto por 22 ítems en una escala de Likert de 6 puntos, el nivel de medición se entiende como: a mayor puntaje mayor acuerdo con cada una de las preguntas propuestas. Sometido a una escala utilizada para estimar el nivel de Burnout igualmente sometida a un análisis de consistencia interna mostrando un coeficiente Alpha de Cros Bach de 98.89%

4.-Procedimientos. El Inventario (MBI) se aplicó en todos los centros de atención de salud público de Guanajuato en los 6 turnos:

4.1) Matutino comprende de 7:00hrs- 15:00hrs de lunes a viernes.

4.2) Vespertino de 13:00-21:00hrs de lunes a viernes.

4.3) Nocturno (A) de 20:00 – 8:00hrs los días lunes, miércoles y viernes.

4.4) Nocturno (B) 20:00-8:00hrs. Martes, jueves, sábado.

4.5) Jornada Acumulada. 8:00-20:00hrs. Sábados, domingos y días festivos.

4.6) Nocturno (especial) 20:00-8:00hrs, los días domingos-lunes.

Un integrante del equipo de investigación permaneció cerca de los participantes para responder cualquier duda. La aplicación de los instrumentos se efectuó durante enero- octubre 2016. Sin presiones de tiempo establecido pidiendo a el trabajador exprese sus respuestas lo más apegadas a la realidad vivida. El grado de confiabilidad se realizó de forma anónima, una vez recibido el inventario se depositaba en un sobre cerrado y sellado para posteriormente digitalizarlo.

5.- Analisis de datos. El primer paso se efectuó un estudio piloto con el fin de comprobar la comprensión de los ítems, sus propiedades psicométricas y explorar la estructura factorial de la escala una vez realizada la traducción del MBI.

El análisis factorial exploratorio (AFE) se realiza en el software de FACTOR 7.0. Después se aplica un análisis Factorial Confirmatorio (AFC) permitiendo probar la estructura una factorial de la escala para finalmente estimar la fiabilidad del instrumento mediante el índice Chonbach, el cual fue inferior a 0.60. Empleando el software de AMOS 16.0. Estudiando la correlación de Pearson entre las tres dimensiones que comprenden el Síndrome de Burnout (convergente y discriminante) de la adaptación del MBI.

Teniendo completa la recolección del MBI, los datos se procesaron con el paquete estadístico para ciencias sociales (Minitab. V, 16 por su sigla en inglés). Posteriormente se aplicaron análisis de frecuencias, análisis de contingencia, análisis de correlación, pruebas de hipótesis y análisis de consistencia interna con el programa estadístico SPSS versión 22.0.

RESULTADOS.

1.-Análisis descriptivo de los resultados sistema de salud pública del Estado de Guanajuato. Para esta investigación se desarrolló de la siguiente forma participando todos los tipos de unidades siendo los hospitales un 41.5% de la muestra seguidos por los Caises con un 40.8% mientras que los UMAPS cuentan con un 13.9% para finalizar con otros los cuales son caravanas móviles de salud, oficinas jurisdiccionales, oficinas centrales estatales, desarrollo de epidemiología, etc. (Tabla 1. Analisis descriptivo del sistema de salud público de Gto)

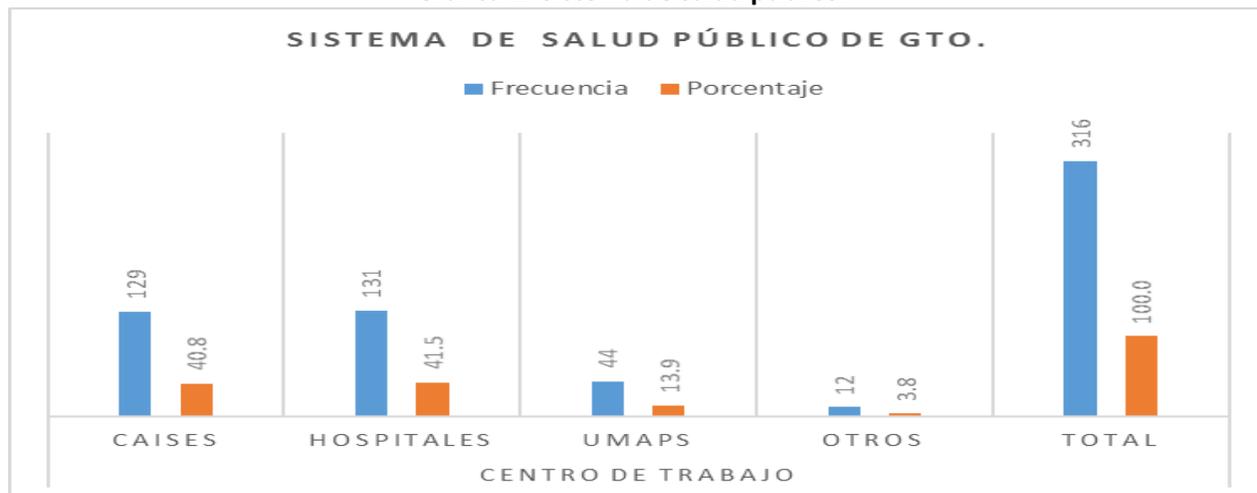
Tabla1. Analisis descriptivo sistema de salud público de Gto.

	Frecuencia	Porcentaje
Centro de trab CAISES	129	40.8
Hospitales	131	41.5
UMAPS	44	13.9
Otros	12	3.8
Total	316	100.0
Servicio donde		
Enfermería	103	32.6
Médico	76	24.1
Administración	64	20.3
Paramédico	49	15.5
Otros	24	7.6
Total	316	100.0
Código		
Médico	183	57.9
Paramédico	71	22.5
Administrativo	46	14.6
No contesto	16	5.1
Total	316	100.0
Tipo de plaza		
Federal	89	28.2
Estatal	52	16.5
SP regularizado	72	22.8
SP no regularizado	70	22.2
Otros	33	10.4
Total	316	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

En los códigos se encontró que la rama médica es la más alta con un 58%, la más baja es la rama administrativa con un 15%. El tipo de plaza el más alto es de presupuesto federal con un 28% seguido por seguro popular regularizado con un 23%. (Gráfica1. Sistema de salud público de Gto).

Gráfica 1.-Sistema de salud público.



Fuente: Elaboración propia 2017.

2.-Estadística descriptiva de variables sociodemográficas en sistema público de salud en Gto. Se observa que el 57% está casado lo que les da más estrategias de afrontamiento familiar por la responsabilidad de la manutención de la misma el 69% posee una antigüedad de 0 a 10 años lo que puede indicar la alta rotación de personal que tiene el sistema de salud. (Tabla 2. Estadística descriptiva del sistema de salud público de Gto).

Tabla 2. Estadística descriptiva del sistema de salud público de Gto.

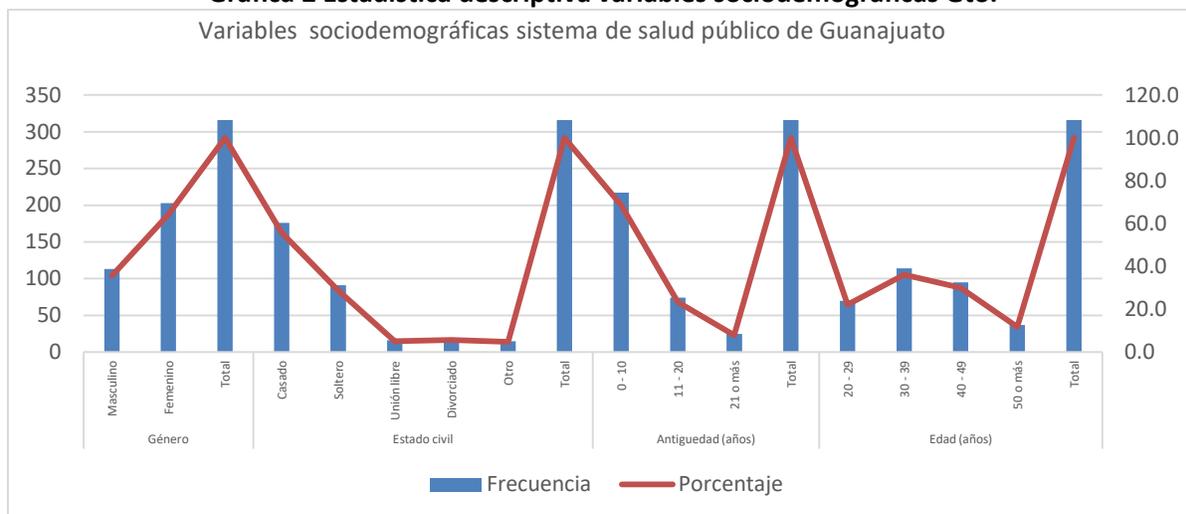
		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	113	35.8
	Femenino	203	64.2
	Total	316	100.0
Estado civil	Casado	176	55.7
	Soltero	91	28.8
	Unión libre	16	5.1
	Divorciado	18	5.7
	Otro	15	4.7
	Total	316	100.0
Antigüedad (años)	0 - 10	217	68.7
	11 - 20	74	23.4
	21 o más	25	7.9
	Total	316	100.0
Edad (años)	20 - 29	70	22.2
	30 - 39	114	36.1
	40 - 49	95	30.1
	50 o más	37	11.7
	Total	316	100.0

Fuente: *Elaboración propia 2017.*

La edad con mayor rango es entre 30 a 39 años con un 36% lo que indica que el sistema está compuesto por gente joven que puede aportar su juventud para brindar un sistema de salud integral para los guanajuatenses.

El Estado civil el 56% es casado por lo que le permite tener mejores estrategias de afrontamiento así mismo tiene de antigüedad de 0 a 10 años con un 69% esto demuestra que existe una rotación constante de personal aun cuando. mientras el rango de edad mayor se encuentra entre 30 39 años con un 36%. (Gráfica 2 Estadística descriptiva de variables sociodemográficas en sistema público de salud en Gto).

Gráfica 2 Estadística descriptiva variables sociodemográficas Gto.



Fuente: *Elaboración propia 2017.*

3.-Comparativo estadístico entre antigüedad VS edades del sistema público de salud en Gto. En las medidas de tendencia central para la antigüedad y edad se observa que en los Umaps se encuentran los niveles más altos con 40 años de antigüedad (Tabla 3. Comparativo entre antigüedad vs edad en sistema de salud Gto).

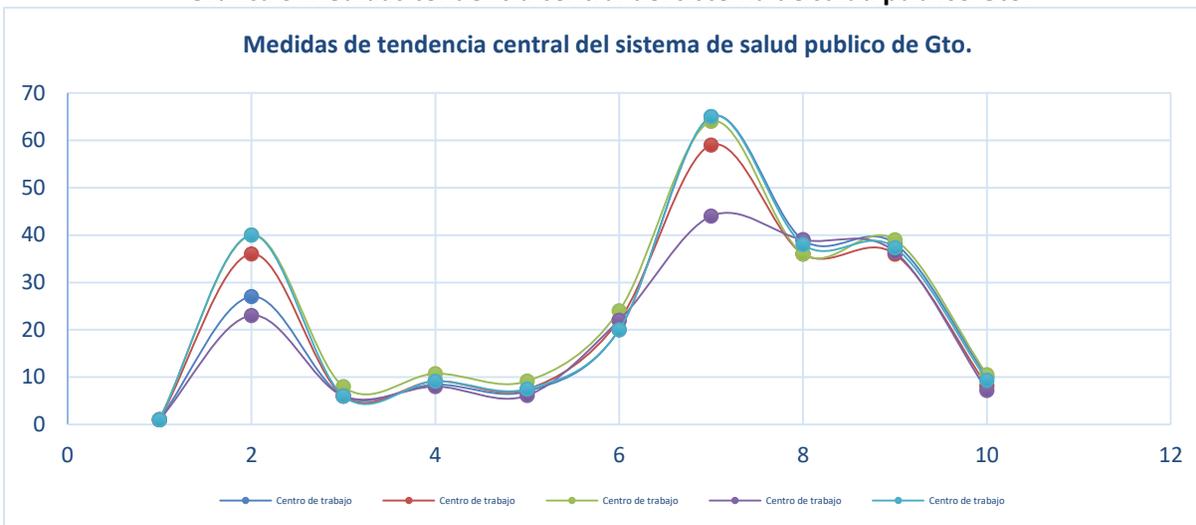
Tabla 3.- Comparativo entre antigüedad vs edad en sistema de salud Gto.

	Antigüedad (años)					Edad (años)				
	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	Desviación estándar
Centro de CAISES	1	27	6	8.4	7.0	20	65	39	38.2	10.1
trabajo										
Hospitales	1	36	6	9.1	7.4	22	59	36	36.0	8.2
UMPS	1	40	8	10.7	9.2	24	64	36	39.0	10.5
Otros	1	23	6	8.0	6.1	22	44	39	36.4	7.2
Total	1	40	6	9.1	7.5	20	65	38	37.3	9.3

Fuente: *Elaboración propia 2017.*

Por lo que establecemos que la variabilidad dentro de la antigüedad es de un 7.5 por lo que el SB es muy alto en el sistema de salud público de Guanajuato mostrando su nivel más alto en los Umaps en donde se tiene un 9.2 como se muestra (Gráfica 3.-Medidas de tendencia central del sistema de salud público Gto)

Gráfica 3 Medidas tendencia central del sistema de salud público Gto.



Fuente: Elaboración propia 2017.

4.-Análisis por antigüedad. Nos referimos a antigüedad a el tiempo laborable que tienen un trabajador cotizado en años de servicio en salud pública. Por cada 5 años cumplidos consecutivos de formar parte del personal se estimula con una remuneración llamada quinquenios trabajados. Concordando con las prestaciones de ley regidas dentro de los trabajadores burócratas se estipulan diversos derechos marcados en las condiciones generales de trabajo a partir de 5 años de antigüedad por lo que es un parámetro de medición a partir de 0 a 10 años laborados. (Tabla 4. Analisis de antigüedades en el sistema de salud público de Gto.)

Tabla4.- Análisis de antigüedades sistema de salud público de salud de Gto.

		Antigüedad (años)							
		0 - 10		11 - 20		21 o más		Total	
		Frecuencia	Pocentaje	Frecuencia	Pocentaje	Frecuencia	Pocentaje	Frecuencia	Pocentaje
Centro de trabajo	CAISES	92	71.3%	29	22.5%	8	6.2%	129	100.0%
	Hospitales	91	69.5%	30	22.9%	10	7.6%	131	100.0%
	UMPS	26	59.1%	12	27.3%	6	13.6%	44	100.0%
	Otros	8	66.7%	3	25.0%	1	8.3%	12	100.0%
Total		217	68.7%	74	23.4%	25	7.9%	316	100.0%

Fuente: Elaboración propia 2017.

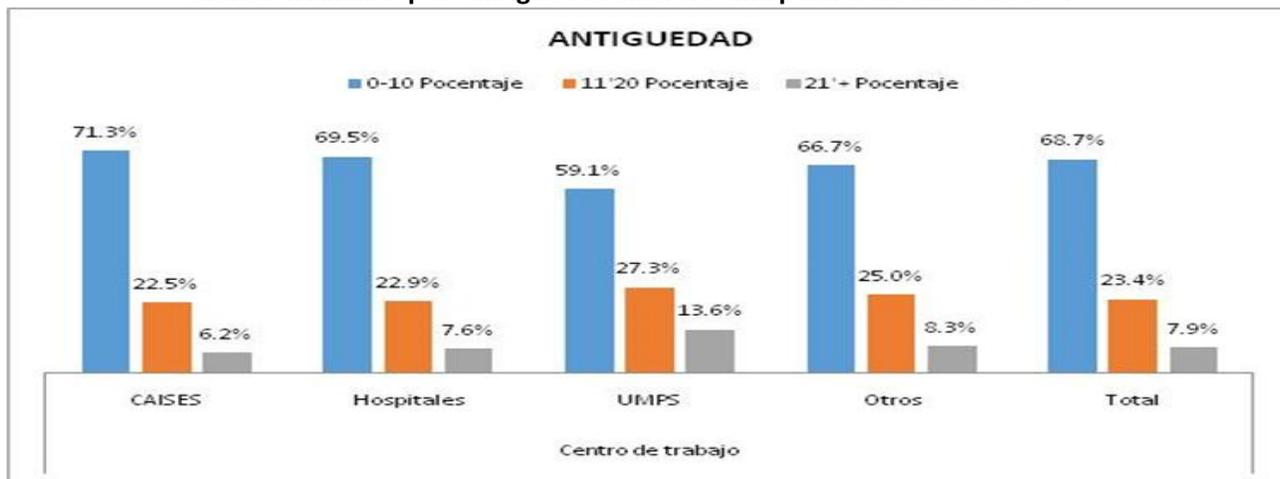
El mayor número de trabajadores de dicho sistema se encuentran entre 0 a 10 años de antigüedad es decir el 68.7%.

Es relativamente joven dentro del sistema de salud por lo que la mayor concentración se encuentra dentro de los Caises seguidos de los hospitales con porcentajes del 71% y del 70% consecutivamente.

Dentro de dicho rango se encuentra el personal que tendrá un desarrollo profesional dentro del sistema de salud pública por lo que es importante medir el nivel de SB ya que son el futuro de la institución.

Para el rango de 11 a 20 años de antigüedad se observa que la mayor concentración de personal es en los hospitales con un 23% de los participantes. (Gráfica 4. Análisis por antigüedad en el sistema público de salud Gto).

Gráfica 4. Análisis por antigüedad en el sistema público de salud de Gto.



Fuente: Elaboración propia 2017.

Para la categoría de 21 o más es el nivel más bajo teniendo la frecuencia más alta en los hospitales esto nos da una muestra de la fuga del capital humano que se tiene en el sistema de salud pública de Guanajuato.

En el análisis global se muestra que los hospitales tienen de las 3 categorías 2 por lo que se tiene la mayor concentración de personal con diferentes antigüedades (Gráfica 4. Análisis por antigüedad en el sistema público de salud Gto).

5.-Análisis global de Síndrome de Burnout. De acuerdo a lo establecido por Maslach en 1987 define que existe 3 tipos de clasificación del SB para los profesionales que interactúan constantemente para ejercer su labor profesional de acuerdo que si no presenta ninguna de sus clasificaciones (cansancio emocional, despersonalización, falta de realización profesional) es considerado sin Síndrome de Burnout.

Si presenta una sola categoría cualquiera que sea entonces se le clasificará en el nivel de síndrome bajo.

Para el síndrome medio deberá presentar dos categorías cualquiera que sea perteneciente al síndrome de Burnout.

El nivel severo o máximo se presenta cuando se le diagnostican las tres clasificaciones del síndrome de Burnout (Tabla 5.- Análisis global del SB en el sistema público de salud de Gto.)

Tabla 5.- Análisis global del SB en el sistema público de salud de Gto.

Global SB			
Síndrome de Burnout	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
	Sin síndrome	125	39.6
	Síndrome bajo	81	25.6
	Síndrome medio	67	21.2
	Síndrome severo	43	13.6
Total	316	100.0	

Fuente: Elaboración propia 2017.

Por lo que se analiza que el 39.6% no presenta síndrome de Burnout de la muestra estudiada pero el 25.6% ya cuenta con un síndrome bajo de esta grave patología sin contar con estrategias de afrontamiento.

Crece a un nivel de síndrome medio en un 21.2% preocupante es el encontrar que se cuenta con un 13.6% un nivel severo de personal del sistema de salud pública de Guanajuato (Gráfica5.- Análisis global del Síndrome de Burnout en el sistema público de salud de Gto.)

Esto es un nivel alarmante ya que la tendencia que se muestra en dicha investigación refleja que el nivel medio está próximo a convertirse en severo.

Gráfica 5.- Análisis global del Síndrome de Burnout salud pública de Gto.



Fuente: Elaboración propia 2017.

Por lo que se concluye para esta investigación dentro del sistema de salud pública de Guanajuato que el 60.4% del personal cuenta con alguna de las clasificaciones del síndrome de Burnout.

Validando así la primera y segunda hipótesis que la cual refiere si existe el síndrome de Burnout en el sistema y a que escala se encuentra dicha patología.

Manejando altos niveles de síndrome de Burnout en todos los diferentes centros de atención de salud pública de Guanajuato. En total se tiene que el 62% de los trabajadores de salud tienen algún nivel de síndrome de Burnout.

6.-Análisis Global por categorías del Síndrome de Burnout en el sistema de salud público de Guanajuato.

Los resultados por categorías son las siguientes: Para la categoría de cansancio emocional se presenta el nivel más alto con un 42.1% esto está relacionado a el tipo de servicio profesional que se presta en donde un error humano desencadena problemas severos de salud al usuario o en un entierro.

Aun así, dentro de esta investigación se encuentran dos niveles alarmantes ya que en el nivel bajo se tiene un 36.7% de afectación es decir al comienzo de esta patología se ve reflejos de lo creciente y progresivo que será si no se tiene estrategias de afrontamiento.

El nivel alto un 42.1% reflejando que no se cuentan con estrategias de afrontamiento efectivas que frenen dicha categoría del síndrome de Burnout.

Por lo que inferimos que los privilegios que se tienen en dicho sistema de salud pública dependiendo de la plaza para los descansos si están afectando en la categoría de cansancio emocional ya que se muestra que es el nivel alto el que manifiesta altos niveles en dicha categoría.

Tabla6.-Análisis global por categorías Síndrome de Burnout en el sistema de Guanajuato.

Global por categorías del SB en Guanajuato			
	Nivel	Frecuencia	Pocentaje
Cansancio emocional	Bajo	116	36.7
	Moderado	67	21.2
	Alto	133	42.1
	Total	316	100.0
Despersonalización	Bajo	133	42.1
	Moderado	80	25.3
	Alto	103	32.6
	Total	316	100.0
Falta de Realización profesional	Alto	108	34.2
	Moderado	60	19.0
	Bajo	148	46.8
	Total	316	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

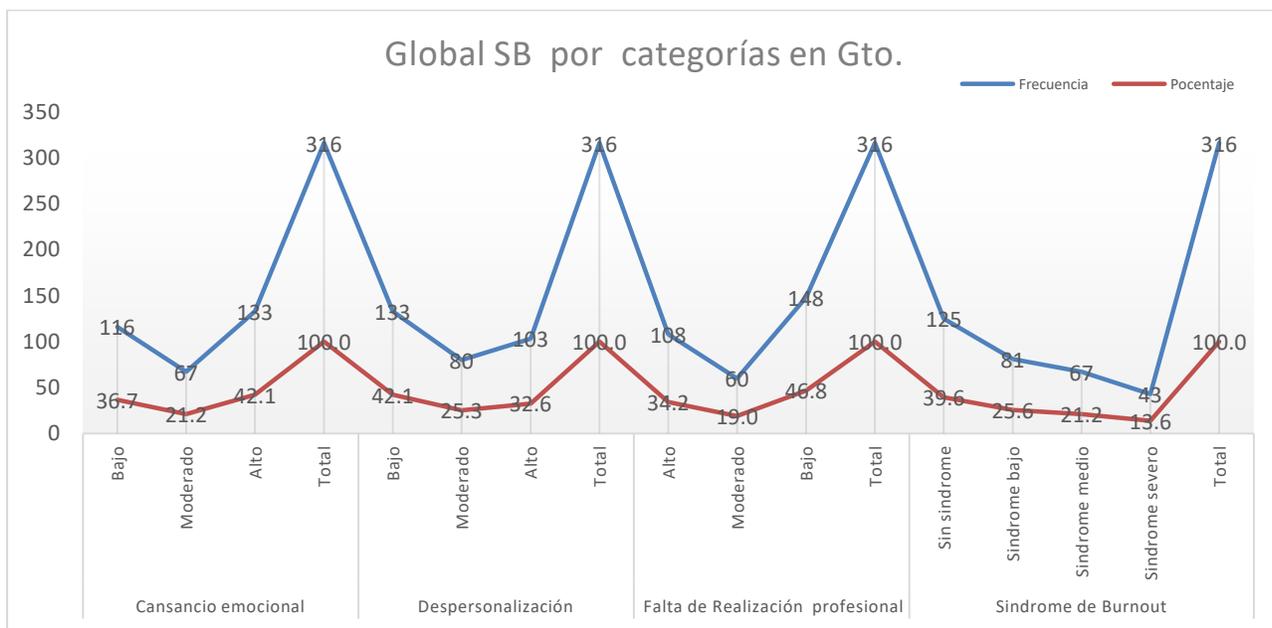
Categoría de *despersonalización* se encuentra en un nivel bajo en un 42.1% mientras que el nivel alto se encuentra en 32.6% y un nivel intermedio en un 25.3%.

Inferimos que al relacionar que en su mayoría de la muestra es del género femenino el llamado instinto maternal se hace presente en el personal de salud pública mostrando estrategias de afrontamiento intrínsecas que permite la disminución de dicha categoría.

Categoría de *falta de realización profesional considerando* que el personal del área médica es el mayor dentro del sistema se encuentra en un nivel bajo en un 46.8%. (Gráfica 6.-Análisis global por categorías SB en el sistema de salud público de Guanajuato)

Ya que efectivamente están ejerciendo su profesión dentro del campo indicado, el nivel alto es un 34.2% esto puede estar relacionado a la falta de profesionalización que se tiene dentro del área administrativa. (Gráfica 6.-Análisis global por categorías SB en el sistema de salud público de Guanajuato)

Gráfica 6.-Análisis global por categorías SB en el sistema de salud público de Guanajuato.



Fuente: Elaboración propia 2017.

En donde no se ha tabulado los estudios obtenidos en las recodificaciones laborales permitiéndole acceder a un mejor nivel de percepción económica.

Esto marcando una amplia brecha entre el sueldo que percibe las áreas médica y paramédica con relación a el área administrativa.

Mostrando la tendencia en todas las categorías en donde se pasa de un nivel bajo a un nivel alto esto por no contar con estrategias de afrontamiento que ayuden a el control de esta patología sigilosa, severa y mortal denominada Síndrome de Burnout.

7.-Análisis global de Códigos vs niveles de SB.

Los códigos se refieren a la rama en la que se trabaja dentro del sistema de salud en Guanajuato en las cuales se maneja las ramas: médicas, paramédicas y administrativa. (Tabla 18.-Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB.) Presentando la rama médica un síndrome de burnout bajo en un 23% un síndrome de Burnout medio en un 23%.%(Tabla 7 -Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB)

Y un síndrome de burnout severo en un 12.6%(Tabla 7 -Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB).

Rama paramédica sin síndrome de Burnout en un 38% para el síndrome de Burnout bajo obtuvo un 25.4%.%(Tabla 7 -Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB)

Síndrome de Burnout medio en un 19.7% por último un nivel de síndrome de Burnout severo con un 16.9% (Tabla 7.-Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB)

Tabla 7.-Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB.

		Código				
		Médico	Paramédico	Administrativo	No contesto	Total
		%	%	%	%	%
Síndrome de Burnout	Sin síndrome	41.5	38.0	30.4	50.0	39.6
	Síndrome bajo	23.0	25.4	32.6	37.5	25.6
	Síndrome medio	23.0	19.7	21.7	6.3	21.2
	Síndrome severo	12.6	16.9	15.2	6.3	13.6
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

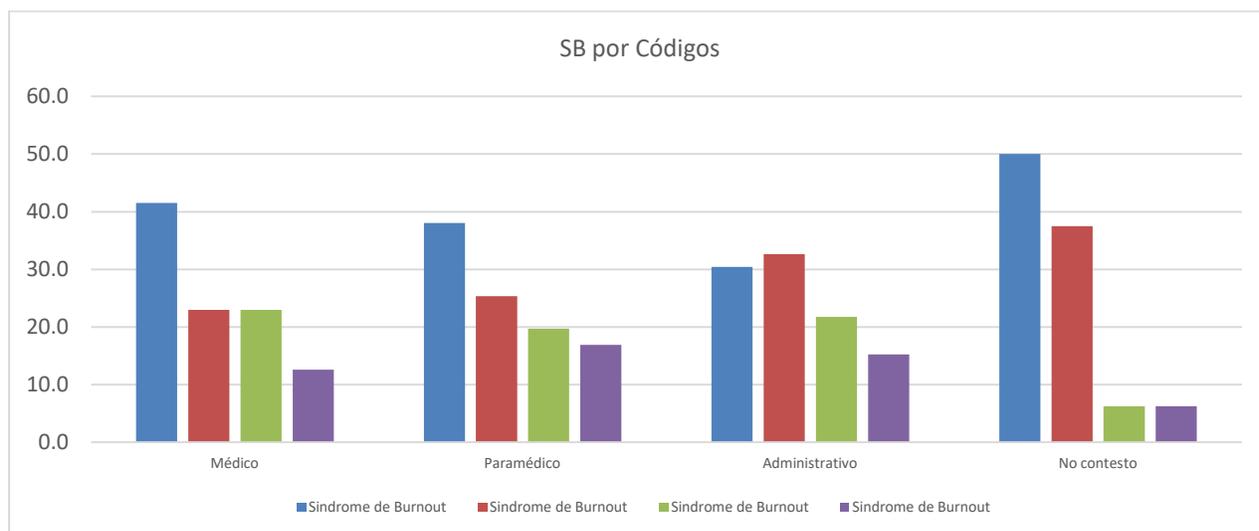
Rama administrativa de acuerdo a el análisis efectuado mostró la siguiente información sin síndrome de Burnout un 30.4%. Con un síndrome de Burnout bajo un 32.6%. síndrome de Burnout medio un 21.7%.

Concluyendo con un síndrome de Burnout severo un 15.2% (Gráfica 7. Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB.)

Cabe mencionar que en el apartado de no contesto se encuentra un gran número ya que el 50% de los síndromes no contesto a que categoría pertenecía dificultando con ello los resultados concretos a examinar.

Un hallazgo sobresaliente dentro de este análisis es que en la rama paramédica se tiene un síndrome de burnout severo en el código de paramédica efectuando un estudio más profundo se analiza que estos son los laboratoristas que sienten la presión de tener estudios clínicos que aporten datos para el diagnóstico médico.

Gráfica 7. Análisis general con relación a los códigos salud pública Gto y el SB.



Fuente: *Elaboración propia 2017.*

CONCLUSIONES

Se detecta una alta incidencia del SB entre el personal de los sanitarios públicos del Gto, Al haber trabajado en esta investigación, es ampliamente explicado una de las consecuencias que tiene el tener un complejo clima laboral detonando en el síndrome de Burnout. De ahí las conclusiones del estudio de Piolet y Mochica (1976; véase Clemente, 2011), donde se observó que en los sistemas de salud experimentaba un amplio conflicto de rol, y la institución se caracterizaba por una baja motivación de los servidores de salud Recordemos también que Hepburn y Albonetti (1980) llevaron a cabo un trabajo más completo al respecto.

Esta investigación se enmarca mucho más en la línea de trabajos como el de Poole y Regoli (1981), que estudiaron el problema de la alienación de los funcionarios de salud pública analizando su relación con los usuarios.

Con los superiores y con sus compañeros, y que concluyeron que en la relación con los usuarios se produce una situación calificada de “conflicto estructurado”, donde el funcionario debe mantener una alerta constante, siempre dispuesta a reaccionar ante problemas potenciales y reales.

Se trata de un estado de tensión que en opinión de Poole y Regoli, produce una segmentación psicológica que lo aísla de la sociedad. Asimismo, se enmarca también mucho más cercana a trabajos como los desarrollados por Garrido (1982^a, 1982^b, 1986).

Sin duda son muchos los interrogantes que abre este trabajo de investigación, si bien creemos que también permite obtener datos de interés.

Nos parece realmente importante que las autoridades sanitarias se ocupen de la salud de los trabajadores de instituciones públicas de salud y si esta humilde aportación puede servir para que mejore.

Las condiciones generales de los trabajadores de salud en el caso mexicano u otros organismos en otros países elaboren programas al respecto, creemos que se habrá dado un paso importante al respecto.

REFERENCIAS

- A fifí, A. y. B. R. (. , 2006. *Neuroanatomía Funcional*.. Segunda edición. . ed. México: McGraw Hill Interamericana.
- Alvarez, A. R., 2017. "*Educación para la salud*".. segunda. ed. Ciudad de México: Manual Moderno..
- alvarez, A. R. K.-M. ., P., 2018. "*Salud pública y Medicina Preventiva*". Quinta edición. ed. Ciudad de México.: Manual Modero..
- Ardona, M. C. A. C. G. F. Z. D. y. C. G. A., 2004. "*Diferencias y similitudes en las teorías del crecimiento económico*". . Medellín- Colombia,: Universidad EAFI.
- Bcker, G. S., 1983. "*El capital humano*". Pág. 15-251.. Segunda Edición. ed. Madrid, España, 1983. : Alianza Editorial, S.A.
- Becker, G. S. (. , 1983. "*El capital humano*". Pág. 15-251.. Segunda Edición ed. Madrid, España.: Alianza Editorial, S.A.
- Becker, G. S., 1964. *Human Capital*, New York: Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research: primera.
- Bosqued, M., 2014. "*Quemados, el síndrome de Burnout: qué es y cómo superarlo*".. segunda ed. Barcelona , España.: Ediciones Paidós Ibérica, S. A..
- Carlin, M. & Garcés de los Fayos Ruiz, E. (. , 1986. «*El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral*».. Alicante, España.: Editorial Alicante.
- Freudenberger, H., 1998.. «*Stress and Burnout and their implication in the Work Environment*». *End Stallman. Encyclopedia of occupational health and safety, vol. I. (en inglés)*. Geneva: *International Labour* . , Dallas, Texas:- Editorial Porrua..
- Gil-Monte, P. & P. S. J. M., 1997.. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*.. Madrid:España.: Lippincott.
- Malagón, L. G., 2014. "*Auditoría en salud*". México.: Medica Panamericana .
- Martinez, H. J., 2014.. "*Nociones de salud pública*". 2° edicion revisada y ampliada ed. Madrid, España.: Diaz de santos.
- Martin, M. F., 2016. *La salud pública y el trabajo en la comunidad*. Ciudad de México: McGrawHill Edducation.
- Maslach, C., 2013. "*Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*". Tercera ed. Madrid: España: Ediciones Melibea..
- Ramirez, C. M. I., 2017. *Síndrome de Burnout en organización publica multinivel del Estado de Guanajuato*.. Celaya, Guanajuato. México.: Uniceba.

Schultz, T. W. (. P. 9.-. 1., 1985.. "*Investing in people. The economics of population quality*".. española ed. España,: Editorial Ariel, S.A..

Schultz, T. W., 1961. "*Investment in Human Capital.*". primera ed. NY,Usa: American Economic.

Smith, A., 1958. "*Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*".. primera ed. Ciudad de México, México.: Fondo de Cultura Económica, México.