

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS**



**CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO
Y SU RELACION CON LA PRODUCTIVIDAD
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**

MARIA SOBERANIS REYES

Guatemala, julio de 2006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS

**CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO
Y SU RELACION CON LA PRODUCTIVIDAD
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**

Informe final de tesis para la obtención del Grado de Maestra en Ciencias, con base en el Normativo para la Elaboración de Tesis de Grado y Examen General de Graduación de la Escuela de Estudios de Postgrado del 22 de febrero de 2005.

Profesor consejero:
Dr. Juan Carlos Lorenti Marroquín

Postulante:
María Soberanis Reyes

Guatemala, julio de 2006

“Este es mi trabajo. Mi mayor bendición.
Nadie hay en este mundo, que hacerlo pueda,
mejor que yo”

Henry Van Dyke.

AGRADECIMIENTO:

A Dios,

cuyos inescrutables designios,
me llevaron a elegir una profesión de servicio,

...y a todos aquellos con quienes he disfrutado
el privilegio de compartir
una de mis mayores bendiciones: **el trabajo.**

DEDICATORIA:

A mi padre:

cuyo compromiso con la excelencia, constituye la luz que ilumina el camino, en mi viaje a las estrellas.

A mi madre:

cuyo compromiso personal con la humanidad, continúa orientando mis esfuerzos en la construcción de un mundo mejor.

A mi tía:

cuya fe en el poder de la oración y el pensamiento positivo, ha fortalecido mi sentido de control.

A mis hermanas, hermanos, sobrinas y sobrinos:

cuya fe en mí, ha dado alas a mis mejores sueños, y me compromete a superar cada día nuevos desafíos.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

Decano: Msc. Eduardo Antonio Velásquez Carrera
Secretario: Lic. Oscar Rolando Zetina Guerra
Vocal I: Lic. Cantón Lee Villela
Vocal II: Lic. Albaro Joel Girón Barahona
Vocal III: Lic. Juan Antonio Gómez Monterroso
Vocal IV: P.C. Mario Roberto Flores Hernández
Vocal V: B.C. Jairo Daniel Dávila

JURADO EXAMINADOR
QUE PRACTICO EL EXAMEN DE TESIS
SEGUN EL ACTA CORRESPONDIENTE

Presidente: MSc. José Rafael Sánchez Viesca
Secretario: MSc. Oscar Armando Illescas Esquivel
Examinador: MSc. Sergio Morales Quiroa
Profesor Consejero: MSc. Juan Carlos Lorenti Marroquín

**DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS.
GUATEMALA, SEIS DE JUNIO DE DOS MIL SEIS.**

Con base en el Punto TERCERO, inciso 3.1, subinciso 3.1.2 del Acta 18-2006 de la sesión celebrada por la Junta Directiva de la Facultad el 4 de junio de 2006, se conoció el Acta Escuela de Estudios de Postgrado No. 030-2005 de aprobación del Examen Privado de Tesis, de fecha 21 de noviembre de 2005 y el trabajo de Tesis de Maestría en Administración de Recursos Humanos, denominado: "CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO Y SU RELACION CON LA PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA", que para su graduación profesional presentó la Licenciada en Educación para la Salud MARIA SOBERANIS REYES, autorizándose su impresión.

Atentamente,



LIC. OSCAR ROLANDO ZETINA GUERRA
SECRETARIO



LIC. CANTON LEE VILLELA
DECANO EN FUNCIONES



Smp.

DR. CARLOS MARTÍNEZ DURÁN
SECRETARIO GENERAL

"Todo Por ti Carolangia Mía"
Dr. Carlos Martínez Durán
2006: Centenario de su Nacimiento



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ACTA No. 30-2005

En el salón No. 1 del Edificio S-11 de la Escuela de Estudios de Postgrados de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, nos reunimos los infrascritos miembros del Jurado Examinador. el 21 de noviembre del año en curso, a las 18:30 horas, para practicar el EXAMEN GENERAL DE TESIS del Licenciada en Educación para la Salud María Soberanis Reyes Carné No. 1006278, estudiante de la Maestría en Administración de Recursos Humanos, como requisito para optar al grado de Maestra en Ciencias de la Escuela de Estudios de Postgrado. El examen se realizó de acuerdo con el Normativo de Tesis, aprobado por la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Económicas en el punto SÉPTIMO inciso 7.2 del Acta 5-2005 de la sesión celebrada el veintidós de febrero de 2005.


Se evaluaron de manera oral los elementos técnico-formales y de contenido científico del informe final de la tesis elaborada por la postulante, denominado "CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON LA PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.


El examen fue APROBADO por UNANIMIDAD de votos por el Jurado Examinador.

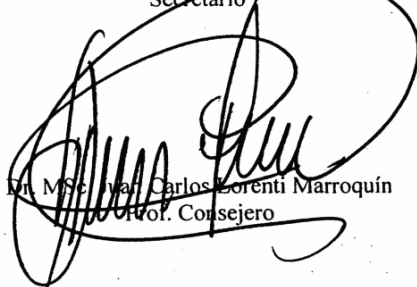
Previo a la aprobación final de tesis, la postulante debe incorporar las recomendaciones emitidas en reunión del Jurado Examinador las cuales se le entrega por escrito y se presentará nuevamente la tesis en el plazo máximo de 30 días a partir de la presente fecha.

En fe de lo cual firmamos la presente acta en la ciudad de Guatemala, a los veintiún días del mes de noviembre del año dos mil cinco.


Lic. MSc. José Rafael Sánchez Viesca
Presidente


Lic. MSc. Oscar Armando Illescas Esquivel
Secretario


Ing. MSc. Sergio Morales Quiroa
Examinador


Lic. MSc. Juan Carlos Lorenti Marroquín
Utoor. Consejero

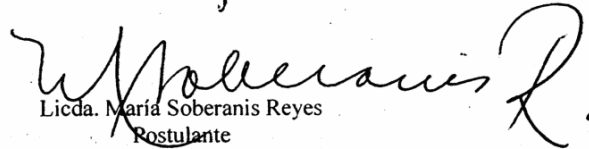

Licda. María Soberanis Reyes
Postulante

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
RESUMEN	xxi
PRIMERA PARTE	
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	
1. La salud.	
El nivel funcional.	5
El proceso salud-enfermedad.	6
Modelos de atención en salud.	7
La atención en salud y el enfoque de riesgo.	8
Importancia de la adopción de un nuevo paradigma.	11
2. El trabajo.	
Perspectiva filosófica.	13
Perspectiva económica.	15
Perspectiva sociológica.	16
El trabajo y las personas.	17
El trabajo y las organizaciones.	18
3. El trabajo en las organizaciones del sistema de prestación de servicios de salud.	
El rol	19
Identidad organizacional.	20
Satisfacción de los colaboradores	22
Motivación de los colaboradores	23
Metas organizacionales	24

	PAGINA
4. Calidad de vida en el trabajo y su relación con la productividad.	26
Bienestar de los colaboradores.	29
El riesgo laboral en enfermería.	30
El riesgo psicológico	32
Efectos negativos de la exposición al riesgo psicológico	33
El riesgo físico	35
Postura estática.	36
Postura dinámica	36
Efectos negativos de la exposición al riesgo físico.	37
La fatiga muscular.	37
Los trastornos músculo-esqueléticos.	39
La enfermedad ocupacional y su impacto en las organizaciones.	40
Deterioro de la calidad de vida en el trabajo.	41
Disminución de la efectividad de las organizaciones.	41
III. MARCO CONTEXTUAL	
El sistema de prestación de servicios de salud.	45
Perspectiva histórica del desarrollo del sistema.	
Las organizaciones.	45
Los colaboradores	46
El sistema actual.	48
El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.	50
El Hospital General de Accidentes.	51
SEGUNDA PARTE	
IV. MARCO METODOLOGICO	
Población objeto de estudio.	55
Variables de la investigación.	56

	PAGINA
Fases de la investigación.	57
Metodología de análisis de los resultados de la investigación.	60
V. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO.	
1. Caracterización de la población.	61
Datos generales.	62
Escolaridad.	63
Actividad institucional.	64
Factores de riesgo del personal de enfermería.	68
Situación de salud del personal de enfermería.	76
2. Hallazgos relacionados con las variables de investigación.	78
Calidad de vida en el trabajo.	79
Productividad.	83
3. Hallazgos relacionados con las hipótesis de trabajo.	87
Impacto de los problemas de columna que aquejan a los colaboradores de enfermería, en la efectividad del Hospital General de Accidentes del IGSS.	89
Estimación de la productividad potencial de los colaboradores de enfermería.	90
Impacto de la discapacidad derivada de los problemas de columna que aquejan a los colaboradores de enfermería, en la economía del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.	93
TERCERA PARTE	
VI. CONCLUSIONES	97
VII. RECOMENDACIONES.	99

CUARTA PARTE

VIII.	PROPUESTA: Modelo conceptual para la implementación de un proceso de promoción de la calidad de vida en el trabajo.	103
	Introducción.	104
	Justificación.	105
	Descripción del modelo.	107
	1. Establecimiento de un ambiente de trabajo saludable.	108
	2. Sistematización de procesos educativos.	110
	Procesos de inducción.	111
	Procesos de capacitación y desarrollo.	114
	3. Sistematización de procesos de aseguramiento de la calidad del desempeño.	119
	Reconceptualización del rol del supervisor.	120
	Reconocimiento a la calidad del desempeño.	133
	4. Sistematización de procesos de vigilancia epidemiológica.	140
	Reconceptualización del rol de las Comisiones de Control de Enfermedades Nosocomiales y de Control de Desastres	140
	Documentación de los procesos de atención de salud a colaboradores que experimentan trastornos músculo-esqueléticos (de columna) derivados del proceso laboral.	143
	Consideraciones finales.	146
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	149
	ANEXOS	
	A. Instrumento de Encuesta	155
	B. Resultados de la Encuesta (cuadros)	161
	C. Guía de observación para la documentación de riesgos.	181
	D. Resultados de la observación estructurada de actividades/tareas	183

RESUMEN

Entre los colaboradores cuya sola pertenencia al Sistema de Prestación de Servicios de Salud, les impone elevados niveles de riesgo ocupacional, se encuentran los colaboradores de enfermería, cuya carga física y psicológica de trabajo constituyen en sí mismas poderosos factores de riesgo.

Dadas las características del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y las características propias de la carga de trabajo del personal de enfermería (32.23% de la fuerza laboral del Instituto), y siendo el IGSS el ente responsable del diseño de instrumentos normativos relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo; resulta incomprensible que después de cincuenta y ocho años de existencia, las condiciones laborales de sus colaboradores (muy especialmente las de los enfermeros y las enfermeras que cumplen funciones en el Hospital General de Accidentes) reflejen que al interior de la organización, los mencionados instrumentos no se aplican con el rigor necesario.

Resulta incomprensible también que, siendo una organización perteneciente al sistema de prestación de servicios de salud, el IGSS no haya identificado los factores organizacionales implicados en la discapacidad ocupacional de los colaboradores de enfermería, que constituyen indicadores puntuales de la insuficiencia cualitativa del ambiente de trabajo, y hacen impostergable la necesidad de implementar estrategias de intervención orientadas a la promoción de la salud de los propios colaboradores. Por esta razón, se estimó de gran importancia efectuar una investigación que permitiera responder a interrogantes tales como:

1. ¿Cuáles son los problemas de salud que afectan al personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes del IGSS (HGA)?
2. ¿Los problemas de salud que afectan al personal de enfermería, están relacionados con las condiciones propias del lugar de trabajo?.
3. ¿Cómo influyen las suspensiones de labores del personal de enfermería en la efectividad del Hospital General de Accidentes del IGSS?.
4. ¿Cuáles son los costos derivados de la suspensión de labores del personal de enfermería, para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social?.

Debido a la naturaleza multidimensional del problema de la salud ocupacional, el marco teórico incluye conceptos de diferentes disciplinas. Contempla aspectos relacionados con la salud pública, específicamente aquellos relacionados con la atención primaria de salud y el enfoque de riesgo. Contempla asimismo, aspectos relacionados con el trabajo en sus dimensiones filosófica, sociológica, psicológica, económica... Finalmente, integra el concepto calidad de vida en el trabajo y su relación con la productividad.

Entre los supuestos (hipótesis de trabajo) que guiaron el proceso de investigación estaban los siguientes:

1. La disminución de la productividad (concebida como decremento de la capacidad de trabajo) de los colaboradores de enfermería que cumplen funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS, está relacionada con la deficiencia de su calidad de vida en el trabajo.
2. La disminución de la productividad (concebida como decremento de la capacidad de trabajo) de los colaboradores de enfermería que cumplen funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS, está relacionada con la ocurrencia de accidentes de trabajo y la enfermedad ocupacional derivados de las condiciones que enfrentan en el desempeño de su trabajo.
3. Las suspensiones de labores (ausentismo) derivadas de la ocurrencia de accidentes de trabajo y la enfermedad ocupacional disminuyen la efectividad de la organización.
4. Las suspensiones de labores, por enfermedad o accidente del personal de enfermería provocan elevación de los costos de funcionamiento del sistema.
5. Las suspensiones de labores, por accidente o enfermedad del personal de enfermería están relacionadas con la ausencia de programas de promoción de la salud ocupacional.

Tomando en cuenta que la naturaleza de la problemática a investigar, requería del uso de una metodología de tipo predominantemente cualitativo (Ver Capítulo IV), se eligió para el desarrollo del estudio de campo, un enfoque metodológico integrado que permitiría abordar, al mismo tiempo, los aspectos administrativos (enfoque de desarrollo organizacional) y los aspectos sanitarios (enfoque de riesgo) del problema.

En cuanto a los resultados más importantes del estudio propiamente dicho, la integración de los datos obtenidos a través de la encuesta (reporte de los propios colaboradores acerca de los elevados niveles de riesgo que enfrentan en su ambiente de trabajo) y los datos obtenidos de la observación estructurada del sitio de trabajo se pudo determinar que:

1. *Los colaboradores que cumplen funciones de enfermería dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS, constituyen una población en alto riesgo de padecer los efectos negativos de las condiciones psicológicas, físicas y ergonómicas implicadas en la sobrecarga de trabajo; condiciones a las que se añade, la falta de equipo auxiliar para el desempeño de las tareas relacionadas con la movilización y el traslado de pacientes.*
2. El grado de riesgo de padecer lesiones de columna vertebral al que se encuentran expuestos los colaboradores que cumplen funciones de enfermería dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS, es atribuible al nivel de su desempeño.
3. El grado de riesgo de padecer lesiones de columna vertebral al que se encuentran expuestos los colaboradores que cumplen funciones de enfermería dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS, aumenta en proporción directa a la escasez de personal, hecho con el cual no únicamente se eleva el nivel del riesgo que enfrentan los colaboradores, sino también aumenta el número de colaboradores expuestos al riesgo.

Lo anterior, debido a que la carga física de trabajo, cuyo grado de riesgo era atribuible únicamente al grupo de colaboradores que normalmente movilizan, levantan y trasladan pacientes, se extiende hasta incluir a colaboradores (jefes de servicio, supervisores...) cuyas funciones normales no incluyen la movilización o el traslado de pacientes.

4. Se encontró que, aun cuando entre las razones que viabilizaron la ejecución de este estudio, se cuentan las constantes quejas del Departamento de Recursos Humanos del IGSS, en cuanto al ausentismo de los colaboradores de enfermería; el Hospital General de Accidentes, carece de registros que permitan estimar el grado de disminución de la efectividad organizacional derivada de la suspensión de labores por accidente o enfermedad (Vea esquema Impacto de los Problemas de Columna en la Productividad -concebida como capacidad de trabajo- de los Colaboradores de Enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, en la página 89).
5. Como empleador, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social absorbe los costos del proceso administrativo derivado de la suspensión de labores de los colaboradores. No obstante, en su calidad de organización perteneciente al sistema de prestación de servicios de salud, absorbe también los costos de un proceso de atención de salud a colaboradores que padecen problemas de columna (derivados de un accidente o de la enfermedad ocupacional); proceso cuya complejidad amplía desproporcionadamente la espiral de los costos de funcionamiento (Vea esquema Impacto de la Disfunción Ocupacional, Derivada de los Problemas de Columna que afectan a los Colaboradores de Enfermería en la Economía del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, página 93).

Desafortunadamente, la estimación puntual del impacto económico, que la discapacidad ocupacional provoca al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, no fue posible debido a la ausencia de registros al respecto y a la burocracia, propia del sistema de prestación de servicios de salud. La mencionada burocracia, hizo imposible la obtención de indicadores de:

1. los costos que la organización absorbe, por concepto del proceso de atención de salud a colaboradores que solicitan atención médica, quirúrgica y/o de rehabilitación para solucionar su problemática de salud relacionada con la columna.
2. los costos del proceso administrativo que se deriva de la suspensión de labores del personal de enfermería.

Para facilitar el manejo del presente informe, el mismo ha sido dividido en cuatro partes. La primera parte, comprende la introducción, así como la presentación del marco teórico-conceptual que fundamentó la investigación y el marco contextual en el que se desarrolló la misma. La segunda, comprende la metodología utilizada y la presentación y el análisis de los resultados del estudio.

La tercera parte, comprende las conclusiones y recomendaciones respectivas y la cuarta, presenta la propuesta que fue desarrollada a partir de los resultados de la investigación.

El **capítulo I**, presenta una panorámica de la problemática que motivó la investigación de mérito. Incluye los objetivos generales y específicos de la misma. Destaca la relevancia del hecho de que la investigación se haya basado en un enfoque integral de la administración de recursos humanos.

El **capítulo II**, presenta el marco teórico-conceptual que fundamenta la investigación a la que se refiere este informe.

El **capítulo III**, presenta el marco contextual en el que se desarrolló el trabajo de campo. El mismo incluye una perspectiva histórica del desarrollo del sistema de prestación de servicios de salud, que permite identificar los supuestos, las creencias y los valores que constituyen la base de la cultura organizacional que comparten los colaboradores del Hospital General de Accidentes como miembros del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El **capítulo IV**, describe el marco metodológico que encuadró tanto la recolección de los datos, como el análisis e interpretación de los mismos.

El **capítulo V**, presenta los resultados que fueron obtenidos a través de una encuesta y la observación estructurada de las condiciones de trabajo en las que los colaboradores de enfermería, cumplen la función denominada "brindar atención directa" a pacientes que han sido admitidos para su tratamiento en el Hospital General de Accidentes del IGSS. Presenta asimismo, la discusión de los resultados de la investigación, en términos de las implicaciones de la problemática, no únicamente para los colaboradores, sino también para la organización.

El **capítulo VI**, presenta las conclusiones a las que se arribó después del análisis de los resultados y el **capítulo VII**, las recomendaciones a los diferentes actores del proceso que fue objeto de investigación.

Finalmente, el **capítulo VIII**, presenta la propuesta que fue desarrollada, a partir de los resultados de la investigación, misma que persigue ofrecer a la organización y sus colaboradores, los lineamientos necesarios para la implementación de un proceso de promoción de la calidad de vida en el trabajo.

PRIMERA PARTE

I. INTRODUCCION

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), es una entidad perteneciente al sector de servicios que, desde su fundación en 1946, ha hecho posible la ampliación del radio de acción del sistema de prestación de servicios de salud, a través de programas de atención médica y quirúrgica cuyos beneficios, son recibidos por diferentes grupos poblacionales. En esta virtud, el IGSS cuenta con una amplia red de unidades médicas y administrativas, cuya complejidad depende del nivel de prevención en el que las mismas, desarrollan su actividad.

Siendo el IGSS una entidad proveedora de servicios de salud, enfrenta actualmente una crisis derivada en parte, del proceso de reforma del sector salud; que demanda de sus colaboradores que produzcan más y mejores servicios, con menos recursos. Entre otras acciones, el proceso de reforma del sector implica la reducción del tamaño de las organizaciones (downsizing) a efecto de posibilitar la contención de los costos de funcionamiento. Lo anterior, conlleva la reducción de personal y de medicamentos e insumos en general, lo cual determina que los usuarios del servicio (cuyas demandas y/o expectativas quedan insatisfechas), identifiquen a los hospitales como organizaciones ineficientes.

La ineficiencia de las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, no se manifiesta únicamente en la insatisfacción del cliente externo. Se manifiesta también en la problemática derivada de la ausencia de políticas de administración de recursos humanos que día a día afecta al cliente interno.

La ausencia de tales políticas, se refleja no únicamente en la falta de programas de capacitación y desarrollo de los colaboradores, sino muy especialmente, en la falta de programas tendentes a elevar y mantener la calidad de vida en el trabajo, lo cual determina que para los colaboradores del sistema, resulte cada vez más difícil visualizar la importancia de su contribución para el logro de las metas organizacionales y, más difícil aún visualizar la importancia que como personas tienen dentro de la organización para la cual trabajan.

Los sistemas que carecen de políticas de administración de recursos humanos, que permitan a los colaboradores visualizar la importancia que como personas tienen dentro de la organización para la cual trabajan constituyen, no únicamente ambientes poco propicios para el desarrollo integral de los colaboradores, sino ambientes laborales peligrosos, es decir, entornos que ponen en riesgo la salud de los colaboradores.

2

Debido a que hasta el día de hoy, los administradores del sistema de prestación de servicios de salud (constituido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social), no han podido identificar la relación existente entre lo deficitario de la calidad de vida en el trabajo y la disminución de la productividad de los colaboradores de enfermería; se estimó de gran importancia efectuar una investigación que permitiera determinar las razones que podrían estar provocando la disminución de la productividad (concebida como capacidad de trabajo) de los colaboradores de enfermería que cumplen funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS.

Los objetivos generales de la investigación, fueron:

1. Concientizar a las autoridades del IGSS acerca del impacto que la inexistencia de programas de salud ocupacional tiene sobre la calidad de vida del personal de enfermería que cumple funciones dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS.
2. Motivar a las autoridades del IGSS, para que establezcan programas orientados a la elevación de la calidad de vida en el trabajo que, con base en su relación con la productividad necesaria para lograr la efectividad del sistema, beneficien a los colaboradores del mismo.

Los objetivos específicos de la investigación incluían los siguientes:

1. Identificar factores de riesgo en el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes del IGSS.
2. Determinar el grado de riesgo atribuible a la carga física de trabajo del personal de enfermería que cumple funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS.
3. Identificar la relación existente entre los problemas de columna vertebral que aquejan al personal de enfermería y las condiciones de trabajo en las que desempeñan sus funciones, los enfermeros y las enfermeras pertenecientes al Hospital General de Accidentes del IGSS.
4. Identificar la relación existente entre los problemas de columna vertebral que aquejan al personal de enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS y la falta de condicionamiento de patrones de conducta psicomotriz para el manejo de la carga física de trabajo.
5. Identificar los elementos del proceso de atención médica a colaboradores de enfermería que padecen problemas de columna, atribuibles a la carga física de trabajo.

Habiendo determinado que la naturaleza de la problemática a investigar, requería del uso de una metodología de tipo predominantemente cualitativo, se eligió para el desarrollo del estudio de campo, un enfoque metodológico integrado que permitiría abordar, al mismo tiempo, los aspectos administrativos (enfoque de desarrollo organizacional) y los aspectos sanitarios (enfoque de riesgo) del problema.

El trabajo de campo, se desarrolló con la colaboración de autoridades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y del Hospital General de Accidentes, así como con la participación del personal de enfermería que cumple funciones en la mencionada unidad médica. Este trabajo, se llevó a cabo en cinco fases cuya descripción y propósitos se encuentran en el capítulo IV (marco metodológico).

El instrumento de encuesta, fue distribuido a través de los mecanismos institucionalmente establecidos (a través de las y los Jefes de Servicio) y fue recogido de la misma manera. El mismo fue respondido por 270 colaboradores pertenecientes a cinco categorías de personal (auxiliares de enfermería, enfermeros generales, supervisores, subjefes y jefes de Servicio) que constituyeron el 52.53% de la población que se encontraba laborando en ese momento.

Siguiendo los lineamientos del enfoque que se había elegido para la realización de la investigación, se desarrolló un proceso de observación estructurada del sitio de trabajo y de la tarea denominada movilización/traslado de pacientes (Vea Anexos C y D) que, de acuerdo con la información proporcionada por los colaboradores y los criterios de análisis de seguridad en el trabajo (AST), fue identificada como la de mayor riesgo.

Aun cuando esta fase únicamente perseguía documentar las características de los elementos del proceso de atención directa a pacientes, que determinan la probabilidad de lesiones de la columna vertebral de los colaboradores de enfermería, que laboran para el Hospital General de Accidentes del IGSS; la misma permitió también complementar los datos acerca de las condiciones de trabajo (factores de riesgo) y verificar, además, que los datos reportados por el 52.53% pueden ser generalizados al 100% de la población.

Entre los aspectos más relevantes de esta investigación se encuentra el hecho de haberse basado en un enfoque integral de la administración de recursos humanos.

Por un lado, por haberse basado en el enfoque administrativo de desarrollo organizacional, permitió identificar factores de motivación y satisfacción que privan en la mayoría de los colaboradores de enfermería y que, adecuadamente canalizados, pueden coadyuvar tanto a la sistematización de procesos orientados a la elevación de la calidad de vida en el trabajo, como al mantenimiento del desempeño de alto nivel en orden al logro de la efectividad organizacional.

4

Por otro lado, por haberse basado también en el enfoque sanitario de atención primaria de salud (enfoque de riesgo), ha posibilitado la identificación de factores del riesgo que enfrenta el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes del IGSS, mismos que pueden disminuir el nivel funcional y por ende la capacidad de trabajo de este grupo ocupacional.

En esta perspectiva, y debido a que el estudio fue desarrollado en una modalidad participativa, posibilitó, no únicamente el diseño de estrategias de intervención orientadas a la eliminación de los factores de riesgo que fueron identificados, sino también la estimación de la pertinencia de tales estrategias en el marco del modelo conceptual orientado a promover la elevación de la calidad de vida en el trabajo, que se presentaría como una alternativa de solución a la problemática de salud que enfrenta la población que participó en el estudio.

Finalmente, la integración de ambos enfoques posibilitó la formulación de un marco conceptual para la implementación de un proceso de promoción de la calidad de vida en el trabajo que, de ser implementado contribuirá a elevar a corto plazo, la productividad de los colaboradores de enfermería y, a largo plazo, la de todos los colaboradores del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en orden al logro de la efectividad organizacional.

Se espera que la identificación de los elementos que disminuyen el nivel de los colaboradores, limitando su capacidad de contribución al logro de las metas organizacionales; así como la identificación de la relación existente entre los factores de riesgo existentes en el Hospital General de Accidentes y los problemas de columna vertebral que aquejan al personal de enfermería, cuyos costos debe absorber el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; promueva la sensibilización de las autoridades correspondientes, a efecto de que se considere la importancia de la implementación de procesos de promoción de la calidad de vida en el trabajo, que basados en el enfoque administrativo de desarrollo organizacional y el enfoque sanitario de atención primaria de salud (enfoque de riesgo), contribuyan a la elevación de la capacidad de trabajo (productividad) del personal de enfermería, en orden al logro de la efectividad del sistema.

Se espera también que, de ser implementada la propuesta, estas estrategias permitan la eliminación o, en última instancia, la modificación de los factores de riesgo identificados, a efecto de elevar la calidad de vida en el trabajo, en beneficio de la población que participó en el estudio.

II. MARCO TEORICO

1. La salud.

De acuerdo con la definición clásica formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud constituye, no únicamente la ausencia de enfermedad, sino un “estado de completo bienestar físico, mental y social”. Es el tipo de bienestar descrito por la OMS, lo que permite a las personas enfrentar y superar las presiones de la vida diaria, facilitándoles de esta manera, su incorporación efectiva al proceso de desarrollo comunitario. Concebida de esta manera, la salud constituye uno de los prerrequisitos más importantes del desarrollo de la sociedad en general.

En la perspectiva de A. Polaino¹, la salud es el resultado de “la interacción que se da entre el organismo, el ambiente y el contexto social. Es en este contexto, que las personas optan por estilos de vida que satisfacen, o les acercan a la satisfacción de sus aspiraciones, motivaciones e intereses. Por ello, todas estas circunstancias resultan tanto o más importantes, respecto de la salud, que el conjunto mismo de factores estrictamente biológicos”.

1.1 El nivel funcional.

La concepción dinámica del proceso salud-enfermedad establece que la salud es un continuo, en el que se observa que las personas disfrutan del bienestar, en un grado variable de persona a persona, y de un momento a otro, aun cuando se tratara de una misma persona. Aun cuando esta definición difiere, en algún grado, de la establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes defienden esta posición aducen que la trascendencia de esta concepción, radica en que provee la *orientación dinámica* necesaria para el diseño y la ejecución de acciones encaminadas al logro del bienestar, concebido integralmente, como la capacidad de funcionamiento adecuado en un mundo constantemente cambiante.

En esta perspectiva, la medida del bienestar de las personas, es su capacidad de realizar independientemente, las actividades que se consideran apropiadas para ellas, de acuerdo con su edad, sexo y el rol que cumplen en diferentes contextos. Esto es lo que constituye el **nivel funcional óptimo**.

¹ Aquilino Polaino. 1987. “Educación para la Salud” Editorial Herder. Barcelona. España. Páginas 2-7.

6

1.2 El proceso salud-enfermedad.

La conceptualización que cada sociedad hace de la enfermedad, en tanto fenómeno vital susceptible de observación, permite estimar el grado de su evolución, por cuanto la definición y el abordaje de la enfermedad responde a patrones culturales muy específicos. Mientras en las sociedades primitivas, la enfermedad constituía un ente autónomo que atacaba a las personas, apoderándose de sus cuerpos para causarles dolor y la muerte; durante la Edad Media, la enfermedad se conceptualizaba como un castigo que las personas recibían, como resultado de los pecados que habían cometido.

De acuerdo con el *enfoque médico tradicional* de la enfermedad, la misma es una desviación de la norma biológica establecida para la salud, que puede ser caracterizada con base en los criterios siguientes:

- a. La sensación de malestar que la persona que consulta, experimenta.
- b. Los síntomas referidos por quien consulta que, contrastados con los hallazgos médicos y los patrones clínicos previamente estructurados, permiten la identificación puntual del padecimiento y la ejecución de planes adecuados de tratamiento.

En la perspectiva del enfoque funcionalista, que destaca el papel de los procesos sociales como factores que promueven o limitan el desarrollo de la enfermedad en las personas, y de acuerdo con Fanshel, citado por Antonovsky², la salud no constituye un estado de la persona, más bien es un continuo en el que se observa que las personas disfrutan del bienestar en grado variable no sólo de una persona a otra, sino de un momento a otro, aunque se trate de la misma persona. El continuo de la salud se extiende desde el bienestar, pasando por la insatisfacción y el aislamiento, hasta llegar al coma y la muerte. Por esta razón, la salud se define por el grado de capacidad de una persona, para cumplir las responsabilidades que se derivan de su pertenencia a una multiplicidad de grupos.

² Aaron Antonovsky. 1979. Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco, CA. U.S.A. Jossey-Bass. Página 51.

1.3 Modelos de atención en salud.

Los modelos de atención en salud han surgido, básicamente, a partir de la formulación de teorías de la enfermedad. De hecho, la existencia de un sistema de prestación de servicios de salud, como actualmente lo conocemos, responde a modelos de atención, conformados a partir de un paradigma patogénico en el que la salud o la enfermedad son elementos presentes o ausentes en la vida de las personas (dicotomía salud-enfermedad).

De acuerdo con el enfoque médico tradicional, que establece que la enfermedad resulta de la acción de agentes patógenos, que atacan al organismo y puede ser identificada por la serie de síntomas observables en el "enfermo" que consulta; los *modelos clínico y epidemiológico de atención de salud* preconizan que, puesto que todas las enfermedades responden a determinados patrones clínicos y que, una vez que se ha identificado un patrón clínico; es posible también la identificación de la terapéutica necesaria para la "solución de la problemática de salud".

En contraposición a los enfoques tradicionales, el enfoque funcionalista de la enfermedad (desarrollado a partir de la teoría social estructuralista), destaca el rol que los factores sociales juegan en la promoción y el desarrollo de la enfermedad, así como en la prevención de la misma.

Entre los sociólogos funcionalistas que han estudiado profundamente el fenómeno de la enfermedad se encuentra Talcott Parsons quien, citado por Cockerham³, puntualiza el hecho de que la enfermedad no aparece, únicamente como resultado de la acción de los agentes patógenos considerados por el enfoque médico tradicional, sino a partir de la influencia de factores sociales a los que la propia sociedad, no les presta la debida atención, pero cuya influencia disminuye notablemente, no únicamente la sensación de bienestar de las personas, sino particularmente su capacidad de contribución al logro de las metas de los grupos sociales a los que ellas pertenecen. En esta perspectiva, la enfermedad constituye un factor de desestabilización social.

³

William Cockerham. 1978. Medical Sociology. New Jersey, Prentice-Hall Inc. Página 92.

1.3.1 La atención de salud y el enfoque de riesgo.

De acuerdo con la definición moderna de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud, constituye no únicamente la ausencia de enfermedad, propiamente dicha, sino más bien el producto de la combinación de los factores físicos, psicológicos y sociales del bienestar de las personas, cuyo grado óptimo se denomina *calidad de vida*.

Entre los elementos que amenazan el bienestar de las personas se encuentran las contingencias a las que todas ellas (en todos los contextos), se ven expuestas y de cuyo adecuado manejo, depende la calidad de su vida. Entre estas contingencias, se encuentra la probabilidad (riesgo) de ocurrencia de eventos negativos para su salud, derivada de la exposición ocasional, frecuente o permanente a ciertos elementos (factores de riesgo).

En la concepción dinámica del proceso salud enfermedad, la adopción del **enfoque de riesgo** en la atención de salud *constituye una orientación metodológica para el abordaje de los problemas de salud*, que implica la evaluación de factores que hacen probable la ocurrencia de ciertos eventos negativos para la salud de las personas.

De acuerdo con Backet *et al*⁴, el término riesgo, hace alusión a la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos para la salud de las personas, en un contexto determinado. Dichos autores, puntualizan que fue en el Simposio para la Identificación de Personas y Grupos Poblacionales de Alto Riesgo, llevado a cabo en Copenhage en 1973; que la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, definió los factores de riesgo como "las características o circunstancias determinables de una persona individual o colectiva que, hasta donde se sabe, asocian a los interesados a un riesgo anormal de desarrollar procesos patológicos".

Los factores de riesgo, son causas o señales que pueden ser observadas o identificadas antes de que el acontecimiento que predicen se produzca. Dichos factores pueden caracterizar a los individuos, a la comunidad o al medio.

⁴ Maurice Backet, Michael Davies y Angele Petros Barvazian. 1984. El Concepto de Riesgo en la Asistencia Sanitaria. Organización Mundial de la Salud (Cuadernos de Salud Pública No. 76) Ginebra. Página 10.

Cuando los factores de riesgo que caracterizan a un individuo interactúan con aquellos constituidos por las circunstancias que le rodean, se produce una combinación que aumenta la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos, tanto para el individuo como para la comunidad a la que pertenece.

La medición del grado de riesgo al que se encuentran expuestas las personas (individuales o colectivas), presupone una descripción de la historia natural del acontecimiento adverso para la salud de que se trate (epidemiología), así como una descripción del contexto en el que tal acontecimiento se produce. En el nivel más simple, el enfoque de riesgo utiliza tres criterios de riesgo o enfermedad, todos ellos basados en la tasa de incidencia.

- * Riesgo para toda la población (riesgo absoluto).
- * Riesgo relativo.
- * Riesgo atribuible.

Riesgo para toda la población.

De acuerdo con el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), citado por Backet *et al*⁵, existe riesgo para toda la población (grado de riesgo absoluto), cuando toda la población objeto de estudio, se encuentra sometida a la influencia de factores que podrían llevar al desarrollo de procesos patológicos, independientemente de que los individuos que conforma tal población posean o no, factores personales predisponentes. Es un criterio sumamente útil para expresar las probabilidades reales de un acontecimiento.

Riesgo relativo.

Este criterio persigue explicar una relación existente entre la incidencia de un evento negativo (proceso patológico) en la población expuesta a un factor de riesgo y la incidencia correspondiente, en una población que no ha estado expuesta a ese factor.

Riesgo atribuible.

Este criterio hace alusión al aumento de la probabilidad de consecuencias adversas para la salud, asociable específicamente a la presencia de uno o varios factores de riesgo en un contexto dado.

⁵ Ibid. Página 22.

10

La posibilidad de enfrentar efectivamente los riesgos a los que las personas se ven expuestas en el transcurso de su vida, depende básicamente de su capacidad de adaptación, capacidad que desafortunadamente es finita. Dicho de otra manera, cuando una persona se ve prolongadamente expuesta a factores de riesgo, o bien estos superan la capacidad de adaptación del organismo, cae en la fase de agotamiento caracterizada por trastornos que pueden llevarle, incluso, a la muerte.

Toda vez que el grado de riesgo al que las personas se encuentran expuestas no depende únicamente del grado de su asociación con un resultado eventual; sino que depende muy especialmente del grado de frecuencia con que las personas se encuentran expuestas a tal riesgo; es la identificación del grado de frecuencia con que personas se ven expuestas a un factor o grupo de factores lo que determina en última instancia el impacto que las acciones orientadas a la supresión o modificaciones de riesgo tienen en la calidad de vida de una comunidad.

El enfoque de riesgo ha sido aplicado como un instrumento de investigación cualitativa orientada a para mejorar la calidad de los servicios que se brindan a una población, en virtud de que supone no únicamente la identificación puntual de los factores de riesgo, sino también la programación de actividades pertinentes, de acuerdo con las prioridades establecidas. Este enfoque ocupa un lugar importante en la atención primaria de salud, en virtud de que permite:

- a. estimar la necesidad de asistencia promocional y preventiva,
- b. preparar una respuesta proporcional a la necesidad estimada.

Desafortunadamente, y no obstante lo amplio de las posibilidades de aplicación del enfoque de riesgo, en la actualidad, no existe entre los planificadores un número suficiente de ellos que pueda garantizar la aplicación efectiva de las estrategias correspondientes. Sin embargo, y toda vez que **el instrumento más importante del enfoque de riesgo es la actitud mental** que lleva a quien lo utiliza a considerar:

- a. la estimación del riesgo como una evaluación objetiva de la urgencia de la necesidad de atención preventiva y/o promocional de salud; y
- b. la prevalencia del riesgo en una población dada, como un desafío que obliga a aprovechar al máximo las competencias y tecnologías adecuadas y disponibles en el momento presente, la adopción de riesgo para el análisis del proceso salud-enfermedad, constituye un imperativo para quienes persiguen contribuir a la elevación de la calidad de vida de la comunidad.

1.3.2 Importancia de la adopción de un nuevo paradigma.

Sabemos que la situación de una persona en el continuo de la salud está condicionada, no sólo por factores ambientales, sino que también por una variedad de atributos personales, incluidos la carga genética, la disposición psicológica y los patrones de conducta que le son propios.

Stokols⁶ puntualiza a este respecto, que los esfuerzos para promover el bienestar humano deben basarse, más que en el análisis de los factores ambientales, biológicos y conductuales por separado, en la comprensión de la interrelación dinámica que existe entre los factores ambientales y personales. Y en consecuencia, el análisis de la salud y de la promoción de la misma debe dirigirse a la naturaleza multidimensional y compleja del ambiente en que se desenvuelven los seres humanos.

A diferencia de las orientaciones curativa y preventiva, que enfatizan el papel del sistema tradicional de prestación de servicios, el enfoque promocional de la salud enfatiza el papel de las personas y las organizaciones como agentes de cambio cuyas acciones resultan imprescindibles en la elevación de la calidad de vida de todos. Al modelo de atención resultante, Antonovsky⁷, lo denomina salutogénico.

Explica Antonovsky que el modelo salutogénico en la atención de salud, se distingue de los modelos patogénicos que enfatizan el desarrollo de la enfermedad; en el énfasis de los procesos que favorecen la salud, especialmente en el hecho de que promueve el sentido de coherencia que promueve en las personas la convicción de poseer la capacidad de ejercer "control sobre su destino".

Antonovsky, destaca el hecho de que, mientras algunas personas poseen un sentido de control muy desarrollado; otras, en cambio, podrían no poseerlo en absoluto. Por esta razón es necesaria, la estructuración de contextos socioculturales y experiencias de aprendizaje que promuevan el desarrollo, el fortalecimiento y el mantenimiento del sentido de coherencia (o control) en todas las personas.

⁶ Daniel Stokols, Daniel. 1992. "Establishing and Maintaining Healthy Environments". American Psychologist (USA); 47(1) Página 6.

⁷ Aaron Antonovsky, Health, Stress and Coping. 1979. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco, CA. Jossey-Bass, Inc. Publishers, Página 183.

En esta perspectiva, y en concordancia con el enfoque promocional de la salud, el modelo salutogénico, permite restituir los principios de libre albedrío y responsabilidad de las personas en la conservación de su propia salud y la promoción del bienestar de todos los miembros de la comunidad de la que forman parte.

La adopción de una perspectiva ecológico-social de la promoción de la salud implica la comprensión de la dinámica de la salud humana y el desarrollo de estrategias de promoción del bienestar individual y colectivo. Es por ello que tal adopción respecto a la promoción del bienestar de las personas puede resultar, un elemento muy útil en la formulación de políticas de desarrollo humano.

Muchas investigaciones sobre promoción de la salud han enfatizado la importancia de las estrategias de intervención para lograr la modificación de esquemas cognoscitivos y la integración de nuevas conductas, dejando de lado las intervenciones orientadas a la modificación paralela de los ambientes en que las personas desarrollan su actividad.

En esta perspectiva, Stokols menciona que aun cuando la preocupación por dilemas globales tales como la explosión demográfica, la disminución de los recursos naturales y la constante amenaza de los conflictos armados hacen que el establecimiento y la conservación de ambientes saludables, parezcan metas inalcanzables, es importante iniciar acciones que contribuyan a la construcción de ambientes más sanos en los niveles locales, toda vez que cualquier esfuerzo que se realice, por pequeño que sea, puede ejercer una influencia positiva en la calidad de vida de todas las personas.

2. El trabajo.

El trabajo como una forma de actividad humana, ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas. Aun cuando las perspectivas de análisis de la filosofía, la sociología, la psicología y otras disciplinas difieren entre sí, sus conclusiones poseen elementos comunes que permiten visualizar la trascendencia que el trabajo tiene en la vida de las personas.

1.1 Perspectiva filosófica.

Al analizar el trabajo desde el punto de vista filosófico, el estudioso encuentra aspectos contradictorios de una misma realidad que, de acuerdo con Remy C. Kwant, citado por Ruiz Salazar⁸ “reflejan el carácter paradójico de la vida humana”.

En la perspectiva de Karl Marx (representante del materialismo histórico), el trabajo es el núcleo de la vida humana y constituye el motor de la historia. Marx destaca, a este respecto, que el instrumento fundamental del proceso productivo es el cuerpo del hombre y que, en el contexto de las sociedades capitalistas, la lucha por la supervivencia determina que el trabajo deje de considerarse un valor en sí mismo, para convertirse en un objeto de compra o venta. En esa misma perspectiva, Friedrich Nietzsche establece que el trabajo constituye un factor de alienación del ser humano porque, al vender su trabajo; el hombre se vende a sí mismo.

Por su parte, los filósofos personalistas, entre los que destaca Emmanuel Mounier, mencionan en cambio que el trabajo constituye un factor de autorrealización de las personas. Sostienen que la realización plena de los seres humanos depende, más que de ellos mismos, de su asociación con los demás en el trabajo, concebido como un proceso de desarrollo conjunto.

De acuerdo con esta concepción, la satisfacción de las necesidades de orden superior es posible, únicamente, cuando los esfuerzos de unas y otras personas, se entrelazan en el trabajo orientado al logro de metas a las que el grupo atribuye valor.

⁸ Antonio Ruiz Salazar, 1987. Salud Ocupacional y Productividad. Ediciones Noriega, México, Página 26.

Aun cuando desde el punto de vista filosófico personalista, la dignidad del trabajo, es un elemento que comparten por igual los obreros más humildes y los más altos ejecutivos de una empresa; a lo largo de la historia, las relaciones humanas nacidas del proceso productivo han dado lugar a múltiples conflictos, entre los cuales tiene particular importancia el conflicto "trabajo y capital", surgido a partir de la Revolución Industrial. Por esta razón, en el contexto de la Doctrina Social de la Iglesia, y desde que el Papa León XIII publicó en el año 1891 su Encíclica "*Rerum Novarum*"; considerada la Carta Magna del Orden Social, varios pontífices han publicado diversos documentos acerca del trabajo y los problemas laborales, coincidiendo todos ellos en la dignidad del trabajo y en la urgencia de la necesidad de justicia social.

En 1931, en su Encíclica "*Cuadragesimo Anno*", el Papa Pío XI, condenaba "las injustas pretensiones del capital, así como las injustas reivindicaciones del trabajador y la lucha de clases" preconizando que la base de la justicia social es la armonía entre el capital y el trabajo.

Por su parte, aun cuando ya en su Encíclica "*Mater et Magistra*", publicada en 1961, el Papa Juan XXIII, destacaba la dignidad del trabajo; el Papa Juan Pablo II⁹ insiste nuevamente en que el trabajo constituye una dimensión fundamental de la existencia del hombre en la tierra. Sobre todo, en virtud de que la acción divina del Creador del Universo se refleja en la acción del hombre que, "primero con sus propias manos y luego con herramientas primitivas, labró la tierra hasta hacerla producir..." cumpliendo con ello el mandato que recibió de Dios mismo en cuanto a henchir la tierra y someterla.

Juan Pablo II manifiesta que el trabajo, concebido como un proceso, mediante el cual el género humano somete la tierra, sólo puede caber en un contexto en que el hombre se manifieste plenamente como el que domina; es decir, como alguien que tiene el control sobre dicho proceso; y condena el error del capitalismo al tratar al trabajador como un mero instrumento de producción y destaca muy especialmente la necesidad de reconocer que el hombre es, además de actor protagónico, "el fin último del proceso productivo".

Puntualiza finalmente que, si bien el trabajo sigue siendo una necesidad y un deber, el mismo constituye también una fuente de derechos; derechos de los trabajadores, que deben ser respetados en el contexto de los derechos inherentes a la persona humana, particularmente en cuanto se refiere a las prestaciones sociales que tengan como finalidad asegurar la vida y la salud de los trabajadores en orden a la realización de sus mejores potencialidades a través del trabajo.

1.2 Perspectiva económica.

En un sistema capitalista, las implicaciones económicas de la actividad organizacional suelen ser evaluadas, con base en criterios de rentabilidad económica y financiera. En esta perspectiva, la organización se justifica en función de la tasa de ganancia que reporta a un empresario y, un proyecto se considera factible; si su tasa interna de retorno es suficientemente alta, en comparación con otras opciones de inversión. Es en el contexto de este sistema, que surgió la preocupación por aumentar la eficiencia del hombre-máquina y el término rendimiento hora-hombre fue acuñado.

No obstante, de acuerdo con Colom¹⁰, el desarrollo de la ciencia económica ha venido propiciando cambios que han permitido superar, al menos parcialmente, el concepto de trabajador como un objeto, para considerarlo un sujeto. Estos cambios, han llevado a las sociedades a preocuparse más por el "hombre concreto" y a iniciar procesos tendentes a la satisfacción de sus necesidades a través de la actividad económica.

Por esta razón, y precisamente a la luz de los postulados derivados de la investigación económica, es que el proceso productivo debe ordenarse al bienestar integral de la persona y a su completa realización.

En el mismo sentido, A. Utz, citado por Colom¹¹, menciona que, "cuando se tiene en cuenta a la persona en la integralidad de su ser", el proceso productivo no debe orientarse únicamente al incremento de las utilidades, sino que debe incluir "la aspiración natural del hombre a la perfección, incluso espiritual..." a la hora de fijar los objetivos correspondientes.

⁹ Juan Pablo II. 1981. Carta Encíclica "Laborem Exercens". Ediciones San Pablo. Guatemala, Páginas 16-22.

¹⁰ Enrique Colom. 2001. "Economía y Trabajo". Curso de Doctrina Social de la Iglesia. Ediciones Palabra. Madrid, Página 140.

En concordancia con lo anterior, podemos decir que, en el contexto de una sociedad humana y solidaria (deseable y posible), la dinámica del proceso de ordenamiento económico debe basarse en la premisa que establece que el capital es únicamente un insumo del proceso de producción. Por esta razón el trabajo, que es la causa eficiente del proceso, debe orientarse más que a la búsqueda de los valores económicos; a la realización de los valores humanos, valores que promueven el desarrollo de las personas.

Citando el texto de la Encíclica "*Gaudium et Spes*", Colom¹² destaca que la medida del éxito económico de la sociedad "no puede ser el mero aumento de los productos, ni el lucro o el poder; sino el desarrollo del hombre, tanto en sus requisitos materiales como en las exigencias intelectuales, morales y espirituales"

Finalmente, en esta misma perspectiva, Colom cita textualmente los postulados de la Doctrina Social de la Iglesia, y dice:

"...la vida económica sigue el camino correcto, únicamente cuando se coloca en el marco del crecimiento global del hombre. Es decir, cuando está al servicio de la persona humana y de sus derechos inalienables. De su verdadero bien en conformidad con el diseño divino"

1.3 Perspectiva sociológica.

Miller y Form¹³, mencionan que casi todos los aspectos del trabajo, son de naturaleza social. Por un lado, la producción y el manejo de bienes y servicios constituyen procesos grupales y cooperativos y, por el otro; la naturaleza económica de la actividad laboral, determina que los trabajadores dependan uno de otro para la promoción y venta de los bienes y/o servicios que producen.

¹¹ Ibid. Página 141.

¹² Ibid, Página 142.

¹³ Delbert Miller and William H. Form. 1984. Industrial Sociology: The Sociology of Work Organization. Harper & Row Publishers, New York, USA, Página 114.

1.3.1 El trabajo y las personas.

De acuerdo con Braude¹⁴ la definición del trabajo que establece que el mismo, es la actividad mediante la cual las personas se ganan la vida, es muy restringida porque no permite la comprensión de todos los elementos motivacionales, relacionales y transaccionales implicados en tal actividad. La comprensión del trabajo presupone la comprensión de las personas que trabajan. Por cuanto aun cuando varias personas realicen la misma actividad, cada una de ellas percibe su quehacer, de manera diferente.

Everett Hughes, citado por Braude¹⁵, analizando la importancia que el trabajo tiene para las personas, menciona que el trabajo es uno de los elementos más importantes de la identidad social de los seres humanos. El significado que el trabajo tiene para las personas, está mediado por un proceso de aprendizaje social en el que ocurren dos momentos especialmente importantes:

- a. El momento en que el niño, a quien sus padres comienzan a encomendarle la realización de pequeñas tareas, empieza a percibir su propia capacidad para asumir responsabilidades,
- b. El momento en que el joven adulto, mediante el proceso de inducción empieza a percibir la importancia de su contribución para el logro de las metas de la organización en la que inicia su vida laboral.

Por su parte, Miller y Form¹⁶ mencionan que la importancia del trabajo es tal, que su influencia puede encontrarse en casi todos los aspectos de la vida de las personas. Las manifestaciones de la importancia que el trabajo tiene, varían de una persona a otra. Así, mientras que algunas personas anhelan dejar de lado "al menos por unos días" su rutina de trabajo, otras en cambio, encuentran sumamente desestabilizante "tener que tomar vacaciones".

¹⁴ Lee Braude. Work and Workers. 1975. A Sociological Analysis. Preager Publishers, New York, Página 17.

¹⁵ Ibid. Página 127.

¹⁶ Ibid. Página 115.

Los motivos por los que las personas trabajan, no deberían ser considerados únicamente en su dimensión económica, porque aun cuando tuvieran asegurado su propio futuro y el de su familia, continuarían trabajando. Aparentemente, esto significa que las recompensas que las personas derivan de su trabajo, tales como el respeto y la admiración de la sociedad, y muy especialmente de sus compañeros, son tanto o más importantes que la propia remuneración de sus servicios. De esta manera, para muchas personas, el trabajo deja de ser parte de la vida para convertirse en la vida misma.

1.3.2 El trabajo y las organizaciones.

De acuerdo con Braude¹⁷, la comprensión del trabajo como producto de la actividad grupal, supone no únicamente el análisis de lo que las personas hacen y la forma como lo hacen, sino también el análisis de los patrones normativos que rigen la actividad laboral y facilitan el desarrollo de las organizaciones para las que los grupos trabajan.

Al igual que las personas individuales, las organizaciones, como personas colectivas; establecen metas que constituyen el ideal a cuyo alcance orientan su actividad. El trabajo como proceso de desarrollo de las organizaciones, puede ser comprendido a partir no únicamente del análisis de los patrones conductuales que caracterizan la organización; sino muy especialmente, de todos los elementos implicados en tales patrones.

¹⁷ Lee Braude. Work and Workers. 1975. A Sociological Analysis. Preager Publishers, New York, Página 17.

3. El trabajo en las organizaciones del sistema de prestación de servicios de salud.

La naturaleza de las organizaciones, varía de acuerdo con el sector particular en el que desarrollan su actividad. Esta condición determina, no únicamente la naturaleza de los supuestos (creencias, valores, ...) que comparten los colaboradores, sino también la naturaleza de las metas que orientan su actividad. Por esta razón, la comprensión del trabajo en el contexto del sistema de prestación de servicios de salud, requiere no únicamente del análisis de los patrones conductuales genéricos, identificables en cualquier organización; sino muy especialmente del análisis de los elementos axiológicos y teleológicos implicados en los patrones propios de la cultura de las organizaciones que prestan servicios dentro del sector salud: los hospitales.

3.1 El rol

Entre las primeras condiciones que su pertenencia a una organización impone a las personas, se encuentra **la adopción de un rol**. El rol describe, idealmente, la conducta específica requerida por las funciones atribuidas a un puesto. Las pautas establecidas por el rol, persiguen uniformar y hacer más confiable la conducta de las personas, en orden al logro de las metas organizacionales.

A este respecto, H. Thelen, citado por Katz y Kahn¹⁸; menciona que además de los criterios establecidos en los roles, existen fuerzas que permiten reducir la variabilidad e inestabilidad de las acciones humanas. Estas fuerzas, pueden ser de tres tipos:

- a. presiones internas derivadas de la complejidad de las tareas y presiones del ambiente externo que determinan la necesidad de coordinar los esfuerzos de los grupos.
- b. consensos basados en los valores y expectativas compartidos, en orden al logro de metas.
- c. existencia de mecanismos que, una vez que han fallado las fuerzas anteriores, permiten forzar el apareamiento de las conductas necesarias para el logro de las metas, mediante la observancia coercitiva de reglamentos.

¹⁸ Daniel Katz, y Robert L. Kahn 1977. Psicología Social de las Organizaciones. Editorial Trillas, México, Página 45.

20

La especificidad en la descripción del rol persigue facilitar, no únicamente que los colaboradores ocupen un lugar particular en una cadena de actividades interdependientes, sino también que la calidad de los resultados de las actividades sea satisfactoria. Y, aun cuando, a simple vista, la adopción de un rol, podría percibirse como una condición cuya "imposición" deben soportar los colaboradores para poder permanecer dentro de la organización, en la práctica esto no funciona así.

3.2 La identidad organizacional.

De acuerdo con Katz y Kahn¹⁹, los procesos de socialización y el entrenamiento formal que se dan en la organización, fomentan en quienes ingresan a ella, la internalización de un conjunto de creencias, valores y expectativas organizacionales, así como la aceptación de las condiciones que determina su permanencia dentro del sistema.

Las recompensas extrínsecas que su pertenencia a una organización les reporta, facilitan también que los colaboradores aprendan a percibir las expectativas de los demás, a aceptarlas y cumplirlas. Por esta razón, se considera que el desarrollo de una identidad organizacional, por parte de los colaboradores, es un factor que promueve la eficiencia de las organizaciones.

Boss²⁰ menciona que los hospitales como organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, poseen características muy definidas que los distinguen de otras organizaciones pertenecientes también, al sector de servicios. Por esta razón, cuando se trata de medir la efectividad del sistema de prestación de servicios de salud, es la propia naturaleza de las organizaciones que conforman dicho sistema, lo que hace tan difícil la tarea.

Puntualiza Boss que, toda vez que la relativa fortitud de los servicios que prestan las organizaciones y la deficiente definición de sus metas constituyen rasgos dominantes del sistema, el establecimiento de criterios mínimos que permitan a los administradores estimar en algún grado la efectividad de las organizaciones, reviste singular importancia.

¹⁹ Ibid. Página 199.

²⁰ Wayne Boss, 1989. Organizational Development in Health Care. Addison-Wesley Publishing Co. Inc. Reading, MASS. USA. Página 19.

De acuerdo con Robbins²¹, y en el contexto de las organizaciones con fines de lucro, la eficacia (denominada por otros autores como eficiencia externa o *efectividad*) de las organizaciones consiste en la capacidad empresarial de satisfacer “debidamente las demandas de la clientela”.

No obstante, la efectividad de la empresa *es sólo uno de los aspectos que pueden ser considerados* en el momento de medir los resultados de la actividad organizacional.

Menciona Robbins que, *la efectividad debe estar estrechamente ligada a la eficiencia*, concebida como la capacidad de satisfacer las necesidades del cliente, al más bajo costo posible, porque ambos elementos (eficacia+eficiencia) constituyen *factores de la productividad de las organizaciones*.

En esta perspectiva de la administración de organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, puede decirse que, cuando un hospital puede lograr que el personal que tiene, resulte más rentable, mediante la disminución del promedio de días de ocupación cama-paciente/día o mediante el incremento de contactos personal-paciente/día, el hospital está aumentando su eficiencia productiva.

En este sentido, cuando se trata del proceso de dotación de recursos humanos en enfermería, especialistas de la administración de hospitales como Barquín Calderón²² puntualizan que, debe aplicarse el criterio de necesidad de hora-enfermero/24 horas y debe determinarse la proporción en la que los tres turnos de trabajo deben ser cubiertos. No obstante, debe tomarse en cuenta, el tipo de hospital al que serán aplicados los criterios, muy especialmente en unidades médicas que atienden emergencias.

Esta última consideración, puede verse ilustrada en la sugerencia de Barquín Calderón, en cuanto a la conveniencia de asignar un enfermero (auxiliar) por cada tres consultorios en el área de Consulta Externa/8 horas de trabajo y, un enfermero (general o auxiliar) por cada 6 pacientes-hora/24 horas, en el área de Emergencia.

²¹ Stephen P. Robbins. 1993. Comportamiento Organizacional. Conceptos, Controversias y Aplicaciones. Prentice-Hall Hispanoamericana. México, Página 46

²² Manuel Barquín Calderón. 2003. “Recursos Humanos en la Atención Médica” Dirección de Hospitales. McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V. México, Página 438

La productividad, concebida como una manifestación del comportamiento organizacional, ha sido objeto de investigación exhaustiva por parte de muchos autores, quienes han establecido correlaciones muy importantes entre esa productividad (concebida como una función de la eficacia y la eficiencia organizacional) y los factores de satisfacción y motivación de los colaboradores.

3.3 Satisfacción de los colaboradores.

De acuerdo con Cain-Smith²³, la satisfacción, es el resultado de o la consecuencia de la experiencia del colaborador en el puesto de trabajo, en relación con sus propios valores y/o lo que la organización espera de él.

De acuerdo con los primeros estudios al respecto, se pensaba que la satisfacción en el trabajo era un factor causal de productividad, o al menos un elemento concomitante con el alto rendimiento. No obstante, estudios recientes han permitido comprobar que la satisfacción, no constituye un pre-requisito de la productividad de los colaboradores.

A este respecto, Lawler y Porter²⁴, mencionan que las actitudes que (en su conjunto) podrían considerarse evidencia de satisfacción en el trabajo, constituyen únicamente una de las dimensiones (y no precisamente la más importante) de la conducta humana relacionada con la productividad. Por esta razón, Lawler y Porter²⁵ puntualizan que la importancia de mantener vigente el interés por la influencia de la satisfacción en el proceso de trabajo, se deriva del hecho que aunque la satisfacción no sea determinante necesaria del alto rendimiento; la in-satisfacción (ausencia de factores de satisfacción en el trabajo) es causal de ausentismo y rotación de personal que, por sí mismos, constituyen factores de decremento de la productividad de los grupos, y por ende de la efectividad de la organización.

²³ Patricia Cain-Smith. 1977. "Desarrollo de un Método para Medir la Satisfacción en el Trabajo" Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, Página 323.

²⁴ Edward E Lawler III and Lyman Porter. 1974. "Attitude of Effective Managerial Performance" Studies in Personnel and Industrial Psychology. The Dorsey Press, Homewood IL. USA, Página 286.

²⁵ Edward E Lawler III y Lyman W. Porter. 1979. "Efectos del Desempeño sobre la Satisfacción en el Trabajo". Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, Página 334.

3.4 Motivación de los colaboradores.

Entre las teorías que destacan la importancia de la motivación en el trabajo, merece mención especial la teoría de Abraham Maslow, que establece que la conducta de los seres humanos viene dada por su tendencia natural a satisfacer una jerarquía de necesidades que van desde las más simples (subsistencia) hasta las más complejas (auto-realización).

Kreitner y Kinicki²⁶ sostienen que no obstante la estrechez de su base científica, la trascendencia del modelo piramidal de Maslow, radica en el hecho de que ha fundamentado estudios que han permitido destacar la importancia de la **satisfacción de las necesidades humanas**; especialmente las de orden superior, en el contexto de la actividad laboral.

La **teoría de las expectativas**, desarrollada por Víctor Vroom, establece que las personas tienden a comportarse de manera tal, que se produzcan los resultados deseados y/o esperados. Kreitner y Kinicki²⁷ mencionan que en esta teoría, tiene gran importancia la efectividad de los esquemas cognoscitivos propios de las personas. Las implicaciones prácticas de la teoría desarrollada por Vroom, pueden identificarse en el hecho de que, cuando los colaboradores pueden percibir con claridad la meta a la que atribuyen un valor intrínseco, pueden anticipar las consecuencias de su conducta y orientar adecuadamente sus esfuerzos.

Por su parte, Henry Murray, también citado por Kreitner y Kinicki²⁸, encontró que las personas desean alcanzar cosas difíciles de obtener. Esto le llevó a desarrollar la **teoría de la necesidad de logro**. En la perspectiva de Murray, las personas desean superar obstáculos y lograr resultados de alta calidad. Desean alcanzar la excelencia y elevar su autoestima a través de la ejercitación de los talentos que poseen y la afirmación de su eficacia personal.

²⁶ Robert Kreitner and Angelo Kinicki. 1989. Organizational Behavior. Irwin Group. Homewood, IL. USA. Página 150.

²⁷ Ibid. Página 157.

²⁸ Ibid. Página 159

3.5 Metas organizacionales.

Aun cuando ya se ha mencionado que, en el contexto de las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, las metas son difíciles de identificar, también merece especial mención, la teoría que destaca la importancia del establecimiento de metas, en orden al logro de la productividad. Por cuanto, de acuerdo con Schultz²⁹ las metas se constituyen en elementos de orientación de la conducta de los colaboradores y, de acuerdo con Anselm Strauss, citado por Cockerham³⁰, las metas constituyen "el cemento" que mantiene unida a la organización.

Desde que Edwin Locke, desarrolló su teoría de la motivación basada en el establecimiento de metas, ésta ha sido objeto de experimentación. Esto ha llevado a la formulación de una teoría más amplia, cuyo refinamiento ha permitido desarrollar un modelo conceptual para el análisis del desempeño mediado por el establecimiento de metas, que ha sido denominado ciclo de alto desempeño o **ciclo de desempeño de alto nivel**. El ciclo al que se refiere el modelo, analiza el rol de los factores cognoscitivos en el desempeño. Describe asimismo, la relación existente entre los factores de motivación y satisfacción y el desempeño de los colaboradores.

El ciclo de desempeño de alto nivel, se inicia en el momento en que los colaboradores perciben la naturaleza de las metas organizacionales. La percepción de la naturaleza de esas metas, permite a los colaboradores identificar las conductas imprescindibles para el logro de las mismas. En este modelo, el logro de la meta no constituye únicamente el punto de llegada, sino que se convierte en un nuevo punto de partida, para el siguiente ciclo.

El desempeño de alto nivel, concebido como la manifestación objetiva de la productividad de los colaboradores, ocurre cuando los retos surgen en un contexto en el que coexisten:

²⁹ Diane Shultz and Sydney E. Shultz. 1998. Psychology and Work Today. An Introduction to Industrial and Organizational Psychology. Prentice-Hall, New Jersey, USA, Página 247.

³⁰ William Cockerham. 1978. Medical Sociology. Prentice-Hall Inc. New Jersey, Página 130.

- el compromiso con el logro de la meta,
- la convicción de que la meta es alcanzable,
- la confianza en que el desempeño requerido es factible,
- la retroalimentación del proceso, que muestra el grado de avance en el camino hacia el logro de la meta.

Este modelo conceptual establece que las recompensas pueden actuar como reforzadores del desempeño de alto nivel. Las recompensas pueden ser de dos tipos:

- a. Externo.** En este caso, la organización establece criterios mínimos para el otorgamiento de recompensas a través de aumentos salariales, promociones y otros.
- b. Interno.** En este caso, la percepción de los colaboradores en cuanto a su propia capacidad de contribución al logro de las metas organizacionales, resulta gratificante por sí misma.

4. Calidad de vida en el trabajo y su relación con la productividad.

A partir del desarrollo de las ciencias del comportamiento, y especialmente con el surgimiento de las teorías humanísticas de la administración, el término productividad, que fue acuñado durante los años de la Revolución Industrial y corresponde a uno de los postulados de la teoría científica de la administración; perdió parte de su atractivo original.

De acuerdo con Ruiz Salazar³¹, fue en los primeros años de la segunda mitad del siglo XX, y en el contexto de la búsqueda de una fórmula que pudiera reflejar la variedad y la complejidad de los factores que intervienen en el proceso del desarrollo, que las agencias internacionales, a falta de una mejor opción retomaron el término productividad "a manera de palabra mágica", que les permitiría medir la eficiencia del gasto interno a nivel nacional y el impacto de la cooperación económica, a nivel internacional.

Es en esta perspectiva de análisis, que Marriner-Tomey³² citando el Manual de Normas emitido por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de los Estados Unidos (JCAHO, por sus siglas en inglés), menciona que para *estimar* la efectividad de las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, uno de los criterios que pueden ser utilizados es la productividad (concebida como rendimiento) de los colaboradores.

Entre los criterios para *estimar (que no medir)* la productividad de los colaboradores pertenecientes a la especialidad de enfermería, Marriner-Tomey, menciona puntualmente el *hacer lo correcto* (derivado de un proceso de formación académica), y el *hacer bien lo correcto* (derivado de un proceso de desarrollo de habilidades y destrezas y de un proceso de introyección de valores y actitudes) que permiten a los colaboradores prestar a los usuarios del sistema, un servicio de salud adecuado y oportuno; un servicio eficiente (en términos de la utilización de recursos) y eficaz (en términos del logro de resultados).

³¹ Antonio Ruiz Salazar. 1987. Salud Ocupacional y Productividad. Ediciones Noriega, México, Página 43.

³² Ann Marriner-Tomey. 1997. Administración y Liderazgo en Enfermería. Harcourt Brace de España. Madrid, Página 476.

También en la perspectiva de Marriner-Tomey, George Odiorne, citado por Michael Nash³³ menciona que la productividad es una función multiplicativa de la motivación y las habilidades que los colaboradores poseen. No obstante, en el contexto del sistema público de prestación de servicios de salud, el concepto "productividad de los colaboradores" no puede ser considerado a la ligera y únicamente a la luz de las teorías economicistas o desarrollistas, porque las mismas continúan buscando el beneficio económico aun cuando dicho beneficio se limitara simplemente, a la optimización del uso de los recursos disponibles o a la contención de costos de la atención de salud.

Por esta razón, de acuerdo con la perspectiva humanista de Michael Nash³⁴, el término productividad, no debería limitarse a la fría descripción de las cifras que representan la eficiencia en la utilización de los recursos y el logro de los resultados, definidos en términos del capital y la tecnología que las organizaciones invierten para el desarrollo de su actividad productiva; debería referirse también, a la eficiencia de la actividad del recurso humano que interviene en los procesos. Citando a B. Gale, Nash puntualiza que, en términos de la administración de recursos humanos, el concepto integral de productividad debe considerar también el valor que cada colaborador agrega a un producto o servicio.

No obstante, en la concepción integral e integradora de Kreitner y Kinicki³⁵, no es suficiente que los colaboradores estén altamente motivados y/o recompensados para que su actividad laboral resulte productiva. Consideran ellos que el hablar de motivación, satisfacción y/o habilidades y destrezas refleja una visión relativamente simplista de los factores que determinan la productividad que lleva a la efectividad organizacional.

Finalmente, Kreitner y Kinicki puntualizan que la "productividad de los colaboradores" tampoco depende de que los mismos, posean el conocimiento (saber), la actitud (querer) y las habilidades y destrezas necesarias (poder) para desempeñar las funciones atribuidas a sus puestos; por cuanto las condiciones en que ellos desempeñan su trabajo, constituyen determinantes críticos de la calidad de los resultados del proceso laboral.

³³ Michael Nash, 1983. Managing Organizational Performance. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA. USA. Página 327.

³⁴ Ibid. Página 427.

³⁵ Robert Kreitner and Angelo Kinicki. 1989. Organizational Behavior. Irwin Group. Homewood, IL. USA. Página 149.

Por esta razón, aun cuando para efectos de la estimación de su propia efectividad, el sistema de prestación de servicios de salud continúe “midiendo la productividad de los colaboradores” en términos de la relación hora-hombre (número de pacientes atendidos en una hora-colaborador); **ha empezado a reconocerse las limitaciones de continuar utilizando tal término**, para estimar la efectividad de las organizaciones.

Este simple reconocimiento, ha empezado a dar paso al surgimiento de un gran interés por la implementación de mecanismos que, con el tiempo, podrían servir de base para el desarrollo de criterios que permitirán estimar (que no medir, propiamente) la “productividad de los colaboradores”, en términos del valor que los mismos agregan al proceso de elevación de la calidad de vida de la población que constituye la razón de ser del sistema.

Mientras ese momento llega, Ruiz Salazar³⁶ establece que la productividad de los colaboradores está determinada por tres elementos que él denomina *atributos humanos*: el saber hacer, el querer hacer y el poder hacer.

Al igual que Marriner-Tomey, Ruiz Salazar, concibe el saber hacer, como la capacidad derivada de los procesos de formación, capacitación o adiestramiento. De la misma manera, concibe el querer hacer, como la voluntad de trabajar que se deriva de una estructura emocional adecuada para adaptarse al ambiente de trabajo.

Pero, a diferencia de Marriner-Tomey que concibe el **poder hacer** como un elemento derivado únicamente del proceso de desarrollo de habilidades y destrezas, Ruiz Salazar lo concibe integralmente, como una función de los elementos físicos psicológicos y sociales que contribuyen al bienestar de los colaboradores en el ambiente de trabajo y se reflejan en su capacidad de contribución al logro de las metas organizacionales.

Por esta razón, en concordancia con esta perspectiva de análisis, puede decirse que la productividad de los colaboradores es una función del grado de bienestar del que ellos disfrutaban en el ambiente de trabajo.

³⁶ Antonio Ruiz Salazar. 1987. Salud Ocupacional y Productividad. Ediciones Noriega, México, Página 43.

4.1 Bienestar de los colaboradores.

De acuerdo con Lawler³⁷, los orígenes del movimiento en pro de la calidad de vida en el trabajo, se remontan a 1935, año en que R. Hoppock publicó el resultado de las primeras investigaciones al respecto.

Originalmente, el movimiento perseguía garantizar la salud y el bienestar de los colaboradores, mediante el establecimiento de ambientes de trabajo seguros. No obstante, en la década de los años sesenta, y a partir de los estudios desarrollados por Rensis Likert y Douglas Mc Gregor, el concepto de calidad de vida en el trabajo se amplió grandemente. Tanto, que llegó a ser casi imposible precisar los elementos, que podían ser considerados indicadores de una alta calidad de vida en el trabajo. Por esta razón, Lawler³⁸ puntualiza que para los efectos de evaluación de la calidad de vida en el trabajo y/o el diseño de estrategias pertinentes, el único criterio válido es el bienestar físico y mental de los colaboradores.

De acuerdo con Dubos, citado por Antonovsky³⁹, la vida es un proceso continuo en el que la salud constituye un elemento que "capacita a los imperfectos hombres para enfrentarse a las contingencias de la vida con un mínimo de sufrimiento y desajuste, mientras lidian con un mundo igualmente imperfecto". A este respecto, Antonovsky menciona que entre la definición de la Organización Mundial de la Salud, y la de René Dubos (aun cuando parezca muy pesimista), prefiere ésta última; por cuanto provee la orientación dinámica necesaria para administrar el proceso orientado a elevar y mantener la capacidad de funcionamiento óptimo en el contexto de una realidad espacio-temporal determinada.

En esta perspectiva, el bienestar es la condición funcional que permite a las personas, realizar eficientemente (calidad) todas las actividades necesarias (cantidad) para cumplir con las responsabilidades derivadas de su pertenencia a una multiplicidades de grupos (**nivel funcional óptimo**).

³⁷ Edward E. Lawler III. 1982. "Strategies for Improving the Quality of Work Life" American Psychologist. Página 486.

³⁸ Ibid. Página 487

³⁹ Aaron Antonovsky, Health, Stress and Coping. 1979. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco, CA. Jossey-Bass, Inc. Publishers, Página 53.

En el contexto del sistema de prestación de servicios de salud, el bienestar constituye la condición que facilita a los colaboradores, responsabilizarse del bienestar de otros (usuarios de los servicios), contribuyendo con ello a la efectividad del sistema para el que trabajan.

Entre los elementos que amenazan el bienestar de los colaboradores del sistema de prestación de servicios de salud, se encuentra la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos (riesgo) para su salud, derivada de la exposición ocasional, frecuente o permanente a ciertos elementos que caracterizan el contexto en el que desarrollan sus actividades.

4.1.1 El riesgo laboral en enfermería.

A lo largo del tiempo, ha existido gran dificultad para la definición de los elementos implicados en el concepto de riesgo. En el contexto laboral, el grado de riesgo al que las personas se encuentran expuestas, no depende únicamente de la presencia de factores de riesgo en el sitio de trabajo. Depende también, del grado en que el proceso de trabajo demande de los colaboradores la exposición ocasional, frecuente o continua, a la influencia de tales factores.

Los factores de riesgo, pueden caracterizar a las personas individuales o colectivas, así como al medio, en el que ellas se desenvuelven. A las características o circunstancias laborales que, hasta donde es posible determinar, asocian a las personas individuales o colectivas a un riesgo anormal de desarrollar procesos patológicos, se les llama **factores de riesgo laboral**. Cuando los factores de riesgo que caracterizan a las personas, interactúan con los factores de riesgo constituidos por las condiciones del medio en que ellas desarrollan sus labores, se produce una combinación que aumenta en grado sumo la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos, no únicamente para esos individuos, sino también para los grupos a los que pertenecen.

La Organización Mundial de la Salud⁴⁰, en uno de sus más recientes informes, puntualiza que entre el 50% y el 70% de la población económicamente activa, de los países en vías de desarrollo, labora en condiciones ergonómicamente deficientes.

⁴⁰ World Health Organization. 2000. "Ethically Correct. Economically Sound". Fact Sheet No. 78
<http://www.who.org>

La OMS, puntualiza que, entre los trabajadores cuya carga física y psicológica de trabajo constituye un poderoso factor de riesgo, se encuentran los que cumplen funciones dentro del sistema de prestación de servicios de salud, particularmente aquellos que brindan cuidado directo a los usuarios del sistema.

A este respecto, Patterson *et al*⁴¹, citados por un informe de la Asociación Estadounidense de Fisioterapia (APTA, por sus siglas en inglés)³⁰, mencionan que los trabajadores que cumplen sus funciones en ambientes hospitalarios enfrentan en el desempeño de sus labores, riesgos que pueden ser agrupados en las categorías siguientes:

- * Enfermedades infecto-contagiosas,
- * Radiación,
- * Agentes químicos,
- * Riesgos físicos,
- * Riesgos psicológicos.

Tanto la exposición a enfermedades infecto-contagiosas, la exposición a radiación y a algunos agentes químicos, así como el ruido, la deficiente calidad de iluminación y ventilación, el calor, el frío, la humedad, y los ambientes de trabajo reducidos o congestionados, propios del ambiente nosocomial, constituyen riesgos compartidos en mayor o menor grado, por todos los colaboradores que cumplen funciones en ambientes hospitalarios.

Sin embargo, las enfermeras y los enfermeros se encuentran expuestos, además, a otros riesgos físicos y psicológicos, propios también del ambiente hospitalario; pero derivados de la carga física y psicológica de trabajo, que forma parte de las funciones atribuidas específicamente a los puestos de enfermería.

⁴¹ Board Report to House of Delegates. 1991. American Physical Therapy Association. Página 2.

4.1.1.1 El riesgo psicológico.

La vida en general, es un proceso continuo, en el que pueden ocurrir innumerables contingencias y, de la manera como las personas manejen tales contingencias depende, no únicamente el resultado de sus acciones, sino la calidad de su proceso vital.

De acuerdo con la teoría de la homeostasis biológica, todos los estímulos provocan en el organismo algún grado de desequilibrio y demandan de él, una respuesta de adaptación, que le permita reencontrar el equilibrio.

Por lo general, los estímulos a los que está expuesto el organismo poseen una naturaleza específica y provocan respuestas específicas (por ejemplo: transpirar es la respuesta específica del organismo al calor y, tiritar, la respuesta específica al frío).

Sin embargo, debido a que no todos los estímulos que el organismo recibe, poseen una naturaleza específica; el organismo también debe emitir otro tipo de respuestas que, idealmente, le permitirán reencontrar el equilibrio. Estas respuestas adaptativas, cuya naturaleza es independiente de la del estímulo que las provoca, constituyen lo que Hans Selye⁴² denominó **estrés**.

Se considera que el estrés, concebido como una respuesta adaptativa de tipo no específico, ha sido uno de los elementos que han viabilizado la supervivencia de la especie humana, por cuanto de acuerdo con los estudios llevados a cabo por Cannon en 1932, y citados por Dubos y Pines⁴³, el estrés genera la descarga fisiológica necesaria para enfrentar los retos de la vida.

Como producto de sus investigaciones al respecto, Selye llegó a determinar que el estrés es un elemento siempre presente en la vida de las personas, y se manifiesta en un continuo que va desde el hipoestrés, pasando por el eustrés y el hiperestrés, hasta llegar al distrés.

⁴² Hans Selye. 1980. "The Stress Concept Today", Handbook on Stress and Anxiety. San Francisco, CA. Jossey-Bass, Inc. Publishers. Página 127.

Selye determinó también, que el estrés constituye un elemento bivalente, cuyas consecuencias pueden ser placenteras (EUSTRES), o, por el contrario desagradables y destructivas (DISTRES), dependiendo del significado personal que los individuos atribuyan a los desafíos que enfrentan, en los diferentes contextos en que desarrollan su actividad vital.

La perspectiva de análisis que Selye desarrolló, ha permitido identificar el **eustrés** como uno de los elementos indispensables, para el logro de metas y la autorrealización de las personas. El **distrés** ha sido identificado, en cambio, como uno de los factores de alienación, no únicamente de las personas a las que afecta, sino también de los grupos de los que estas personas forman parte. El distrés, resulta de la exposición prolongada de las personas, a factores que determinan la imposibilidad de tomar control de las circunstancias que les afectan, dentro del contexto en que se desenvuelven (hiperestrés crónico).

El **estrés como factor de riesgo**, ha sido objeto de constante preocupación por parte de agencias tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En uno de los informes presentados en la ciudad de Washington D.C., en 1993, la OIT mencionaba que la tensión en el trabajo era "la enfermedad del siglo", y destacaba el hecho que, los colaboradores del sistema de prestación de servicios de salud y, muy especialmente los colaboradores que brindan cuidado directo a los usuarios del servicio, se encuentran en el punto más alto de la escala del riesgo de sufrir los efectos negativos del hiperestrés crónico.

A esto podría contribuir, el hecho de que los colaboradores pertenecientes a la especialidad de enfermería, enfrentan directamente demandas provenientes de usuarios de los servicios de salud, cuyas expectativas podrían exceder con mucho; la capacidad de respuesta de las organizaciones.

Efectos negativos de la exposición a factores de riesgo psicológico.

Entre otros efectos negativos de la exposición al riesgo psicológico, Appelbaum⁴⁴ citando a Selye, menciona los siguientes:

⁴³ René Dubos y Maya Pines. 1972. Salud y Enfermedad. Colección Científica Time-Life. México. Página 146.

⁴⁴ Steven Appelbaum. 1981. Stress Management for Health Care Professionals. Aspen Systems Corporation. Rockville, MD, USA. Página 77.

34

- a) Irritabilidad general, hiperexcitabilidad o depresión (comúnmente asociadas a agresividad o indolencia, mediadas por la personalidad del colaborador).
- b) Presión arterial elevada y/o "palpitaciones".
- c) Resequedad de la boca y la garganta.
- d) Inestabilidad emocional (conducta impulsiva, tendencia al llanto, "deseos de salir corriendo").
- e) Falta de concentración, desorientación.
- f) Debilidad, mareos, sensación de "irrealidad".
- g) Fatiga, pérdida del gusto por la vida.
- h) Tensión emocional que se manifiesta en "tics", tendencia a asustarse con cualquier sonido, por débil que el mismo, sea.
- i) Risa nerviosa, tartamudeo ú otros problemas del habla.
- j) Insomnio, bruxismo (tendencia a rechinar los dientes).
- k) Incapacidad para relajarse.
- l) Sudoración profusa, deseos frecuentes de orinar, diarrea crónica, trastornos gastrointestinales (que podrían degenerar en colitis ulcerativa, úlcera péptica, colon espástico, ...).
- m) Jaquecas.
- n) Tensión premenstrual.
- o) Dolores de espalda o cuello.
- p) Anorexia.
- q) Abuso de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol,...).
- r) Pesadillas.
- s) Conducta neurótica.
- t) Psicosis.
- u) Tendencia a sufrir accidentes.

Los efectos negativos del estrés para los colaboradores de enfermería, pueden ser devastadores. Por cuanto pueden llevarles a "fundirse" a lo largo de un proceso lento que va acompañado de una progresiva disminución de su nivel funcional (enfermedad). No obstante, la disminución del nivel funcional de los colaboradores, no siempre se manifiesta a través de una enfermedad propiamente dicha.

En este punto, es importante recordar que la relación ideal entre proveedores de servicios de salud y usuarios de los mismos, se lleva a cabo entre personas totales que comparten un mismo objetivo.

En un sistema desestabilizado por la presencia de factores de estrés, este concepto se encuentra disminuido. Este fenómeno es observable cuando los colaboradores, en un intento de mantener su propia estabilidad, se despersonalizan y comienzan a tratar a los usuarios del servicio, como si fueran objetos en lugar de personas.

A este respecto, Lee y Ashforth⁴⁵ puntualizan que la “despersonalización” no constituye sino un mecanismo de defensa que permite a los colaboradores ejercer control sobre las amenazas reales o imaginarias que perciben en el ambiente de trabajo.

Finalmente, cuando se trata de analizar los efectos negativos de la exposición al estrés como factor de riesgo psicológico, es importante considerar que, de acuerdo con Jones et al⁴⁶ el hiperestrés crónico (tensión psicológica que los colaboradores experimentan por períodos prolongados) puede tener efectos nocivos para la salud mental de los colaboradores del sistema y disminuir su capacidad funcional para la emisión de juicios, la toma de decisiones y la ejecución de acciones relacionadas con la prestación de servicios de salud.

4.1.1.2 El riesgo físico.

En el modelo teórico de Lawler y Porter⁴⁷ para el análisis del desempeño de alto nivel, el **esfuerzo**, constituye “la cantidad de energía que debe invertirse” en la realización de una función, actividad, o tarea.

El grado de esfuerzo físico, que el desempeño de funciones atribuidas a un puesto demanda, en un contexto específico; es uno de los factores que deben ser cuidadosamente analizados, en orden a la optimización de los procesos administrativos de una organización. Por cuanto el grado de esfuerzo, es uno de los elementos que determinan el grado de riesgo ocupacional al que un colaborador se encuentra expuesto.

En el caso particular de la especialidad de enfermería, el grado de riesgo físico al que se encuentran sometidos los colaboradores, podría ser aún mayor, por el esfuerzo que demanda la **postura laboral** requerida para el desempeño del puesto. La postura laboral puede definirse, como la forma en que una persona acomoda su cuerpo a la labor que realiza.

⁴⁵ Raymond T. Lee, and Blake E. Ashforth. 1990. “On the Meaning of Maslach’s Three Dimensions of Burnout” Journal of Applied Psychology (USA); 75(6): Página 744.

⁴⁶ John Jones, et al. 1988. “Stress and Medical Malpractice”. Organizational Risk Assessment and Intervention”. Journal of Applied Psychology. (USA); 73(4): Página 727.

⁴⁷ Edward E. Lawler III y Lyman W. Porter. 1974. “Efectos del Desempeño sobre la Satisfacción en el Trabajo”. Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, Página 286.

La postura laboral, puede ser estática o dinámica, de acuerdo con los requerimientos de la tarea; pero el grado de esfuerzo que la postura laboral demanda, está condicionado por una serie de factores:

- Las características personales (antropométricas) del colaborador.
- Las características del espacio de trabajo.
- El nivel de dominio (cognoscitivo, actitudinal y psicomotriz) para el manejo de la carga física de trabajo.

La postura laboral, como factor de riesgo del personal de enfermería puede ser analizada en dos modalidades: la postura estática y la postura dinámica.

a. Postura estática.

Debido a la naturaleza de las funciones atribuidas a los puestos de enfermería, los colaboradores deben permanecer, la mayor parte del turno de trabajo, en posición de pie.

Aun cuando tradicionalmente esta posición ha sido considerada una postura estática, de acuerdo con Hellebrandt, citado por Wells⁴⁸, ese concepto no es correcto. La posición de pie no constituye una postura estática, propiamente dicha, debido a que existen oscilaciones funcionales del cuerpo hacia delante, hacia atrás y hacia los lados; que demandan la acción de todas las estructuras (neurológicas, musculares...) que posibilitan el mantenimiento de tal posición.

b. Postura dinámica.

El quehacer de enfermería demanda también una serie de adaptaciones posturales, necesarias para la realización de actividades y tareas (entre ellas, la movilización y el traslado de pacientes) que, como parte del rol de enfermería, son imprescindibles para la prestación del servicio.

⁴⁸ Katherine F. Wells. 1989. Kinesiology. The Scientific Basis of Human Motion. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA. Página 373.

Efectos negativos de la exposición a factores de riesgo físico.

Aun cuando es virtualmente imposible establecer puntualmente la relación de causa-efecto, muchos procesos patológicos se han desarrollado en el ambiente de trabajo. Por esta razón, profesionales de la salud ocupacional pertenecientes a la escuela escandinava (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca) han venido identificando y documentando, no sólo la existencia de factores de riesgo en una multiplicidad de ambientes de trabajo, sino también los efectos negativos de la carga de trabajo atribuida a distintos grupos ocupacionales.

Esta sola sistematización, ha viabilizado la implementación de modelos de atención en salud ocupacional, cuya trascendencia aún no ha sido visualizada por los países en vías de desarrollo.

Los efectos negativos de la exposición al riesgo, constituido por la propia carga de trabajo de enfermería, pueden manifestarse a corto y a largo plazo. Los efectos a corto plazo, se refieren básicamente a la **fatiga muscular** que se manifiesta inicialmente como una sensación de incomodidad y luego como dolor, aumento de la incapacidad y debilidad muscular.

A largo plazo, sin embargo, los efectos negativos de la carga física de trabajo pueden manifestarse en el **deterioro del sistema músculo-esquelético** (lesión de las articulaciones, degeneración de los discos intervertebrales...) que lleva a la enfermedad ocupacional y al retiro precoz.

a. La fatiga muscular

De acuerdo con las investigaciones de McFarland⁴⁹, la fatiga se manifiesta como “un conjunto de fenómenos asociados a la disminución o la pérdida de eficiencia y habilidad...” y las diferentes interpretaciones que se han hecho del término **fatiga**, se deben al hecho de que “no tiene un significado científico específico” y a, que en términos médicos, “no constituye una entidad clínica por sí misma”.

⁴⁹ R.A. McFarland. 1979. “La Fatiga en la Industria”. Estudios de Psicología Industrial y del Personal, Editorial Trillas, México. Página 519.

Durante muchos años, y mediante diversos estudios de laboratorio, los fisiólogos intentaron localizar la fatiga en determinados componentes del organismo, sin llegar a resultados concluyentes. Sin embargo, aun cuando los resultados obtenidos no pudieron ser generalizados, la importancia de los estudios de laboratorio que llevaron a lograr dichos resultados, radica en que han permitido sistematizar el estudio de la fatiga, como uno de los efectos negativos de la sobrecarga de trabajo.

La fatiga fisiológica resulta del aporte insuficiente de oxígeno a los músculos, cuando ellos consumen el oxígeno, más rápidamente de lo que los pulmones, el corazón y el sistema circulatorio pueden proveerlo. Esto lleva a que los productos de desecho del metabolismo (anhídrido carbónico y ácido láctico), se acumulen más rápidamente de lo que el sistema circulatorio puede eliminarlos.

El ácido láctico acumulado, puede producir calambres o espasmos musculares (contracciones dolorosas, sin estimulación nerviosa), así como estimulación de las terminaciones nerviosas del dolor, lo cual discapacita a los músculos para desempeñar su función y, a la vez, la discapacidad muscular (capacidad disminuida) resultante, determina el decremento de la capacidad de trabajo.

De acuerdo con los estudios de Åstrand y Rodahl⁵⁰ las reacciones químicas que la sobrecarga de trabajo produce a nivel muscular, pueden disminuir la capacidad funcional de la generalidad de los colaboradores para el desempeño de actividades que requieren de esfuerzo físico.

No obstante, existen personas altamente motivadas y comprometidas con su labor en grado tal, que podrían continuar esforzándose en el logro de una meta, más allá del punto de fatiga fisiológica, sin percibirlo de manera inmediata. Los hallazgos de estos investigadores, han llevado a la investigación de los componentes psicológicos y emocionales subyacentes en el proceso de extenuación.

⁵⁰ Per Åstrand and Karel Rodahl. 1997. Textbook of Work Physiology. 2nd. Edition. McGraw-Hill, New York, USA. Página 94.

De acuerdo con García Acosta⁵¹ aun en situaciones de reposo relativo, algunos estímulos ambientales pueden alterar el metabolismo muscular, provocando la fatiga. Esto nos lleva a establecer que la fatiga es el producto de la exposición a múltiples factores de riesgo físico y psicológico que provocan el aumento de la tensión intramuscular (hipertonía), lo cual dificulta la circulación sanguínea en los músculos “tensos”.

La disminución del flujo sanguíneo, a su vez, da lugar a la acumulación de productos derivados de la contracción muscular sostenida. Esto lleva a la fatiga, y promueve la aparición de trastornos a nivel de las estructuras músculo-esqueléticas.

b. Los trastornos músculo-esqueléticos.

Las posturas laborales (estáticas o dinámicas) inadecuadas pueden producir efectos indeseables. Los trastornos o desórdenes por trauma acumulado, se derivan de pequeñas lesiones que se producen por la repetición de ciertos movimientos. Hay en el cuerpo humano, áreas más susceptibles de padecer este tipo de problemas, entre ellas:

- 1) la espalda y el cuello,
- 2) las muñecas, los codos y los hombros.

De acuerdo con investigaciones al respecto, los **problemas de espalda**, afectan, al 80% de las personas, en alguna etapa de su vida. No obstante, únicamente entre el 5% y el 15% de las personas experimenta problemas de espalda por períodos prolongados (dolor crónico).

En estas últimas estimaciones se encuentran incluidos los colaboradores de enfermería. Los factores de riesgo serían, en este caso:

- repetición (número de movimientos de la columna/día de trabajo),
- fuerza (el peso de la carga que se levanta, hala o empuja),
- postura (el grado en que la columna se flexiona o se rota),
- carga (tamaño, estabilidad, límites, deslizabilidad...),

⁵¹ Antonio García Acosta. 1984. Introducción a la Ergonomía. Folleto editado por el Departamento de Seguridad e Higiene del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Página 63.

40

- distancia (distancia horizontal que hay entre el colaborador y la carga, la distancia que el colaborador debe levantar la carga, la distancia que debe transportar la carga...)
- ambiente (calor, frío, restricción a la movilidad o a la postura, calidad de los pisos, obstáculos, vibración...)
- personales (talla, peso, fuerza, condición física, técnicas de levantamiento, hábitos de trabajo, estilo de vida...)

Los trastornos músculo-esqueléticos derivados de la carga física que las personas deben manejar en el desempeño de su trabajo, pueden manifestarse en diversas dimensiones:

- * en términos de **duración**, desde estados pasajeros, hasta estados permanentes.
- * en términos de **dolor**, desde el casi imperceptible, hasta el insoportable.
- * en términos de **función**, desde la conservación de habilidades virtualmente normales, hasta la discapacidad total.

4.2 La enfermedad ocupacional y su impacto en las organizaciones.

De acuerdo con un informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés)⁵² no existen informes completos acerca de la cantidad de personas cuya salud es afectada por las condiciones existentes en el sitio de trabajo.

Ya resulta bastante difícil comprender que en las empresas (comerciales o industriales) exista sub-registro de la cantidad de colaboradores que han sido afectados por procesos o condiciones que se dan en el sitio de trabajo. Sin embargo, cuando la ausencia de registros de la problemática de salud que afecta a los colaboradores en el ambiente de trabajo, ocurre dentro del propio sistema de prestación de servicios de salud, el problema adquiere proporciones alarmantes.

⁵² World Health Organization. 2000. "Ethically Correct. Economically Sound" Fact Sheet No. 78 <http://who.org>

Dicha ausencia demuestra (cuando menos), la poca preocupación de los empleadores por evaluar los costos reales de funcionamiento del sistema. Sin mencionar la indiferencia respecto a los problemas de salud de los colaboradores, ni el desprecio por la dignidad humana de los colaboradores, que tal indiferencia refleja. El impacto de la enfermedad ocupacional, concebida como disminución de la capacidad productiva de los colaboradores, es observable en las dimensiones siguientes:

4.2.1 Deterioro de la calidad de vida en el trabajo.

Es un hecho, que el ausentismo de los colaboradores de enfermería que se enferman o accidentan determina la sobrecarga de trabajo, para los compañeros que permanecen en servicio. Sin embargo, aun cuando la percepción de la sobrecarga provocada por el ausentismo de los colaboradores que se enferman o accidentan, podría estar mediada por patrones actitudinales de los compañeros que deben sobrellevarla; también es un hecho, que la sola presencia de este factor de riesgo (sobrecarga de trabajo) en el contexto laboral, disminuye la calidad de vida de estos últimos. Por cuanto, no únicamente promueve la disminución de la moral de los colaboradores, sino que además eleva peligrosamente los niveles de riesgo atribuible a las tareas que forman parte de la carga de trabajo.

4.2.2 Disminución de la efectividad de las organizaciones.

La efectividad de las organizaciones es una función multiplicativa de la productividad de los colaboradores y el grado de bienestar (calidad de vida) de que disfrutan en el ambiente de trabajo. Concebida como la disminución de la capacidad de los colaboradores para contribuir al funcionamiento de las organizaciones, la enfermedad resulta uno de los elementos que más socavan la efectividad del sistema. El ausentismo resultante, no únicamente promueve disminución de la eficiencia de los grupos a los que pertenecen los colaboradores que se enferman o lesionan, sino que además eleva los costos de funcionamiento de las organizaciones.

De acuerdo con la experiencia acumulada por higienistas industriales, cuando un colaborador suspende labores por haber experimentado un accidente, las organizaciones enfrentan pérdidas anuales calculadas en un promedio de ocho días por cada colaborador que se lesiona.

Los costos "visibles" de un accidente, están representados principalmente por los gastos de atención médica y los salarios que la persona lesionada devenga, durante el período de suspensión de labores. De acuerdo con H. Heinrich, citado por García Criollo⁵³ muchas organizaciones consideran que, una vez que los costos de atención médica y salarios han sido cubiertos, los costos del proceso administrativo que se genera a partir de la ocurrencia del accidente queda liquidado.

No obstante, aun cuando los costos directos gastos son los más notorios, los mismos representan únicamente la quinta parte del costo real del accidente; porque existen, además, costos indirectos (también llamados "costos ocultos") de la suspensión de labores de los colaboradores; y estos, son muy difíciles de cuantificar. Por cuanto, la enfermedad ocupacional, concebida como la disminución progresiva de la capacidad de contribuir efectivamente al logro de las metas organizacionales (aun cuando no lleve a la suspensión de labores), constituye uno de los factores que más desestabilizan al sistema.

Mientras que el accidente parece constituir un incidente aislado que requiere de atención inmediata, la enfermedad ocupacional (derivada de la traumatización repetitiva del sistema músculo-esquelético durante el proceso laboral), no recibe la atención necesaria.

Las implicaciones sociales de tal negligencia, se reflejan en el hecho que los colaboradores cuya enfermedad (derivada del trauma acumulativo) no "amerita" la suspensión de labores, continúan trabajando dentro de los límites funcionales determinados por una condición física disminuida (enfermedad crónica). Se reflejan también, en la disminución de la efectividad de las organizaciones.

En cuanto a las implicaciones económicas de los accidentes, García Criollo⁵⁴ citando a H. Heinrich, puntualiza que los costos indirectos de un accidente se encuentran en proporción mínima de cinco a uno (5:1), con respecto a los costos directos.

⁵³ Roberto García Criollo. 2000. Estudio del Trabajo. Ingeniería de Métodos. Editorial McGraw-Hill México, Página 149.

⁵⁴ Ibid. Página 150.

No obstante, de acuerdo con las Estadísticas Vitales de los Estados Unidos Mexicanos, y el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, citados por la revista Médico General⁵⁴ la percepción de Heinrich y García Criollo podría no ser la correcta, por cuanto los costos indirectos (que deben ser asumidos por las organizaciones y la seguridad social del país) pueden llegar a alcanzar una proporción de cincuenta a uno (50:1), respecto de los costos directos. Esto significa que por cada unidad monetaria de costo directo, un accidente podría implicar hasta cincuenta unidades, de costo indirecto.

En cuanto a las implicaciones económicas de la negligencia relacionada con el reconocimiento de la importancia de la discapacidad resultante de la enfermedad ocupacional; Horwitz, citado por Ruiz Salazar⁵⁵, puntualiza que la relación economía-salud, puede representarse esquemáticamente, como un círculo vicioso cuyos "polos" están constituidos por:

- * La enfermedad ocupacional, concebida como la entidad patológica que discapacita al organismo humano para producir energía de alta calidad.
- * La baja productividad, concebida como el decremento de la capacidad humana de producir.

Finalmente, en el contexto del sistema de prestación de servicios de salud, y para efectos de evaluación del impacto de la enfermedad ocupacional en las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, lo anterior significaría que...

- a.** si los colaboradores continúan trabajando, dentro de los límites funcionales determinados por una condición de salud disminuida (enfermedad ocupacional), serán física y/o psicológicamente incapaces de contribuir a que el sistema logre sus fines.
- b.** si los colaboradores suspenden labores, como producto de afecciones músculo-esqueléticas que se han desarrollado en el sitio de trabajo, la organización deberá enfrentar la problemática derivada de:

⁵⁴ Revista Médico General. 1999. "El Costo de los Servicios Sanitarios" México.

⁵⁵ Antonio Ruiz Salazar. 1987. Salud Ocupacional y Productividad. Ediciones Noriega, México, Página 39.

- 1)** la absorción de los costos del proceso administrativo derivado de la suspensión de labores de los colaboradores y las vicisitudes propias de la implementación de mecanismos de adaptación que resulten imprescindibles.
- 2)** la absorción de los costos de un proceso de atención de salud a colaboradores; cuya complejidad amplía desproporcionadamente la espiral de los costos.

En esta perspectiva, si el análisis se traslada al contexto del proceso de reforma del sector salud, dentro del cual la contención de los costos de la atención tiene un lugar prioritario, la estimación anterior adquiere proporciones mucho más que alarmantes.

III. MARCO CONTEXTUAL

1. Perspectiva histórica del desarrollo del sistema.

De acuerdo con William Cockerham⁵⁶, fue la necesidad de minimizar los efectos desintegradores de la enfermedad en la sociedad lo que determinó el surgimiento de los hospitales, como organizaciones cuyo fin último es garantizar la disponibilidad de servicios que el hogar no puede brindar a las personas que requieren de atención especializada de salud.

1.1 Las organizaciones

Aunque por razones económicas y militares, fueron los romanos los primeros en establecer instituciones que han sido descritas como hospitales, los orígenes de la institución como ahora la conocemos; se remontan al surgimiento del cristianismo.

De acuerdo con Knowles *et al*, citados por Cockerham⁵⁷, la Iglesia Católica, basándose en los principios cristianos que enfatizan la obligación moral que todos tenemos, en cuanto a cuidar y proteger a los enfermos y necesitados, empezó a promover la fundación de hospitales, como uno más de los servicios disponibles para la comunidad.

Muchos hospitales fueron establecidos por la Iglesia, durante el período de las Cruzadas, entre 1096 y 1291, a lo largo de la ruta que los ejércitos cristianos utilizaban para llegar a la Tierra Santa. En épocas posteriores, también algunos benefactores seculares (miembros de la nobleza, mercaderes ricos) y algunas municipalidades fundaron hospitales. De esta manera, a finales del siglo XV, existía ya una extensa red de hospitales en el occidente de Europa.

⁵⁶ William Cockerham. 1978. Medical Sociology. Prentice-Hall Inc. New Jersey. Página 167.

⁵⁷ Ibid. Página 168.

El hospital medieval, sin embargo, no correspondía al concepto moderno de hospital. Era un centro comunitario dedicado al cuidado de enfermos pertenecientes a estratos sociales inferiores y su actividad no se limitaba a brindar cuidados de salud. El hospital ofrecía, además, una amplia variedad de servicios que incluía la provisión de albergue, alimentos, ropa y protección a todas las personas que lo solicitaran, independientemente de que estuvieran enfermas o no.

Durante el período del Renacimiento y la Reforma, el carácter religioso de los hospitales comenzó a desaparecer, a medida que un mayor número de ellos era puesto bajo la jurisdicción de autoridades seculares. Rodney Coe citado por Cockerham⁵⁸, menciona que aunque con el correr del tiempo, los hospitales perdieron el enfoque religioso, conservaron tres rasgos básicos derivados de la influencia de la Iglesia Católica:

- a) El concepto de servicio orientado a la asistencia de los demás, que ha llegado a constituir uno de los principios que deben guiar las acciones del personal de salud.
- b) El supuesto de que todos los hospitales deben aceptar para su tratamiento a todas las personas que se encuentren enfermas o lesionadas (universalidad de la atención).
- c) La naturaleza custodial de la atención, que determina el alojamiento de las personas dentro de los límites de un edificio: **el hospital**.

A finales del siglo XIX, empezó a desarrollarse una nueva imagen de los hospitales como instituciones en donde las personas podían encontrar atención de salud de la más alta calidad. Entre los factores que mejor contribuyeron a ello, se encuentran los siguientes:

- a) El hecho de que la medicina se convirtiera en una ciencia. Esto determinó el desarrollo de la fisiología, la bacteriología y la anestesiología. El desarrollo de ésta última, llevó al perfeccionamiento del ether, como sustancia anestésica que permitiría que la cirugía fuera practicada en forma relativamente indolora.
- b) El descubrimiento de los antisépticos y la implementación de los procedimientos de asepsia. Esto disminuyó los riesgos de muerte intrahospitalaria y aceleró los procesos de recuperación de la salud.
- c) El significativo mejoramiento de la calidad del personal y el surgimiento de las profesiones paramédicas, entre las que la enfermería tiene un lugar preeminente.

1.2 Los colaboradores

Entre los colaboradores, cuya función se considera indispensable para que el sistema de prestación de servicios logre sus objetivos, se encuentra el **personal de enfermería**.

Aun cuando el rol de enfermería ha sido identificado con funciones tradicionalmente encomendadas a las mujeres, existe evidencia histórica de que desde la antigüedad, los hombres también han desempeñado tareas relacionadas con el cuidado de enfermos. Al igual que el desarrollo de los hospitales, el desarrollo de la enfermería como una profesión fue influida por la presencia de monjas que cumplían funciones dentro de los hospitales auspiciados por la Iglesia Católica.

Ya en el siglo XIX, existían enfermeras seculares, sin embargo, la enfermería era considerada como una actividad poco prestigiosa. Una ocupación para mujeres que, careciendo de entrenamiento en medicina, únicamente desempeñaban un rol de apoyo no incorporado, a la estructura formal de los servicios de salud.

No obstante, la perspectiva de la enfermería como profesión, comenzó a ampliarse a partir del trabajo de **Florence Nightingale**, una joven inglesa que provenía de una familia protestante de clase media y afirmaba haber tenido una visión, en la que el Señor le llamaba a servir a los necesitados. Nightingale, no comprendía cómo podía cumplir su misión puesto que, siendo protestante, no podía ingresar como monja a un convento. Por esta razón, decidió ser enfermera. Eso le permitiría servir a los necesitados, sin abjurar de su fe protestante.

Eliot Freidson, citado por Cockerham⁵⁹, señala que, en 1854, la Guerra de Crimea brindó a la enfermería la oportunidad de establecerse como una ocupación formal. Florence Nightingale organizó un contingente de enfermeras y, apoyada por fondos obtenidos mediante una conscripción especial, zarpó hacia el frente en el que Inglaterra y otros países combatían contra Rusia. Una vez allí, ofreció sus servicios y los de su contingente de enfermeras, tratando de convencer al ejército de que la dejaran atender a los heridos, de acuerdo con las necesidades que había identificado.

⁵⁸ Ibid. Página 169.

⁵⁹ Ibid. Página 149.

Después de superar algunos obstáculos derivados de la inusual presencia de personal femenino (no médico ni militar) en el frente, los servicios de las enfermeras empezaron a ser requeridos con regularidad y la prensa inglesa, que daba cuenta de los acontecimientos en el frente, empezó a denominar a Nightingale y su contingente de enfermeras, "**los ángeles de la misericordia**". Esto facilitó que al regresar a Inglaterra, Nightingale convertida en heroína, pudiera establecer la primera escuela de enfermeras en Londres. A partir de entonces, el enfoque Nightingale se constituyó en el modelo de educación de enfermería.

2. El sistema actual

A principios del siglo XIX, los hospitales habían definido claramente la función que hasta nuestros días cumplen, como instituciones de cuidado de salud, para la investigación en salud y para la práctica clínica de los estudiantes de ciencias de salud. Sin embargo, no fue sino hasta finales del siglo XIX, empezó a desarrollarse una nueva imagen de los hospitales como instituciones en donde las personas podían encontrar atención de salud de la más alta calidad.

Los hospitales como organizaciones proveedoras de servicios de salud, poseen características muy definidas que los distinguen de otras organizaciones pertenecientes también, al sector de servicios. A este respecto, Wayne Boss⁶⁰ menciona que los hospitales son organizaciones:

- a) perfectamente diferenciadas,
- b) altamente especializadas,
- c) muy importantes a los ojos de la sociedad,
- d) cuyas metas son poco tangibles,
- e) a las que se evalúa, más por la nobleza de sus intenciones, que por la efectividad de sus resultados.

⁶⁰ Wayne Boss, 1989. Organizational Development in Health Care. Addison-Wesley Publishing Co. Inc. Reading, MASS. USA. Página 19.

De acuerdo con el planteamiento de Boss, esta última característica está relacionada con el hecho de que, a diferencia de lo que sucede con otras organizaciones, los servicios que ofrecen los hospitales son requeridos, por lo general, de manera fortuita. Y este hecho, por sí solo, constituye una de las mayores limitaciones que el sistema de prestación de servicios de salud enfrenta, para el establecimiento de sus metas y por ende, para el establecimiento de criterios mínimos que permitan a los administradores estimar en algún grado la productividad de las organizaciones.

En el marco de las limitaciones establecidas por el proceso de reforma del sector, y aun cuando para efectos de la *estimación* de su propia efectividad, las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, continúan "midiendo" la productividad de los colaboradores en términos de la relación hora-hombre (número de pacientes atendidos en una hora-colaborador); el concepto producción de servicios, que identifica puntualmente el número de intervenciones de salud que la organización ha efectuado a requerimiento de los usuarios, *en ningún caso* debe ser considerado como sinónimo del concepto productividad de los colaboradores.

Particularmente porque, en principio, no puede ignorarse el hecho de que, *a diferencia de lo que sucede* con el proceso productivo *en una planta* o en una línea de montaje; en un hospital público, el proceso asistencial no se interrumpe ni puede ser interrumpido por circunstancia alguna, particularmente porque el sistema se rige por el principio de universalidad.

Lo anterior, significa que a cualquier persona independientemente de su credo religioso o político y de su condición social, económica... se le reconoce el derecho humano a ser atendida por el hospital; significa también que el hospital como organización perteneciente al sistema de prestación (que no producción) de servicios de salud tiene la obligación (responsabilidad social) de brindarle la atención de urgencia que su condición de salud amerite.

Tampoco debe ignorarse el hecho de que, aun cuando la evidencia de que el proceso asistencial (que no productivo) ha tenido un resultado, es un servicio de salud (mal llamado producto); la prestación de tal servicio (particularmente cuando se trata de servicios de emergencia) no está sujeta a la disponibilidad de recursos.

2.1 El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Uno de los logros más importantes del proceso revolucionario, que llevó al derrocamiento del General Jorge Ubico y la posterior elección del Dr. Juan José Arévalo Bermejo como Presidente Constitucional de la República de Guatemala, fue el surgimiento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

El IGSS, cuya Ley Orgánica fue emitida por el Congreso de la República de Guatemala (Decreto Ley 295), es una organización perteneciente al sector de servicios que, desde su fundación en 1946, ha hecho posible la ampliación del radio de acción del sistema de prestación de servicios de salud en nuestro país. Esto se refleja en la misión declarada en el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional 2001-1006: *"Garantizar a los trabajadores y sus familias, servicios de seguridad social orientados a elevar su nivel de vida"*⁶¹.

La organización, que cuenta con un promedio de 11,169 colaboradores (de los cuales el 32.23% pertenece a la especialidad de enfermería), desarrolla programas dirigidos a garantizar el bienestar de diferentes grupos poblacionales, entre los cuales tiene importancia especial el grupo correspondiente a la población económicamente activa.

Para acceder a los servicios de salud que el IGSS brinda, es importante e indispensable que el solicitante, acredite la condición de afiliado al Régimen de Seguridad Social. De acuerdo con la Ley Orgánica del IGSS, se considera afiliado/afiliada, a *"toda persona que preste sus servicios materiales, intelectuales o de ambos géneros, en virtud de un contrato o relación individual de trabajo a un patrono declarado, formalmente inscrito u obligado a inscribirse formalmente en el Régimen de Seguridad Social"*.

En concordancia con el Artículo 2 del Acuerdo No. 468 de la Junta Directiva del IGSS, también se considera afiliado al trabajador que presta sus servicios al Estado de Guatemala, es decir toda persona que labore en una dependencia gubernamental (centralizada o descentralizada), independientemente del sector (educación, agricultura, salud...) al que pertenezca el puesto que desempeña.

⁶¹

2.2 El Hospital General de Accidentes.

El Programa de Protección Relativa a Accidentes en General, cobró vigencia el uno de enero de mil novecientos cuarenta y ocho, a partir de la emisión del Acuerdo No. 97 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Este hecho, demandó del Instituto la implementación de una de sus primeras unidades médicas: el Centro 1. En sus inicios, esta unidad funcionaba en el Centro Histórico de la Ciudad, en un edificio ubicado en la quinta calle y octava avenida de la zona 1. Con el correr del tiempo, el Centro 1 fue trasladado al Chalet San Carlos (inmueble ubicado en la Diagonal 12, 0-03 de la zona nueve) que, debido a las crecientes necesidades de servicio empezó a ser modificado, hasta convertirse en el Hospital de Traumatología y Ortopedia.

Derivado del proceso de reorganización de que fue objeto el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (en los primeros años de la década de los años ochenta), este centro de atención de salud fue denominado **Hospital General de Accidentes**. Actualmente, este Hospital ocupa el complejo denominado Unidad 7/19, cuyas instalaciones fueron especialmente construidas para su funcionamiento.

El Hospital General de Accidentes brinda servicios altamente especializados, tiene categoría de hospital-escuela (es centro de práctica de estudiantes de pregrado en diferentes ramas de las ciencias de la salud y desarrolla programas de formación de postgrado en diferentes ramas de la medicina), requiere de una gran cantidad de personal (del que los colaboradores de enfermería constituyen el 48.80%), ... y debido al alto grado de su especialización constituye un hospital de referencia nacional. Esto último significa que, cuando los servicios que la condición de salud del afiliado demanda, se encuentran más allá de la capacidad de respuesta de las unidades periféricas o departamentales; la responsabilidad de la atención es transferida (vía proceso de interconsulta/traslado) al Hospital General de Accidentes.

De acuerdo con el Informe Anual de Labores del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social⁶², el Hospital General de Accidentes, atendió en el Servicio de Consulta Externa a: 43,018 afiliados, lo que equivale al 11.19% de la población afiliada al Régimen de Seguridad Social y al 17.35% de la población afiliada atendida en hospitales pertenecientes a la organización, en el período correspondiente al año 2002.

⁶² Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 2003, Informe de Labores. Página 48.

Atendió, además, a 1,882 pensionados, lo cual equivale al 15.05% del total atendido en las mencionadas unidades médicas y debido a que el sistema de prestación de servicios de salud se rige por el principio de universalidad, atendió también a 14 personas no afiliadas. Finalmente, también atendió 5,944 consultas en la Clínica de Personal, que fueron trasladadas al Programa de Enfermedad.

Los servicios brindados por el Hospital General de Accidentes (en el área de Consulta Externa del Programa de Atención a Accidentes) durante el año 2002, fueron ciento cuatro mil quinientos cincuenta y uno (104,551) que representaron el 30.34% de las consultas totales atendidas por el IGSS y el 42.17% de las consultas atendidas por los hospitales pertenecientes a la organización.

A los servicios de consulta externa que el Hospital General de Accidentes (Programa de Atención a Accidentes) brindó, debe agregarse siete mil quinientos (7,500) servicios de hospitalización, lo cual representa el 49.60% del total brindado por hospitales pertenecientes a la organización. Lo anterior equivale a una ocupación de ochenta y un mil ochocientos sesenta y cinco (81,865) días/cama.

El Hospital General de Accidentes brindó, también, cincuenta mil setecientos treinta y tres (50,733) servicios especializados, lo cual equivale al 76.79% de los servicios especializados que prestaron todas las unidades médicas pertenecientes al Instituto y al 82.18% de los servicios especializados que brindaron los hospitales pertenecientes a la organización.

Independientemente del hecho que el Hospital General de Accidentes sea una de las unidades médicas de mayor complejidad, al igual que las demás unidades médicas pertenecientes al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y no obstante la trascendencia de la misión del IGSS enfrenta actualmente una crisis derivada, en parte, del proceso de reforma del sector salud que demanda de las organizaciones, la producción de más y mejores servicios, con menos recursos.

Dicha crisis se manifiesta básicamente en la escasez de personal y de medicamentos e insumos en general que lleva a los usuarios del servicio cuyas demandas y/o expectativas quedan insatisfechas, a identificar a los hospitales del IGSS como unidades ineficientes.

Desafortunadamente, la crisis de las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, el IGSS entre ellas, no se manifiesta únicamente en la escasez de personal y medicamentos que lleva a la insatisfacción del cliente externo. Se manifiesta también, en la problemática derivada de la ausencia de políticas de administración de recursos humanos que día a día afecta al cliente interno.

La ausencia de tales políticas se refleja, no únicamente en la ausencia o la falta de pertinencia de los programas de capacitación dirigidos a colaboradores, sino en la inexistencia de programas tendentes a elevar la calidad de vida en el trabajo.

Los sistemas que además de carecer de los recursos para satisfacer la demanda del usuario, carecen también de políticas de administración de recursos humanos, que permitan a los colaboradores visualizar la importancia de su contribución para el logro de las metas organizacionales constituyen, no únicamente ambientes poco propicios para el desarrollo integral de los colaboradores; sino lo que es aún peor, constituyen entornos potencialmente discapacitantes, es decir, constituyen ambientes laborales que ponen en riesgo la salud de sus colaboradores.

Entre los colaboradores cuya sola pertenencia al Sistema de Prestación de Servicios de Salud, les impone elevados niveles de riesgo ocupacional, se encuentran los colaboradores de enfermería, cuya carga física y psicológica de trabajo constituye en sí misma un poderoso factor de riesgo.

Dadas las características de la organización y las características propias de la carga de trabajo del personal de enfermería (32.23% de la fuerza laboral del Instituto), y siendo el IGSS el ente responsable del diseño de instrumentos normativos relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo; resulta incomprensible que después de cincuenta y nueve años de existencia, las condiciones laborales de sus colaboradores (muy especialmente las de los enfermeros y las enfermeras que cumplen funciones en el Hospital General de Accidentes) reflejen que al interior de la organización, los mencionados instrumentos no se aplican con el rigor necesario.

Resulta incomprensible también que, siendo una organización perteneciente al sistema de prestación de servicios de salud, los administradores de la entidad no hayan identificado los factores organizacionales implicados en la discapacidad ocupacional de los colaboradores de enfermería.

No obstante lo anterior, el simple hecho de que la propia carga de trabajo atribuida a los puestos de enfermería, constituya un factor documentado de riesgo laboral y, el grado de frecuencia con que los colaboradores de enfermería reportan problemas de espalda baja dolorosa; deberían haber llamado ya, la atención de los empleadores respecto de la necesidad de evaluar el grado en que tal factor puede afectar a los colaboradores expuestos al mismo. Pero tampoco eso ha ocurrido.

Lo más grave de la situación es que, siendo el IGSS una organización perteneciente al sector salud actualmente en proceso de reforma,... una organización que necesita contener sus costos de funcionamiento; no cuente con registros que le permitan, al menos, estimar la cantidad de colaboradores que experimentan accidentes en el sitio de trabajo, y/o la cantidad de colaboradores que desarrollan procesos patológicos, en el contexto del trabajo y requieren de procesos de atención médica que se traducen en costos adicionales de funcionamiento para el sistema.

SEGUNDA PARTE

IV. MARCO METODOLOGICO

El proceso de investigación siguió la secuencia necesaria para cumplir con las condiciones que el método científico demanda, razón por la que incluyó las fases siguientes:

1. Investigación bibliográfica

Se desarrolló, mediante la consulta de fuentes de tipo primario constituidas por artículos originales publicados en revistas especializadas y documentos publicados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y fuentes de tipo secundario, constituidas por libros de texto relacionados con la temática; así como documentos publicados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

2. Investigación de campo.

Habiendo determinado que la naturaleza de la problemática a investigar, requería del uso de una metodología de tipo predominantemente cualitativo, se eligió para el desarrollo del estudio de campo, un enfoque metodológico integrado que permitiría abordar, al mismo tiempo, los aspectos administrativos (enfoque de desarrollo organizacional) y los aspectos sanitarios (enfoque de riesgo) del problema.

a. Población objeto de estudio.

Aun cuando hay quinientas treinta y dos (532) personas desempeñando puestos de enfermería dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS, éstas se encuentran agrupadas en diferentes niveles de desempeño (auxiliares de enfermería, enfermeras generales, enfermeras jefes de servicio...). Algunas de estas personas brindan atención directa a pacientes, otras desempeñan labores administrativas que, de alguna manera, les eximen de la responsabilidad de brindar cuidado directo a pacientes que han sido admitidos para su tratamiento en unidades hospitalarias. Lo anterior determinaría que, al menos teóricamente, tanto las condiciones del ambiente en donde cumplen sus funciones de trabajo, como la naturaleza de la carga de trabajo que maneja cada grupo, sean diferentes.

Tomando en cuenta los elementos que caracterizan al sistema de prestación de servicios de salud en el contexto de la reforma del sector y, debido a que se había elegido el enfoque de riesgo, como la orientación metodológica que guiaría el estudio; se contempló la conveniencia de solicitar la colaboración de todo el personal de enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, sin excepción, a efecto de cumplir con las condiciones que el enfoque de riesgo impone y facilitar, al mismo tiempo, la estimación del grado en que los diferentes niveles de desempeño en enfermería, enfrentan un mismo tipo de riesgo.

De acuerdo con los lineamientos establecidos por los enfoques que guiarían el proceso respectivo, se contempló la conveniencia de no limitarse al uso de encuestas, sino también incluir observaciones estructuradas del ambiente laboral y del desempeño de los colaboradores.

Se contempló también la conveniencia de efectuar, previo al inicio del estudio, visitas a las autoridades de la organización, a efecto de verificar su disposición a colaborar, no únicamente en la realización de la investigación que permitirá estimar el grado de riesgo en que se encuentra el personal de enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, sino muy especialmente en la implementación de programas de salud ocupacional que contribuyan a la elevación de la calidad de vida en el trabajo, del personal de enfermería.

b. Variables de investigación*

- 1) CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO.** Se ha adoptó el concepto que establece que la calidad de vida en el trabajo se refleja en las condiciones del ambiente laboral que promueven el bienestar integral de los colaboradores y contribuyen al mantenimiento de su nivel funcional óptimo en el contexto de la organización.
- 2) PRODUCTIVIDAD.** Se adoptó el concepto que establece que la productividad es la capacidad de trabajo que resulta de la multiplicación de los factores siguientes:
 - a)** el *saber*, concebido como la capacidad funcional que se deriva de un proceso de formación continua en una disciplina particular, así como por la experiencia adquirida a lo largo de un período determinado.
 - b)** el *querer*, concebido como la capacidad funcional que se deriva de la integración de las creencias, valores y actitudes personales del colaborador y los propios de la cultura del sistema que llevan al colaborador a prestar un servicio humanizado y humanizante.
 - c)** el *poder*, concebido como la capacidad funcional que se deriva del grado de bienestar del que los colaboradores disfrutaban en el contexto laboral; que faculta al colaborador para exhibir las habilidades y destrezas necesarias para realizar su trabajo con eficiencia.

* Definiciones operacionales desarrolladas por la autora de este informe, con base en los elementos contenidos en el marco teórico.

c. Fases de la investigación.

El trabajo de campo, se desarrolló con la colaboración de autoridades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y del Hospital General de Accidentes, así como con la participación del personal de enfermería que cumple funciones en la mencionada unidad médica. Este trabajo, se llevó a cabo en cinco fases cuya descripción y propósitos aparecen a continuación.

De acuerdo con el enfoque de riesgo, la **primera fase** consistió en una serie de visitas orientadas a verificar la disposición de diferentes autoridades del IGSS, a colaborar en la realización de un estudio de investigación que permitiría la identificación de factores de riesgo ergonómico del personal de enfermería, de la mencionada unidad hospitalaria y a promover la implementación de las estrategias cuya conveniencia fuera determinada, como resultado del estudio.

En esta virtud, durante los meses comprendidos de diciembre del año 2000 a marzo del 2001, fueron efectuadas sendas visitas a los titulares de la Coordinación del Departamento de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y la Jefatura de la Sección de Enfermería del IGSS.

Una vez obtenida la autorización de los mencionados Departamentos, se procedió a la validación de la encuesta que había sido diseñada y, durante el período comprendido de junio a noviembre del 2001, se efectuó otra serie de visitas que incluyeron a los titulares de la Dirección Ejecutiva del Hospital General de Accidentes, Superintendencia de Enfermería y Jefatura de Docencia de Enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, a fin de verificar su disposición a:

- 1) Colaborar en la aplicación del instrumento de encuesta,
- 2) Autorizar la realización de visitas de observación estructurada en el sitio de trabajo,
- 3) Promover la implementación de las estrategias cuya necesidad fuera determinada, de acuerdo con los resultados del estudio.

En esta virtud, durante los meses comprendidos de diciembre del año 2000 a marzo del 2001, fueron efectuadas sendas visitas a los titulares de la Coordinación del Departamento de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y la Jefatura de la Sección de Enfermería del IGSS.

Una vez obtenida la autorización de los mencionados Departamentos, y durante el período comprendido de junio a noviembre del 2001, se efectuó otra serie de visitas que incluyeron a los titulares de la Dirección Ejecutiva del Hospital General de Accidentes, Superintendencia de Enfermería y Jefatura de Docencia de Enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, a fin de verificar su disposición a colaborar en la aplicación de un instrumento de encuesta, la realización de visitas de observación estructurada en el sitio de trabajo y a promover la implementación de las estrategias cuya necesidad fuera determinada, de acuerdo con los resultados del estudio.

La **segunda fase**, se realizó durante el mes de diciembre del año 2001 y consistió, en la realización de una encuesta, cuyo instrumento (Vea anexo A) fue entregado a los colaboradores, a través de los y las jefes de los distintos servicios que conforman el Hospital General de Accidentes. Entre los propósitos de la encuesta estaban:

- 1) Identificar en el personal de enfermería, la existencia o inexistencia de esquemas actitudinales que pudieran constituirse en elementos promotores de la productividad del personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes del IGSS.
- 2) Identificar la presencia de factores de riesgo ergonómico para el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes del IGSS.
- 3) Estimar el grado de riesgo en que se encuentra el personal de enfermería, en cuanto a sufrir problemas de columna derivados de la carga de trabajo atribuida a los puestos.
- 4) Determinar la cantidad de enfermeros y/o enfermeras que padecen problemas de columna, derivados del riesgo atribuible a la carga física de trabajo.
- 5) Determinar la cantidad de enfermeros y/o enfermeras que suspenden labores por el padecimiento de problemas de columna, derivados del riesgo atribuible a la carga física de trabajo.

El instrumento de encuesta, fue distribuido a través de los mecanismos institucionalmente establecidos (a través de las y los Jefes de Servicio) y fue recogido de la misma manera. Dicho instrumento fue respondido por 270 colaboradores pertenecientes a cinco categorías de personal (auxiliares de enfermería, enfermeros generales, supervisores, subjefes y jefes de Servicio) que constituyeron el 52.53% de la población que se encontraba laborando en ese momento.

Siguiendo los lineamientos del enfoque que se había elegido para la realización de la investigación, la **tercera fase**, se realizó durante el período comprendido de febrero y marzo del 2002.

Esta fase consistió en la observación estructurada del sitio de trabajo y de la tarea denominada movilización/traslado de pacientes (Vea Anexos C y D) que, de acuerdo con la información proporcionada por los colaboradores y los criterios de análisis de seguridad en el trabajo (AST), fue identificada como la de mayor riesgo.

Aun cuando esta fase únicamente perseguía documentar las características de los elementos del proceso de atención directa a pacientes, que determinan la probabilidad de lesiones de la columna vertebral de los colaboradores de enfermería, que laboran para el Hospital General de Accidentes del IGSS; la misma permitió también complementar los datos acerca de las condiciones de trabajo (factores de riesgo) y verificar, además, que los datos reportados por el 52.53% pueden ser generalizados al 100% de la población.

La **cuarta fase**, se realizó durante el mes de mayo del año 2002, y consistió en una serie de entrevistas a personal médico especializado en atención de problemas de columna vertebral (traumatólogos, cirujanos ortopedistas y rehabilitadores). Esta fase tenía por objeto:

- 1) Identificar los elementos del proceso de atención de salud a pacientes cuyo diagnóstico es: lumbago de esfuerzo.
- 2) Identificar los elementos del proceso de atención de salud a colaboradores de enfermería que experimentan un episodio agudo de dolor de espalda (lumbago de esfuerzo), que determinan la elevación de los costos de funcionamiento del sistema.

Debido a que el enfoque de riesgo demanda que una vez establecidas, tanto la presencia de factores de riesgo, como la necesidad de intervención; se determine la pertinencia de las estrategias que se considera permitirán eliminar o modificar los mencionados factores, la **quinta fase** del trabajo de campo, se realizó en el período comprendido de junio a septiembre del 2002.

Esta fase consistió en la validación de una serie de actividades de capacitación (independientes entre sí), que habían sido diseñadas a partir de los resultados de la encuesta, a fin de estimar su pertinencia dentro del modelo conceptual para la implementación de programas de elevación de la calidad de vida en el trabajo que habría de desarrollarse.

METODOLOGIA DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Entre los elementos que fueron tomados en consideración, para elegir una metodología de análisis de los resultados de la investigación, se encuentran los siguientes:

- a. la naturaleza de la problemática investigada.
- b. el hecho de que la propia naturaleza de los enfoques de investigación, no hubiera permitido la selección de una muestra azarizada.
- c. el hecho de que la mayor parte de los ítemes contenidos en el instrumento de encuesta eran preguntas de tipo abierto.
- d. el hecho de que los lineamientos propios de los enfoques hubieran requerido la complementación de los datos obtenidos a partir de los resultados de la encuesta, mediante la realización de visitas de observación al sitio de trabajo.

Por esta razón, y considerando que la metodología de análisis de los resultados debería por un lado, permitir la sistematización de los datos de la investigación; y por el otro, llevar a inferencias válidas y confiables, con respecto al contexto en que se llevó a cabo el estudio, se eligió la metodología de **análisis de contenido**.

Esta elección determinó la necesidad de desarrollar un sistema de codificación que permitiera identificar las características relevantes del contenido de las respuestas de la encuesta, las cuales habían de ser transformadas en unidades (de análisis) para su mejor descripción. De acuerdo con las ventajas propias de esta metodología, el análisis de contenido permitió:

- 1)** Cerrar preguntas abiertas.
- 2)** Identificar las actitudes, valores, creencias ... que prevalecen en el grupo.
- 3)** Identificar puntos de interés del grupo de enfermería.
- 4)** Estimar el grado de bienestar físico y psicológico del grupo de enfermería en el momento de la encuesta.

V. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1. Caracterización de la población.

- a.** Datos Generales
- b.** Escolaridad.
- c.** Actividad institucional
- d.** Factores de riesgo del personal de enfermería.
- e.** Situación de salud del personal de enfermería.

2. Hallazgos relacionados con las variables de investigación.

- a.** Calidad de vida en el trabajo.
- b.** Productividad.

3. Hallazgos relacionados con las hipótesis de trabajo.

V. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Esta es la primera vez que los colaboradores de enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, participan en un estudio de esta naturaleza, por esta razón, los resultados de la investigación, constituyen una primera aproximación a la realidad del contexto en que desarrollan sus labores los mencionados colaboradores.

De acuerdo con la consideración anterior, es importante aclarar que, en la perspectiva de los enfoques metodológicos (administrativo y sanitario), que guiaron el desarrollo de la investigación; los resultados de la encuesta y los resultados de la observación estructurada de las tareas relacionadas con el cuidado directo, que constituye una de las funciones asignadas a los puestos de enfermería, también han sido integrados a partir del concepto que establece que la calidad de vida en el trabajo, debe reflejarse en las diferentes dimensiones (física, psicológica y social) del bienestar que disfrutaban los colaboradores.

El análisis de resultados se ha integrado también, a partir del concepto social doctrinario que establece que la productividad (concebida como capacidad de trabajo), es más que el producto de una hora/hombre de trabajo, un proceso de desarrollo social, en el que el trabajo constituye sólo la causa eficiente del mismo, por lo que la dignidad de la persona que lo desempeña sigue siendo el elemento más importante.

1. Caracterización de la población.

Para cumplir con los requisitos establecidos por el enfoque de riesgo, que había sido elegido como la orientación metodológica que guiaría la investigación de campo, se solicitó la colaboración de todos los trabajadores que cumplían funciones de enfermería, en el Hospital General de Accidentes del IGSS (n=532), en el momento de la encuesta.

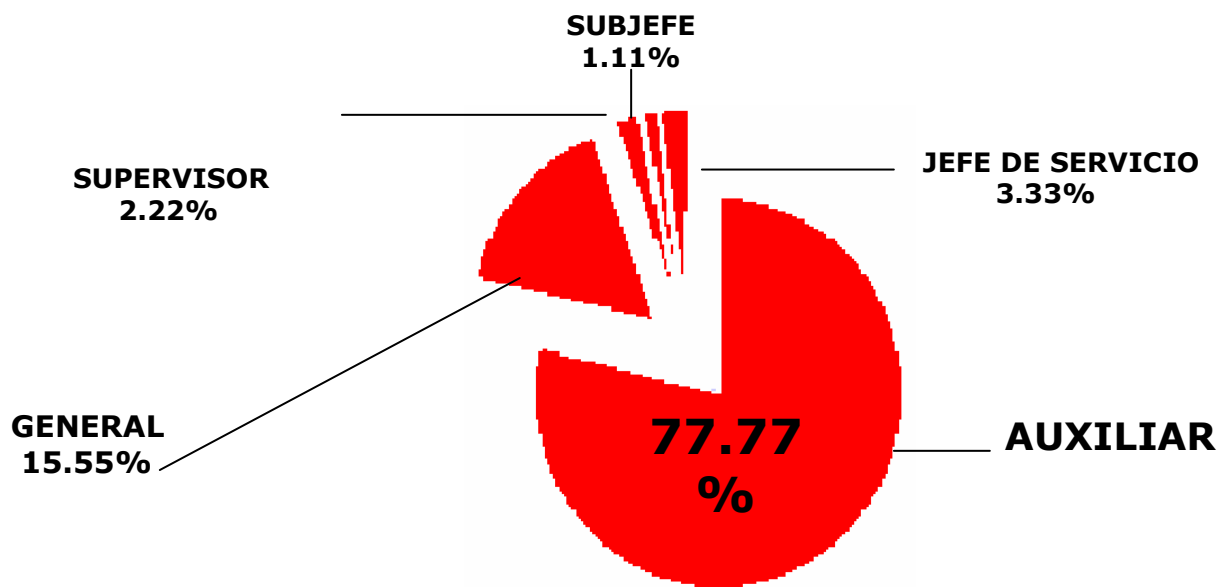
El instrumento de encuesta fue entregado a través de los Jefes de los distintos Servicios que conforman dicha unidad médica y recogidos de la misma manera. Los colaboradores que respondieron la encuesta fueron doscientos setenta (270), pertenecían a cinco (5) categorías de personal de enfermería, y representaban el 54.33% de la población que se encontraba trabajando en el momento de la encuesta.

a. Datos generales.

La sección correspondiente a datos generales, perseguía obtener información relacionada con la edad, sexo y estado civil de los colaboradores, así como el nivel de desempeño en el que se ubicaban sus puestos, a efecto de poder caracterizar adecuadamente la muestra de estudio. La gráfica 5.1 permite una mejor visualización, de la distribución de los colaboradores (n=270) que devolvieron el instrumento.

GRAFICA 5.1

Distribución porcentual de los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta, por categoría de personal.



La distribución, por sexo, de los colaboradores que respondieron el instrumento de encuesta (n=270), era del 80% para el sexo femenino y el 20% restante para el sexo masculino.

La distribución por turnos de trabajo, era del 47.41% en turnos fijos y del 52.59% en turnos rotativos. En la opinión mayoritaria de los mencionados colaboradores (48.89%), los turnos rotativos de trabajo sólo constituyen parte de la carga de trabajo. Pero, si tuvieran que analizarlos dicotómicamente como un elemento positivo o negativo de su trabajo, los categorizarían como una ventaja (45.56%).

Entre quienes consideran el trabajo en turnos rotativos una ventaja, se encuentran aquellos que consideran que los turnos rotativos les dan la oportunidad de trabajar en más de una organización, para poder mejorar sus ingresos económicos. Y, entre quienes los consideran una desventaja (5.55%), se encuentran los que mencionan el hecho de que los turnos rotativos rompen la cohesión del grupo.

El rango de edad de los empleados, se extendía desde los veinte (20) años, hasta los cincuenta y nueve (59) años.

En lo que se refiere a los rangos de peso y estatura de los colaboradores, desafortunadamente, se enfrentó el problema de que no todos los colaboradores proporcionaron información. Esto determinó que no fuera posible obtener datos al respecto.

El estado civil de los colaboradores, abarcaba todas las posibilidades, siendo ellas: soltero, unido, casado, divorciado y viudo.

b. Escolaridad.

La sección correspondiente a escolaridad, perseguía obtener información acerca de las razones por las que los colaboradores, estudiaron enfermería (identidad laboral) y la firmeza de su vocación.

1) Entre las razones que adujeron los colaboradores para haber estudiado enfermería, la mayoría tenía relación con el deseo de ayudar a otros a superar el proceso de enfermedad o accidente.

2) Al preguntárseles si, en el supuesto de que pudieran volver el tiempo atrás, volverían a estudiar enfermería, los colaboradores respondieron mayoritariamente de manera afirmativa. Lo afirmativo de la respuesta, fue justificado con aseveraciones como:

“... esta profesión es un don divino”,

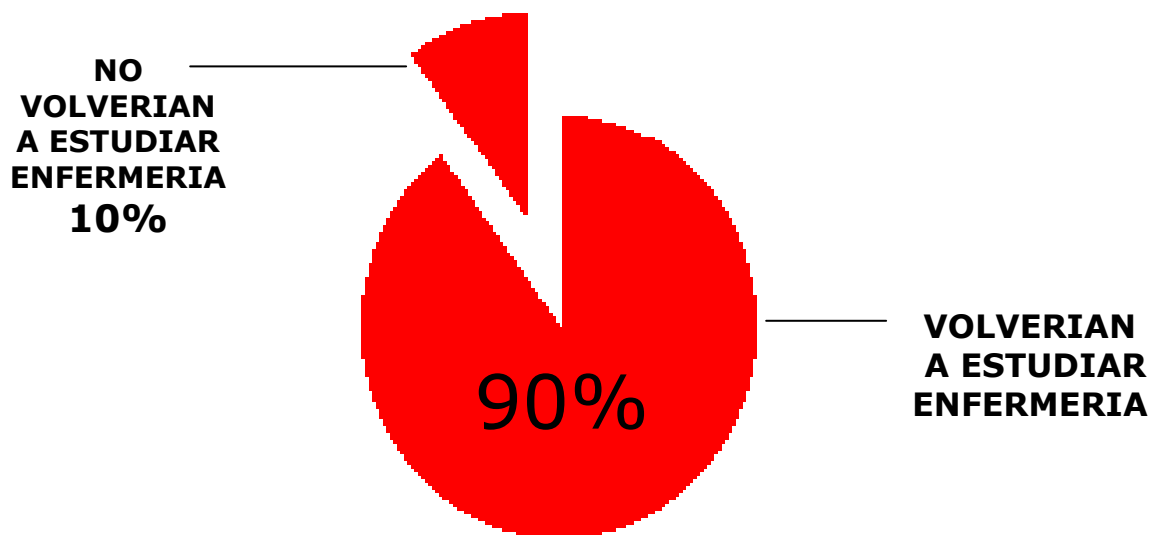
“... es lo mejor que me ocurrió en la vida” o,

“..., desde luego que volvería a estudiar enfermería, y ahora pondría aún más empeño para ser un mejor enfermero”.

La distribución de las respuestas de los colaboradores (n=270) en cuanto a si, en el supuesto de que pudieran volver el tiempo atrás, volverían a estudiar enfermería, aparece en el cuadro 5.2 (Anexo B). La distribución porcentual de la respuesta, puede visualizarse en la gráfica 5.2 que aparece a continuación.

GRAFICA 5.2

Distribución porcentual de la respuesta de los colaboradores (n=270), en cuanto a si, en el supuesto de que pudieran regresar en el tiempo, volverían a estudiar enfermería.



Quienes respondieron negativamente, lo justificaron aduciendo:

- "... el poco reconocimiento social que se otorga a la profesión de enfermería",
- "... lo sacrificado del trabajo en enfermería" y,
- "... lo mal pagado que es el trabajo de enfermería".

c. Actividad institucional.

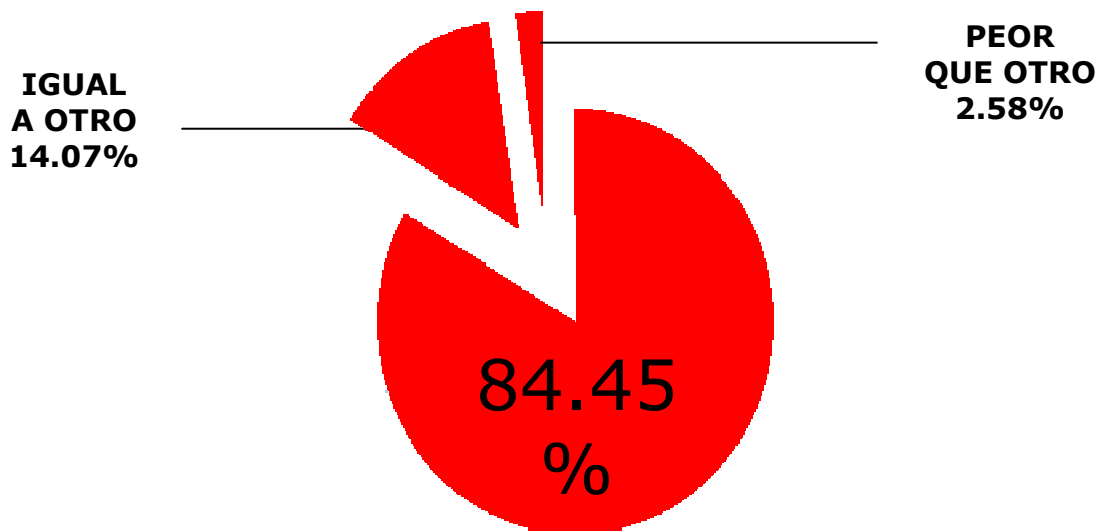
La sección que se refiere a la actividad institucional, perseguía explorar aspectos relacionados con el puesto de trabajo que los colaboradores desempeñaban en el momento de la encuesta, el tiempo que habían laborado para la organización y especialmente, algunos de los elementos (motivación, satisfacción...) que, en la literatura respectiva, son considerados como factores de productividad.

Esta sección incluía la opinión de los colaboradores, sobre aspectos relacionados con el servicio que presta la institución a los beneficiarios del régimen de seguridad social y el reconocimiento que la institución brinda a la labor que los empleados llevan a cabo dentro de la misma.

- 1) En cuanto al tiempo que los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta, tenían de trabajar para la organización, el rango se extendía desde los dos meses, hasta los treinta y cinco años.
- 2) En cuanto a los Servicios, en los cuales los colaboradores (n=270) cumplían funciones, al momento de la encuesta, los mismos incluían (aun cuando podrían no haberse limitado a) los siguientes: Emergencia, Observación, Neurocirugía, Ortopedia, Cirugía Plástica.
- 3) En cuanto a cómo los colaboradores (n=270) perciben su trabajo en enfermería, la distribución de las respuestas puede observarse en la gráfica 5.3 que aparece a continuación.

GRAFICA 5.3

Distribución porcentual de la respuesta de los colaboradores (n=270) en cuanto a su percepción personal del trabajo en enfermería.



**EL TRABAJO EN ENFERMERIA
ES MEJOR QUE CUALQUIER OTRO**

La percepción mayoritariamente positiva, fue justificada con afirmaciones como:

“La vocación de servicio es un don de Dios”,

“Tengo un privilegio, al trabajar en enfermería”,

“Es un trabajo sagrado”,

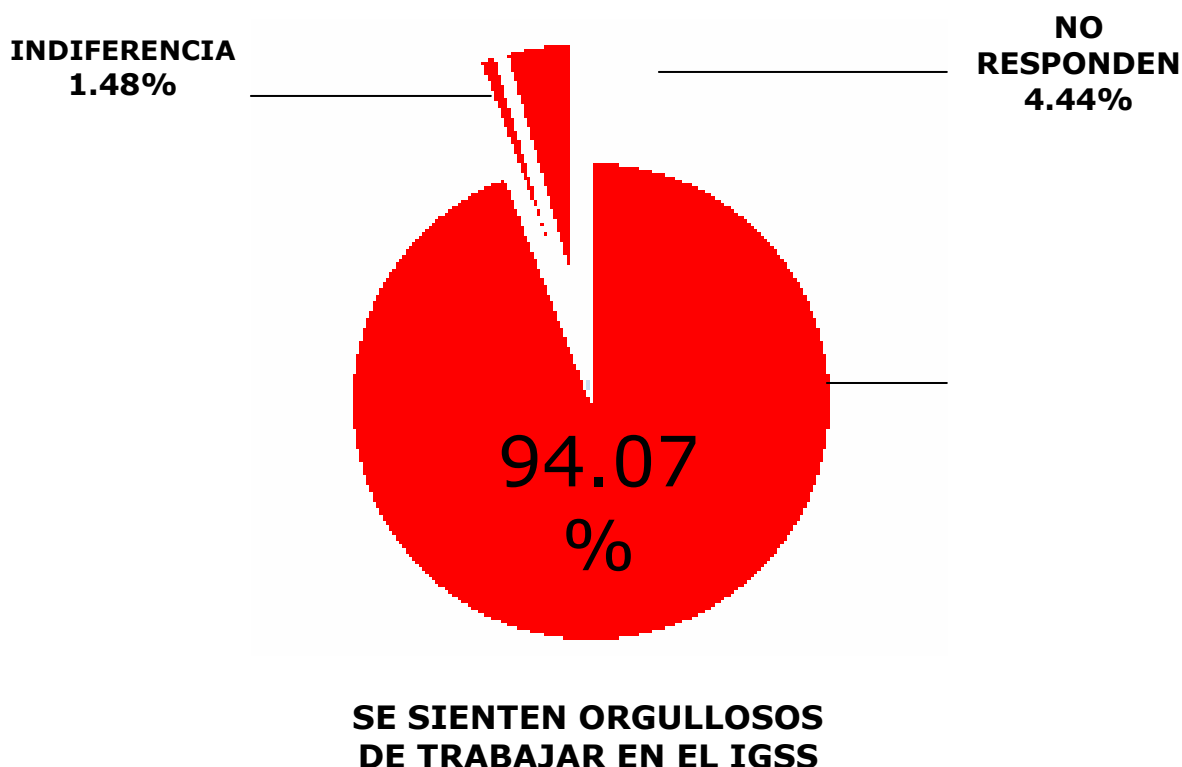
“No hay trabajo que pueda comparársele”,

“Porque tengo el privilegio de servir a otras personas”,

4) La distribución de los sentimientos que acompañan a la respuesta de los colaboradores (n=270), cuando alguien les pregunta en qué organización trabajan, aparece en el cuadro 5.4 (Anexo B). La distribución porcentual de la respuesta, puede visualizarse en la gráfica 5.4 que aparece a continuación.

GRAFICA 5.4

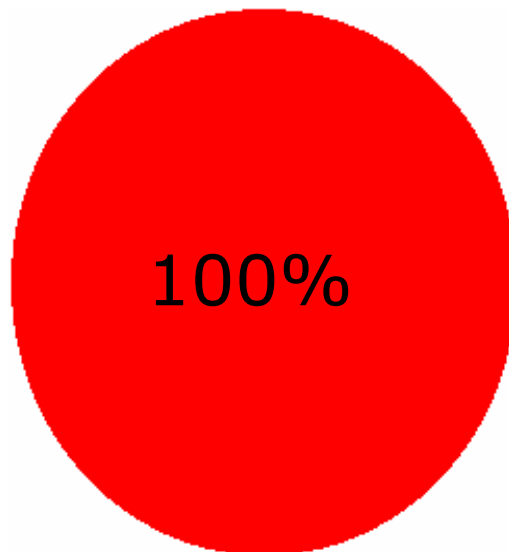
Distribución porcentual de la respuesta de los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta, en cuanto a los sentimientos que experimentan cuando alguien les pregunta en qué organización trabajan.



5) La distribución de las respuestas de los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta, en cuanto a si para mantener el prestigio de la organización, es necesario que el personal de enfermería realice una labor de óptima calidad, aparece en el cuadro 5.5 (Anexo B) y, la distribución porcentual puede visualizarse en la gráfica 5.5, que se presenta a continuación.

GRAFICA 5.5

Distribución porcentual de la respuesta de los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta, en cuanto a la necesidad de que los colaboradores realicen un labor de óptima calidad para mantener el prestigio de la institución.

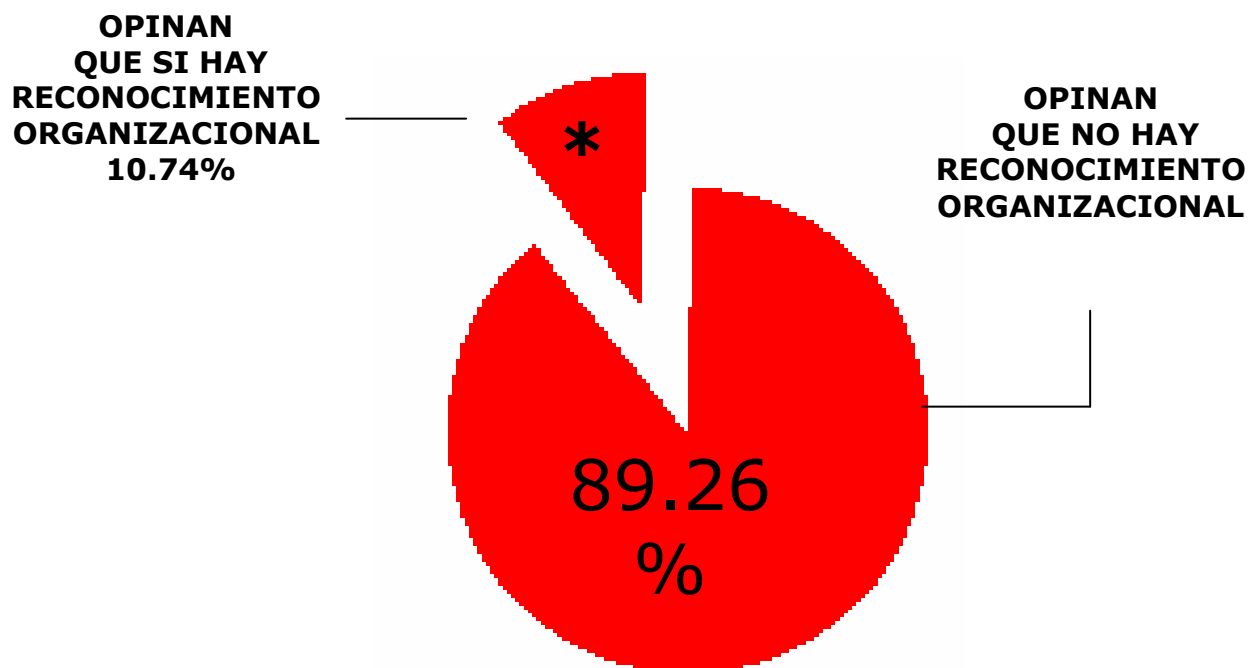


**OPINAN QUE PARA MANTENER EL PRESTIGIO
DE LA ORGANIZACION
ES NECESARIO
REALIZAR UN TRABAJO DE OPTIMA CALIDAD**

En cuanto a la percepción de los colaboradores (n=270), acerca del reconocimiento que la organización otorga al trabajo que el personal de enfermería realiza, en beneficio de los usuarios de los servicios, la distribución de las respuestas aparece en el cuadro 5.6 (Anexo B) y, la distribución porcentual de las respuestas, puede ser visualizada en la gráfica 5.6, que aparece a continuación.

GRAFICA 5.6

Distribución porcentual de la respuesta de los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta, en cuanto al reconocimiento organizacional de la importancia del trabajo que el personal de enfermería realiza, en beneficio de los usuarios de los servicios.



La respuesta mayoritariamente negativa fue justificada con razones como:

"La institución no reconoce los aspectos positivos de nuestro trabajo...",

"Los supervisores y los jefes son capataces"

"Sólo están pendientes de los errores que como humanos podemos cometer",

"No existe ningún tipo de incentivo al trabajo bien hecho".

* Quienes perciben reconocimiento organizacional a la importancia de su trabajo (10.74%), mencionan como evidencia los cursos de capacitación que les son impartidos.

d. FACTORES DE RIESGO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Los factores de riesgo que los colaboradores enfrentan en el cumplimiento de funciones de enfermería, fueron divididos en factores personales y factores organizacionales de riesgo.

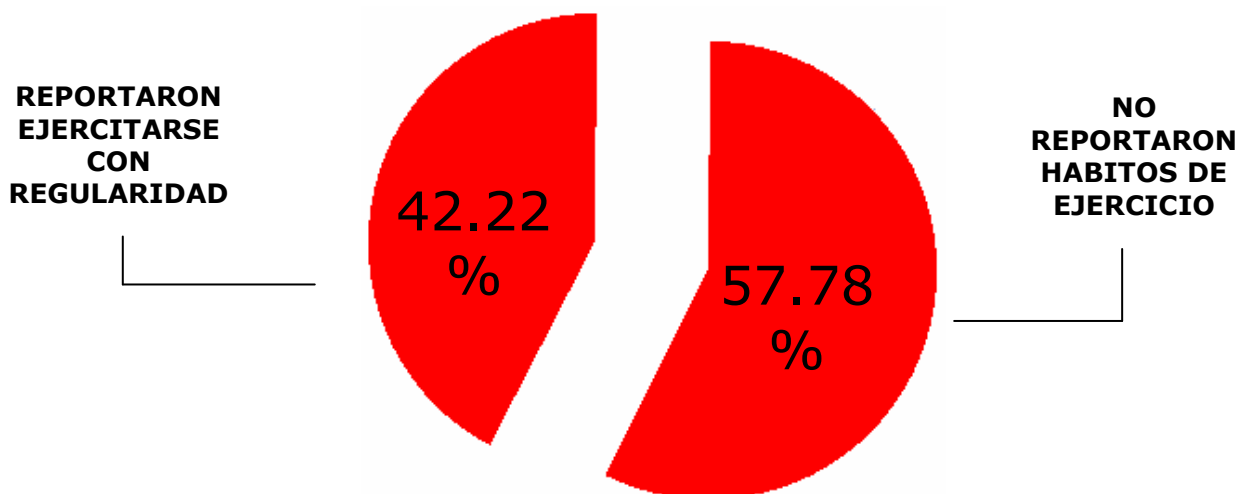
1) Factores personales de riesgo. Fueron identificados a partir de la información proporcionada por los propios colaboradores a través de la encuesta respectiva.

Hábitos de los colaboradores. La exploración de hábitos, perseguía identificar la presencia o ausencia de hábitos saludables (específicamente actividad sistemática para el mantenimiento o mejoramiento de la condición física). Perseguía también determinar y la presencia o ausencia de hábitos nocivos para la salud (consumo de fármacos, alcohol, tabaco, sedentarismo...) y la forma como los colaboradores utilizan su tiempo libre, en orden a la estimación del grado de conciencia en cuanto a la necesidad de alternar los períodos de trabajo y descanso, para la conservación del bienestar.

En cuanto al hábito del ejercicio físico que los colaboradores (n=270) reportan, la distribución de las respuestas puede ser observada en el cuadro 5.7 (Anexo B), y la distribución porcentual de las mismas puede ser mejor visualizada en la gráfica 5.7.

GRAFICA 5.7

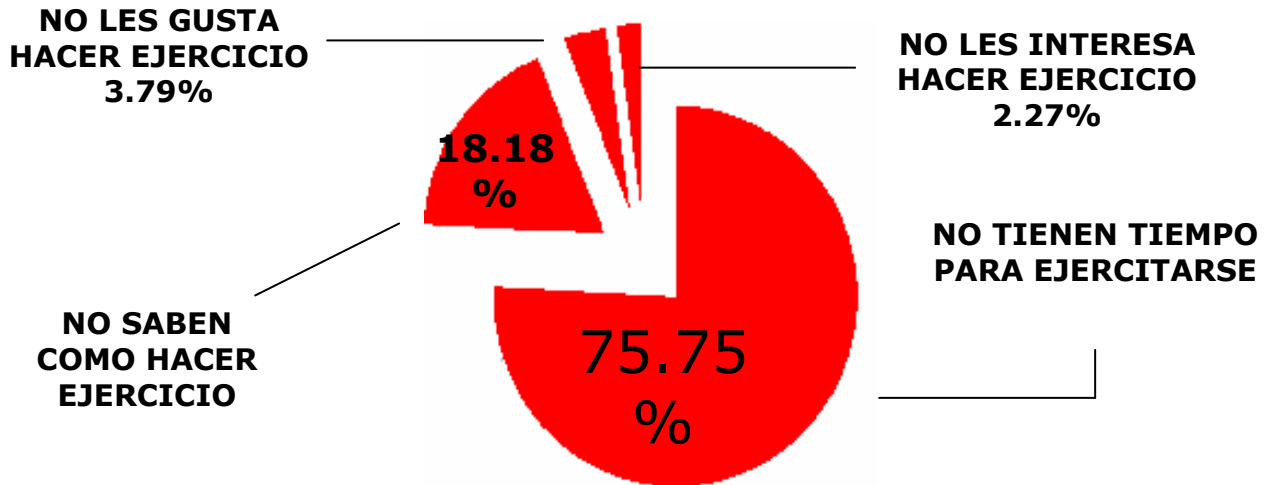
Distribución porcentual de la información que los colaboradores (n=246) proporcionaron acerca de sus hábitos de ejercicio.



En cuanto a las razones que aducen los colaboradores (n=132), para no hacer ejercicio, la distribución de las respuestas puede ser observada en el cuadro 5.8 (Anexo B), y la distribución porcentual aparece en la gráfica 5.8.

GRAFICA 5.8

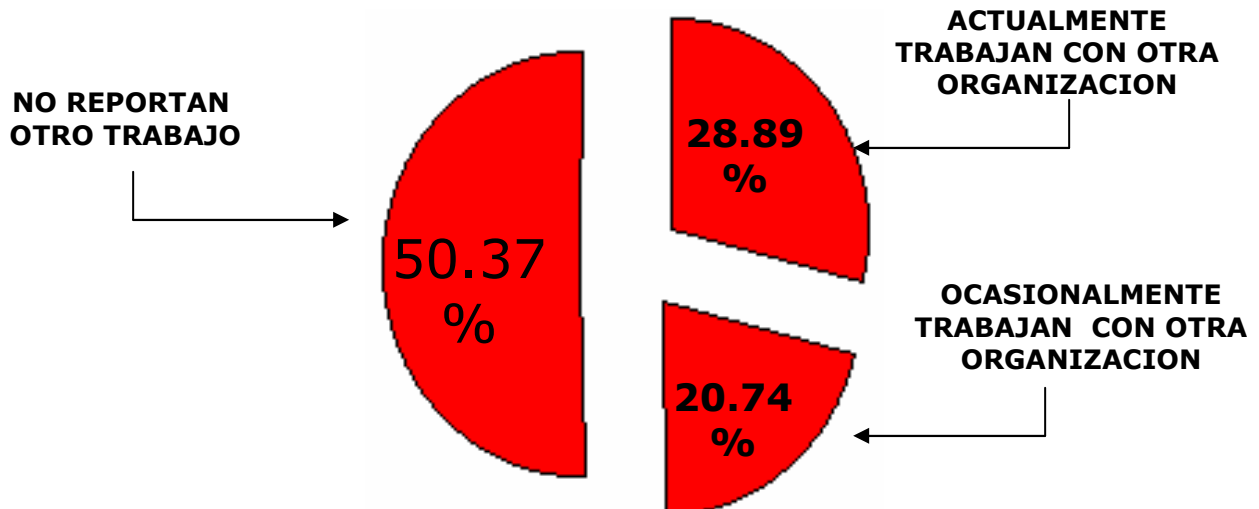
Distribución porcentual de la información proporcionada por los colaboradores (n=156) en cuanto a las razones por las que no hacen ejercicio.



Trabajo en más de una organización. La distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270), en cuanto al trabajo ocasional o actual en dos o más organizaciones aparece en el cuadro 5.9 (Anexo B) y, la distribución porcentual de la respuesta, puede observarse en el cuadro 5.9 que aparece a continuación.

GRAFICA 5.9

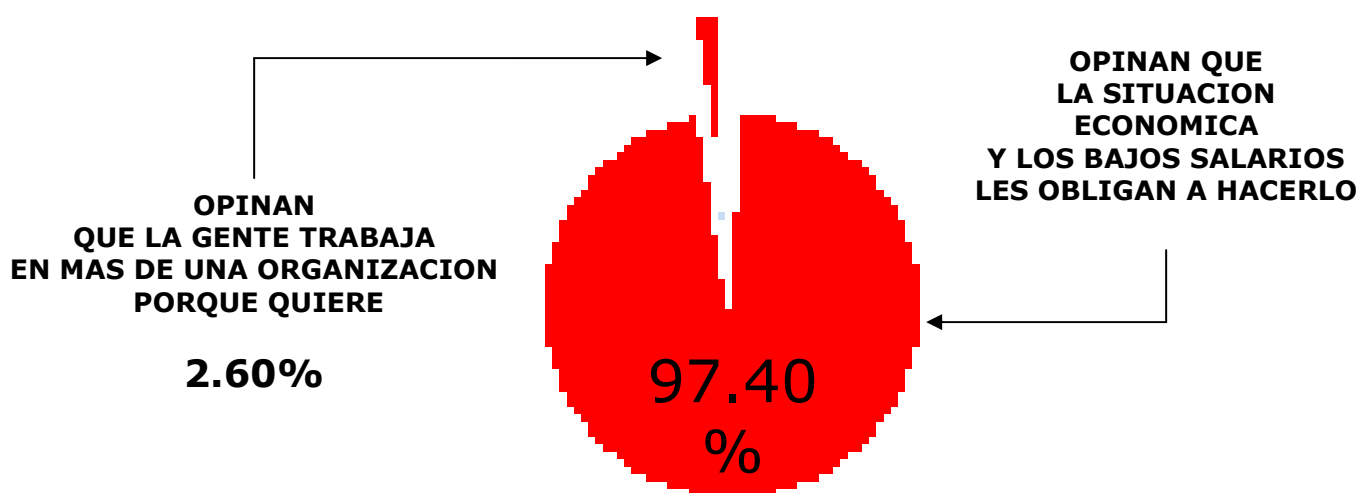
Distribución porcentual de los colaboradores (n=270), en cuanto al trabajo ocasional o actual en dos o más organizaciones.



La opinión de los colaboradores (n=270) en cuanto a las razones por las que el personal de enfermería trabaja en dos o más lugares, puede consultarse en el cuadro 5.10 (Anexo B), y la distribución porcentual de las respuestas, puede ser visualizada en la gráfica siguiente.

GRAFICA 5.10

Distribución porcentual de la opinión de los colaboradores (n=270) en cuanto a las razones por las que el personal de enfermería trabaja en dos o más organizaciones.



2) Factores organizacionales de riesgo. Fueron identificados a partir de la información proporcionada por los propios colaboradores a través de la encuesta respectiva. La información de los colaboradores fue corroborada en el sitio de trabajo, utilizando el procedimiento de observación estructurada.

a) Carga de trabajo. Entre las funciones atribuidas a ciertos niveles de desempeño en enfermería (auxiliar de enfermería y enfermero general), se encuentra la que se refiere a la prestación de cuidado directo a pacientes que han sido admitidos para su tratamiento en unidades hospitalarias. Esta función demanda la adopción de posturas laborales que implican trabajo muscular que puede ser analizado en dos modalidades: trabajo estático y trabajo dinámico.

Trabajo estático. Debido a que el enfermero y la enfermera deben permanecer de pie, la mayor parte del turno de trabajo, la postura laboral del personal de enfermería demanda, primordialmente, la acción de grupos musculares que contribuyen a mantener el cuerpo en posición erecta.

Trabajo dinámico.

El trabajo dinámico (que constituye parte de la carga física de trabajo del personal de enfermería), se efectúa a partir de posiciones fundamentales y destrezas que persiguen facilitar la eficiencia de las acciones necesarias para el desempeño.

La prestación de cuidado directo conlleva la realización de una serie de actividades y tareas que incluyen la movilización (halar, empujar, dar vuelta...) de pacientes y equipo, el levantamiento y traslado de cargas (pacientes y equipo) pesadas y/o de gran tamaño.

De acuerdo con la observación respectiva, la mayoría de las acciones implicadas en la actividad del personal de enfermería, puede ser clasificada en las categorías siguientes:

- * **Locomoción.** Traslado de un lugar a otro (incluidos el ascenso y descenso a niveles diferentes), a efecto de realizar tareas de traslado de material y equipo necesario para la atención del paciente.
- * **Cuclillas.** Descenso del cuerpo a partir de la flexión de las caderas y rodillas para llegar a y levantarse de posiciones intermedias, para realizar tareas de preparación de la cama del paciente, ajuste de la altura de la cama, o los pedales de la silla de ruedas o de acomodación de los pies del paciente en la silla de ruedas...
- * **Movilización horizontal de cargas pesadas.** Tareas relacionadas con la movilización de pacientes dependientes y/o de gran tamaño en la cama.
- * **Movilización vertical (levantamiento) y traslado de cargas pesadas.** Tareas relacionadas con el cambio de lugar de pacientes dependientes y/o de gran tamaño, desde la cama a una camilla, o desde la cama a una silla de ruedas y viceversa, así como traslado de pacientes de un área de atención a otra (de la cama a los servicios sanitarios, del área donde recibe atención de enfermería a áreas de procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales...).

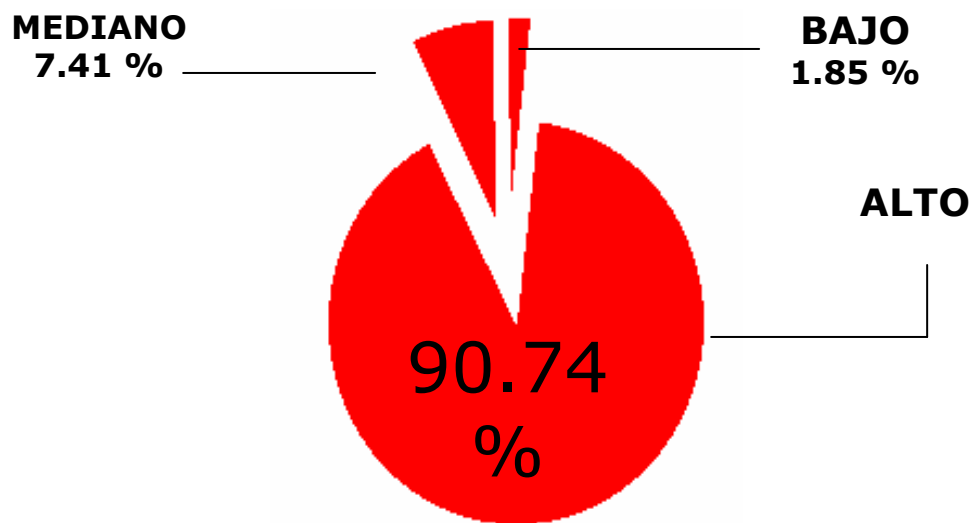
Lo anterior pudo comprobarse en la observación de la dinámica de las tareas relacionadas con la movilización de pacientes en la cama y el traslado de pacientes, de la cama a una camilla de ruedas y de la cama a una silla de ruedas.

Esfuerzo físico. El esfuerzo físico que requiere la realización de una función, actividad o tarea, se deriva en primer término, de la naturaleza (individual/colectiva) de la actividad que realiza una persona y en segundo, de la integridad de los elementos neuro-musculares y articulares, necesarios para que esa persona pueda producir una respuesta motora útil (en términos de eficiencia y eficacia), a partir de la demanda establecida por la naturaleza de la actividad que debe realizar.

La distribución de la opinión de los colaboradores (n=270) en cuanto al grado de *esfuerzo físico* necesario para realizar su trabajo con eficiencia, aparece en el cuadro 5.11 (Anexo B) y, la distribución porcentual de las respuestas, puede ser visualizada en la gráfica 5.11, que aparece a continuación.

GRAFICA 5.11

Distribución porcentual de la opinión de los colaboradores (n=270) en cuanto al grado de esfuerzo físico que su trabajo requiere.



Entre los factores que aumentan el grado de esfuerzo físico, que requiere el trabajo de enfermería en posición de pie, se encuentran: el grado en que la tarea exige la flexión sostenida o la acción repetitiva de flexión de la columna vertebral, en cualquiera de sus segmentos (cervical, dorsal o lumbar) y, el grado en que la tarea exige mantener los brazos extendidos hacia el frente (sosteniendo o no el peso del cuerpo o el peso de segmentos del cuerpo del paciente) por períodos prolongados. Lo anterior pudo observarse en la dinámica de las tareas relacionadas con la prestación de cuidados higiénicos y la atención de pacientes en procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento.

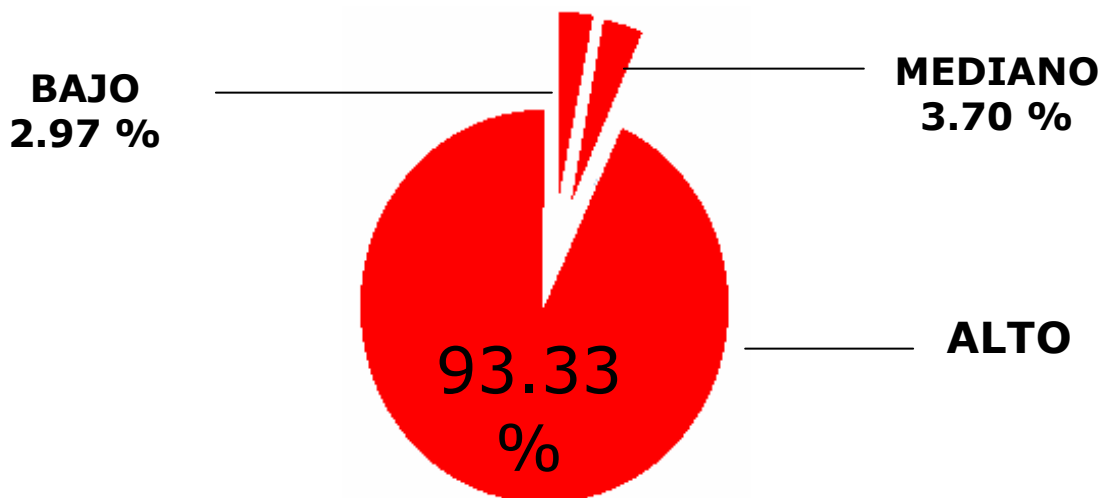
De acuerdo con la observación respectiva, entre los factores que aumentan el grado de esfuerzo físico, que requiere el trabajo de enfermería en posición de pie, también se encuentran:

- a. la ejecución de acciones no planificadas que aumentan el grado de riesgo que la carga física impone a la columna vertebral del colaborador, debido a la ocurrencia de eventos inesperados (pacientes que se trasladan por su propio pie, y pierden el equilibrio, pacientes que son trasladados en silla de ruedas y pierden la conciencia,...).
- b. la sobrecarga física derivada de la eventual ocurrencia de desastres colectivos, en cuyo caso, el número de víctimas puede superar ampliamente el número de colaboradores disponibles.

Esfuerzo mental. El esfuerzo mental se deriva de la presión que los niveles de responsabilidad (propios del rol de enfermería) imponen a los colaboradores. La distribución de la opinión de los colaboradores (n=270) en cuanto al *esfuerzo mental* necesario para realizar eficientemente su labor, aparece en el cuadro 5.12 (Anexo B) y, la distribución porcentual de las respuestas, puede ser visualizada en la gráfica 5.12, que se presenta a continuación.

GRAFICA 5.12

Distribución porcentual de la opinión de los colaboradores (n=270) en cuanto al mental que su trabajo requiere.



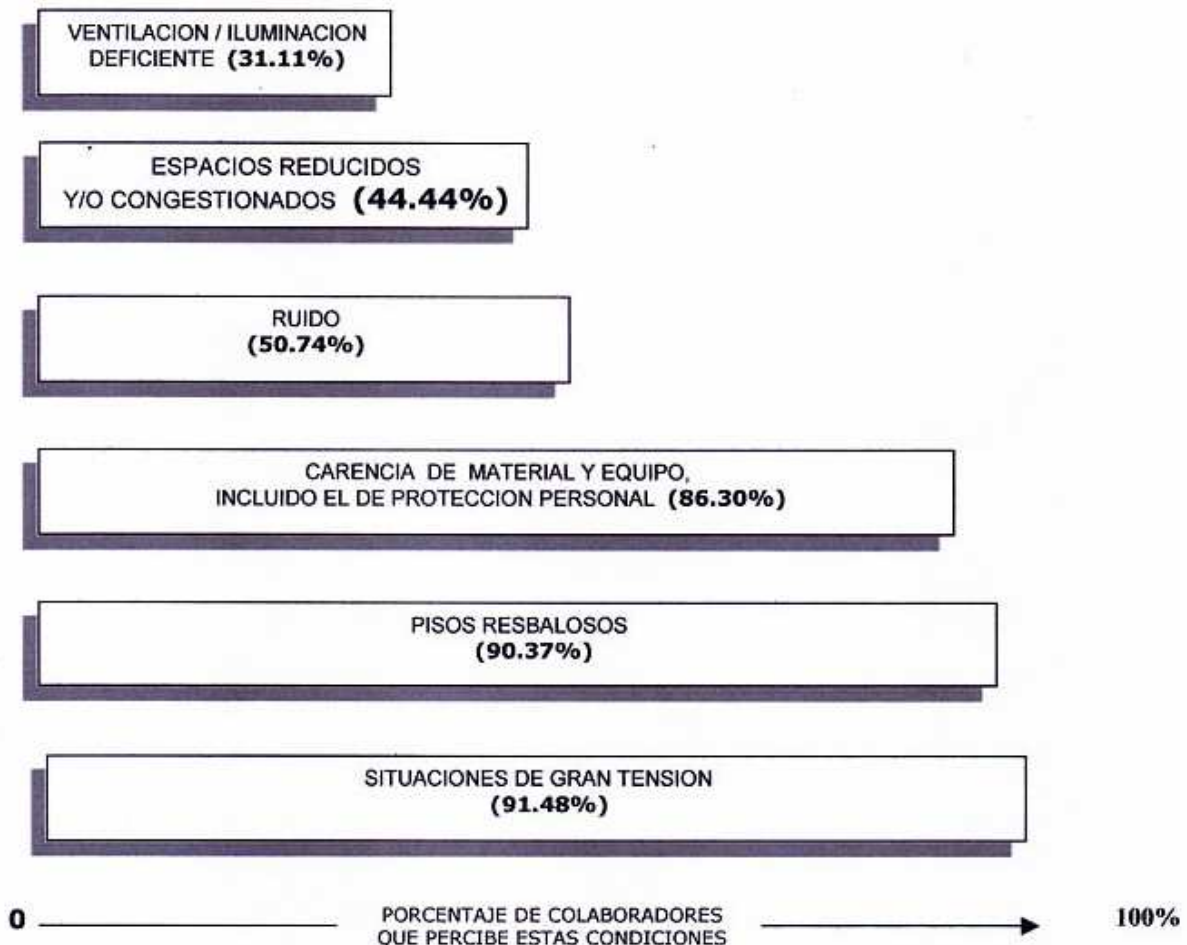
- b) **Condiciones de trabajo.** Fueron identificadas a partir de la información proporcionada por los propios colaboradores a través de la encuesta respectiva y corroboradas mediante el procedimiento de observación estructurada.

- * Ventilación e iluminación deficientes en algunos ambientes.
- * Espacios de trabajo reducidos y/o congestionados (i.e. en el área de emergencia).
- * Ruido.
- * **Carencia de material y equipo (i.e. de protección personal, en todas las áreas)**
- * Pisos resbalosos.
- * Situaciones de gran tensión (incluida la tensión que genera la insuficiencia de personal para atender la demanda de servicios).

La distribución de la opinión de los colaboradores de enfermería (n=270) en cuanto al ambiente físico y las condiciones en que desempeñan su trabajo, aparece en el cuadro 5.13 (Anexo B). La gráfica 5.13, permite ver el porcentaje de colaboradores que las percibe.

GRAFICA 5.13

Distribución porcentual de la opinión de los colaboradores (n=270) en cuanto al ambiente físico y las condiciones en que desempeñan su trabajo.



e. Situación de salud del personal de enfermería.

La sección correspondiente a situación de salud perseguía, en primer término, obtener información relacionada con el estado de salud de los colaboradores (n=270), en el momento de la encuesta. La encuesta perseguía también, obtener información relacionada con el estado de salud del que habían disfrutado durante los seis meses anteriores al estudio.

- 1)** En el apartado que perseguía determinar el número de colaboradores que habían suspendido labores durante los últimos seis meses, no fue posible obtener datos.
- 2)** En el apartado que perseguía determinar el número de colaboradores que estaban en tratamiento actualmente, tampoco fue posible obtener datos.

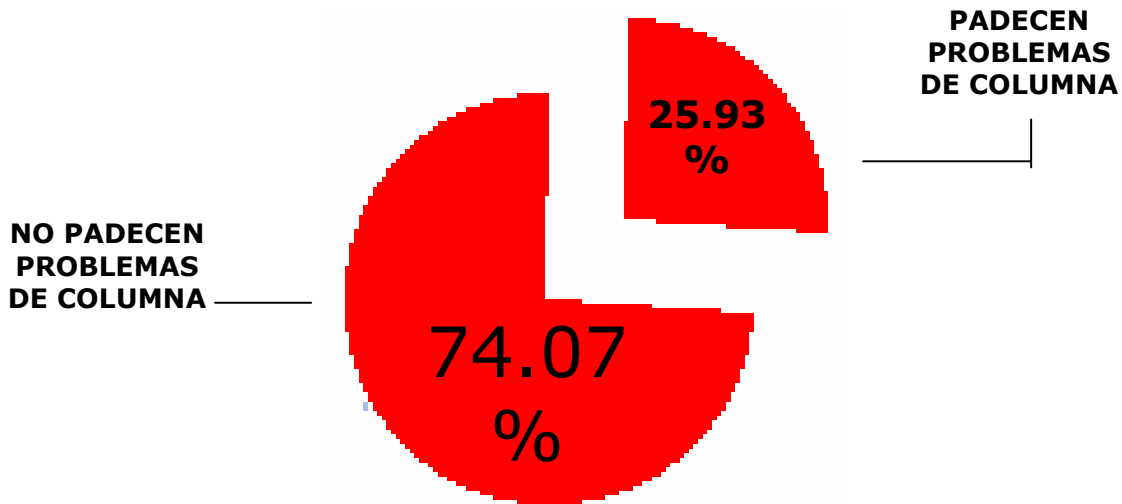
El hecho de que tanto el esfuerzo físico como el esfuerzo mental, constituyan factores documentados de riesgo en cuanto a padecer problemas músculo-esqueléticos, había determinado la necesidad de incluir en la encuesta un apartado especial que permitiera identificar la presencia o ausencia de este tipo de problemas (muy especialmente, los relacionados con la columna vertebral) en los colaboradores de enfermería, que habrían de responder la encuesta.

Debido a que la función que se refiere a la prestación de cuidado directo a pacientes, atribuida a ciertos niveles de desempeño en enfermería, conlleva la realización de una serie de actividades y tareas que incluyen la movilización (halar, empujar, dar vuelta...) de pacientes y equipo, el levantamiento y traslado de cargas (pacientes y equipo) pesadas y/o de gran tamaño; al esfuerzo mental que los niveles de responsabilidad (propios del rol de enfermería) imponen a los colaboradores, debe agregarse entonces el esfuerzo físico, cuyo impacto generalmente es recibido por la columna vertebral del colaborador (auxiliar de enfermería y/o enfermero general).

- 3)** En el apartado que perseguía explorar el padecimiento actual de problemas de columna por parte de los colaboradores (n=270), la distribución de la respuesta de los colaboradores puede observarse en el cuadro 5.14 (Anexo B). La distribución porcentual de la respuesta de los colaboradores, puede visualizarse en la gráfica 5.14, que se presenta a continuación.

GRAFICA 5.14

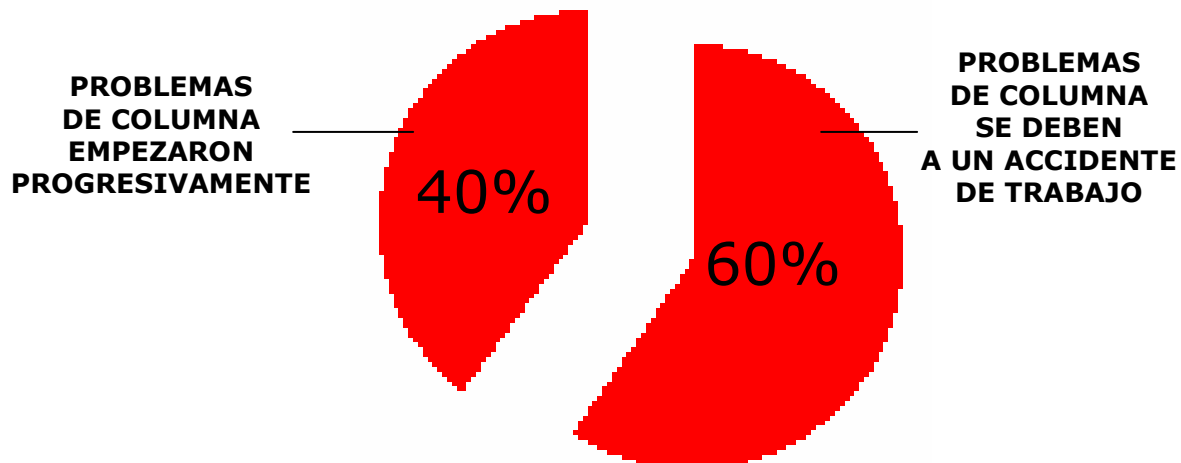
Distribución porcentual de la información de los colaboradores (n=270), en cuanto al padecimiento actual de problemas de columna.



4) En el apartado que perseguía determinar los factores causales de los problemas de columna de los colaboradores que actualmente los padecen, la distribución de las respuestas, puede ser observada en el cuadro 5.15 (Anexo B) y la distribución porcentual respectiva puede ser visualizada en la gráfica 5.15, que aparece a continuación.

GRAFICA 5.15

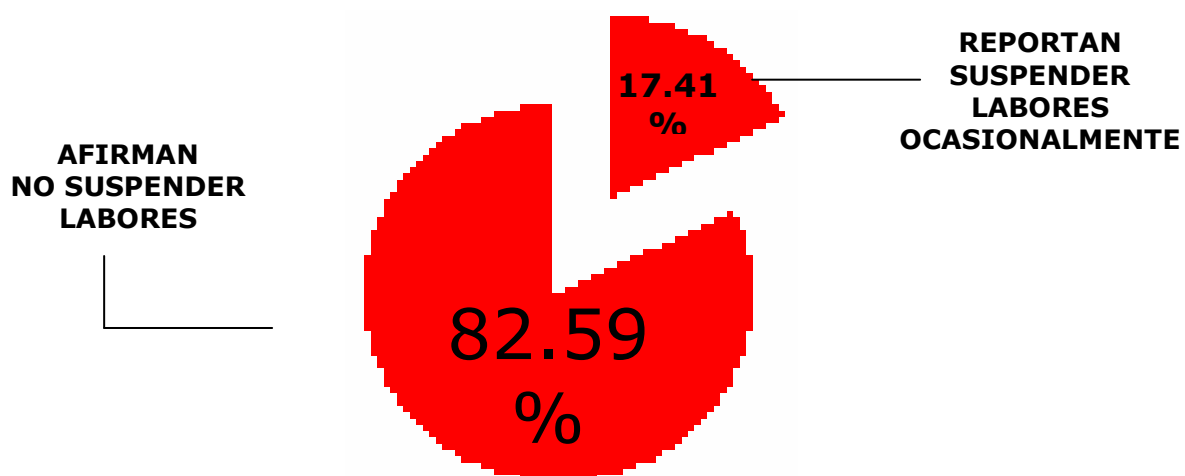
Distribución porcentual de la percepción de los factores causales de los problemas de columna, que los colaboradores (n=70) padecen actualmente.



5) En el apartado que perseguía determinar el número de colaboradores que ocasionalmente suspenden labores por el padecimiento de problemas de columna, la distribución de la respuesta de los colaboradores puede observarse en el cuadro 5.16 (Anexo B), y la distribución porcentual de los mismos, puede visualizarse en la gráfica 5.16.

GRAFICA 5.16

Distribución porcentual de la información de los colaboradores (n=270) en cuanto a la suspensión ocasional de labores, por problemas de columna.



2. Hallazgos relacionados con las variables de investigación.

Entre los aspectos más relevantes de esta investigación se encuentra el hecho de haberse basado en un enfoque integral de la administración de recursos humanos. Por una lado, el enfoque el enfoque administrativo de desarrollo organizacional, que guió el proceso de investigación, permitió identificar elementos propios de la cultura que prevalece entre los colaboradores de enfermería que, adecuadamente canalizados, pueden coadyuvar al mantenimiento de un desempeño de alto nivel en orden al logro de la efectividad organizacional.

Por otro lado, por haberse basado también en el enfoque sanitario de atención primaria de salud (enfoque de riesgo), posibilitó la identificación de factores de riesgo del personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes del IGSS. En esta perspectiva, y debido a que el estudio fue desarrollado en una modalidad participativa, posibilitó tanto el diseño como la validación de estrategias de intervención que una vez implementadas permitirán eliminar o, en última instancia, modificar los factores de riesgo que fueron identificados.

En la perspectiva de los enfoques metodológicos (administrativo y sanitario) que guiaron el desarrollo de la investigación, y de la misma manera que ha sucedido con el contenido de los resultados de la investigación; el análisis de los hallazgos relacionados tanto con las variables de investigación así como con las hipótesis de trabajo, también ha sido integrado a partir del concepto que establece que la calidad de vida en el trabajo, debe reflejarse en las diferentes dimensiones (física, psicológica y social) del bienestar que disfrutaban los colaboradores.

El mencionado análisis se ha integrado también, a partir del concepto social doctrinario que establece que la productividad (concebida como capacidad de trabajo) es mucho más que el producto de una hora/hombre, por cuanto el trabajo es un proceso de desarrollo social, en el que la dignidad de la persona que lo desempeña sigue siendo el elemento más importante.

a) Calidad de vida en el trabajo.

Se encontró que *el bienestar integral, concebido como un elemento en el que se refleja la calidad de vida de que disfrutaban los colaboradores, se estima que el mismo, se encuentra amenazado por una variedad de factores de riesgo.*

De acuerdo con los resultados de la observación respectiva (Vea anexo D, documentación de riesgos), los colaboradores que cumplen funciones de enfermería en el Hospital General de Accidentes, enfrentan, además del riesgo implicado en la propia carga de trabajo (niveles de responsabilidad propios del perfil ocupacional + postura laboral), el riesgo derivado de las condiciones en que laboran:

*** Sobrecarga de trabajo.**

Sobrecarga de tipo psicológico. El riesgo implicado en la sobrecarga de tipo psicológico, que se refleja en la percepción mayoritaria de los colaboradores (93.33%), en cuanto a que su trabajo demanda un alto grado de esfuerzo mental, se deriva de:

- a)** la presión que genera lo excesivo de la demanda de servicios, en comparación con la cantidad de personal disponible.
- b)** la ansiedad que genera la falta de apoyo institucional, que se refleja en la escasez de recursos (medicamentos, material y equipo), para el desempeño eficiente y seguro, de las funciones atribuidas a los puestos de enfermería.

- c) la percepción mayoritaria (97.40% de la población) de la necesidad de trabajar en, por lo menos, dos organizaciones, para hacer frente a la situación económica actual y contrarrestar los bajos salarios que devengan.
- d) la frustración que los colaboradores, a partir del escaso reconocimiento organizacional que perciben, en relación con lo que la organización espera de ellos y de la importancia que ellos mismos atribuyen a su trabajo.

Este último extremo podría ser corroborado con la opinión de los colaboradores que *abiertamente* declaran que:

“La institución no reconoce los aspectos positivos de nuestro trabajo...”,

“Los supervisores y los jefes son capataces”

“Sólo están pendientes de los errores que como humanos podemos cometer”,

“No existe ningún tipo de incentivo al trabajo bien hecho”.

Finalmente, en cuanto a los elementos de sobrecarga psicológica, es importante destacar el hecho de que el **alto grado de motivación intrínseca** que el grupo refleja en la opinión mayoritaria que priva entre los colaboradores de enfermería (**84.45%**), en cuanto a que el trabajo en enfermería es mejor que cualquier otro y en la opinión de los colaboradores (**90%**), en cuanto a que, si pudieran regresar en el tiempo, volverían a estudiar enfermería; **contrasta de manera alarmante, con el reconocimiento organizacional** en cuanto a la importancia de la labor del personal de enfermería que percibe únicamente el 10.74% de los colaboradores (n=270).

Sobrecarga de tipo físico. El riesgo implicado en la sobrecarga de tipo físico, se deriva de :

- a) la escasez de personal comparado con el volumen de usuarios que solicita atención de salud, al Hospital General de Accidentes, del IGSS.
- b) la carencia de equipo auxiliar (levantadores hidráulicos), para la movilización y el traslado de pacientes (grado de riesgo absoluto, para los niveles de desempeño denominados auxiliar de enfermería y enfermero general).

*** Condiciones en las que desempeñan sus funciones los colaboradores.**

La observación estructurada del sitio de trabajo permite estimar que:

1. La percepción mayoritaria de los colaboradores (93.33%), que respondieron a la encuesta (n=270), en cuanto a que su trabajo demanda un alto grado de esfuerzo mental, está directamente relacionada con estrés que derivan de la falta de control que los colaboradores experimentan en cuanto a las condiciones en que desempeñan su trabajo.
2. La percepción mayoritaria de los colaboradores (90.74%), que respondieron a la encuesta (n=270), en cuanto a que su trabajo demanda un alto grado de esfuerzo físico, está relacionada con las actividades y tareas relacionadas con el cuidado directo de pacientes que ha sido admitidos para su tratamiento hospitalario y, específicamente con aquellas relacionadas con la movilización y el traslado de pacientes, para efectuar las cuales no cuentan con el equipo necesario.

De acuerdo con los lineamientos, establecidos por el enfoque integrado que guió el desarrollo del proceso de investigación, y tomando en cuenta que:

- a. la calidad de vida en el trabajo es el resultado de la aplicación de políticas de recursos humanos, que reconocen la dignidad de la persona humana que es inherente a todos los colaboradores individuales y colectivos que forman parte de una organización,
- b. para los efectos de evaluación de la calidad de vida en el trabajo y/o el diseño de estrategias pertinentes, el único criterio válido es el bienestar físico y mental de los colaboradores en el ambiente laboral,
- c. los resultados conjuntos de la encuesta y la observación estructurada del sitio de trabajo permiten estimar que las condiciones en que desempeñan sus funciones los colaboradores de enfermería, promueven la disminución de su nivel funcional (vía ocurrencia de accidentes o desarrollo de la enfermedad ocupacional;

fue posible la elaboración de un perfil del riesgo (Vea página 82) que caracteriza a los colaboradores de enfermería que laboran en el Hospital General de Accidentes del IGSS y, en consecuencia, estimar que *las condiciones en que dichos colaboradores desempeñan sus funciones, constituyen evidencia puntual de la deficiencia de la calidad de su vida en el contexto laboral.*

PERFIL DE RIESGO DE LOS COLABORADORES DE ENFERMERIA

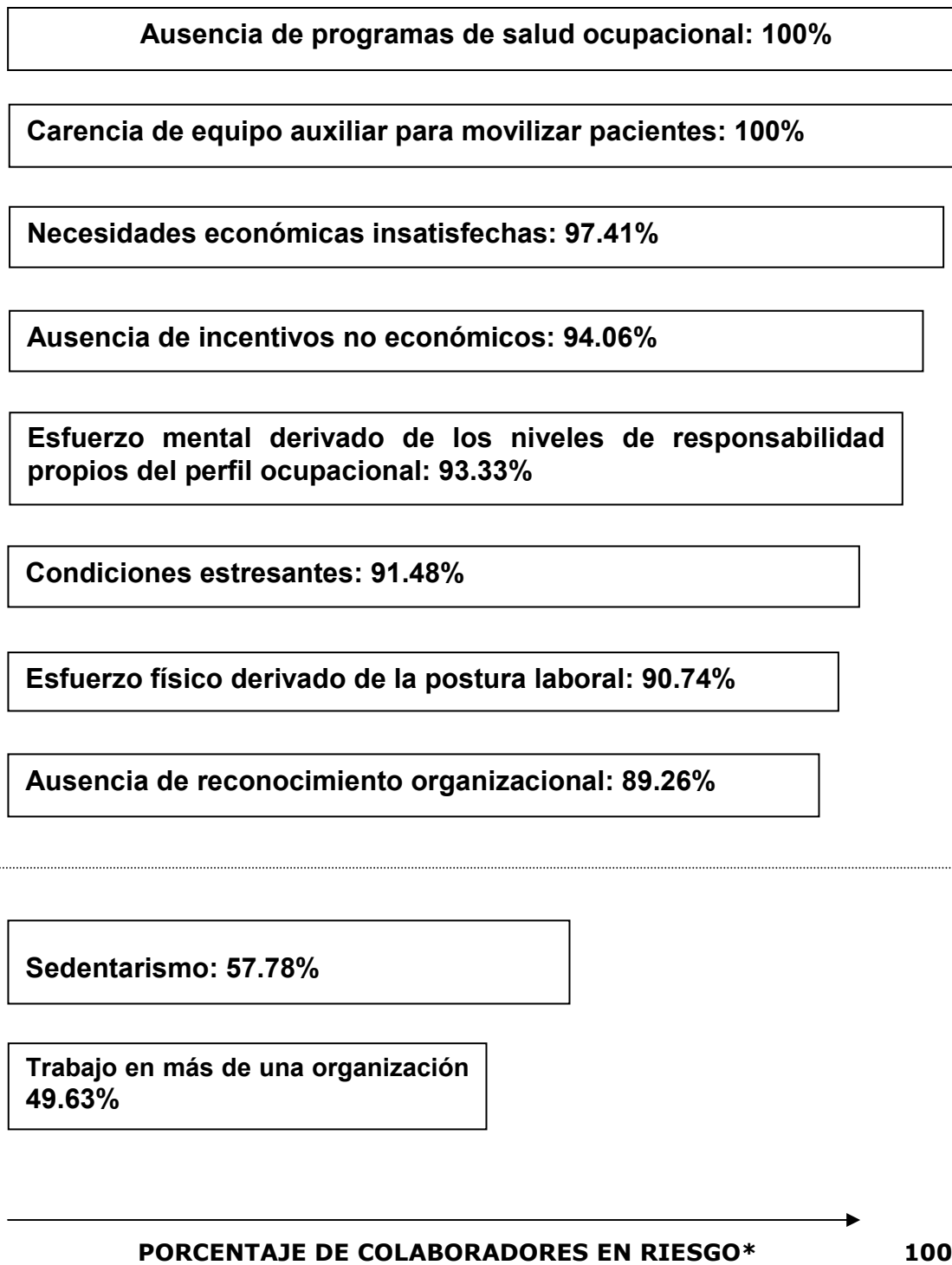
**F
A
C
T
O
R
E
S

D
E

R
I
E
S
G
O**

**O
R
G
A
N
I
Z
A
C
I
O
N
A
L
E
S**

**P
E
R
S
O
N
A
L
E
S**



*Fuente: Resultados de la encuesta.

b. Productividad.

Entre los factores de productividad (concebida como capacidad de trabajo) que fueron considerados en la investigación, se encuentran:

- 1) el *saber hacer*, concebido como la capacidad funcional que se deriva de un proceso de formación continua en una disciplina particular, así como por la experiencia adquirida a lo largo de un período determinado.
- 2) el *querer hacer*, concebido como la capacidad funcional que se deriva de la integración de las creencias, valores y actitudes personales y los propios de la cultura del sistema que llevan al colaborador de enfermería a prestar un servicio humanizado y humanizante.
- 3) el *poder hacer*, concebido como la capacidad funcional que se deriva del grado de bienestar del que disfruta un colaborador en el contexto laboral, y le faculta para exhibir las habilidades y destrezas necesarias para realizar su trabajo con eficiencia.

En cuanto al **saber hacer** (educación formal), que faculta a los colaboradores para el desempeño de funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS, se encontró que todos ellos poseen la acreditación necesaria para poder desempeñar funciones de enfermería.

Se encontró, además que todos ellos valoran la importancia del proceso de educación continua, prueba de lo cual es el reporte de algunos auxiliares de enfermería que mencionaron estar inscritos en programas de profesionalización, y el de los enfermeros generales que mencionaron estar inscritos en el programa de acreditación de grado universitario en enfermería o en programas de maestría relacionados con la especialidad.

Lo anterior significaría que si por saber, se entiende la educación formal en enfermería que da acceso a puestos de trabajo dentro de la organización, todos los colaboradores cumplen los requisitos necesarios para ser productivos y, algunos incluso los superan ampliamente.

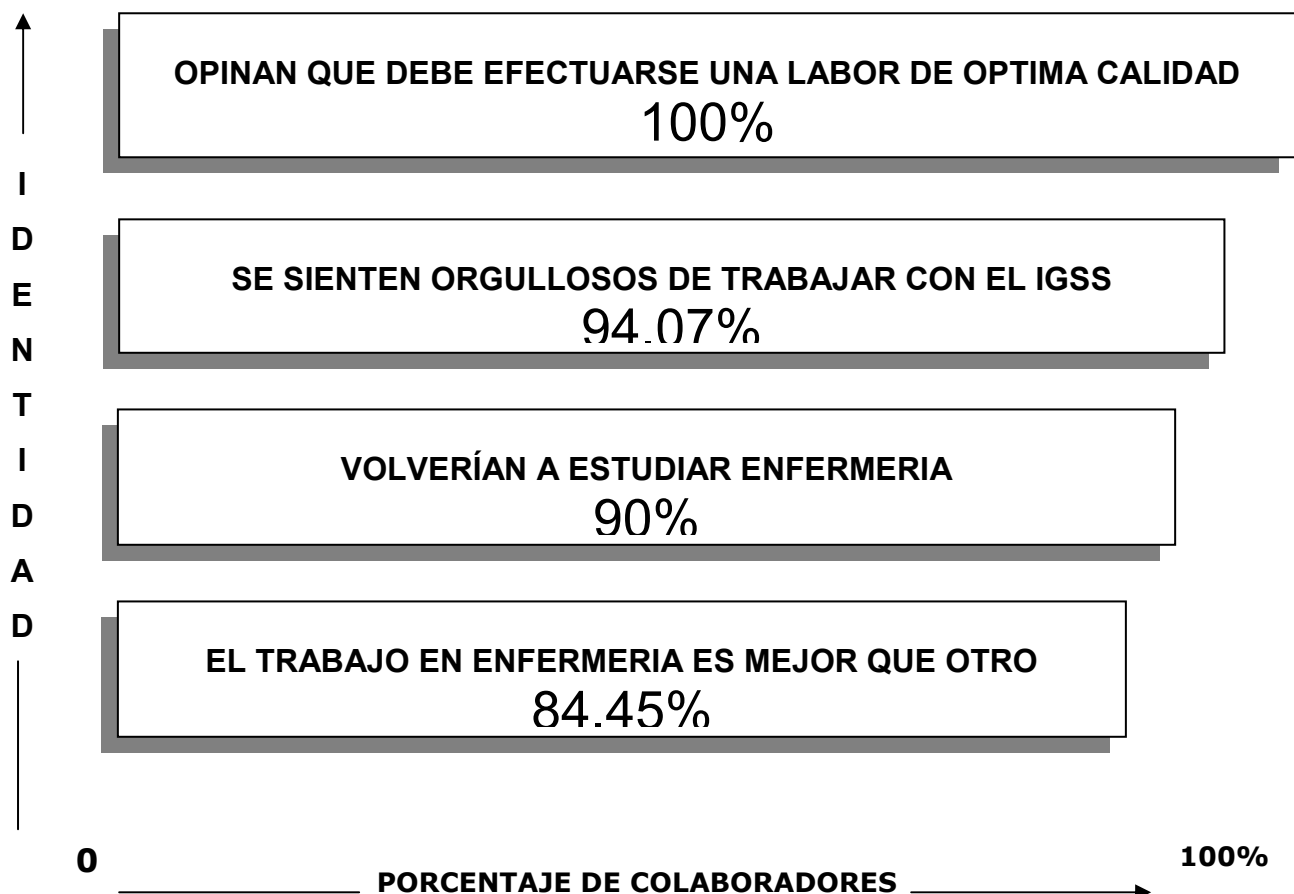
Se encontró además que el valor que atribuyen a los procesos de capacitación es tal, que los colaboradores (10.74%) que mencionaron percibir reconocimiento organizacional a la importancia de su labor, lo hicieron únicamente con base en los programas de capacitación a los que son enviados por la organización.

Finalmente, por las razones anteriores, y **con base en el criterio del saber hacer** que se espera de los colaboradores de enfermería, se estima que el IGSS cuenta con la productividad necesaria (concebida como la capacidad de trabajo) para el logro de la misión institucional.

En cuanto al **querer hacer**, derivado de la integración de las creencias, valores y actitudes personales del colaborador y los propios de la cultura del sistema que llevan al colaborador a prestar un servicio humanizado y humanizante; los hallazgos en cuanto a *motivación* (concebida como la actitud que predispone a los colaboradores a contribuir al logro de las metas organizacionales) y *satisfacción*, (concebida como autopercepción de eficacia, en cuanto a lo que los colaboradores desean hacer y lo que se espera de ellos) permitieron identificar rasgos distintivos del grupo ocupacional de enfermería; y elaborar en consecuencia, el perfil actitudinal que aparece a continuación.

PERFIL ACTITUDINAL DE LOS COLABORADORES

(IDENTIDAD LABORAL + IDENTIDAD ORGANIZACIONAL)



*Fuente: Resultados de la encuesta.

Más allá de la importancia que el personal de enfermería podría atribuir al reconocimiento que, por primera vez y en el marco de este informe, se hace en cuanto a la existencia de un perfil actitudinal que lo caracteriza; las implicaciones prácticas que para la organización podría tener el reconocimiento de rasgos tales como la motivación (intrínseca) que el grupo posee y la satisfacción que derivan los colaboradores, del desempeño de funciones de enfermería; podrían ser de gran trascendencia.

Finalmente, se estima que, **con base en el criterio del querer hacer** que de acuerdo con el perfil descrito, *caracteriza a los colaboradores de enfermería*, cabe esperar que el IGSS cuente con la productividad necesaria (en términos de capacidad de trabajo) para el logro de su misión institucional.

En cuanto al **poder hacer**, la importancia que, en el marco de esta investigación se había atribuido a este factor de productividad (concebida como capacidad de trabajo), determinó la necesidad de identificar los patrones de conducta psicomotriz necesarios para el desempeño eficiente y seguro de funciones de enfermería, particularmente en el aspecto relacionado con la prestación de cuidado directo a pacientes.

Para este efecto, los patrones de conducta psicomotriz, fueron definidos como el conjunto de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas que se manifiestan como un todo integrado, en la realización de actividades funcionales (en el caso de los colaboradores de enfermería, las actividades necesarias para cumplir las funciones atribuidas a sus puestos).

Dichos patrones fueron objeto de observación estructurada, lo cual permitió estimar que, en principio, el manejo de pacientes en estado crítico (politraumatizados, ansiosos, agresivos...) podría no dejar mucho lugar a la planificación de acciones necesarias; para cuidar al mismo tiempo, la seguridad del paciente y la del colaborador. Por esta razón, se había estimado que la eficiencia de los patrones de conducta psicomotriz (específicamente en cuanto a la movilización y el traslado de pacientes), podría estar limitada por el tipo de unidad médica constituida por el Hospital General de Accidentes.

No obstante, de acuerdo con la observación respectiva, tanto en el área de atención de emergencia como en todos los Servicios de Encamamiento, se considera que la eficiencia de tales patrones se encuentra limitada, puntualmente, por la carencia de equipo mínimo (levantadores manuales e hidráulicos) para la movilización y el traslado de pacientes.

La integración de los los resultados de la encuesta respectiva, y los hallazgos derivados del *proceso de observación estructurada* del sitio de trabajo, permite estimar que la capacidad funcional del grupo ocupacional de enfermería se encuentra limitada, puntualmente, por:

- a) La carencia de equipo mínimo para la movilización y el traslado de pacientes;
- b) El decremento de la capacidad funcional que cabe esperar del 25.93% de los colaboradores (n=270) que reporta padecer problemas de columna, derivados de un accidente de trabajo o de una enfermedad músculo-esquelética que se ha desarrollado progresivamente.
- c) El decremento del número de colaboradores disponibles para el servicio, provocado por el ausentismo del 17.41% de los colaboradores (n=270), que admitió la suspensión ocasional de sus labores, como resultado del dolor y la discapacidad funcional derivados de los problemas de columna que padecen.

Finalmente, ***con base en el criterio del poder hacer***, concebido como la capacidad funcional que se deriva del grado de bienestar de los colaboradores, y les faculta para exhibir las habilidades y destrezas necesarias para realizar su trabajo con eficiencia; no cabe esperar que el IGSS cuente con la productividad necesaria para el logro de su misión institucional. Sobre todo, cuando la propia institución no provee las condiciones mínimas necesarias para ello.

3. Hallazgos relacionados con las hipótesis de trabajo.

- a. En cuanto a la **disminución de la productividad** (decremento de la capacidad de trabajo) de los colaboradores de enfermería, como producto de la deficiencia de la calidad de su vida en el trabajo:

De acuerdo con los resultados de la encuesta aunados a los de la observación estructurada del sitio de trabajo (Vea Anexo D, documentación de riesgos), se encontró que el *decremento de la productividad* de los colaboradores de enfermería está relacionado con las condiciones organizacionales en las que los colaboradores desempeñan sus funciones:

1) Sobrecarga de trabajo. Concebida como el aumento de la carga de trabajo, que conlleva la elevación del grado de riesgo ocupacional y por ende aumento de la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos para la salud de las personas, derivada de la presencia de ciertos factores (propios de la responsabilidad atribuida a los puestos) en el ambiente de trabajo.

2) Carencia de equipo mínimo para garantizar, no únicamente la calidad del desempeño de actividades y tareas relacionadas con la movilización y el traslado de pacientes, sino también la seguridad de los colaboradores de enfermería (100% de colaboradores en riesgo).

3) Ausencia de programas de salud ocupacional que permitan a los colaboradores disfrutar de un mínimo de bienestar físico y/o mental en el ambiente laboral (100% de colaboradores en riesgo).

- b. En cuanto a que la **disminución de la productividad** (decremento de la capacidad de trabajo) de los colaboradores de enfermería, está relacionada con la ocurrencia de accidentes de trabajo y la enfermedad ocupacional derivados de las condiciones que enfrentan en el desempeño de su trabajo:

El perfil de riesgo, estructurado a partir de los resultados de la encuesta y los resultados de la observación estructurada del sitio de trabajo, permite estimar con algún grado de certeza que el padecimiento de problemas de columna, reportado por el 25.93% de los colaboradores de enfermería (n=270) y, el ausentismo ocasional reportado por el 17.41% de los mismos, está directamente relacionado con lo deficitario de las condiciones del medio en que desempeñan su trabajo.

- c. En cuanto a la suspensión de labores (*ausentismo*) del personal de enfermería como factor causal de la disminución de la efectividad de la organización:

Desafortunadamente, y a pesar de que entre las razones que viabilizaron la ejecución de este estudio, se cuentan las constantes quejas del Departamento de Recursos Humanos del IGSS, en cuanto a la disminución de la efectividad de la organización, que dicho Departamento atribuye al ausentismo de los colaboradores de enfermería, se encontró que:

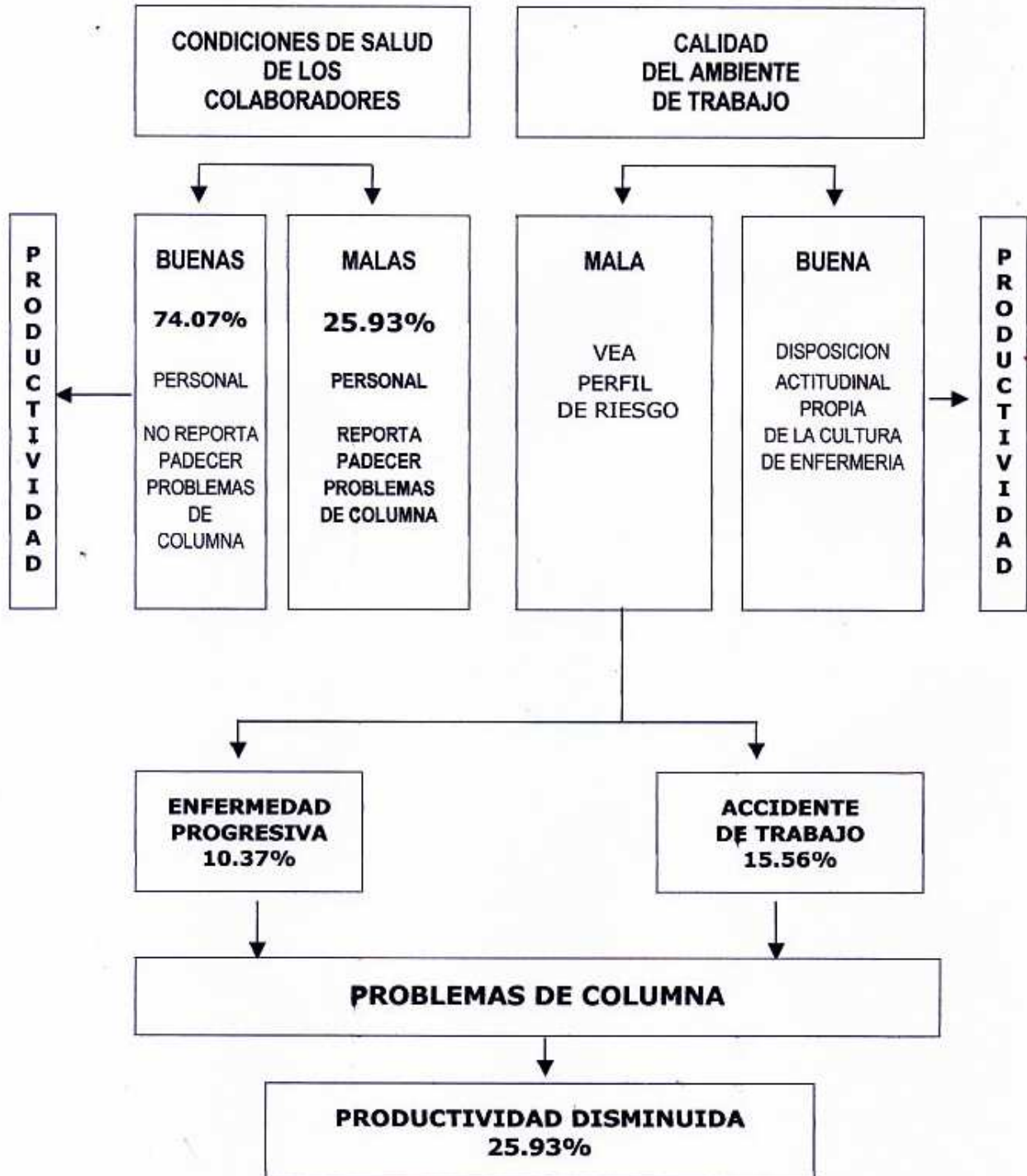
1) Aun cuando el plan estratégico de desarrollo institucional 2001-2006 fue formulado en el marco del proceso de reforma del sector salud y, en consecuencia, el documento de mérito enfatiza la necesidad de brindar servicios "... en forma eficiente y efectiva...", la acción establecida como "objetivo estratégico" se refiere a "incrementar la infraestructura médico hospitalaria para prestar atención en salud ..."

2) El Hospital General de Accidentes, como organización perteneciente al sistema de prestación de servicios de salud, carece de registros que permitan estimar el grado de disminución de la efectividad organizacional derivada de la suspensión de labores por accidente o enfermedad (Vea esquema Impacto de los Problemas de Columna que Aquejan al Personal de Enfermería en la Efectividad del Hospital General de Accidentes del IGSS, en la página 89).

Las razones anteriores llevan a determinar que el ausentismo de los colaboradores de enfermería podría no ser el único ni el mayor problema que enfrenta la organización para lograr su efectividad.

No obstante, si (arbitrariamente) se adopta la definición de efectividad como la capacidad institucional de satisfacer la demanda de servicios (sin más recursos, que la fuerza de trabajo constituida por el grupo ocupacional de enfermería), entonces puede decirse que los resultados obtenidos a través de la encuesta permiten estimar que los problemas de columna reportados por un alto porcentaje de los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta; podrían estar imponiendo a la organización, una disminución puntual del 25.93% de la efectividad. Sobre todo, si se considera que tales problemas constituyen causa potencial de ausentismo. (Vea esquema Impacto de los Problemas de Columna que Aquejan al Personal de Enfermería, en la Efectividad del Hospital General de Accidentes, en la página siguiente).

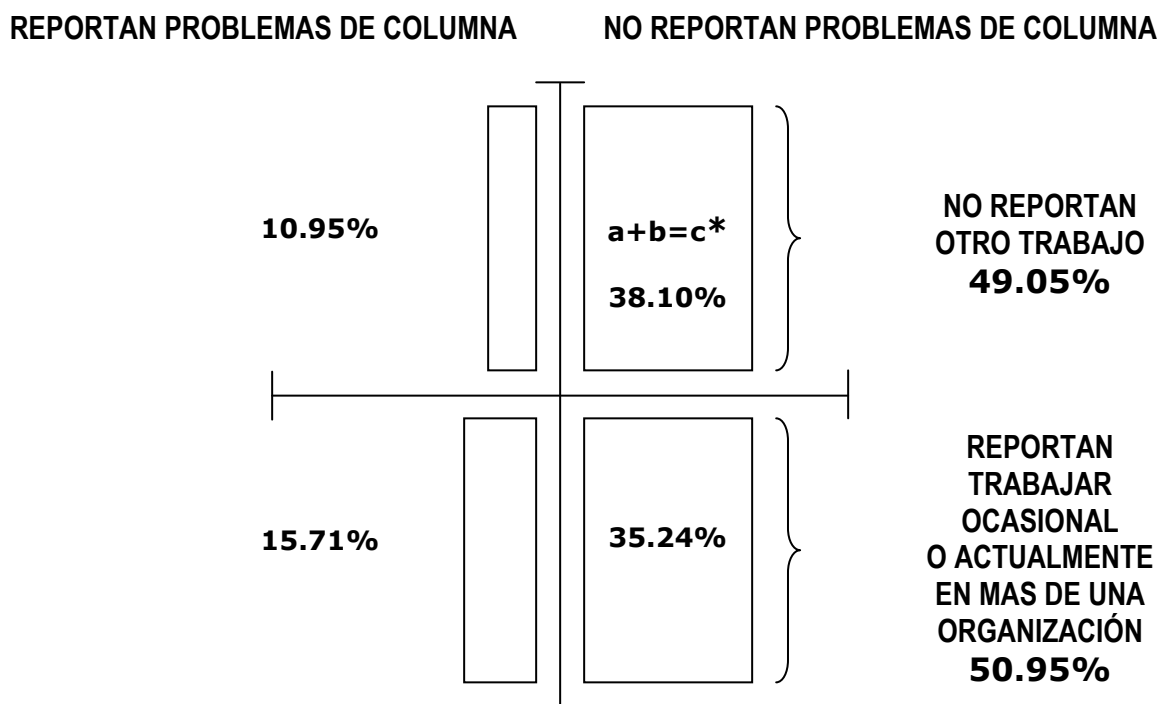
IMPACTO DE LOS PROBLEMAS DE COLUMNA QUE AQUEJAN AL PERSONAL DE ENFERMERIA (n=270) EN LA EFECTIVIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES DEL IGSS.



Del esquema anterior podría deducirse que, al encontrarse disminuida *únicamente* en el 25.93%, la productividad potencial de este grupo ocupacional puede ser estimada en el 74.07%. No obstante, la realidad podría resultar un tanto diferente, si se toma en cuenta el hecho de que una proporción considerable (50.78%) del personal operativo (n=252) que participó en el estudio, reportó trabajar también (ocasional o permanentemente) para otra organización, lo cual significa una duplicación del tiempo de exposición a factores de riesgo ergonómico, implicados en la carga física de trabajo, además de los riesgos propios de los ambientes nosocomiales (Vea esquemas que aparecen a continuación).

ESTIMACION DE LA PRODUCTIVIDAD POTENCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE EMFERMERIA

A partir de las respuestas de los colaboradores (n=210) en cuanto al trabajo ocasional o actual en más de una organización y los problemas de columna que padecen.



* $a+b=c$; en donde,

a= desempeño de funciones en una única organización (IGSS),

b= ausencia de problemas de columna,

c= nivel de funcionamiento óptimo

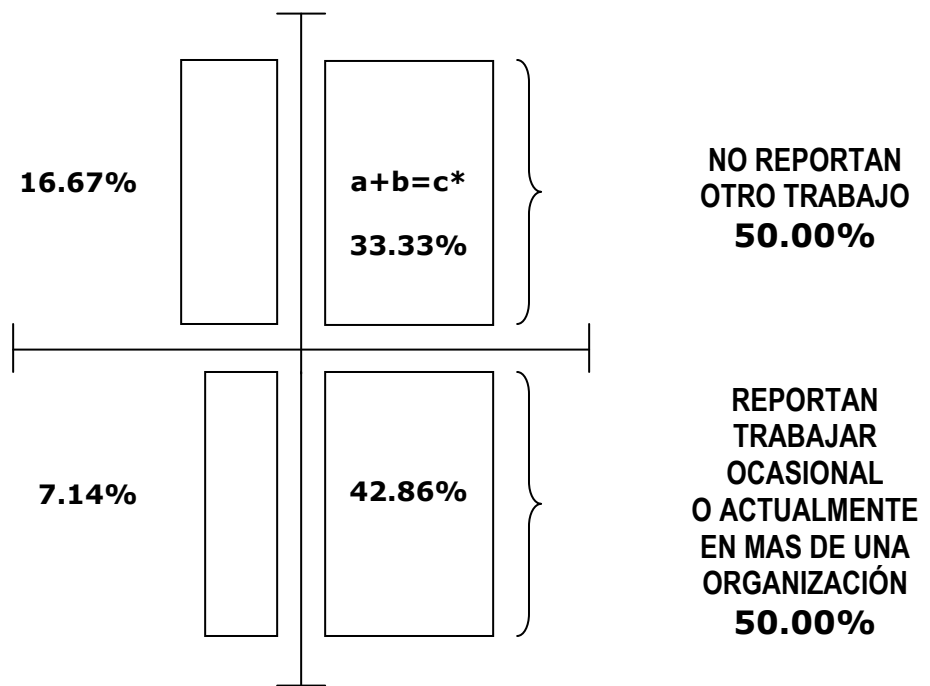
Fuente: Datos de la encuesta. Anexo B, Cuadro 5.18

ESTIMACION DE LA PRODUCTIVIDAD POTENCIAL DE LOS ENFERMEROS GENERALES

A partir de las respuestas de los colaboradores (n=42) en cuanto al trabajo ocasional o actual en más de una organización y los problemas de columna que padecen.

REPORTAN PROBLEMAS DE COLUMNA

NO REPORTAN PROBLEMAS DE COLUMNA



* **a+b=c**; en donde,

a= desempeño de funciones en una única organización (IGSS),
 b= ausencia de problemas de columna,
 c= nivel de funcionamiento óptimo

Fuente: Datos de la encuesta. Anexo B, Cuadro 5.18

d. En cuanto a que las suspensiones de labores, por enfermedad o accidente de los colaboradores de enfermería y el proceso de atención médica subsecuente, provocan elevación de los costos de funcionamiento del sistema:

Desafortunadamente, la estimación puntual del impacto económico, que la discapacidad ocupacional provoca al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, no fue posible debido a que el Hospital General de Accidentes, *carece de registros* (sistemas de información) acerca de:

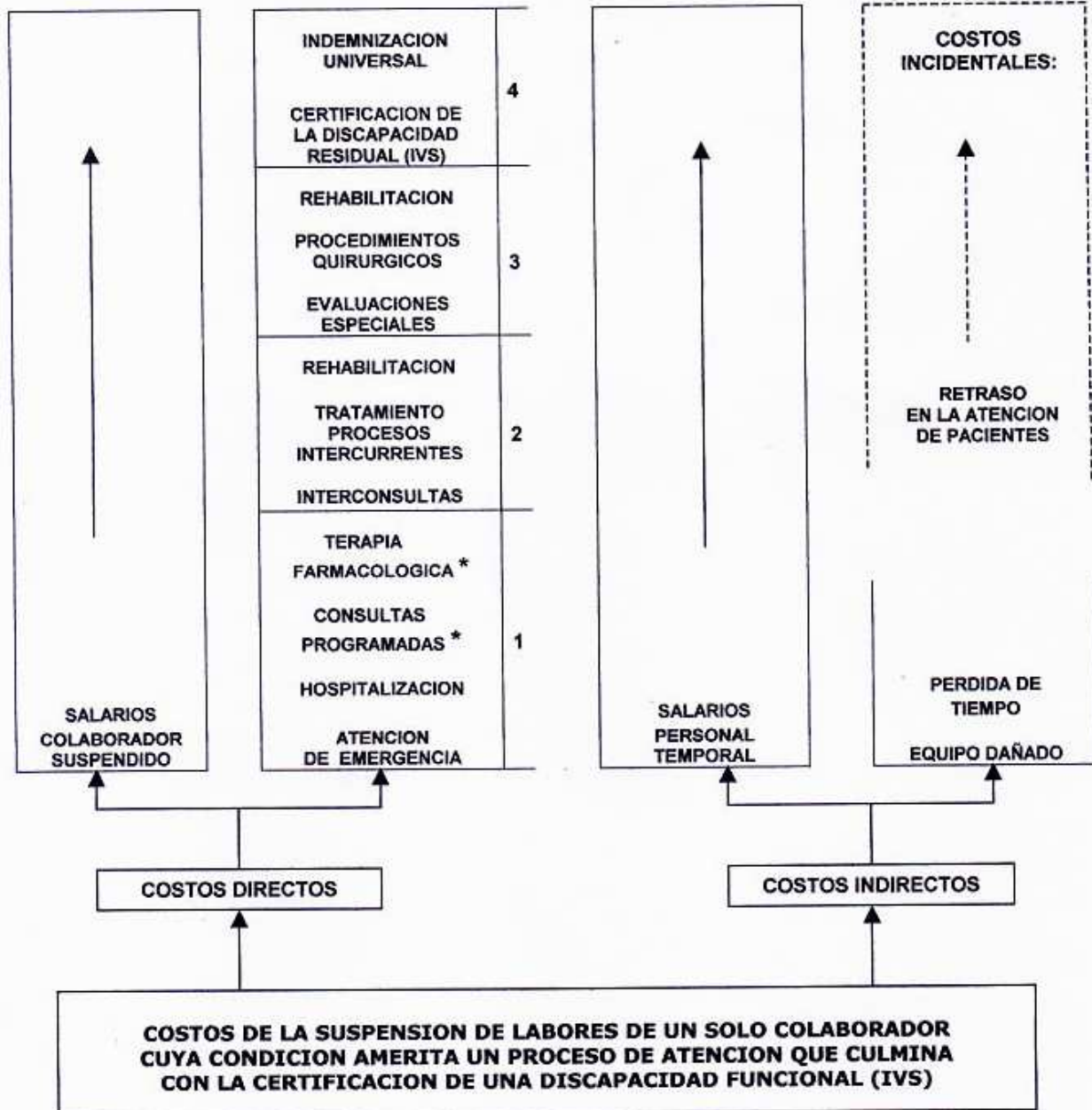
- 1)** el número de colaboradores que solicitan atención por problemas de salud derivados de un accidente de trabajo o de una enfermedad desarrollada en el sitio de trabajo.
- 2)** el número de colaboradores que han suspendido labores por problemas de salud derivados de un accidente de trabajo o de una enfermedad desarrollada en el sitio de trabajo.
- 3)** la discapacidad funcional que el sistema puede esperar de los colaboradores que han experimentado un accidente; mucho menos de lo que puede esperar de aquellos que no han experimentado un accidente, pero han desarrollado un proceso patológico derivado del riesgo que enfrentan en el sitio de trabajo.

Toda vez que la organización enfrenta actualmente las vicisitudes derivadas del proceso de reforma del sector, dentro del cual la contención de los costos de la atención debe tener un lugar prioritario resulta alarmante el hecho de que la burocracia existente, haya hecho imposible, la obtención de indicadores de:

- 1)** los costos que la organización absorbe, por concepto del proceso de atención de salud a colaboradores que solicitan atención médica, quirúrgica y/o de rehabilitación para solucionar su problemática de salud relacionada con la columna.
- 2)** los costos del proceso administrativo que se deriva de la suspensión de labores del personal de enfermería.

No obstante, a partir del resultado de las entrevistas a profesionales especialistas en la atención de problemas de columna (médicos, cirujanos ortopedistas y rehabilitadores) fue posible identificar algunos elementos del proceso de atención de salud a colaboradores que suspenden labores por problemas de columna (Vea esquema de la página 93), mismos que podrían estar elevando los costos de funcionamiento.

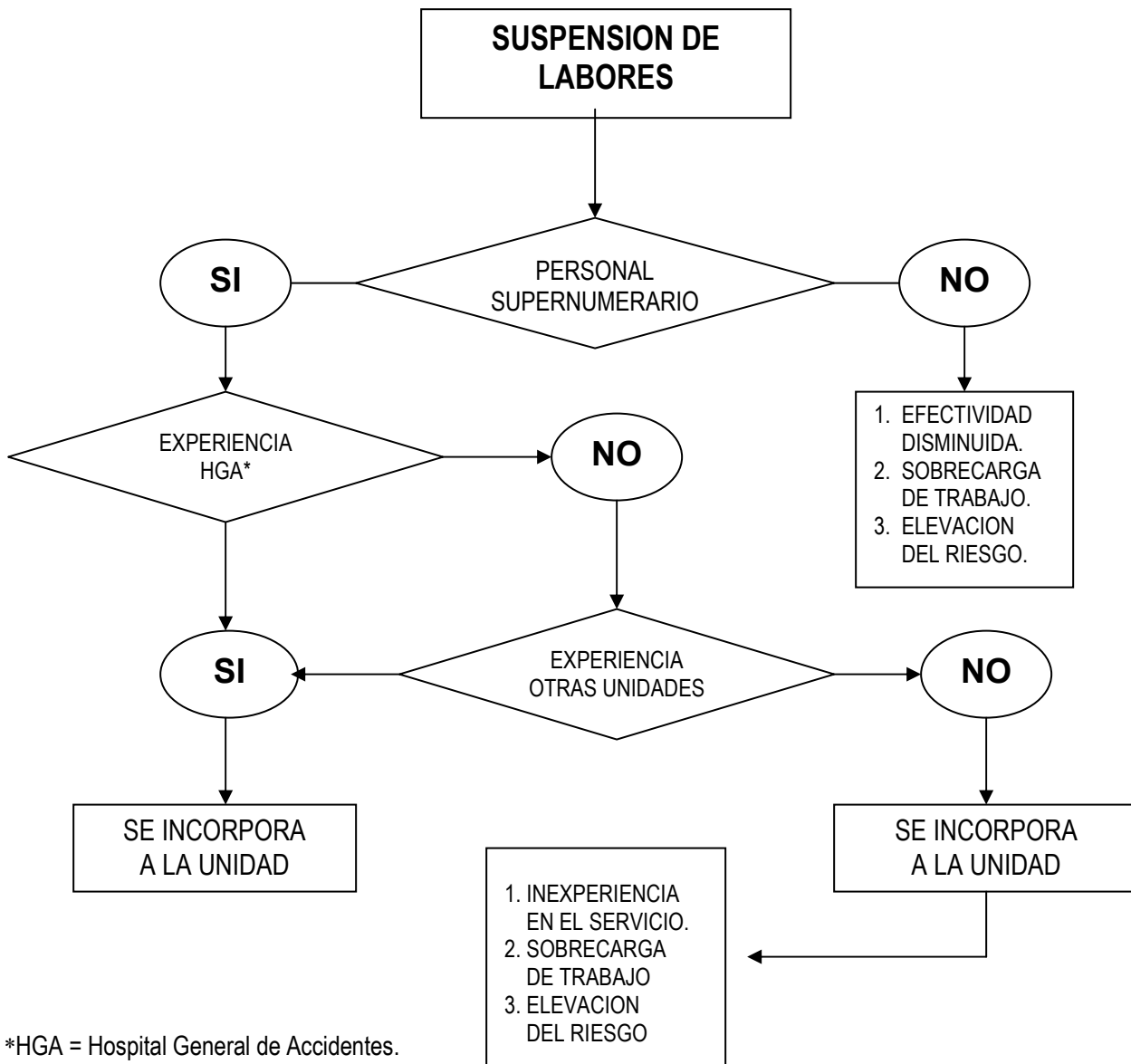
**IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD LABORAL DERIVADA DE LOS PROBLEMAS DE COLUMNA,
DE LOS COLABORADORES DE ENFERMERIA,
EN LA ECONOMIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL**



- 1= Episodios agudos de corta duración (ligera discapacidad).
- 2= Episodios repetitivos o de larga duración (cierto grado de discapacidad).
- 3= Dolor continuo o repetitivo (sería disminución de la capacidad funcional).
- 4= Enfermedad crónica del sistema músculo-esquelético.

* acompañan todo el proceso

Finalmente, tampoco existe documentación alguna en cuanto al proceso administrativo que se genera a partir de la suspensión de labores de un colaborador (independientemente de la especialidad a la que pertenezca su puesto de trabajo). No obstante, a partir del resultado de las entrevistas a colaboradores de enfermería, fue posible identificar algunos de los elementos del proceso de contratación de personal temporal que, aun cuando constituya un mecanismo de adaptación para cubrir necesidades de servicio, contribuye también a la disfunción organizacional (Vea el flujograma que aparece a continuación).



*HGA = Hospital General de Accidentes.

- e. En cuanto a que las suspensiones de labores, por accidente o enfermedad del personal de enfermería están relacionadas con la ausencia de programas de promoción de la salud ocupacional:

Los resultados de las entrevistas efectuadas a ejecutivos y mandos medios de la especialidad de enfermería, permitieron determinar que existen Comités de Prevención y control de Desastres y de Control de Enfermedades Nosocomiales, los cuales (de acuerdo con el paradigma de atención en salud actual), se guían por enfoques preventivos y remediales. Lo anterior significa que no únicamente, no existe un departamento estructurado, sino que ni siquiera existe un programa orientado a la atención promocional en salud ocupacional de los colaboradores de la organización.

Finalmente, el hecho de que hasta el día de hoy, los administradores del sistema de prestación de servicios de salud (constituido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) no hayan podido identificar la relación existente entre lo deficitario de la calidad de vida en el trabajo y la disminución de la productividad (concebida como capacidad de trabajo) de los colaboradores de enfermería, tiene graves implicaciones para las organizaciones pertenecientes al sistema.

En primer lugar, porque el ausentismo (que para ellos representa el mayor problema que enfrentan) no constituye sino una parte mínima de la problemática que enfrentan los hospitales.

En segundo lugar, porque los mecanismos de adaptación de los que se vale el sistema (entre ellos la contratación de personal temporal), no responden a una adecuada política de administración de recursos humanos.

Y aun cuando, en opinión de los administradores, la implementación de tales mecanismos represente la mejor solución a la problemática derivada del ausentismo de los colaboradores; los mismos provocan una disfunción organizacional de magnitud tal, que resulta absolutamente incomprensible que los administradores no hayan identificado:

- 1)** el riesgo que enfrentan los colaboradores de enfermería como el factor que determina la probabilidad de desarrollo de la enfermedad ocupacional, y la ocurrencia de accidentes que dan como resultado la disminución de la productividad (concebida como decremento de la capacidad de trabajo) de los colaboradores de enfermería.

- 2)** la ausencia de políticas adecuadas de administración de recursos humanos (entre ellas una política relacionada con la salud ocupacional) como probable causa de la disminución de la efectividad organizacional.

TERCERA PARTE

VI. CONCLUSIONES

- 1.** La deficiencia de la calidad de vida en el trabajo, se refleja en el perfil de riesgo que fue desarrollado a partir de la identificación de factores que afectan al personal de enfermería que labora en el Hospital General de Accidentes del IGSS. Esta deficiencia, no únicamente se manifiesta en el decremento de la productividad (concebida como capacidad de trabajo) del personal de enfermería, sino que incide negativamente en la efectividad de la organización.

- 2.** El reporte de los propios colaboradores acerca de las condiciones en las que desarrollan su labor, y los resultados de la observación estructurada del sitio de trabajo, permiten estimar que los colaboradores que cumplen funciones de enfermería dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS, constituyen una población en alto riesgo de padecer los efectos negativos de:
 - a. el riesgo psicológico derivado de las condiciones en que desempeña su trabajo.
 - b. el riesgo físico implicado en la sobrecarga de trabajo atribuida a los puestos.
 - c. el riesgo ergonómico implicado en la sobrecarga de trabajo y la falta de equipo auxiliar para el desempeño de las tareas relacionadas con la movilización y el traslado de pacientes.

- 3.** Siendo la columna vertebral de los colaboradores, la estructura que recibe el impacto directo de las acciones necesarias para la prestación del servicio, los colaboradores que cumplen funciones de enfermería en el Hospital General de Accidentes del IGSS, constituyen una población en alto riesgo de sufrir accidentes o lesiones progresivas de la columna vertebral.

- 4.** El grado de riesgo de padecer lesiones de columna vertebral al que se encuentran expuestos los colaboradores que cumplen funciones de enfermería dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS, es atribuible al nivel de su desempeño.

- 5.** El grado de riesgo de padecer lesiones de columna vertebral al que se encuentran expuestos los colaboradores que cumplen funciones de enfermería dentro del Hospital General de Accidentes del IGSS, aumenta en proporción directa a la escasez de personal.
- 6.** La sobrecarga de trabajo determinada por lo elevado de la demanda de servicios y la escasez de personal, determinan que el radio de alcance del riesgo (que era atribuible únicamente al grupo de colaboradores que normalmente movilizan, levantan y trasladan pacientes); se amplíe hasta incluir a colaboradores (jefes de servicio, supervisores...) cuyas funciones normales no incluyen la movilización o el traslado de pacientes, .
- 7.** Los problemas de columna vertebral que reporta el 25.93% (n=270) de los colaboradores de enfermería (Vea anexo B, cuadro 5.14) son el producto de una combinación de factores de riesgo físico y psicológico implicados en la sobrecarga de trabajo atribuida a los puestos, y los factores de riesgo organizacional implicados en las condiciones en que desempeñan su trabajo.
- 8.** El grado deficitario de la efectividad organizacional, atribuible al decremento de la capacidad de trabajo de los colaboradores de enfermería, es el resultado de la vigencia de políticas de administración de recursos humanos que ignoran, tanto la dignidad de los colaboradores de enfermería, como la importancia del mantenimiento de un ambiente saludable de trabajo.
- 9.** El grado deficitario de la efectividad organizacional es, también, una función multiplicativa de la complejidad de los procesos de atención de salud, a colaboradores que padecen problemas agudos o crónicos de columna (espalda baja dolorosa), y la vigencia de políticas de administración de recursos humanos que ignoran la importancia de los procesos de desarrollo integral a colaboradores.
- 10.** La necesidad de implementar estrategias de intervención para promover la calidad de vida en el trabajo, no ha sido visualizada por las autoridades organizacionales, ni siquiera a la luz de la necesidad de contener los costos de funcionamiento derivados del proceso de atención médica a colaboradores, mucho menos a la luz de la disfunción organizacional atribuible al desarrollo de mecanismos de adaptación, incluida la contratación de personal supernumerario.

VII. RECOMENDACIONES

Considerando que, de acuerdo con los resultados de este estudio, la deficiente calidad de vida en el trabajo que se refleja puntualmente en los problemas de columna que afectan al 25.93% de los colaboradores de enfermería disminuye la productividad (concebida como capacidad de trabajo) de los mismos, se recomienda:

1. A los colaboradores pertenecientes a la especialidad de enfermería:

a. Reconocer la importancia de la implementación de procesos educativos (inducción, capacitación y desarrollo...) y de aseguramiento de la calidad del desempeño, en orden al logro de la efectividad organizacional que se reflejará no únicamente en la satisfacción de los afiliados y derechohabientes del régimen de seguridad social, sino también en su propio bienestar.

A este respecto se recomienda, específicamente, tomar en cuenta los lineamientos que por este medio se ofrecen, a efecto de implementar los procesos de aseguramiento de la calidad del desempeño (vía reconceptualización del rol del supervisor, aseguramiento de la calidad del desempeño...) y los procesos de vigilancia epidemiológica (vía documentación de riesgos, reconceptualización del rol de las Comisiones de Control de Enfermedades Nosocomiales y de Control de Desastres).

Se recomienda también, muy especialmente, la documentación de todos los elementos y todas las fases del proceso de atención de salud a colaboradores de enfermería, que padecen problemas relacionados con los riesgos físicos y psicológicos que enfrentan en el sitio de trabajo, a efecto de contribuir al establecimiento de registros que permitirán establecer la medida en que el proceso de promoción de la calidad de vida en el trabajo, logra sus objetivos.

b. Reconocer la importancia de comprometerse activamente en la búsqueda del bienestar de alto nivel, mediante la implementación de las estrategias específicas que fueron validadas con la participación de colaboradores de enfermería que cumplen funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS.

A este respecto se recomienda, específicamente, tomar en cuenta las estrategias de intervención que fueron validadas en el Hospital General de Accidentes del IGSS, a lo largo del desarrollo de este estudio, a efecto de implementarlas y contribuir a su propio proceso de elevación de la calidad de vida en el trabajo.

2. A las autoridades del Hospital General de Accidentes del IGSS:

- a.** Aceptar los resultados de este estudio, como la evidencia del impacto que la deficiencia cualitativa del ambiente de trabajo tiene en la productividad (concebida como capacidad de trabajo) del personal de enfermería.
- b.** Reconocer la importancia que tiene la publicación de los resultados de este estudio, a efecto de lograr el apoyo de las autoridades correspondientes, en la implementación de estrategias de intervención orientadas a la elevación de la calidad de vida en el trabajo.
- c.** Comprometerse activamente en el proceso de aseguramiento de la calidad del ambiente de trabajo del Hospital General de Accidentes, a efecto de contribuir a la elevación del bienestar de los colaboradores que cumplen funciones de enfermería.
- d.** Considerar la factibilidad de que la unidad médica bajo su responsabilidad, se constituya en unidad modelo para el desarrollo de procesos de promoción de la calidad de vida en el trabajo. Procesos que, con base en su relación con la productividad de los colaboradores beneficien, a corto plazo, a los colaboradores que cumplen funciones de enfermería en el Hospital General de Accidentes y aquellos pertenecientes a otros grupos ocupacionales que comparten el mismo ambiente laboral. Y, a mediano plazo, a los colaboradores pertenecientes a todos los grupos ocupacionales pertenecientes al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en orden al logro de la efectividad organizacional.

3. Al Departamento de Recursos Humanos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

- a.** Reconocer que aun cuando, teóricamente, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una organización como cualquier otra; en la práctica, su pertenencia al Sistema de Prestación de Servicios de Salud le confiere características que demandan de los administradores del recurso humano perteneciente al Instituto, la adopción de una perspectiva diferente.
- b.** Reconocer que aun cuando, teóricamente, todas las unidades médicas pertenecientes al Instituto emplean el mismo tipo de personal; en la práctica, los diferentes niveles de complejidad existentes entre dichas unidades determinan que los diferentes grupos ocupacionales, entre los que el de enfermería tiene un rol preeminente, enfrenten diferentes grados de riesgo.

- c.** Reconocer la necesidad de hacer uso de la información que se genera a través de la realización de estudios de este tipo, a efecto de apoyar efectivamente a los colaboradores del Instituto, cuya vulnerabilidad frente a los riesgos derivados de la propia carga de trabajo, ha sido ampliamente documentada en esta investigación.
- d.** Tomar en cuenta los resultados de este estudio, a efecto de apoyar efectivamente los procesos de socialización de los nuevos colaboradores de enfermería y los procesos de capacitación y desarrollo del personal en servicio. Para este efecto se recomienda específicamente que, todos los colaboradores que sean asignados temporal o definitivamente al servicio hospitalario, y muy especialmente al Hospital General de Accidentes, se incorporen previamente a un proceso de inducción.
- e.** Reconocer que, aun cuando la problemática derivada del ausentismo de los colaboradores, es más compleja en el contexto del sistema de prestación de servicios de salud, que en otras organizaciones pertenecientes también al sector de servicios; el control de la misma, no requiere de una metodología particularmente complicada. Requiere más bien, del reconocimiento de la necesidad de humanizar todos los procesos de la organización, a efecto de garantizar tanto el bienestar de los proveedores de servicios, como el de los usuarios de tales servicios.
- f.** Visualizar los beneficios que la organización recibirá, (en términos de la elevación de la calidad de los servicios que la organización ofrece a la población derechohabiente), de la implementación del proceso de promoción de la calidad de vida en el trabajo. Un proceso que podría beneficiar, a corto plazo, a los colaboradores que cumplen funciones de enfermería en el Hospital General de Accidentes (HGA), pero a mediano y largo plazo, podría beneficiar a todos los colaboradores del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- g.** Implementar un proceso de promoción permanente de la calidad de vida en el trabajo, que permita a los colaboradores contribuir a la elevación de su propio bienestar y aumentar su productividad (concebida como capacidad de trabajo), en beneficio de la imagen del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Para este efecto, se ofrece una propuesta, cuyos lineamientos generales aparecen a continuación.

CUARTA PARTE

VIII. PROPUESTA

PROMOCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO

(MARCO CONCEPTUAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROCESO)

Introducción

Justificación

Descripción del modelo

- A. Establecimiento de un ambiente de trabajo saludable.**
- B. Sistematización de procesos educativos.**
 - 1. Procesos de inducción.
 - 2. Procesos de capacitación y desarrollo.
- C. Sistematización de procesos de aseguramiento de la calidad del desempeño.**
 - 1. Reconceptualización del rol del supervisor.
 - 2. Reconocimiento a la calidad del desempeño.
- D. Sistematización de procesos de vigilancia epidemiológica.**
 - 1. Reconceptualización del rol de las comisiones de control de enfermedades nosocomiales y de control de desastres.
 - 2. Documentación de procesos de atención de salud a colaboradores que experimentan problemas de columna derivados del proceso de trabajo.

Consideraciones finales.

Introducción.

El bienestar concebido como la capacidad de funcionamiento óptimo de acuerdo con la edad, sexo y el rol que las personas desempeñan en un entorno constantemente cambiante, constituye un ideal de gran trascendencia, cuando se le considera factor indispensable para el logro de las metas de un sistema.

Es por esta razón, que reviste tanta importancia la implementación de programas de promoción de la salud ocupacional, concebida como una estrategia de intervención que permite mantener, desarrollar y elevar la capacidad de funcionamiento óptimo de los colaboradores dentro de las organizaciones, con miras a lograr la efectividad del sistema.

Aun cuando en el marco del enfoque administrativo de desarrollo organizacional (DO) y el enfoque sanitario de atención primaria de salud (APS); la restitución de los principios de libertad y responsabilidad en el mantenimiento del propio bienestar, coloca una gran responsabilidad sobre los colaboradores de la especialidad de enfermería; también destaca muy especialmente, la trascendencia del rol de los empleadores y su obligación en cuanto a contribuir (vía modificación de ambientes físicos, establecimiento de programas de apoyo a empleados y asignación de recursos), al proceso de elevación de la calidad de vida en el trabajo.

El programa de promoción de la calidad de vida en el trabajo que se propone, debe contemplar no únicamente la realización de actividades puntuales. Debe ser un programa permanente que contemple, muy especialmente la necesidad de establecer un ambiente saludable y el desarrollo de procesos educativos que faculten a los colaboradores para aceptar responsabilidad por la calidad del ambiente ocupacional, el mantenimiento de su propio bienestar y para el diseño de sistemas de monitoreo de los programas de capacitación que se estime necesarios.

Estos procesos deben también, facultar a los colaboradores para la administración de sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan estimar el grado de avance en el camino hacia el logro de una imagen objetivo.

Finalmente, se considera muy importante la participación activa de los mandos medios y las autoridades de la organización. De lo contrario, sin el apoyo de la alta gerencia, ningún esfuerzo será suficiente para lograr la sostenibilidad de los procesos que sean implementados.

Justificación

Una de las necesidades básicas de los seres humanos es contribuir positivamente al desarrollo de los grupos de los que forman parte, al tiempo que mejoran y disfrutan su propia vida. Todos los colaboradores tienen mucho que dar a su organización y, cuando así lo hacen; su personal sensación de bienestar es una función del compromiso de su ser total en todo lo que hacen y, en el contexto de la prestación de servicios de salud, de la forma como brindan a los demás, el servicio que constituye la razón de ser del sistema para el que trabajan. Podemos afirmar también que, para que la contribución de los colaboradores a la organización sea efectiva, es necesario que su salud física, mental, emocional y espiritual, se mantenga en el más alto nivel posible.

Aun cuando a diferencia del enfoque tradicional de la enfermedad, el enfoque integral de la misma la ha definido ya, en términos de los factores sociales cuya influencia, promueve o limita el desarrollo de procesos patológicos; aún existen administradores que, adhiriéndose a enfoques estructuralistas radicales, continúan considerando que la enfermedad no constituye sino una forma de *conducta aberrante* que facilita a las personas que se enferman, la evasión de sus responsabilidades sociales y la obtención de "ganancias secundarias".

No obstante, así como existen personas que podrían desear prolongar el período de su enfermedad para conseguir que el sistema, les exima de sus obligaciones (casos sociopáticos); también existen personas que, perciben la enfermedad como una condición absolutamente indeseable y, al percibir la enfermedad como una limitante para el cumplimiento de sus responsabilidades, solicitan la intervención del sistema de prestación de servicios de salud, como la última de sus opciones para recuperar el nivel funcional óptimo.

Son estas las personas que, aun cuando estuvieran convencidas de que es la naturaleza de su padecimiento, lo que demanda una suspensión de labores; se sienten frustradas ante la imposibilidad de validar con su trabajo la membrecía de que disfrutaban dentro de las organizaciones para las que trabajan. Y, por esta razón puede esperarse que sean ellas, quienes se comprometan activamente con la terapéutica instituida por el sistema de prestación de servicios de salud, brindando toda la cooperación necesaria para el éxito del proceso de recuperación de su nivel funcional óptimo.

Tomando en cuenta que en la actualidad, prácticamente todos los informes que se refieren a la eficiencia del sistema de prestación de servicios de salud, coinciden al afirmar que su capacidad de respuesta es inferior a las necesidades y/o expectativas de la comunidad; se considera prioritaria la implementación de nuevos modelos de atención en salud. Modelos integrales de atención, que reconozcan el rol de las personas y las organizaciones como agentes de cambio cuyas acciones resultan imprescindibles para enfrentar efectivamente, el reto de elevar y mantener su calidad de vida en el trabajo.

Nuevos modelos de atención, que refuercen los procesos que favorecen la conservación del propio nivel de funcionamiento óptimo y enfatizan especialmente el sentido de coherencia que promueve en las personas el convencimiento de tener control sobre su destino. Modelos que promuevan la conformación de esquemas cognoscitivos, actitudinales y psicomotrices que faculten a los colaboradores para el desarrollo de estrategias de prevención de accidentes y de control de procesos patológicos (enfermedad ocupacional) que inciden negativamente en su calidad de vida en el trabajo.

Los resultados de la investigación de campo que fundamenta esta propuesta, permitieron establecer la necesidad de diseñar un programa de promoción de calidad de vida en el trabajo que, concebido como una estrategia de intervención para elevar el nivel de productividad del personal de enfermería; permitirá facultar a los colaboradores, no únicamente para el manejo eficiente de la carga de trabajo, sino también para la administración de su propio bienestar, en el contexto laboral. La implementación de un programa de esta naturaleza podría constituirse, entonces, en la evidencia del reconocimiento organizacional, en cuanto a la trascendencia de la labor que este grupo de colaboradores cumple en beneficio de la imagen del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La utilización del enfoque de riesgo, en la fundamentación del programa de promoción de la calidad de vida en el trabajo que se propone, permitirá superar las limitaciones propias de la teoría que enfatiza la propensión a los accidentes como uno de los factores de la lesión ocupacional, y visualizar la importancia del desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de la salud en el contexto del trabajo, a efecto de contrarrestar los efectos del riesgo al que se encuentran sometidos los colaboradores de enfermería, en el desempeño de su labor.

La implementación del programa demanda, sin embargo, el cambio de actitudes y la modificación de esquemas cognoscitivos, tanto de los colaboradores, como de los empleadores. Por cuanto, se estima que el impacto de las intervenciones orientadas a contrarrestar la presencia de factores de riesgo en el contexto del trabajo, puede ser mayor, en la medida que todos los interesados (empleados y empleadores) se comprometan a aprovechar al máximo tanto sus capacidades individuales y colectivas, como la tecnología disponible al momento de la implementación del programa.

La pertinencia de las estrategias de intervención contribuirá a facultar a los colaboradores para asumir el control de su ambiente laboral y responsabilizarse por el mantenimiento de su calidad de vida en el trabajo. Lo anterior, aunado a la construcción de una visión compartida entre empleados y empleadores, puede llevar al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, al mejoramiento de la calidad del servicio en beneficio de los usuarios, quienes constituyen la razón primordial de ser del sistema de prestación de servicios de salud.

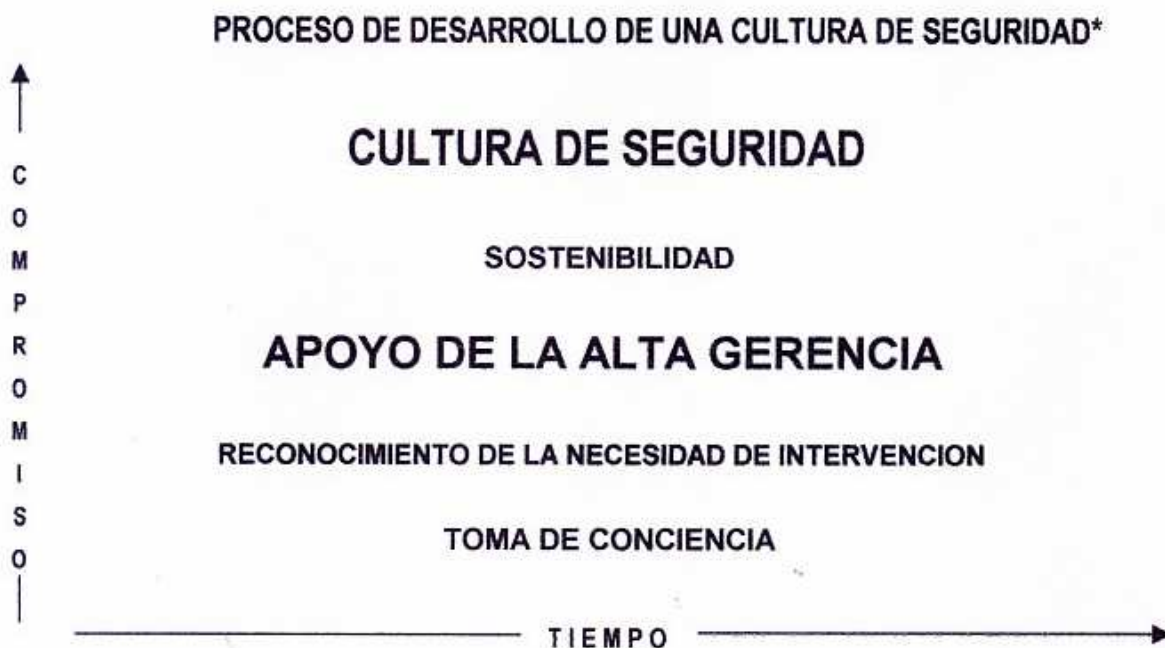
Descripción del modelo.

Este modelo conceptual, ha sido diseñado para orientar la implementación de programas de elevación de la calidad de vida en el trabajo. Debido a que el mismo está basado en el enfoque de riesgo, considera muy especialmente la importancia de promover el desarrollo de las condiciones que promoverán la sostenibilidad del programa cuya necesidad ha sido identificada. El modelo destaca la importancia, tanto del establecimiento de un ambiente de trabajo saludable, como del diseño, ejecución y control de procesos educativos, en el marco del enfoque administrativo de desarrollo organizacional y el enfoque sanitario de atención primaria de salud (enfoque de riesgo). A continuación, se describe los componentes del modelo.

A. Establecimiento de un ambiente de trabajo saludable.

Aun cuando la cultura, dentro de las organizaciones, es un fenómeno que permanece en niveles subliminales de la consciencia de las personas; constituye de hecho el elemento que aglutina a los miembros de la organización alrededor de un sistema de creencias y valores compartidos. Por ello, el establecimiento de ambientes de trabajo saludables, requiere del desarrollo de una cultura de seguridad identificable, tanto en las condiciones del sitio de trabajo, como en los patrones de conducta individual y colectiva que garantizan la continuidad de los procesos necesarios para el mantenimiento y la elevación de la calidad de vida de todos los colaboradores de la organización.

En el marco del enfoque administrativo de desarrollo organizacional (DO) y el enfoque sanitario de atención primaria de salud (APS), el desarrollo de una cultura de seguridad debe llevarse a cabo, no únicamente a partir de la identificación de problemas de salud ocupacional, a los que el grupo atribuya una importancia tal, que motive el compromiso necesario para la búsqueda de soluciones (actitud reactiva). La cultura de salud y seguridad en el trabajo (Vea esquema abajo) debe desarrollarse y consolidarse, a partir de una percepción colectiva del bienestar, como un ideal deseable y posible (actitud proactiva).



* Proceso diseñado por la sustentante.

Del esquema anterior puede deducirse que el establecimiento de ambientes de trabajo saludables, toma tiempo y demanda el compromiso de toda la organización, a lo largo del proceso. En el desarrollo del mismo, reviste singular importancia la estimación inicial (toma de conciencia) del grado de riesgo al que se encuentran sometidos los diferentes grupos. Por cuanto, la estimación del grado de riesgo al que se encuentran expuestos los colaboradores, permite reconocer la necesidad de desarrollar estrategias de intervención que permitirán obtener a corto, mediano y largo plazo, el mejoramiento de las condiciones de trabajo (meta o imagen objetivo).

El grado de compromiso con el logro de la imagen objetivo, es lo que facilitará a los miembros de la organización el desarrollo de estrategias orientadas a la eliminación del riesgo o, cuando ello no fuera posible, al menos a contrarrestar sus efectos negativos, en la población que permanece expuesta al mismo.

Sin embargo, aun cuando la imagen objetivo represente el ideal que la organización considera deseable y posible, es difícil de alcanzar en el corto plazo. Por esta razón, es importante establecer desde el principio una serie de indicadores de proceso que permitirán establecer en cualquier momento, el grado de avance en el camino hacia el logro de la meta. En el proceso de establecimiento de un ambiente de trabajo saludable para los colaboradores de enfermería, dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los indicadores de mayor trascendencia serían:

1. Establecimiento de Acuerdos entre la Gerencia del Instituto, el Departamento de Recursos Humanos y la Sección de Enfermería, a fin de asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para desarrollar las actividades que, en el proceso de establecimiento de un ambiente de trabajo saludable para los colaboradores, sean consideradas pertinentes.
2. Conformación de una Comisión Permanente integrada por la Gerencia del Instituto, el Departamento de Recursos Humanos y la Sección de Enfermería a efecto de verificar el cumplimiento de los acuerdos a los que se arribe, a partir del establecimiento de un compromiso inicial, la asignación de recursos necesarios y el monitoreo de las actividades necesarias para el logro de la imagen objetivo.

3. Conformación de Comisiones descentralizadas de Vigilancia Epidemiológica, coordinadas por la Sección de Enfermería, que permitan articular los esfuerzos necesarios para garantizar el bienestar de los colaboradores y asegurar la calidad de su desempeño.
4. Sistematización de procesos educativos, que permitirán optimizar el nivel funcional de los colaboradores de enfermería y potenciar su productividad, a efecto de que puedan responsabilizarse efectivamente de la atención, que los beneficiarios del régimen de seguridad social, demandan del sistema.
5. Sistematización de procesos de aseguramiento de la calidad del desempeño.

B. Sistematización de procesos de educativos.

La educación constituye un fenómeno que, por ser inherente a la persona humana, responde (o, al menos debería responder) a sus necesidades, intereses o motivaciones. Por tanto, no debería restringirse a un período particular de la vida de las personas, sino constituir un proceso que durara toda su vida.

Como proceso social, la educación debe contribuir al logro de metas a las que el grupo atribuye valor. Por esta razón, los procesos educativos dentro de la organización, deben ser considerados como elementos imprescindibles en orden al logro de la eficiencia y la eficacia de las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud.

La continuidad de los procesos educativos que se desarrollen, será el elemento que permitirá facultar a los colaboradores de enfermería para contribuir al logro de los objetivos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el contexto del sistema de prestación de servicios de salud. Y, puesto que de acuerdo con los más excelsos ideólogos del proceso de enseñanza-aprendizaje, la educación es un **proceso de participación en la vida**, los procesos educativos deben permear todas las actividades de la organización, dejando de lado las categorías jerárquicas (maestro-alumno), a efecto de potenciar la efectividad de los resultados.

Una vez que el establecimiento de ambientes de trabajo saludables, y aún la adopción de estilos de vida sanos, no garantiza que las características de la carga atribuida a los puestos disminuyan su peligrosidad potencial, es necesario implementar estrategias de intervención que, basadas en el enfoque de riesgo, permitan a los colaboradores manejar su carga de trabajo de manera tal, que el desempeño resulte eficiente y seguro.

En esta perspectiva, los programas de capacitación para el manejo adecuado de la carga de trabajo, cuya implementación se propone, estarán basados en la premisa que establece que la calidad del desempeño de los colaboradores depende de que sepan qué hacer (factores cognoscitivos), deseen hacerlo (factores actitudinales) y puedan hacerlo (factores psicomotrices) en un contexto espacio-temporal específico.

1. Procesos de inducción.

En su modalidad tradicional, los programas de inducción comprenden una serie de actividades que persiguen hacer del conocimiento de los nuevos colaboradores, las expectativas que la organización tiene en cuanto a su desempeño. Por esta razón las actividades mencionadas contemplan la necesidad de desarrollar procesos informativos acerca de las funciones atribuidas al puesto que desempeñará, así como acerca de las normas y reglamentos que rigen, tanto la actividad organizacional como la actividad de la unidad operativa, en la que el colaborador prestará sus servicios. Desafortunadamente, en el contexto del sistema de prestación de servicios de salud, aún no se ha visualizado la trascendencia que los procesos de inducción al puesto, tienen para el desarrollo de las organizaciones.

El proceso de inducción que por este medio propone, persigue facilitar a los nuevos colaboradores el desarrollo de una imagen global del sistema de prestación de servicios de salud, del que forma parte la organización en la que habrán de cumplir las funciones atribuidas a su puesto. Por cuanto únicamente la introyección de una imagen global del sistema, les permitirá adoptar las creencias y valores propios de las organizaciones que lo conforman, percibir cabalmente la naturaleza de las metas que orientan su actividad y desarrollar una identidad organizacional que les impulse a conducirse de manera tal, que su desempeño refleje, afirme y realce los mejores atributos de la organización de la que a partir de su contratación, forman parte.

Los componentes formativos del programa de inducción al puesto que, dentro del concepto de promoción de la calidad de vida en el trabajo, fueron diseñados como una contribución de la sustentante, al desarrollo del proceso de elevación de la calidad de vida de los colaboradores de enfermería; muy especialmente, aquellos que cumplen funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS.

Los mencionados componentes persiguen ofrecer lineamientos generales para la implementación de procesos de inducción a puestos de enfermería en las distintas esferas y niveles de desempeño, y fueron validados en el período comprendido entre los meses de junio a septiembre del año 2002, con la colaboración de la titular de la Sección de Docencia de Enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS y 25 colaboradores de enfermería pertenecientes a la mencionada unidad hospitalaria.

Descripción del proceso:

Consiste en una actividad de capacitación que se desarrolla en el formato de seminario-taller. Este formato permite, a los nuevos colaboradores, explorar su propia percepción acerca del trabajo de enfermería (motivación, satisfacción...), así como su percepción acerca de las condiciones en las que desempeñarán sus funciones. Permite además, incentivar su interés por desarrollar su propia capacidad resolutoria, para tomar control de su bienestar laboral e influir positivamente en la calidad de todos los procesos que la organización desarrolla, en el contexto del sistema de prestación de servicios de salud, al que recién se incorporan.

Objetivo general: Contribuir al desarrollo de procesos integrales de inducción a puestos de la especialidad de enfermería.

Grupo meta: Nuevos colaboradores, pertenecientes a la especialidad de enfermería, que desempeñarán funciones en el Hospital General de Accidentes del IGSS.

Metodología educativa: Se utiliza un enfoque motivacional basado en la teoría de las expectativas (Víctor Vroom), la teoría de la necesidad de logro (Henry Murray) y la teoría basada en el establecimiento de metas (Edwin Locke) Se ha adoptado también el enfoque del proceso de enseñanza-aprendizaje basado en la teoría de la Gestalt (Köhler, Koffka y Wertheimer) y la teoría del campo (Kurt Lewin).

Recursos necesarios:

Humanos:

- Un facilitador nombrado por el Departamento de Recursos Humanos del IGSS.
- Un facilitador perteneciente a la especialidad de enfermería, preferiblemente, trabajador de la unidad a la que serán asignados los nuevos colaboradores.

Tiempo: Ocho horas (dos jornadas de trabajo).

Instalaciones: Salón de usos múltiples.

Material y equipo: Equipo de proyección audiovisual.
Equipo hospitalario (cama, camilla, silla de ruedas,
Equipo auxiliar para el traslado de pacientes).

La primera jornada de trabajo, se destinará a la fase informativa del proceso. Deberá contemplar contenidos tales como:

- * Perspectiva histórica del desarrollo del régimen de seguridad social (Guatemala).
- * Misión y Visión del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).
- * Rol de la especialidad de enfermería, dentro de la institución.
- * Funciones actividades y tareas atribuidas a los puestos que desempeñarán los nuevos colaboradores.

Una vez que la fase informativa del proceso haya terminado, es importante que el responsable del proceso, anime a los nuevos colaboradores a participar activamente en la fase que persigue, dotar a los colaboradores de herramientas teórico-prácticas que les facultarán para la prevención de accidentes de trabajo y en el trabajo, y disminuir significativamente el grado de riesgo al que se encontrarán expuestos en el desempeño de sus funciones.

El análisis de seguridad en el trabajo (AST) constituye una importante herramienta para la prevención de accidentes en el trabajo. El AST permite detectar los riesgos potenciales y permite eliminarlos o, en el caso de que ello no fuera posible, permite contrarrestar la existencia de los mismos, mediante la identificación de las acciones que de ser realizadas, permitirán minimizar la posibilidad de ocurrencia de accidentes.

- a. El proceso debe iniciarse mediante la proyección de material videográfico relacionado con el trabajo de enfermería y específicamente con la función denominada "brindar cuidado directo a pacientes que han sido admitidos para su tratamiento, en unidades hospitalarias" y con la tarea relacionada con la movilización y el traslado de pacientes.
- b. Seguidamente, el facilitador del proceso, debe solicitar los participantes que un formulario de análisis de situaciones de trabajo ú hojas en blanco para que los colaboradores, identifiquen los pasos del proceso que se analiza.
- c. Una vez que todos los pasos hayan sido identificados y priorizados de acuerdo a la secuencia establecida, para el proceso de que se trate (traslado de pacientes de la cama, a una silla de ruedas o de una cama a una camilla), los colaboradores deberán identificar también los riesgos inherentes a cada paso del proceso.
- d. Finalmente, los participantes, con la colaboración del facilitador, deberán identificar las acciones necesarias, para contrarrestar los riesgos inherentes al traslado de pacientes desde la cama, a una silla de ruedas.

2. Proceso de capacitación y desarrollo del personal de enfermería.

Aun cuando, de acuerdo con los resultados del estudio de campo (incluida la fase de observación estructurada del trabajo y las condiciones en que el mismo se realiza), es posible estimar que los colaboradores de enfermería constituyen un grupo ocupacional razonablemente productivo y que aparentemente se encuentra satisfecho; no obstante, es posible estimar también que dichos colaboradores se encuentran restringidos en algún grado, en sus posibilidades de:

- * aumentar sus habilidades y destrezas,
- * desarrollar su capacidad individual de contribución al logro de las metas del grupo.

Por esta razón, para que las actividades de capacitación que se programen resulten efectivas, deben desarrollarse como componentes de un proceso de educación permanente.

Este proceso debe también, estar basado en el enfoque de riesgo, es decir, aquel que considera la influencia tanto de los factores personales de riesgo, como aquellos propios del contexto en el que los colaboradores desarrollan su actividad, a efecto de promover el mantenimiento del nivel funcional óptimo (calidad de vida) y disminuir la posibilidad del desarrollo de la enfermedad. La adopción del enfoque de riesgo, debería permitir el desarrollo de un modelo de atención que faculte a los colaboradores de enfermería para ejercer control permanente sobre su situación de salud y llevarles a contribuir efectivamente al desarrollo de la organización a la que pertenecen.

Los componentes de educación para la salud, que por este medio se propone fueron desarrollados, dentro del concepto de promoción de la calidad de vida en el trabajo, y como una contribución de la sustentante, al desarrollo del proceso de elevación de la calidad de vida de los colaboradores de enfermería pertenecientes al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Dichos componentes educativos fueron validados en el período comprendido entre los meses de enero a junio del año 2002, con la colaboración de la titular de la Sección de Docencia de Enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, y la participación de veinticinco (25) colaboradores de enfermería, pertenecientes a la mencionada unidad hospitalaria. Aun cuando, por este medio se propone actividades que enfocan tres temáticas específicas, este hecho no significa que los procesos deban restringirse a los temas sugeridos.

Debido a que el ideal de la salud es un proceso de múltiples determinaciones y no constituye un punto de llegada, sino más bien un continuo que debe ser desarrollado y fortalecido a lo largo de la vida y depende de que las personas adopten voluntariamente conductas promotoras del bienestar, los procesos de capacitación deben incluir una amplia gama de temas relacionados con la salud y la seguridad de los colaboradores. En esta perspectiva, el proceso de educación para la salud permitirá facultar a los colaboradores, para discutir su propia situación de salud, identificar necesidades prioritarias y desarrollar su capacidad resolutoria en cuanto a la redacción de políticas saludables, el diseño, la ejecución y la evaluación de acciones pertinentes, en orden a la sistematización de procesos de vigilancia epidemiológica.

Tomando en cuenta que los aspectos teóricos que conforman las bases fundamentales del proceso de educación para la salud, vienen dados tanto por las ciencias de la salud, como por las ciencias de la conducta, las ciencias de la educación y las ciencias de la comunicación, la implementación de un proceso de educación para la salud, requiere de la integración de estas disciplinas, tanto en el nivel conceptual como en el nivel operacional. La ponente de esta propuesta, sostiene que para el desarrollo de programas de educación para la salud basados en el enfoque de riesgo es necesario integrar además el pensamiento sistémico. Porque esto facilitará la sensibilización de los colaboradores en cuanto a la necesidad de aceptar la responsabilidad personal de contribuir activamente al proceso de construcción del bienestar de todos. Se espera que a lo largo del proceso, los colaboradores de enfermería:

- a.** Ejerciten los conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas que les permitirán lograr el dominio (cognoscitivo, afectivo y psicomotriz) que les permitirá acceder a otras esferas de desempeño (enriquecimiento del trabajo).
- b.** Desarrollen la creatividad necesaria para enfrentar los retos que el trabajo en ambientes hospitalarios demanda.
- c.** Desarrollen su capacidad individual y colectiva para contribuir efectivamente al logro de las metas del grupo de enfermería y a las metas de la organización.

Descripción del proceso:

Entre las actividades cuya pertinencia fue validada se encuentran las relacionadas con:

- 1)** Importancia de la adopción de estilos de vida sanos.
- 2)** Importancia del manejo adecuado de la carga física de trabajo.
- 3)** Importancia del manejo adecuado de la carga psicológica de trabajo.

Se considera que, en orden al logro de los objetivos del proceso, las actividades de capacitación y desarrollo deben ser desarrolladas en forma de seminarios-taller. Este formato, permite a los colaboradores explorar, tanto su percepción acerca del proceso salud-enfermedad, como su percepción acerca de las condiciones personales y sociales que favorecen o limitan el desarrollo de procesos patológicos. Permite además, incentivar su interés por desarrollar su propia capacidad resolutiva para tomar control de su bienestar físico y mental a efecto de contribuir al desarrollo del bienestar de otros (los usuarios de los servicios que ofrece la organización).

El seminario-taller que promueve la importancia de la adopción de estilos de vida sanos, debe tomar en cuenta contenidos como los siguientes:

- Elementos que nos ayudan a estar en forma.
- Relación entre actividad física y salud.
- Ritmos biológicos y necesidad de descanso.
- Funciones del sueño.
- El estilo de vida y su relación con la disminución del nivel funcional (desarrollo de enfermedades).

El seminario-taller para el manejo adecuado de la carga psicológica de trabajo, debe tomar en cuenta que, entre los colaboradores del sistema de prestación de servicios de salud, que se encuentran en el punto más alto de la escala de padecer los efectos negativos del riesgo psicológico que enfrentan en el desempeño de su trabajo, están los colaboradores de enfermería. Por esta razón, las actividades de capacitación deben abordar contenidos como los siguientes:

- El estrés, como elemento siempre presente en la vida de las personas.
- El estrés como factor de riesgo laboral de los colaboradores del sistema de prestación de servicios de salud.
- Mecanismos a nuestra disposición, para el manejo del estrés.

Finalmente, el seminario-taller para el manejo adecuado de la carga física, debe tomar en cuenta que entre los colaboradores que enfrentan mayor riesgo de experimentar problemas de la columna, derivados de la carga atribuida a los puestos de trabajo, se encuentra el personal de ENFERMERIA; y por esta razón, el entrenamiento sistemático para el manejo de la carga física y psicológica de trabajo, debe constituir una prioridad de los responsables de la administración de los procesos relacionados con la prestación de servicios de salud, muy especialmente dentro del proceso de capacitación y desarrollo del personal de enfermería.

Se sugiere que la fase formativa de los seminarios-taller, que persiguen dotar a los colaboradores de las herramientas teórico-prácticas que les permitirán desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para el manejo adecuado de la carga (física y psicológica de trabajo); se inicie con la técnica denominada "juego de roles".

Utilizando esta técnica, tres grupos (de dos colaboradores cada uno) actuarán roles de "paciente del Servicio", "enfermeros de turno" y "observadores", a efecto de que los colaboradores de enfermería puedan identificar puntualmente los elementos del proceso de prestación de cuidado directo, que resultan más tensionantes y/o más peligrosos.

- a.** El facilitador del proceso, entregará a todos y cada uno de los observadores un formulario de análisis de situaciones de trabajo, o bien una hoja en blanco, en la que los colaboradores que cumplen el rol de observadores, anotarán todos los elementos que se dan en una situación de trabajo particular.
- b.** Los dos miembros del grupo que actúa como "enfermeros de turno", atienden al "paciente" en el proceso que se requiere (desde que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital, hasta que queda ingresado en el servicio que le corresponde, de acuerdo con la condición que le aqueja).
- c.** Cada "observador" llenará su propio formulario, anotando la secuencia en que se desarrolla el proceso, de acuerdo con los *datos objetivos* que obtenga de la observación de la dinámica entre los "enfermeros" y el "paciente".
- d.** Una vez que el proceso ha finalizado, todos los participantes tomarán sus lugares para efectuar una crítica constructiva de la calidad del desempeño de los colaboradores que atendieron al "paciente".
- e.** Finalmente, todos los colaboradores, con la colaboración del facilitador, deberán identificar las acciones necesarias, para contrarrestar los riesgos inherentes al trabajo de enfermería, de acuerdo con el proceso que ha sido analizado.

La fase formativa del proceso, debe incluir también, la discusión del rol de las Comisión de Control de Enfermedades Nosocomiales y la Comisión de Control de Desastres, así como la trascendencia de la implementación de un proceso de vigilancia epidemiológica, que permita a los colaboradores de enfermería tomar control de su ambiente laboral.

Se sugiere que, a efecto de potenciar los beneficios del proceso de capacitación y desarrollo del personal de enfermería, las actividades de capacitación relacionadas con el manejo adecuado de la carga física, se efectúen independientemente de las de capacitación para el manejo de la carga psicológica (manejo del estrés); en ningún caso en la misma jornada de capacitación.

C. Sistematización de procesos de aseguramiento de la calidad del desempeño.

Con anterioridad se ha mencionado que, cuando se trata de identificar los factores de riesgo a los que el personal de enfermería se encuentra expuesto, uno de los elementos a evaluar, es la carga física atribuida a los puestos de trabajo. Se ha mencionado también, que muchos problemas de salud, y específicamente los problemas de columna, por lo general, se desarrollan en el ambiente de trabajo. Sin embargo, a no ser que los problemas de columna se deban a un accidente, los colaboradores tienen dificultad para identificar los elementos propios de la dinámica del proceso, que ha dado lugar a la disfunción.

Entre los factores que dificultan la sistematización de procesos educativos dentro de las organizaciones, se encuentra la dificultad de evaluar los resultados de los mismos. Por esta razón, para el desarrollo del programa de promoción de calidad de vida en el trabajo que se propone, se considera de suma importancia la utilización de una metodología de evaluación integral de la calidad del desempeño, a efecto de estimar el grado en que los patrones de conducta psicomotriz de los colaboradores disminuyen la seguridad y eficiencia en el desempeño.

Aun cuando, en el marco de los enfoques de desarrollo organizacional y atención primaria de salud, la restitución de los principios de libertad y responsabilidad en el mantenimiento del propio bienestar, coloca una gran responsabilidad sobre los colaboradores de la especialidad de enfermería; también destaca el rol de los empleadores en cuanto a su obligación de contribuir (vía modificación de ambientes físicos, establecimiento de programas de apoyo a empleados y asignación de recursos) a la elevación de la calidad de vida en el trabajo.

Por esta razón, para que el proceso de aseguramiento de la calidad del desempeño de los colaboradores de enfermería pueda ejecutarse, resulta crucial el apoyo irrestricto de las autoridades.

No es suficiente la implementación de procesos de capacitación, si las condiciones del ambiente físico trabajo en las que los colaboradores deben exhibir el grado de dominio de sus nuevos conocimientos, no llenan los requisitos mínimos de seguridad, de acuerdo con las normas universales de administración de hospitales. Por ello, **resulta indispensable**, dotar a los colaboradores del equipo mínimo de seguridad para el desempeño de que se trate (guantes, mascarillas,... si se trata de trabajo relativamente liviano; levantadores hidráulicos y manuales para la movilización y traslado de pacientes, sillas de ruedas, camillas...si se trata de trabajo pesado).

Cumplidas las condiciones anteriores, y una vez que la documentación videográfica de la calidad del desempeño, se considera poco práctica para la implementación del proceso, se sugiere utilizar la documentación de incidentes críticos, basada en el análisis de seguridad en el trabajo.

Se considera que la metodología propia del análisis de seguridad en el trabajo (AST), constituye la herramienta ideal para estimar con relativa precisión, no únicamente el grado de riesgo al que un colaborador se encuentra sometido en el desempeño de una función particular, sino también estimar el impacto de la no intervención para modificar estos factores de riesgo. Estos son, en última instancia, lo que justifica la necesidad de sistematizar los procesos de capacitación y supervisión, en orden a la optimización del proceso de elevación de la calidad de vida en el trabajo.

1. Reconceptualización del rol del supervisor.

No está de más destacar en este punto, la importancia del rol del supervisor de enfermería, por cuanto es uno de los elementos clave para el avance del proceso de promoción de la salud ocupacional de los colaboradores del sistema de prestación de servicios de salud, y muy especialmente de aquellos colaboradores que cumplen funciones de enfermería en las unidades médicas pertenecientes al régimen de seguridad social.

En la perspectiva del enfoque administrativo de desarrollo organizacional y el enfoque sanitario de atención primaria de salud, y por cuanto la supervisión constituye un proceso de enseñanza aprendizaje, al supervisor de enfermería le corresponden las responsabilidades siguientes:

Generales:

- a. Mantener estrecha relación con la Comisión de Seguridad del Hospital General de Accidentes del IGSS.
- b. Participar en la planificación y ejecución de programas tendentes a la elevación de la calidad de vida en el trabajo, que cubran las necesidades de aprendizaje de los colaboradores de enfermería asignados al servicio bajo su responsabilidad,

Específicas:

- a. Identificar las necesidades de capacitación en seguridad de los colaboradores de enfermería asignados al Servicio bajo su responsabilidad.
- b. Demostrar la forma correcta de ejecutar los procedimientos asistenciales cuya naturaleza implica riesgo para la salud de los colaboradores asignados al Servicio bajo su responsabilidad.
- c. Proporcionar a los colaboradores asignados al Servicio, instrucciones claras y precisas en cuanto al desarrollo de procesos de trabajo potencialmente riesgosos.
- d. Cerciorarse de que los colaboradores de enfermería saben qué hacer y por qué deben hacerlo.
- e. Retroalimentar el proceso de trabajo, efectuando críticas constructivas.
- f. Programar períodos específicos para la realización de actividades participativas en las que los colaboradores de enfermería asignados al Servicio, ejerciten su creatividad para el diseño, ejecución y control de planes de contingencia, que contribuyan al desarrollo de la cultura de seguridad en el trabajo.
- g. Facilitar el proceso de ejercitación de la capacidad de análisis de problemas orientado a la toma de decisiones relacionadas con procedimientos de trabajo que se considere implican riesgos para la salud de los colaboradores de enfermería.
- h. Facilitar el proceso de desarrollo integral de los colaboradores de enfermería, brindándoles la oportunidad de contribuir al proceso de consolidación de la cultura de seguridad, mediante el ejercicio del rol de evaluador de seguridad en el desempeño de funciones, actividades y tareas, propias del Servicio.

- i. Brindar supervisión el mayor tiempo posible, previa identificación de las necesidades de capacitación
- j. Evaluar integralmente la calidad del desempeño de los colaboradores de enfermería asignados al Servicio, de acuerdo con el formulario respectivo.

Aun cuando en enfermería, al igual que en otras profesiones relacionadas con la salud, existen procesos definidos (procedimientos, protocolos,...) para efectuar ciertas funciones, actividades y tareas; en lo que se refiere al manejo de la carga de trabajo propiamente dicha, no es así. Por esta razón, y para facilitar la sistematización del proceso de aseguramiento de la calidad del desempeño, con base en el Análisis de Seguridad en el Trabajo, se ofrece los lineamientos siguientes:

En primer término, debe desarrollarse tantas guías de trabajo, como actividades y/o tareas potencialmente peligrosas, estén incluidas en las funciones asignadas al puesto; independientemente de que los colaboradores hayan experimentado o no accidentes, en la realización de tales actividades o tareas. Las guías para la documentación de riesgos, deben ser exhaustivas y contemplar todas las posibilidades imaginables, a efecto de constituirse en instrumentos útiles para la identificación de necesidades de equipo auxiliar para el desempeño de funciones de enfermería y, por ende la sistematización del proceso de elevación de la calidad de vida en el trabajo.

En segundo término, debe desarrollarse guías de trabajo que permitan al personal conocer los criterios mínimos, de la calidad que se demanda de su desempeño. Es decir, aquel que resulta *eficiente* de acuerdo a la tarea y *seguro*, en cuanto a su relación con la salud del colaborador y la del paciente bajo su responsabilidad. El desarrollo de instrumentos o guías para la evaluación integral del desempeño persigue facilitar la retroalimentación de los procesos, mediante la documentación de los elementos de dominio psicomotriz, presentes o ausentes en el estilo de manejo de la carga física, atribuida a los puestos de enfermería.

Es importante puntualizar que toda vez que la sistematización del proceso de aseguramiento de la calidad en el desempeño, persigue no únicamente verificar la calidad del desempeño en beneficio de los usuarios de los servicios que ofrece la organización, sino también garantizar la seguridad de los propios colaboradores, el proceso de evaluación (incluido el desempeño del rol de evaluador), debe ser cuidadosamente desarrollado.

El proceso de evaluación de la calidad del desempeño debe involucrar muy especialmente a los colaboradores que cumplen funciones de enfermería en el nivel operativo, a efecto de que se comprometan activamente, en el desarrollo del proceso. En ningún caso, deberá utilizarse para penalizar a los colaboradores.

El proceso de documentación de riesgos en el trabajo de enfermería, permitió la identificación de la necesidad de desarrollar instrumentos para la evaluación de la eficiencia y seguridad con la que los colaboradores de enfermería desempeñan las funciones relacionadas con el proceso de atención directa a pacientes, muy especialmente en cuanto se refiere a las actividades relacionadas con la movilización y el traslado de pacientes.

El formulario que se presenta en la página siguiente, está relacionado con el traslado de pacientes de la cama a una silla de ruedas. Tiene por objeto ofrecer lineamientos, tanto para la evaluación integral del desempeño de las tarea mencionada, como para el desarrollo de otros instrumentos para la identificación de los riesgos implicados en otras actividades y/o tareas para las que no se presenta una guía específica.

Los formularios deben ser llenados en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. En la primera hoja el evaluador debe anotar una serie de datos necesarios para el respectivo control de procesos administrativos. La lista de cotejo, debe comprender todos los pasos que conforman los procesos de atención a pacientes.

En la casilla correspondiente, el evaluador debe colocar un signo \checkmark , si el paso necesario se realiza de acuerdo con el criterio de calidad establecido para el proceso y un signo \times si el paso no se realiza de acuerdo con el criterio de calidad establecido. Cualquier desviación de la secuencia o el criterio, debe ser anotada, en la sección correspondiente a observaciones.

La sección correspondiente a incidentes críticos, persigue facilitar el registro de todas las acciones no planificadas que deben ser ejecutadas por el colaborador y en las que el mismo, exhibe o no conductas de dominio de la situación. Esta sección correspondiente a incidentes críticos, persigue facilitar el registro de todas las acciones no planificadas que deben ser ejecutadas por el colaborador y en las que el mismo, exhibe o no conductas de dominio de la situación. A continuación se presenta un formato guía, elaborado para apoyar el proceso de evaluación de la calidad del desempeño.

FORMULARIO DE ANALISIS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO

NOMBRE DE LA TAREA: TRASLADO DE PACIENTES. de: <u>la cama</u> a: <u>una silla de ruedas</u>		Turno de trabajo: <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> amanece	AST No. 1 Página <u>1</u> de <u>6</u> Fecha: ____/____/____
ORGANIZACION: INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL	UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES	DEPARTAMENTO: _____	<input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> revisión Diseñado por: M. Soberanis Reyes
ANALISIS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO	TITULO DE LA PERSONA QUE EFECTUA LA TAREA: <input type="checkbox"/> enfermero general <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermería	SUPERVISOR DE TURNO: _____	EVALUADOR DE TURNO: _____
	RECURSO IDEAL: Humano: dos enfermeros. Equipo: 1. levantador hidráulico para traslado de pacientes 2. silla de ruedas en buen estado. 3. cinchos para asegurar al paciente.	RECURSO MINIMO NECESARIO: Humano: dos enfermeros. Equipo: 1. levantador hidráulico para traslados. 2. silla de ruedas en buen estado. 3. cinchos para asegurar al paciente.	

FORMULARIO DE ANALISIS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO

NOMBRE DE LA TAREA: TRASLADO DE PACIENTES. de: <u>la cama</u> a: <u>una camilla de ruedas</u>		Turno de trabajo: <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> amanece	AST No. 2 Página <u>1</u> de <u>3</u> Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> revisión Diseñado por: M. Soberanis Reyes
ORGANIZACION: INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL	UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES	DEPARTAMENTO: _____	<input type="checkbox"/> nuevo <input type="checkbox"/> revisión Diseñado por: M. Soberanis Reyes
ANALISIS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO	TITULO DE LA PERSONA QUE EFECTUA LA TAREA: <input type="checkbox"/> enfermero general <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermería	SUPERVISOR DE TURNO: _____ EVALUADOR DE TURNO: _____	
RECURSO IDEAL: Humano: tres enfermeros. Equipo: 1. levantador hidráulico para traslado de pacientes 2. camilla de ruedas en buen estado. 3. cinchos para asegurar al paciente.		RECURSO MINIMO NECESARIO: Humano: dos enfermeros. Equipo: 1. levantador hidráulico para traslados. 2. camilla de ruedas en buen estado. 3. cinchos para asegurar al paciente.	
SECUENCIA DE LOS PASOS NECESARIOS	CRITERIOS DE CALIDAD DEL DESEMPEÑO	OBSERVACIONES	
1. Preparar el material y el equipo necesario para el traslado	El colaborador prepara, <input type="checkbox"/> Todo el equipo necesario. <input type="checkbox"/> Equipo en buen estado. <input type="checkbox"/> Equipo que corresponde exactamente a la tarea.	_____ _____ _____ _____	

SECUENCIA DE LOS PASOS NECESARIOS	CRITERIOS DE CALIDAD DEL DESEMPEÑO	OBSERVACIONES
8. Planificar el traslado del paciente.	<input type="checkbox"/> Se coloca frente a la cama y dirige su mirada al rostro del paciente.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
9. Asignar responsabilidades, para lograr un traslado eficiente y seguro.	<input type="checkbox"/> Explica al paciente la necesidad de contar con su cooperación, en esta fase del traslado.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10. Acercar al paciente a la orilla de la cama.	<input type="checkbox"/> Acuerda, el tipo de comando de acción que se utilizará para llevar a cabo el levantamiento del paciente.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11. Levantar al paciente.	<input type="checkbox"/> Distribuye responsabilidades.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
12. Colocar al paciente, sobre la camilla.	<input type="checkbox"/> Utiliza el procedimiento correcto.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
13. Despejar el área en la que se efectuó el traslado.	<input type="checkbox"/> Utiliza el procedimiento correcto.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<input type="checkbox"/> Quita frenos a la camilla.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<input type="checkbox"/> Sostiene la camilla por las agarraderas.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<input type="checkbox"/> Coloca la camilla, en la posición necesaria para iniciar el siguiente movimiento (i.e. traslado a otra área de servicio)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
INCIDENTES CRITICOS* <hr/> <hr/> <hr/>		
<p>* Incluye aspectos que refuercen positivamente el desempeño.</p>		

El registro de incidentes críticos (cuasi-accidentes) permitirá, tanto la documentación de riesgos adicionales, como la determinación de necesidades de capacitación que no hubieren sido atendidas con anterioridad.

Finalmente, es importante anotar aspectos que permitirán, no únicamente reforzar positivamente el desempeño de los colaboradores, sino documentar la eficiencia y seguridad del proceso de atención a pacientes, facilitando con ello el proceso de reconocimiento a la calidad del desempeño.

2. Reconocimiento a la calidad del desempeño.

Se ha discutido ampliamente el hecho de que son los propios rasgos del sistema de prestación de servicios de salud, lo que dificulta la evaluación de la efectividad de las organizaciones que pertenecen al mismo.

Se ha discutido también, el hecho de que la productividad de los colaboradores del sistema de prestación de servicios de salud, no es susceptible de evaluación por producto. Por esta razón, y una vez que los resultados de la encuesta respectiva, han permitido identificar la presencia de factores intrínsecos de recompensa del trabajo de los colaboradores de enfermería, es necesario establecer un sistema de recompensas que refleje efectivamente, la valorización que la organización hace del rol que los colaboradores de enfermería cumplen en orden al logro de las metas del régimen de seguridad social. Esto permitirá incentivar la calidad del desempeño de los colaboradores, a efecto de que el mismo se mantenga en el más alto nivel posible.

Es importante recordar que, además de las metas organizacionales con las que se identifican, todos los colaboradores tienen metas propias. Y, si las recompensas al desempeño de alto nivel contribuyen a la satisfacción de sus necesidades, la tendencia al mantenimiento del alto nivel del desempeño se fortalecerá, en virtud de que las metas serán asumidas como retos que los colaboradores desearán superar. También es importante considerar que aun cuando los retos por sí mismos no produzcan alto rendimiento, el significado personal que los colaboradores le atribuyan, puede aumentar significativamente su motivación para el desempeño de alto nivel.

No está de más destacar en este punto, la importancia del rol del supervisor de enfermería, por cuanto es necesario que preste la debida atención a todos los elementos del proceso laboral en enfermería, incluidos los hábitos de trabajo y las actitudes positivas que, manifestadas por los colaboradores, contribuyen a evitar accidentes, y constituyen evidencia del compromiso personal de los colaboradores individuales y grupales, con el proceso de consolidación de una cultura de seguridad y, por ende, con el proceso de elevación de la calidad de vida en el trabajo.

En la sistematización de los procesos de reconocimiento a la calidad de desempeño, es importante reconocer la trascendencia de algunos de los elementos actualmente presentes en el esquema actitudinal de los colaboradores de enfermería. Dichos elementos pueden funcionar como variables independientes del comportamiento organizacional y ser canalizados como insumos del proceso de aseguramiento de la calidad del ambiente de trabajo (desarrollo de una cultura de seguridad) y del proceso de elevación de la productividad de los colaboradores. Entre los elementos, cuya importancia cabe destacar aquí, se encuentran los siguientes:

- a.** El orgullo y/o satisfacción que la mayoría de los colaboradores de enfermería, que participaron en el estudio que fundamenta la propuesta, deriva de su pertenencia al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (identidad organizacional).
- b.** El grado de compromiso que los mismos exhiben, al reconocer la necesidad de realizar una labor de óptima calidad para mantener el prestigio de la organización, "porque nosotros somos el IGSS" (identificación personal con las metas organizacionales).

Tanto el orgullo que experimentan por el hecho de disfrutar de una membresía dentro del sistema (satisfacción que los colaboradores derivan de su pertenencia al IGSS), como el deseo de validar constantemente tal membresía (compromiso de efectuar una labor de óptima calidad que los colaboradores asumen), constituyen elementos lo suficientemente importantes, dentro del proceso laboral de enfermería, como para que puedan ser soslayados, en detrimento de la efectividad de la organización.

Por esta razón, para la sistematización de los procesos de recompensa a la calidad del desempeño, que viabilizará el proceso que llevará a aumentar la efectividad de la organización, reviste singular importancia el reconocimiento del valor que los colaboradores de enfermería atribuyen a los procesos de capacitación y desarrollo y a la cohesión de los grupos de trabajo.

1) Nominación de auditores de la calidad del ambiente de trabajo y la calidad del desempeño

El proceso de reconocimiento de la calidad del desempeño debe partir de la premisa que establece que los colaboradores desean elevar su autoestima a partir de la comprobación de su propia capacidad de contribución al logro de metas importantes, para el grupo del que forman parte y para la organización dentro de la cual trabajan. En este sentido, los procesos de capacitación y desarrollo pueden brindar una buena oportunidad para otorgar un reconocimiento de tipo social que promueva el interés de los colaboradores de enfermería, por participar en los procesos de capacitación en seguridad.

Para la sistematización del proceso de reconocimiento social a la calidad del desempeño, será necesario, que después de haber sido ejecutado los necesarios procesos de capacitación en seguridad, se diseñe un rol de turnos de trabajo, en los que todos los colaboradores que cumplen funciones de enfermería en el nivel operativo (auxiliar de enfermería y enfermero general), tengan la oportunidad de cumplir el rol de auditores de la calidad del ambiente, durante su turno de trabajo. Esta responsabilidad supone:

- a)** Verificación de la existencia del material y el equipo (incluido el equipo de protección personal) que, de acuerdo con un área de trabajo y un turno de trabajo específicos, serán necesarios para cumplir efectivamente, con todas las funciones asignadas a los puestos.
- b)** Verificación de la funcionalidad del equipo que será utilizado por los colaboradores de enfermería, durante el turno de trabajo.
- c)** Documentación de los elementos objeto de verificación mediante listas de cotejo, que habrán sido desarrolladas, como producto de las actividades de capacitación en seguridad.

d) Documentación de los riesgos detectados, por la ausencia del material y equipo necesarios para desarrollar el proceso de trabajo, o por las condiciones del ambiente que deben ser corregidas, mediante intervenciones de tipo administrativo.

El rol de turnos debe contemplar también la asignación de funciones de coordinación de un equipo de reacción inmediata, a efecto de viabilizar la ejecución de acciones necesarias dentro de los procesos de atención de salud, de acuerdo con el área de trabajo de que se trate. Los protocolos de trabajo, a utilizar en caso de ocurrencia de accidentes de trabajo o desastres colectivos dentro del área jurisdiccional del Hospital General de Accidentes del IGSS, deberán ser producto de las actividades de capacitación y su validez deberá ser evaluada constantemente, mediante la ejecución de simulacros coordinados con la Comisión respectiva.

Aun cuando el proceso de reconocimiento social a la calidad del desempeño, por sí mismo no es suficiente para lograr la efectividad organizacional, constituye un elemento que permitirá viabilizar a corto plazo el desarrollo de procesos de aseguramiento de la calidad del ambiente de trabajo y de elevación de la productividad de los colaboradores, que constituyen antecedentes imprescindibles para el logro de la efectividad organizacional. Únicamente el crecimiento individual y colectivo, de los colaboradores de enfermería, puede apoyar efectivamente el proceso de desarrollo de su capacidad resolutoria y por ende el desarrollo de su capacidad de contribución al logro de las metas del régimen de seguridad social.

2) Nominación del Grupo de Trabajo más Efectivo.

El proceso de evaluación de la efectividad de los grupos de trabajo puede constituirse en un reforzador de la calidad de desempeño de alto nivel, por cuanto el proceso estará orientado por metas definidas, que poseen el valor intrínseco necesario para que los colaboradores de enfermería las perciban como los desafíos que desearían enfrentar, y para las que se habrá establecido los criterios necesarios para orientar adecuadamente los esfuerzos de los colaboradores. Desde el punto de vista práctico para la organización, esto garantizaría el estado de eustrés necesario para aumentar la capacidad productiva de dichos colaboradores.

Para optar a la nominación podrán inscribirse todos los grupos de colaboradores pertenecientes a los diferentes Servicios que funcionan en una unidad médica, la cual deberá desarrollar sus propios procesos de acuerdo con las características del grupo poblacional (tipo de pacientes) que atiende.

Los procesos, deberán destacar los valores éticos subyacentes en el proceso de atención sanitaria, es decir, todos aquellos relacionados con el respeto a la dignidad humana inherente a las personas individuales y colectivas (proveedores y usuarios de los servicios) que intervienen en la dinámica propia del sistema de prestación de servicios de salud.

En el camino hacia el logro de la meta, se utilizará un código de colores que irá del beige al verde (colores que identifican al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) a medida que el proceso se aproxima a la imagen objetivo, que constituirá el ideal al que el grupo deberá orientar su esfuerzo.

La documentación de los riesgos (independientemente de que se trate de factores de riesgo organizacional o personal) que sean identificados, así como también la documentación de incidentes críticos (cuasi-accidentes) o accidentes cuya ocurrencia no haya sido evitable por diversas circunstancias, formará parte de las tareas y actividades incluidas en las funciones del grupo de trabajo, toda vez que el no reportar tales elementos de proceso de trabajo, se considerará una transgresión al código de ética que se habrá aceptado como norma del grupo y un criterio para la descalificación del grupo de trabajo, dentro del proceso de reconocimiento mensual.

La nominación como grupo de trabajo más efectivo, dentro del proceso de reconocimiento mensual dará lugar a la acumulación de puntos para el equipo de trabajo. Estos puntos, podrán ser canjeados por la posibilidad de obtener cursos de capacitación en seguridad que el grupo haya identificado como necesarios y la posibilidad de que el grupo que más nominaciones acumule durante el año, sea tomado en cuenta como monitor de otros grupos ocupacionales; en la facilitación de los procesos de capacitación, cuyo objetivo principal será el aseguramiento de la calidad del ambiente de trabajo, el desarrollo de la capacidad resolutoria de todos los colaboradores de la organización y finalmente coadyuvar al logro de la efectividad organizacional.

3) **Nominación del Area de Trabajo más Segura.**

El proceso de evaluación de la calidad del área de trabajo puede convertirse asimismo, en un estímulo reforzador de la calidad de desempeño de alto nivel, por cuanto también constituye es una meta definida, para la que se habrán establecido los criterios necesarios.

Para optar a la nominación podrán inscribirse todas las unidades médicas que deseen hacerlo. Dichas unidades desarrollarán sus propios procesos, mismos que destacarán la valores éticos subyacentes en el proceso de atención sanitaria, es decir, todos aquellos relacionados con el respeto a la dignidad de las personas individuales y colectivas que intervienen en la dinámica propia del sistema de prestación de servicios de salud, y demandan el desarrollo de interacciones entre personas totales. En el desarrollo del proceso orientado al reconocimiento (nominación) del área de trabajo más segura, debe tomarse en cuenta, que los criterios deben ser consensuados entre los colaboradores de enfermería y sancionados por la Comisión respectiva.

Los criterios deben tomar en cuenta el tipo de usuario que recibe atención en las diferentes áreas de Servicio. Por cuanto la naturaleza de los procesos patológicos que los diferentes Servicios atienden, determina por sí misma la necesidad de ajustar constantemente las acciones necesarias para el aseguramiento de la calidad del ambiente y la calidad de la atención. Entre otros, la selección de criterios debe incluir los siguientes:

- a)** Grupo poblacional al que pertenece el usuario, por cuanto el tipo de medidas de seguridad que debe implementarse, debe variar si el Servicio atiende niños, adultos jóvenes o adultos mayores.
- b)** Condición que ha determinado la necesidad de permanencia del paciente en un área de emergencia o encamamiento, por cuanto no es lo mismo atender pacientes cuyo estado general está deteriorado, con síndrome de polifarmacia (que consumen gran cantidad de medicamentos), que experimentan trastornos de la marcha, tienen problemas de equilibrio, ..., que atender pacientes cuya condición es relativamente buena y/o estable.

- c)** Estado de consciencia, por cuanto no es lo mismo atender pacientes lúcidos, a quienes el colaborador de enfermería puede incluso solicitar colaboración, que atender a pacientes que dependen absolutamente de la toma de decisiones y ejecución de acciones por parte del colaborador de enfermería.
- d)** Estado intelectual de los usuarios del servicio, por cuanto, no es lo mismo atender pacientes orientados (persona, tiempo y espacio) que atender pacientes confundidos.
- e)** Estado emocional de los usuarios del servicio, por cuanto, no es lo mismo atender pacientes que exhiben control de sus emociones (persona, tiempo y espacio) que atender pacientes deprimidos, agresivos...
- f)** Estado físico funcional de los usuarios del servicio, por cuanto, no es lo mismo atender pacientes que son independientes para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD: higiene, vestido, alimentación, movilización...) que atender pacientes absolutamente dependientes.
- g)** Condiciones ambientales propias del Servicio de que se trate, por cuanto, no es lo mismo atender pacientes en el área de emergencia o cuidados críticos, que atender pacientes en el área de encamamiento (pisos).
- h)** Equipo de protección personal necesario para el desempeño de las actividades involucradas en el proceso de atención de salud.
- i)** Cantidad de colaboradores necesarios para que los procesos de trabajo se lleven a cabo de manera eficiente y segura.
- j)** Equipo necesario para la movilización y el traslado de pacientes, porque no es lo mismo movilizar pacientes con el auxilio de un levantador hidráulico, que hacerlo a partir únicamente del esfuerzo físico de los colaboradores de enfermería.

El reconocimiento (nominación) de las áreas de trabajo más seguras, se efectuará en el mes de octubre de todos los años en una ceremonia especial. La ceremonia, deberá desarrollarse como parte de las festividades del Mes de la Seguridad Social, en el Auditorium de las Oficinas Centrales, con asistencia de representantes de todas las unidades pertenecientes al Instituto. El reconocimiento respectivo, se efectuará a partir de calificaciones que serán publicadas mensualmente, a lo interno de la unidad de que se trate.

De esta calificación se enviará copia a la Jefatura de la Sección de Enfermería y a la Jefatura del Departamento de Recursos Humanos, a efecto de que se establezcan los registros respectivos. La nominación como área de trabajo seguro, dentro del proceso de reconocimiento mensual dará lugar a la acumulación de puntos para el equipo de trabajo, los cuales podrán ser canjeados por la posibilidad de obtener cursos de capacitación en seguridad que el grupo haya identificado como necesarios, para el avance del proceso de aseguramiento de la calidad de vida en el trabajo.

El proceso de reconocimiento anual deberá manifestarse también en la posibilidad de que el área que más nominaciones acumule durante el año, sea tomado en cuenta para la dotación inmediata, del equipo auxiliar que el grupo respectivo haya identificado como necesario e imprescindible para el avance del proceso de aseguramiento de la calidad de vida en el trabajo.

D. Sistematización de procesos de vigilancia epidemiológica.

La vigilancia epidemiológica, constituye más que una metodología de trabajo, una actitud de vida que debe caracterizar a la comunidad de salud, muy especialmente a los colaboradores de enfermería. Sobre todo, cuando se considera la trascendencia de tal actitud, en el proceso de aseguramiento de la calidad del ambiente de trabajo en el que dichos colaboradores, deben cumplir las funciones atribuidas a sus puestos.

1. Reconceptualización del rol de las comisiones de control de enfermedades nosocomiales y de control de desastres.

Generalmente, las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, cuentan con una serie de mecanismos administrativos que les permiten controlar, hasta cierto punto, la calidad del ambiente de trabajo.

Actualmente, la necesidad de implementar medidas de prevención, que contribuyan al control de los costos de atención médica que la pandemia ocasionada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) impone, no únicamente al sistema de prestación de servicios de salud, sino a toda la sociedad; ha venido a viabilizar la creación de numerosas comisiones de trabajo, que promueven el desarrollo de programas orientados a la prevención del contagio.

Dentro de las organizaciones pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud, este nuevo despertar de la consciencia, ha dado lugar al surgimiento de comisiones de control de enfermedades nosocomiales, que en muchos hospitales reciben el nombre de comisiones de bioseguridad. Desafortunadamente, en lo que se refiere a la trascendencia del desarrollo de mecanismos, que permitan controlar los riesgos implicados en el proceso laboral de enfermería, la consciencia aún no despierta.

En primer término, porque no se supone que los accidentes que ocurren en el trabajo de enfermería conduzcan a la muerte. En segundo término porque la enfermedad ocupacional, que se desarrolla a partir de la exposición a factores de riesgo implicados en la propia carga de trabajo y/o las condiciones del ambiente ocupacional; aún no ha sido identificada por los administradores del sistema de prestación de servicios de salud, entre los factores que disminuyen la productividad de los colaboradores, y disminuyen la efectividad de los hospitales.

Existe evidencia documentada en algunas unidades médicas del IGSS que, quienes menos intervienen para solucionar la problemática derivada de los accidentes que ocurren, o la enfermedad ocupacional que se desarrolla durante el proceso laboral de enfermería, son las comisiones de control de desastres y de control de enfermedades nosocomiales. Por ello, se considera que reviste singular importancia la reconceptualización del rol que las mismas cumplen, dentro de los hospitales pertenecientes al régimen de seguridad social.

La experiencia ha demostrado que las actividades que desarrollan dichas comisiones, como actualmente funcionan, conducen en principio a la atomización de los elementos del proceso de aseguramiento de la calidad del ambiente de trabajo, y a la multiplicación de esfuerzos orientados a un mismo fin; lo cual lleva en última instancia, a la disminución de la efectividad de las acciones que cada comisión desarrolla por separado.

La reconceptualización del rol de las comisiones de control de desastres y control de enfermedades nosocomiales, debe basarse en la premisa que establece que la salud de los colaboradores es un proceso cuya naturaleza multidimensional requiere de abordajes multidisciplinarios.

Debe basarse también en la premisa que establece que el proceso de vigilancia epidemiológica debe dejar de ser una metodología de trabajo del dominio de unos cuantos, para constituirse en una actitud de vida que caracterice a todos los colaboradores pertenecientes al sistema de prestación de servicios de salud (muy especialmente a los colaboradores de enfermería).

Por las razones anteriores, y por cuanto esta actitud les permitirá ejercer un control efectivo de la calidad de su ambiente de trabajo y asegurar el mantenimiento del bienestar individual y colectivo; la reconceptualización del rol de las mencionadas comisiones debería dar lugar al surgimiento de una Comisión Integral para la Seguridad del Ambiente de Trabajo o bien, una Comisión para la Promoción del Bienestar Integral de los Colaboradores.

Entre los objetivos generales de esta Comisión, se encuentran:

- a.** Contribuir al establecimiento y desarrollo de ambientes de trabajo sanos y seguros.
- b.** Contribuir al desarrollo y consolidación de una cultura de seguridad en el trabajo.
- c.** Contribuir a la formulación de una política organizacional de seguridad que asegure el bienestar integral de todos los colaboradores, muy especialmente aquellos que cumplen funciones en unidades hospitalarias.

Entre los objetivos específicos, están los siguientes:

- a.** Establecer los criterios mínimos de calidad del ambiente de trabajo.
- b.** Establecer los criterios mínimos de calidad del desempeño (en términos de eficiencia y seguridad), en el que la tolerancia cero, respecto a la ocurrencia de accidentes, debe ser una prioridad.
- c.** Desarrollar instrumentos adecuados para la verificación de la calidad del ambiente de trabajo.
- d.** Desarrollar instrumentos adecuados para verificar la calidad del desempeño, acordes con el trabajo que se efectúa en las diversas áreas de servicio.

- e. Desarrollar guías de calificación de la eficiencia en el desempeño, que enfatizan la trascendencia del trabajo en equipo, en orden al logro de la efectividad de la organización.
 - f. Desarrollar una política de incentivos de tipo social a la calidad del desempeño de los grupos de trabajo que cumplen funciones en las diferentes áreas de servicio.
- 2. Documentación de los procesos de atención médica a colaboradores que experimentan problemas músculo-esqueléticos, derivados de la actividad laboral.**

La aplicación eficiente del enfoque de riesgo, a la atención de salud ocupacional, requiere del establecimiento de ciertos registros que facilitan la estimación del grado de avance del proceso. Estos registros persiguen, entre otros, los propósitos siguientes:

- a. Establecer una correlación entre los factores de riesgo, presentes en el contexto, y la disminución del nivel funcional de las personas expuestas a los mismos.
- b. Identificar los elementos propios del proceso de recuperación y mantenimiento del nivel funcional de los colaboradores, a partir del diseño e implementación de estrategias de intervención pertinentes.
- c. Establecer relaciones de causa (implementación de estrategias de intervención) y efecto (elevación de la calidad de vida de los colaboradores) a lo largo de un período determinado.

Las boletas de registro (Vea la guía para la documentación del proceso de atención a colaboradores que experimentan episodios agudos de lumbago, que aparece en la página siguiente) facilitarán, además, la sistematización de los procesos de atención a colaboradores de la Sección de Enfermería que desempeñan funciones en las diferentes unidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Los datos que se obtengan deberán ser utilizados para el desarrollo de programas orientados a la elevación de la calidad de vida en el trabajo que beneficiarán a corto plazo, a colaboradores de la Sección de Enfermería, y a mediano plazo a todos los colaboradores del Instituto.

**GUIA PARA LA DOCUMENTACION DEL PROCESO DE ATENCION
A COLABORADORES DE ENFERMERIA
QUE EXPERIMENTAN EPISODIOS AGUDOS DE LUMBAGO**

I. DATOS DEL COLABORADOR:

1. Nombre: _____ 2. Edad: ____ 3. Sexo: M F
4. Puesto que desempeña: _____
5. Unidad en la que labora: _____ 6. Servicio: _____

II. DATOS DEL PROBLEMA:

1. Motivo de consulta (breve resumen):

2. Es la primera vez que experimenta un lumbago? **SI** **NO**
3. Ha suspendido labores alguna vez, por este problema? **SI** **NO**
4. El problema actual requiere de suspensión de labores? **SI** **NO**
5. Unidad médica que suspende: _____
6. Diagnóstico médico: _____
7. Período de suspensión prescrito: _____
8. Hospitalización: **SI** **NO**
9. Medicamentos prescritos:

ANALGESICOS	ANTIINFLAMATORIOS	MIORRELAJANTES

Hoja 2

10. Evaluaciones efectuadas:

PRUEBAS DE LABORATORIO	PRUEBAS RADIOGRAFICAS	OTRAS

III. Evolución del proceso.

1. Consultas programadas	DECISION MEDICA		
FECHA	REINICIA LABORES FECHA:	CONTINUA TRATAMIENTO	INTERCONSULTA O TRASLADO A:
_____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
_____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

2. Condición del colaborador al final del proceso

(debe incluir porcentaje de recuperación funcional):

Es importante enfatizar que los registros deben tener carácter obligatorio y orientarse en primer término, a la sistematización del proceso de evaluación integral de la calidad de vida en el trabajo. En segundo término, el proceso deberá orientarse a la producción de los datos necesarios para la evaluación de los costos de funcionamiento de las unidades hospitalarias del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en orden a la optimización de la utilización de los recursos, como criterio de la efectividad del sistema.

Una vez que los problemas de columna pueden no resolverse en el corto plazo, o manifestarse de manera repetitiva, es importante dar seguimiento a mediano y largo plazo, a *todas* las fases (aguda, de recuperación, crónica...) de *todos* los procesos (médicos, quirúrgicos y rehabilitativos...) de atención de salud a colaboradores que refieran padecer tales problemas. Esto permitirá dar consistencia al proceso de vigilancia epidemiológica, e identificar puntualmente:

- a. Los procesos de trabajo cuyos elementos, hacen posible la ocurrencia de eventos negativos para la salud de colaboradores.
- b. Las unidades médicas y/o administrativas del Instituto Guatemalteco de Seguridad en las que existe mayor probabilidad de ocurrencia de eventos negativos para la salud de los colaboradores.
- c. El origen de la elevación de costos de funcionamiento del sistema.

Consideraciones finales

Aun cuando la información que los colaboradores de enfermería proporcionaron a través de la encuesta respectiva, permite deducir que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) atribuye importancia al desarrollo de actividades de capacitación; la sustentante no encontró evidencia que le permitiera inferir el valor que las autoridades del IGSS atribuyen al proceso de desarrollo del recurso humano, que parte de la sistematización del proceso de enseñanza-aprendizaje y lleva al crecimiento personal y la autorrealización de los colaboradores y la efectividad de los grupos a los que ellos pertenecen.

Por esta razón, en el marco del enfoque administrativo de desarrollo organizacional (DO) y el enfoque sanitario de atención primaria de salud (APS), y debido a que las condiciones en las que los colaboradores desempeñan las funciones atribuidas a los puestos de trabajo, son determinantes críticos de la calidad de los procesos que se desarrollan en las organizaciones, se espera que:

- 1.** Las autoridades, los mandos medios y los niveles operativos de la organización, se comprometan en el desarrollo de los procesos que se estima necesarios para la consolidación de una cultura que permita garantizar a todos, la calidad de vida en el trabajo.
- 2.** Las autoridades respectivas, reconozcan la obligación de contribuir (vía modificación de ambientes físicos, establecimiento de programas de apoyo a empleados y asignación de recursos) al desarrollo del proceso de elevación de la calidad de vida en el trabajo.
- 3.** Los colaboradores comprendan que la restitución de los principios de libertad y responsabilidad en el mantenimiento del propio bienestar (que los procesos de capacitación y desarrollo propuestos persiguen) puede constituirse en una muestra del reconocimiento de la trascendencia de su rol dentro del sistema de prestación de servicios de salud.
- 4.** Una vez iniciado el proceso que persigue desarrollar un ambiente saludable de trabajo, todos los miembros de la organización y muy especialmente los colaboradores de enfermería, se involucren activamente en la búsqueda del bienestar de alto nivel.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez Alva, Rafael. 1991. Salud Pública y Medicina Preventiva. México. Editorial El Manual Moderno, S.A. 391 pp.
2. Antonovsky, Aaron. 1979. Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco, CA. U.S.A. Jossey-Bass, Inc. Publishers 255 pp.
3. Appelbaum, Steven. 1981. Stress Management for Health Care Professionals. Rockville, MD. U.S.A. Aspen Systems Corporation. 487 pp.
4. Arbous, A y J. Kerrich. 1979. "El Fenómeno de la Propensión a los Accidentes". Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, 561-572.
5. Ardell, Donald B. 1977. High Level Wellness. An Alternative to Doctors, Drugs and Disease. Emmaus, PA. Rodale Press. 296 pp.
6. Astrand, P. and Rodahl, K. 1977 Textbook of Work Physiology. 2nd. Edition.. McGraw-Hill, New York, USA.
7. Backet, Maurice; Michael Davies y Angele Petros Barvazian. 1984. El Concepto de Riesgo en la Asistencia Sanitaria. Organización Mundial de la Salud (Cuadernos de Salud Pública No. 76) Ginebra. 126 pp.
8. Barquín Calderón, Manuel. 2003. "Recursos Humanos en la Atención Médica". Dirección de Hospitales. McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V.México.
9. Bloom, Wallace. "El trabajo en turnos y la eficiencia humana". 1977. Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, 540-548.
10. Board Report to House of Delegates. 1991. American Physical Therapy Association, 12 pp.
11. Boss, R. Wayne. 1989. Organization Development in Health Care. Reading, MASS. Addison-Wesley Publishing Co. Inc. 216 pp.
12. Braggins, Sheila. 1994. The Back. Functions, Malfunctions and Care. Mosby Yearbook. Europe Limited. Great Britain. 230 pp.
13. Braude, Lee. 1975. Work and Workers. A Sociological Analysis. New York, USA. Preager Publishers. 228 pp.
14. Bruning, Nealia S. And David R. Frew. 1987. "Effects of Exercise, Relaxation and Management Skills Training on Physiological Stress Indicators". Journal of Applied Psychology. (USA); 72:4 515-521.
15. Cain Smith, Patricia. 1977. "Desarrollo de un Método para Medir la Satisfacción en el Trabajo" Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, 322-330.
16. Cascio, Wayne F. 1989. Managing Human Resources. Productivity, Quality of Work Life, Profits. New York, NY. USA. McGraw-Hill Publishing Company. 693 pp.

17. Clark, William. 1989. "Valoración de la Incapacidad". Medicina Laboral. Editorial El Manual Moderno, México, 37-42.
18. Cockerham, William. 1977. Medical Sociology. New Jersey, Prentice-Hall Inc. 340 pp.
19. Cohen, Alan; Stephen L. Fink, Herman Gadon, Robin D. Willits and Natasha Josefowitz. 1988. Effective Behavior in Organizations. Fourth Edition. Irwin Group. Homewood, IL. USA
20. Colom, Enrique. 2001. Curso de Doctrina Social de la Iglesia. Ediciones Palabra. Madrid. 299 pp.
21. Cowen, Emory L. 1991. "In Pursuit of Wellness". American Psychologist. (USA); 46(4): 404-409.
22. Declaración de los Derechos de los Trabajadores. 1991. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 113(4); 354-355.
23. Dunnette, Marvin D. y John P. Campbell. 1979. "Educación de Laboratorio" Efectos sobre las Personas y las Organizaciones. Estudios de Psicología Industrial y del Personal Editorial Trillas, México, 203-219.
24. Edwards, Jeffrey R, and Van Harrison. 1993. "Job Demands and Workers Health" Three Dimensional Reexamination of the Relationship Between Person-Environment Fit and Strain". Journal of Applied Psychology. (USA); 78(4): 628-648.
25. Engkvist I-L, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E, Menckel E, Ekenvall L, PROSA study group. 1998. "The accident process preceding over-exertion back injuries in nursing personnel". Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. (Sweden); 24(5): 367-375.
26. Favergé, Jean-Marie. 1975. Psicosociología de los Accidentes del Trabajo. Editorial Trillas, México.
27. Fleischman, Edwin A. Y Alan R. Bass. 1979. Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, 690 pp.
28. Frank JW, Pulcins IR, Kerr MS, Shannon HS, Stansfeld SA. 1995. "Occupational back pain-an unhelpful polemic" Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. (Sweden); 21(1):3-14.
29. Freeman, Howard E.; Sol Levine and Leo Reeder. 1983. "Nursing and Other Health Professions" Handbook of Medical Sociology. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. N.J. USA, 602 pp.
30. Gagné, Robert M. 1979. "El Entrenamiento y los Principios del Aprendizaje" Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, 161-167.
31. García Criollo, Roberto. 2000. Estudio del Trabajo. Ingeniería de Métodos. Editorial McGraw-Hill México, 175 pp.

32. Gardiner, Dena. 1989. Manual de Ejercicios de Rehabilitación. Editorial Jims. Barcelona, España.
33. Grahn, B., C. Ekdahl and L. Borgqvist. 1996. "Decreased Quality of Life and Increased Work Environment Problems in Patients with Musculoskeletal Disorders". Musculoskeletal Management. (2):15-24.
34. Härmä M., Tenkanen L., Sjöblom T, Alikoski T., and Heinslami. A. 1998. "Combined Effects of Shift Work and Life-style on the Prevalence of Deprivation and Daytime Sleepiness" Scandinavian Journal of Work Environment and Health.(Sweden); 24(4):300-307.
35. Hebert, Lauren Andrew. 1995. "OSHA Guidelines and the Physical Therapist Consultant" PT Magazine of Physical Therapy. (USA); 3(7): 54-61
36. Hoaglund, Franklin T. 1989. Lesiones Musculo-esqueléticas. Medicina Laboral. Editorial El Manual Moderno, S.A. México, 75-92.
37. Hollinshead, W. Henry. 1969. Functional Anatomy of the Limbs and Back. W.B. Saunders Company. Philadelphia, USA. 420 pp.
38. Hornemann, Grace V. 1966. Métodos Fundamentales de Enfermería. Centro Nacional de Ayuda Técnica de la Agencia para el Desarrollo Internacional, México. D.F.
39. Isernhagen, Dennis. 1994. "Building Occupational Health and Rehabilitation Programs on the Consumer's Actual Needs". Comprehensive Guide to Work Injury Management. Aspen Publishers. Gaithersburg. Maryland. USA. 634-652.
40. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 2001. Plan Estratégico Institucional 2001-2006. Guatemala, GUATEMALA. 34pp.
41. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 2003. Informe de Labores 2002. Guatemala. GUATEMALA. 105 pp.
42. Jones, John et al. 1988. "Stress and Medical Malpractice". Organizational Risk Assessment and Intervention". Journal of Applied Psychology. (USA); 73(4):727-735.
43. Josephson M, Vingård E, MUSIC-Norrtälje Study Group. 1998. "Workplace Factors and Care Seeking for Low Back Pain among Female Nursing Personnel". Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. (Sweden); 24(6):465-472.
44. Juan Pablo II. 1981. Carta Encíclica "Laborem Exercens" Ediciones San Pablo. Guatemala. 16-46
45. Katz, Daniel y Robert L. Kahn. 1977. Psicología Social de las Organizaciones. Editorial Trillas, México, 547 pp.
46. Kerr, Willard. 1979. "Psicología de la Seguridad. Teorías Complementarias". Estudios de Psicología Industrial y del Personal, Editorial Trillas, México, 573-579.

47. Komaki, Judi, Kenneth D. Barwick and Lawrence R. Scott. 1978. "A Behavioral Approach to Occupational Safety". Pinpointing and Reinforcing Safe Performance. Journal of Applied Psychology. (USA); 63(4): 434-445.
48. Kreitner, Robert and Angelo Kinicki. 1989. Organizational Behavior. Irwin Group. Homewood, IL. USA.
49. Kukkonen, Sirkka, 1987. "Human Movement en Physiotherapy". Physiotherapy in Finland. Finland. Suomen Lääkintavoimistelijälütto/Fysioterapeutförbund ry. 48 pp.
50. Lapiere, A. 1998. La Reeducción Física. Tomo I. Editorial Científico-Médica. Barcelona, España. 374 pp.
51. Lawler II, Edward, E and Lyman W. Porter. 1974. "Attitude of Effective Managerial Performance" Studies in Personnel and Industrial Psychology. The Dorsey Press, Homewood IL. USA, 286-294.
52. Lawler III, Edward E. Y Lyman W. Porter. 1979. "Efectos del Desempeño sobre la Satisfacción en el Trabajo". Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, 331-341.
53. Lawler III, Edward E. 1982. "Strategies for Improving the Quality of Work Life". American Psychologist (USA); 37(5):486-493.
54. Lee, Raymond T. and Blake E. Ashforth. 1990. "On the Meaning of Maslach's Three Dimensions of Burnout" Journal of Applied Psychology (USA); 75(6): 744-745.
55. Longest Jr. Beaufort B. 1996. Health Professionals in Management. Appleton & Lange Editors. Stamford, Connecticut. USA. 318 pp.
56. Luopajarvi, Tuulikki, 1997. "Occupational Physiotherapy". Physiotherapy in Finland. Finland. Suomen Lääkintavoimistelijälütto/ Fysioterapeutförbund ry. 48 pp.
57. Malmivaara A. 1997. "Evidence-based Intervention for Musculoskeletal Disorders" Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. (Sweden); 23(3):161-163.
58. Marks, Mitchell, Phylis H. Mirvis, Edward Hackett and James F Grady, Jr. 1984. "Employee Participation in a Quality Circle Program". Impact on Quality of Work Life, Productivity and Absenteeism. Journal of Applied Psychology. (USA); 71(1): 61-69.
59. Marriner-Tomey, Ann. 1997. Administración y Liderazgo en Enfermería. Harcourt Brace de España, Madrid.
60. McFarland, R.A. 1979. "La Fatiga en la Industria". Estudios de Psicología Industrial y del Personal. Editorial Trillas, México, 519-527.
61. Miller, Delbert Charles and William H. Form. 1984. Industrial Sociology: The Sociology of Work Organization. Harper & Row Publishers. New York, USA.

62. Monahan, Beth. 1994. "Physical Therapists as Primary Care Providers". PT Magazine of Physical Therapy. (USA) 12(2): 86-89.
63. Nash, Michael. 1983. Managing Organizational Performance. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA. USA, 362 pp.
64. Nenzén, Björje. 1989. "Static Loads" Working Environment in Sweden. Sweden. Swedish Work Environment Association, Publisher. 48 pp.
65. Osborne, David J. 1998. Ergonomía en Acción. La adaptación del trabajo al hombre. Editorial Trillas, México.
66. Organización Panamericana de la Salud. 1991. Para la Investigación Sobre la Salud de los Trabajadores. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000. Washington D.C.
67. Oscarsson, Bo. 1989. "Work, a Burden or a Challenge" Working Environment in Sweden Sweden, Swedish Work Environment Association, Publisher. 48 pp.
68. Parsons, Talcott. 1951. The Social System. MacMillan Publishing Co. Inc. New York, USA, 575 pp.
69. Pauls, Julie and Kathlyn L. Reed. 1996. "Conditions in Back Pain". Quick Reference to Physical Therapy. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, USA, 275-283.
70. Priego Alvarez, Heberto. 1994. Mercadotecnia en Salud. Aspectos Básicos y Operativos. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México, 105 pp.
71. Revista Médico General. 1999. "El Costo de los Servicios Sanitarios" México.
72. Robbins, Stephen P. 1994. Comportamiento Organizacional. Sexta Edición. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México.
73. Ruiz Salazar, Antonio. 1987. Salud Ocupacional y Productividad. Ediciones Noriega, México, 255 pp.
74. Sadusky, Joe. 1999. "The New Industrial Revolution". Rehab Management. The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation. (USA); 12(3):108-112.
75. Sharp, Elizabeth. 1994. Espalda sin Dolor. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, España, 126 pp.
76. Schenkman, Margaret et al. 1994. "Relationships Between Mobility and Axial Structures and Physical Performance". Physical Therapy. Journal of the American Physical Therapy Association. (USA); 76(3):276-285.
77. Schneider, Eugene, V. 1996. Industrial Sociology. McGraw-Hill Book Company. New York, USA, 637 pp.
78. Schultz, Diane and Sydney E. Shultz. 1998. Psychology and Work Today. An Introduction to Industrial and Organizational Psychology. Prentice-Hall, New Jersey, USA, 566 pp.

79. Selye, Hans. 1980. "The Stress Concept Today", Handbook on Stress and Anxiety. San Francisco, CA. Jossey-Bass, Inc. Publishers. 580 pp.
80. Severin, Frank T. 1973. Discovering Man in Psychology. A Humanistic Approach. USA. McGraw-Hill, Inc. 334 pp.
81. Shepperd, James A. 1983. "Productivity Loss in Performance Groups". A Motivation Analysis. American Psychologist (USA); 39(5); 67-75.
82. Sorenson, Herbert, Marguerite Malcolm and A. Forehand. 1971. Psychology for Living. McGraw-Hill Inc. USA, 434 pp.
83. Steckle, Lynde C. 1976. "Happiness in Work". Problems in Human Adjustment. Harper & Brothers Publishers, New York, USA, 419 pp.
84. Stokols, Daniel. 1992. "Establishing and Maintaining Healthy Environments". American Psychologist (USA); 47(1): 6-22.
85. Thompson, Daniel. 1989. "Ergonomía y Prevención de Lesiones en el Trabajo". Medicina Laboral. Manual Moderno. México, 49-73.
86. Tornatzky, Louis, Trudy Solomon et al. 1982. "Contributions of Social Science to Innovation and Productivity". American Psychologist. (USA); 37(7): 737-746.
87. Villeneuve, Kim, Donna Weeks and Mimi Schwied. 1982. "Employee Fitness. A Bottom Line Payoff". Journal of Physical Education, Recreation and Dance. (USA); 53(3): 41-43.
89. Wells, Katherine F. 1989. Kinesiology. The Scientific Basis of Human Motion. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA.
90. Wickström GJ, Pentti J. 1998. "Occupational Factors Affecting Sick Leave Attributed to Low Back Pain". Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. (Sweden); 24(2):145-52.
91. World Health Organization. 2000. "Ethically Correct, Economically Sound" Fact Sheet No. 78. <http://www.who.org>
92. Wrench, David F. and Chris Wrench. 1973. Psychology. A Social Approach. McGraw-Hill Book Company. USA. 420 pp.
93. Xhardez, Ives. 1984. Vademecum de Kinesioterapia. Editorial El Ateneo. Argentina, 658 pp.

ANEXOS

- A.** Formulario de encuesta a colaboradores de enfermería.
- B.** Resultados de la encuesta (cuadros 5.1 al 5.20).
- C.** Guía de observación del trabajo en enfermería, para la documentación de riesgos (AST), en el desempeño de tareas de movilización y traslado de pacientes.
- D.** Resultados de la observación estructurada en el sitio de trabajo, para la documentación de riesgos en enfermería.

ANEXO A

**FORMULARIO
DE ENCUESTA**

**A COLABORADORES
DE ENFERMERIA
QUE LABORAN
EN EL
HOSPITAL GENERAL
DE ACCIDENTES
DEL IGSS**

ANEXO A

Apreciable Compañero:

La presente encuesta tiene por objeto recoger información acerca de las condiciones de trabajo del personal de ENFERMERIA, de esta unidad hospitalaria, con el propósito de analizarlas y proponer soluciones a corto plazo. Mucho le agradeceremos se sirva responder, tomando en cuenta únicamente su experiencia personal

A. DATOS PERSONALES

1. Cargo que desempeña : _____
2. Edad: _____ años 3. Estatura: _____ metros 4. Peso: _____ libras
5. Sexo: F M 6. Estado civil: _____

B. ESCOLARIDAD Y TIEMPO LIBRE:

1. Ultimo grado que aprobó: _____
2. Título o diploma que posee: _____
3. Por qué estudió enfermería? _____

4. Si usted pudiera volver el tiempo atrás, ¿ estudiaría enfermería? SI NO
¿Por qué? _____

5. Si usted no hubiera estudiado enfermería ¿ qué habría estudiado?

¿ Por qué? _____

6. Si estudia actualmente, ¿ qué estudia? _____

7. Sus estudios, ¿se relacionan con su trabajo? SI NO

8. Si en la pregunta anterior respondió negativamente, ¿ por qué estudia algo que no se relaciona con su trabajo ? _____

9. ¿ Qué actividades realiza en su tiempo libre ?

a. Atiende pacientes particulares.

b. Sale a pasear o juega con sus hijos.

c. Ve televisión o duerme.

d. Simplemente no hace nada.

e. Otra (especifique): _____

C. ACTIVIDAD INSTITUCIONAL

1. ¿Cuánto tiempo hace que labora en el IGSS? _____

2. ¿Cuánto tiempo hace que labora en este hospital? _____

3. ¿Cuánto tiempo hace que labora en esta área? _____

4. ¿Cómo se llama esta área de trabajo? _____

5. ¿En qué otras áreas de trabajo ha prestado sus servicios? _____

6. El trabajo en el campo de enfermería es...

a. Como otro cualquiera. b. Mejor que cualquier otro. c. Peor que cualquier otro.

¿ Por qué ? _____

14. Podría usted calificar la cantidad de *esfuerzo físico*, que su trabajo requiere?

Por favor, utilice la escala que se le presenta, marcando , sólo una de las opciones.

- Esfuerzo físico mínimo.
- Muy poco esfuerzo físico.
- Poco esfuerzo físico.
- Esfuerzo físico mediano.
- Esfuerzo físico algo fuerte.
- Esfuerzo físico relativamente fatigoso.
- Esfuerzo muy fatigoso.
- Esfuerzo físico extremadamente fatigoso.

15. ¿Podría usted calificar la cantidad de *esfuerzo mental*, que su trabajo requiere?

Por favor, utilice la escala que se le presenta, marcando , sólo una de las opciones.

- Esfuerzo mental mínimo
- Cumple órdenes de baja complejidad que le da su inmediato superior.
- Cumple órdenes de mediana complejidad que le da su superior.
- Cumple órdenes que requieren de recordar información relacionada con su formación en enfermería.
- Cumple órdenes que requieren la comprensión de relaciones causa-efecto que se encuentran en la práctica de funciones de enfermería.
- Cumple órdenes que requieren de la aplicación de conocimientos especializados adquiridos en el proceso de su formación de enfermería.
- El desempeño de su trabajo, requiere del análisis de información relacionada con los datos de la condición particular de cada paciente que atiende.
- El desempeño de su trabajo, requiere del análisis y síntesis de las relaciones existentes entre los datos de la condición particular de cada paciente que atiende.
- El desempeño de sus funciones, requiere de la toma de decisiones, basadas en las relaciones existentes entre los datos de la condición particular de cada paciente que le es referido.

16. En su trabajo, ¿encuentra usted las condiciones que aparecen a continuación?

(marque con un signo , todas las que considere que se dan en su caso particular).

- Espacios reducidos.
- Ambientes congestionados.
- Pisos resbalosos.
- Iluminación insuficiente.
- Ventilación insuficiente.
- Ruido.
- Situaciones de gran tensión.
- Otras (especifique, por favor): _____

D. SALUD Y HABITOS

1. Usted, ¿ha suspendido labores durante los últimos seis meses? SI NO
2. Si en la pregunta anterior respondió afirmativamente, ¿cuál fue el diagnóstico médico? _____
3. ¿Se encuentra actualmente en tratamiento? SI NO
4. Si en la pregunta anterior respondió afirmativamente, su tratamiento incluye...
 - anti-inflamatorios.
 - anti-depresivos.
 - analgésicos.
 - tranquilizantes.
 - Otro (especifique, por favor): _____
5. ¿Alguna vez ¿ha suspendido labores por problemas de columna? SI NO
6. Actualmente ¿tiene problemas con si columna? SI NO
7. Si en la pregunta anterior respondió afirmativamente, ¿cuánto tiempo hace que empezó a tener problemas con su columna? _____

8. ¿Podría usted decir que sus problemas de columna...
- a. se deben a un accidente b. empezaron poco a poco.
9. Si en la pregunta anterior respondió que sus problemas de columna, se deben a un accidente ¿podría mencionar dónde estaba usted cuando sufrió el accidente?
- a. en su casa b. en un lugar de recreo c. en su trabajo.
- d. Otro (especifique, por favor): _____
10. Si en la pregunta anterior respondió que sus problemas de columna, se deben a un accidente que sufrió en el trabajo,
¿en qué área de trabajo ocurrió su accidente?
- _____
- ¿Podría describir brevemente lo que usted estaba haciendo, cuando sufrió el accidente?
- _____
- _____
- _____
11. ¿Alguna vez ha tenido que hacer uso de medicamentos para mantenerse alerta, durante su turno de trabajo? SI NO
12. Usted, ¿fuma? SI NO
13. Usted ¿consume bebidas alcohólicas? SI NO
14. Usted, ¿hace ejercicio? SI NO
15. Si en la pregunta anterior respondió negativamente, ¿cuál es la razón, para que usted no haga ejercicio?
- a. No le gusta. b. No le interesa.
- c. No sabe cómo hacerlo. d. No tiene tiempo.

GRACIAS POR SU VALIOSO TIEMPO

ANEXO B

**RESULTADOS
DE LA ENCUESTA**

**CUADROS
5.1 al 5.20**

CUADRO 5.1

Distribución de los colaboradores (n=270) que participaron en la encuesta, por sexo y categoría de personal.

CATEGORIA DE PERSONAL	SEXO				TOTALES PARCIALES POR CATEGORIA	
	FEMENINO		MASCULINO		N	%
	N	%	N	%		
Auxiliar de enfermería	165	61.11	45	16.66	210	77.77
Enfermero general	33	12.59	9	2.96	42	15.55
Supervisor	6	2.22	0	0.00	6	02.22
Subjefe de Servicio	3	1.11	0	0.00	3	01.11
Jefe de Servicio	8	2.96	1	0.37	9	03.33
TOTALES	215	79.63	55	20.37	270	100.00 %

N= Número,
%= Porcentaje

CUADRO 5.2

Distribución de los colaboradores, por sexo y categoría de personal (n=270) en cuanto a si, en el supuesto de que pudieran volver el tiempo atrás, volverían a estudiar enfermería.

VOLVERIAN A ESTUDIAR ENFERMERIA

CATEGORIA DE PERSONAL	SI		NO		SI %	NO %
	F	M	F	M		
Auxiliar de enfermería	154	39	11	6	71.48	06.30
Enfermero general	31	6	2	3	13.70	01.85
Supervisor	2	0	4	0	00.75	01.48
Subjefe de Servicio	2	1	0	0	01.11	00.00
Jefe de Servicio	7	1	1	0	02.96	00.37
TOTALES	196	47	18	9	90.00	10.00

F = Femenino
M = Masculino
% = Porcentaje

CUADRO 5.3

Distribución de la respuesta de los colaboradores, por categoría de personal (n=270), en cuanto a su percepción personal del trabajo en enfermería, en comparación con otro cualquiera.

PERCEPCION PERSONAL DEL TRABAJO EN ENFERMERIA

CATEGORIA DE PERSONAL	MEJOR		IGUAL		PEOR		MEJOR		IGUAL		PEOR	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Auxiliar de enfermería	143	39	19	5	3	1	67.41	08.89	01.48			
Enfermero general	25	7	8	2	0	0	11.85	01.85	00.00			
Supervisor	5	0	1	0	0	0	01.85	00.37	00.00			
Subjefe de Servicio	3	0	0	0	0	0	01.11	00.00	00.00			
Jefe de Servicio	6	0	2	1	0	0	02.22	01.11	00.00			
TOTALES	182	46	30	8	3	1	84.45	14.07	1.48			

N= Número
%= Porcentaje

CUADRO 5.4

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270), en cuanto a los sentimientos personales que acompañan a su respuesta, cuando alguien les pregunta el nombre de la organización para la que trabajan.

SENTIMIENTOS QUE ACOMPAÑAN A LA RESPUESTA

CATEGORIA DE PERSONAL	ORGULLO Y/O SATISFACCION		INDIFERENCIA Y/O FASTIDIO		ORGULLO Y/O SATISFACCION		INDIFERENCIA Y/O FASTIDIO	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Auxiliar de enfermería	154	44	11	1	73.33		04.44	
Enfermero general	29	9	4	0	14.07		01.48	
Supervisor	6	0	0	0	02.22		00.00	
Subjefe de Servicio	3	0	0	0	01.11		00.00	
Jefe de Servicio	8	1	0	0	03.33		00.00	
TOTALES	200	54	15	1	94.07		05.93	

F = Femenino
M = Masculino
% = Porcentaje

CUADRO 5.5

Distribución de la opinión de los colaboradores (n=270), en cuanto a si para mantener el prestigio de la organización para la que trabajan, es necesario que el personal de enfermería realice una labor de óptima calidad.

PARA MANTENER EL PRESTIGIO DE LA ORGANIZACION ES NECESARIO REALIZAR UN TRABAJO DE OPTIMA CALIDAD

CATEGORIA DE PERSONAL	SI		NO		SI		NO	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Auxiliar de enfermería	165	45	0	0	77.77	0	00.00	0
Enfermero general	33	9	0	0	15.55	0	00.00	0
Supervisor	6	0	0	0	02.22	0	00.00	0
Subjefe de Servicio	3	0	0	0	01.11	0	00.00	0
Jefe de Servicio	8	1	0	0	03.33	0	00.00	0
TOTALES	215	55	0	0	100.00	0	00.00	00.00

F = Femenino
M= Masculino
%= Porcentaje

CUADRO 5.6

Distribución de la percepción de los colaboradores (n=270), en cuanto al reconocimiento de la importancia del trabajo que el personal de enfermería, realiza en beneficio de los usuarios de los servicios que la organización ofrece.

**LA ORGANIZACION RECONOCE LA IMPORTANCIA
DEL TRABAJO DE ENFERMERIA**

CATEGORIA DE PERSONAL	NO		SI		NO %	SI %
	F	M	F	M		
Auxiliar de enfermería	144	40	17	9	68.15	09.63
Enfermero general	32	9	1	0	15.19	00.37
Supervisor	6	0	0	0	01.48	00.00
Subjefe de Servicio	2	0	1	0	00.37	00.37
Jefe de Servicio	7	1	1	0	02.59	00.37
TOTALES	191	50	20	9	89.26	10.74

F= Femenino

M= Masculino

% = Porcentaje

CUADRO 5.7

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270) por sexo y categoría de personal, en cuanto al hábito del ejercicio físico que reportan.

HABITOS DE EJERCICIO

CATEGORIA DE PERSONAL	SI		NO		SI		NO	
	F	M	F	M	%	%	%	%
Auxiliar de enfermería	68	13	94	35	30.00		38.00	
Enfermero general	18	4	14	6	08.15		07.41	
Supervisor	5	0	1	0	01.85		00.37	
Subjefe de Servicio	1	0	2	0	00.37		00.74	
Jefe de Servicio	4	1	4	0	01.85		01.48	
TOTALES	96	18	115	41	42.22%		57.78%	

F = Femenino
M = Masculino
% = Porcentaje

CUADRO 5.8

Distribución de las razones que aducen los colaboradores (n=156) que reportaron no tener el hábito del ejercicio físico, para no ejercitarse.

CATEGORIA DE PERSONAL	RAZONES PARA NO HACER EJERCICIO												TOTALES/ CATEGORIA	
	NO TIENE TIEMPO		NO SABE HACERLO		NO LE GUSTA		NO LE INTERESA						N	%
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M				
Auxiliar de enfermería	80	29	11	3	3	1	0	2	129	79.55				
Enfermero general	7	6	5	0	1	0	1	0	20	15.55				
Supervisor	0	0	1	0	0	0	0	0	1	00.76				
Subjefe de Servicio	1	0	1	0	0	0	0	0	2	01.56				
Jefe de Servicio	1	0	3	0	0	0	0	0	4	01.56				
TOTALES	89	35	21	3	4	1	1	2	156	100.00%				

F= Femenino
M= Masculino
N= Número.
%= Porcentaje.

CUADRO 5.9

Distribución de la opinión de los colaboradores (n=270), en cuanto a que es la situación económica actual lo que obliga al personal de enfermería a laborar en dos más lugares.

TRABAJO EN MAS DE UNA ORGANIZACION

CATEGORIA DE PERSONAL	NO REPORTA OTRO TRABAJO		OCASIONALMENTE TRABAJA CON OTRA ORGANIZACION		ACTUALMENTE TRABAJA CON OTRA ORGANIZACION		NO REPORTA OTRO TRABAJO		OCASIONALMENTE TRABAJA CON OTRA ORGANIZACION		ACTUALMENTE TRABAJA CON OTRA ORGANIZACION	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Auxiliar de enfermería	78	25	37	4	50	16	38.15	15.19	24.44			
Enfermero general	19	2	7	5	8	1	07.78	04.44	03.33			
Supervisor	2	0	1	0	3	0	00.74	00.37	01.11			
Subjefe de Servicio	3	0	0	0	0	0	1.11	00.00	00.00			
Jefe de Servicio	6	1	2	0	0	0	02.59	00.74	00.00			
TOTALES	108	28	47	9	61	17	50.37%	20.74%	28.89%			

F = Femenino
M= Masculino

CUADRO 5.10

Distribución de la opinión de los colaboradores de enfermería (n=270), en cuanto a las razones por las que laboran en dos, o más lugares.

RAZONES QUE ADUCEN LOS COLABORADORES DE ENFERMERIA PARA TRABAJAR EN DOS O MAS ORGANIZACIONES

CATEGORIA DE PERSONAL	PORQUE LA SITUACION ECONOMICA Y LOS BAJOS SALARIOS LES OBLIGAN		PORQUE ASI LO DESEAN		PORQUE LA SITUACION ECONOMICA Y LOS BAJOS SALARIOS LES OBLIGAN		PORQUE ASI LO DESEAN	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Auxiliar de enfermería	162	43	3	2	75.93	01.85		
Enfermero general	32	9	1	0	15.19	00.37		
Supervisor	5	0	1	0	01.85	00.37		
Subjefe de Servicio	3	0	0	0	01.11	00.00		
Jefe de Servicio	8	1	0	0	03.33	00.00		
TOTALES	210	53	5	2	97.41%	02.59%		

F = Femenino

M= Masculino

%= Porcentaje

CUADRO 5.11

Distribución de la percepción de los colaboradores (n=270), en cuanto al grado de esfuerzo físico que su trabajo requiere.

PERCEPCION PERSONAL DEL GRADO DE ESFUERZO FISICO QUE DEMANDA EL TRABAJO DE ENFERMERIA

CATEGORIA DE PERSONAL	BAJO		MEDIANO		ALTO	
	N	%	N	%	N	%
Auxiliar de enfermería	4	1.48	11	3.33	195	73.70
Enfermero general	0	0.00	4	1.48	38	14.07
Supervisor	0	0.00	0	0.00	6	2.22
Subjefe de Servicio	0	0.00	1	0.37	2	0.74
Jefe de Servicio	1	0.37	4	1.48	4	1.85
TOTALES	5	1.85%	20	07.41%	245	90.74%

N= Número de colaboradores
%= Porcentaje

CUADRO 5.12

Distribución de la percepción de los colaboradores (n=270), en cuanto al grado de esfuerzo mental que su trabajo requiere.

PERCEPCION PERSONAL DEL GRADO DE ESFUERZO MENTAL QUE DEMANDA EL TRABAJO DE ENFERMERIA

CATEGORIA DE PERSONAL	BAJO		MEDIANO		ALTO	
	N	%	N	%	N	%
Auxiliar de enfermería	8	2.96	10	3.70	192	71.11
Enfermero general	0	0.00	0	0.00	42	15.56
Supervisor	0	0.00	0	0.00	6	2.22
Subjefe de Servicio	0	0.00	0	0.00	3	1.11
Jefe de Servicio	0	0.00	0	0.00	9	3.33
TOTALES	8	2.96%	10	3.70%	252	93.33%

N= Número de colaboradores
%= Porcentaje

CUADRO 5.13

Distribución de la información que los colaboradores (n=270) proporcionaron, en cuanto al ambiente físico y las condiciones en que desempeñan su trabajo.

CATEGORIA DE PERSONAL	VENTILACION /ILUMINACION DEFICIENTE *		ESPACIOS REDUCIDOS *		RUIDO		FALTA DE MATERIAL Y EQUIPO		PISOS RESBALOSOS		SITUACIONES TENSIONANTES (ESTRES)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar de enfermería	58		91		101		190		200		205	
Enfermero general	14		19		25		35		38		30	
Supervisor	4		4		2		3		2		4	
Subjefe de Servicio	2		1		3		1		1		2	
Jefe de Servicio	6		5		6		4		3		6	
TOTALES	84		120		137		233		244		247	
PORCENTAJES	31.11%		44.44%		50.74%		86.30%		90.37%		91.48%	

N= Número de colaboradores que reportaron percibir las condiciones mencionadas.

CUADRO 5.14

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270), por sexo y categoría de personal, en cuanto al padecimiento actual de problemas de columna vertebral.

PADECIMIENTO ACTUAL DE PROBLEMAS DE COLUMNA

CATEGORIA DE PERSONAL	SI		NO		SI		NO	
	F	M	F	M	N	%	N	%
Auxiliar de enfermería	44	12	119	35	56	20.74	130	48.15
Enfermero general	7	3	25	7	10	03.70	32	11.85
Supervisor	2	0	4	0	2	00.74	4	01.48
Subjefe de Servicio	0	0	3	0	0	00.00	3	01.11
Jefe de Servicio	2	0	6	1	2	00.74	7	02.59
TOTALES	55	15	157	43	70	25.93%	200	74.07%

F = Femenino
M = Masculino

N = Número
% = Porcentaje

CUADRO 5.15

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=70) en cuanto a los problemas de columna que actualmente padecen, se iniciaron a raíz de un accidente o se desarrollaron progresivamente.

FORMA DE INICIO DEL PROBLEMA DE COLUMNA

CATEGORIA DE PERSONAL	DEBIDO A UN ACCIDENTE		PROGRESIVAMENTE		DEBIDO A UN ACCIDENTE		PROGRESIVAMENTE	
	F	M	F	M	N	%	N	%
Auxiliar de enfermería	26	9	18	4	35	20.74	22	48.15
Enfermero general	4	2	1	2	6	03.33	3	01.11
Supervisor	0	0	2	0	0	00.00	2	00.74
Subjefe de Servicio	0	0	0	0	0	00.00	0	00.00
Jefe de Servicio	1	0	1	0	1	00.37	1	00.37
TOTALES	31	11	22	6	42	60.00%	28	40.00%

F = Femenino
M = Masculino

N = Número
% = Porcentaje

CUADRO 5.16

Distribución de los colaboradores que participaron en la encuesta (n=270), por sexo y categoría de personal, en cuanto a suspensión ocasional de labores, por problemas de columna vertebral.

SUSPENSIÓN OCASIONAL DE LABORES, POR PROBLEMAS DE COLUMNA

CATEGORIA DE PERSONAL	SI		NO		SI %	NO %
	F	M	F	M		
Auxiliar de enfermería	28	8	136	38	11.11	64.44
Enfermero general	4	3	29	6	02.59	12.96
Supervisor	2	0	4	0	00.74	01.48
Subjefe de Servicio	0	0	3	0	00.00	01.11
Jefe de Servicio	2	0	6	1	00.74	02.59
TOTALES	36	11	178	45	17.41%	82.59%

F = Femenino

M= Masculino

%= Porcentaje

CUADRO 5.17

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270) que informaron en cuanto a hábitos de ejercicio físico, y los problemas de columna que padecen, por categoría de personal.

CATEGORIA DE PERSONAL	FEMENINO				MASCULINO				SI		NO			
	SI	*	NO	*	SI	*	NO	*	N	%	N	%		
Auxiliar de enfermería	68	14	99	29	13	1	30	10	81	15	05.56	129	39	14.14
Enfermero general	19	2	14	2	3	2	6	1	22	4	01.48	20	3	01.11
Supervisor	5	1	1	1	0	0	0	0	5	1	00.37	1	1	00.37
Subjefe de Servicio	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	00.00	2	0	00.74
Jefe de Servicio	4	2	4	0	1	0	0	0	5	2	00.00	4	0	01.48
TOTALES	97	19	120	32	17	3	36	11	114	22	07.41	156	43	15.93

N = Número
 * = Reportan problemas de columna
 %= Porcentaje.

CUADRO 5.18

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270) que informaron en cuanto al trabajo ocasional o actual en más de una organización y los problemas de columna que padecen (n=70), por categoría de personal.

**TRABAJO EN MAS DE UNA ORGANIZACIÓN
Y PADECIMIENTO ACTUAL DE PROBLEMAS DE COLUMNA**

CATEGORIA DE PERSONAL	NO REPORTAN OTRO TRABAJO				OCASIONALMENTE TRABAJAN CON OTRA ORGANIZACION				ACTUALMENTE TRABAJAN CON OTRA ORGANIZACION			
	NO PADECEN		PADECEN		NO PADECEN		PADECEN		NO PADECEN		PADECEN	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Auxiliar de enfermería (n=210)	62	18	16	7	23	4	14	0	36	11	14	5
Enfermero general (n= 42)	14	0	5	2	5	5	2	0	8	0	0	1
Supervisor (n= 6)	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0
Subjefe de Servicio (n= 3)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jefe de Servicio (n= 9)	6	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
TOTALES	87	18	22	9	29	9	18	0	46	11	15	6

F= FEMENINO
M= MASCULINO

CUADRO 5.17

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270) que informaron en cuanto a hábitos de ejercicio físico, y los problemas de columna que padecen, por categoría de personal.

CATEGORIA DE PERSONAL	FEMENINO				MASCULINO				SI		NO			
	SI	*	NO	*	SI	*	NO	*	N	%	N	%		
Auxiliar de enfermería	68	14	99	29	13	1	30	10	81	15	05.56	129	39	14.14
Enfermero general	19	2	14	2	3	2	6	1	22	4	01.48	20	3	01.11
Supervisor	5	1	1	1	0	0	0	0	5	1	00.37	1	1	00.37
Subjefe de Servicio	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	00.00	2	0	00.74
Jefe de Servicio	4	2	4	0	1	0	0	0	5	2	00.00	4	0	01.48
TOTALES	97	19	120	32	17	3	36	11	114	22	07.41	156	43	15.93

N = Número
 * = Reportan problemas de columna
 %= Porcentaje.

CUADRO 5.20

Distribución de la respuesta de los colaboradores (n=270) que informaron en cuanto al trabajo ocasional o actual en más de una organización y la percepción del grado de esfuerzo mental que su trabajo demanda, por categoría de personal.

CATEGORIA DE PERSONAL	TRABAJO EN MAS DE UNA ORGANIZACION Y PERCEPCION DE ESFUERZO MENTAL QUE REQUIEREN LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA																
	NO REPORTA OTRO TRABAJO			OCASIONALMENTE TRABAJA CON OTRA ORGANIZACION			ACTUALMENTE TRABAJA CON OTRA ORGANIZACION										
	A	B	C	A	B	C	A	B	C								
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M					
Auxiliar de enfermería	5	1	7	0	81	23	1	0	1	0	1	0	1	1	37	15	
Enfermero general	0	0	0	0	19	2	0	0	0	0	8	1	0	0	0	7	5
Supervisor	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0
Subjefe de Servicio	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jefe de Servicio	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
TOTALES	5	1	7	0	111	26	1	0	1	0	43	5	1	0	1	47	20

A= BAJO; B= MEDIANO; C= ALTO

ANEXO C

**GUIA DE OBSERVACION
DEL TRABAJO
DE ENFERMERIA
PARA LA DOCUMENTACION
DE RIESGOS (AST)
EN EL DESEMPEÑO
DE TAREAS DE MOVILIZACION
Y TRASLADO DE PACIENTES.**

ANEXO C

GUIA DE OBSERVACION DE ACTIVIDADES O TAREAS

1. Nombre del puesto: _____
2. Hospital: _____
3. Servicio donde se ubica el puesto: _____
4. Nombre del observador: _____
5. Fecha de la observación: _____

A. Actividad o tarea:

Nombre: _____

Descripción (breve) de la tarea:

Elementos que caracterizan la actividad/tarea (marque todas las que sean aplicables):

- Movilización del paciente en la cama.
- Traslado del paciente de la cama a una silla de ruedas.
- Traslado del paciente de una silla de ruedas a la cama del Servicio.
- Traslado del paciente de la cama a una camilla.
- Traslado del paciente de una camilla a la cama del Servicio.
- Traslado del paciente de un lugar a otro dentro del mismo Servicio:
 - paciente caminando independientemente paciente con muletas o bastón
 - paciente en silla de ruedas paciente en camilla de ruedas.
- Traslado del paciente de un Servicio a otro:
 - paciente caminando independientemente paciente con muletas o bastón
 - paciente en silla de ruedas paciente en camilla de ruedas.
- Otro (especifique): _____

Equipo necesario/indispensable para efectuar la actividad/tarea, con eficiencia y seguridad:

182

B. Esfuerzo físico que la actividad/tarea demanda del enfermero.

La actividad/tarea requiere que el enfermero (marque todas las que sean aplicables)...

- mantenga los brazos en alto, por períodos prolongados.
- efectúe movimientos repetitivos de los brazos.
- efectúe movimientos (flexiones, giros, extensiones) repetitivos de la columna.
- trabaje en espacios reducidos o inadecuados.
- permanezca en posición estática, sentada o de pie, por períodos prolongados.
- permanezca sentado, sin apoyo de la espalda, por períodos prolongados.
- movilice o traslade cargas pesadas.

C. Factores ergonómicos adicionales:

- Movimientos repetitivos/brazos en alto mientras mantiene las manos empuñadas sosteniendo o no instrumental o equipo de tratamiento.
- Exposición a temperaturas extremas.
- Ventilación inadecuada o deficiente.
- Iluminación inadecuada o deficiente
- Otro (especifique): _____

MSR/2002.

ANEXO D

**RESULTADOS
DE LA OBSERVACION
DE ACTIVIDADES O TAREAS**

RESULTADO DE LA OBSERVACION DE ACTIVIDADES O TAREAS

1. **Nombre del puesto:** Auxiliar de enfermería y/o Enfermero General
2. **Hospital** Hospital General de Accidentes (Unidad 7/19)
3. **Servicio donde se ubica el puesto:** Servicio de Emergencia
4. **Nombre del observador:** María Soberanis Reyes
5. **Fecha de la observación (AST):** 19 de marzo del 2002

A. Actividad o tarea.

Nombre de la actividad/tarea: Movilización y/o traslado de pacientes

Descripción (breve) de la actividad/tarea:

El o la enfermera ejecuta una serie de tareas que incluyen, pero no se limitan al traslado del paciente, desde el Servicio de Emergencia hasta el Servicio, en donde el paciente quedará hospitalizado (incluye el traslado final del paciente desde la camilla hasta la cama).

Elementos que caracterizan la actividad/tarea (marque todas las que sean aplicables):

- Movilización del paciente en la cama.
- Traslado del paciente de la cama a una silla de ruedas.
- Traslado del paciente de una silla de ruedas a la cama del Servicio.
- Traslado del paciente de la cama a una camilla.
- Traslado del paciente de una camilla a la cama del Servicio.
- Traslado del paciente de un lugar a otro dentro del mismo Servicio:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> paciente caminando independientemente | <input type="checkbox"/> paciente con muletas o bastón |
| <input type="checkbox"/> paciente en silla de ruedas | <input checked="" type="checkbox"/> paciente en camilla de ruedas. |
- Traslado del paciente de un Servicio a otro:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> paciente caminando independientemente | <input type="checkbox"/> paciente con muletas o bastón |
| <input type="checkbox"/> paciente en silla de ruedas | <input checked="" type="checkbox"/> paciente en camilla de ruedas. |

Otro (especifique): _____

Equipo necesario/indispensable para efectuar la actividad/tarea, con eficiencia y seguridad:

Levantador hidráulico de pacientes, o manual, cinchos para asegurar al paciente a la camilla y/o la silla de ruedas, camillas, sillas de ruedas en buen estado.

B. Esfuerzo físico que la actividad/tarea demanda del enfermero

La actividad/tarea requiere que el enfermero (marque todas las que sean aplicables)...

- mantenga los brazos en alto, por períodos prolongados.
- efectúe movimientos repetitivos de los brazos.
- efectúe movimientos (flexiones, giros, extensiones) repetitivos de la columna.
- trabaje en espacios reducidos o inadecuados.
- permanezca en posición estática, sentada o de pie, por períodos prolongados.
- permanezca sentado, sin apoyo de la espalda, por períodos prolongados.
- movilice o traslade cargas pesadas.

C. Factores ergonómicos adicionales:

- Movimientos repetitivos/brazos en alto mientras mantiene las manos empuñadas sosteniendo o no instrumental o equipo de tratamiento.
- Exposición a temperaturas extremas.
- Ventilación inadecuada o deficiente.
- Iluminación inadecuada o deficiente
- Otro (especifique): _____

1. Se observó que debido a la naturaleza del servicio que se presta en esta área, algunas situaciones demandan del personal de enfermería, rapidez extraordinaria para la ejecución de las acciones necesarias para la prestación del servicio, lo cual limita la planificación necesaria para ejecutarlas con seguridad.

2. Se observó que, debido a la naturaleza propia de esa área, los espacios horizontales son extremadamente reducidos, el ruido puede ser intenso, la ventilación es deficiente, y la naturaleza de las situaciones y/o el estado anímico de pacientes y familiares elevan en grado sumo los niveles de estrés.

3. Se encontró que algunas piezas del equipo necesario para los traslados (sillas de ruedas, camillas...) se encuentran en mal estado.

4. Se observó que el equipo de protección personal (mascarillas, guantes...), cuando lo hay, es escaso.

5. Finalmente, se observó que el servicio no cuenta con equipo auxiliar (levantadores hidráulicos ni manuales) para la movilización y el traslado de pacientes.

RESULTADO DE LA OBSERVACION DE ACTIVIDADES O TAREAS

1. **Nombre del puesto:** Auxiliar de Enfermería y/o Enfermero General

2. **Hospital** Hospital General de Accidentes (Unidad 7/19)

3. **Servicio donde se ubica el puesto:** Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva

4. **Nombre del observador:** María Soberanis Reyes

5. **Fecha de la observación (AST):** 20 de marzo del 2002

A. Actividad o tarea.

Nombre de la actividad/tarea: Movilización y/o traslado de pacientes

Descripción (breve) de la actividad/tarea:

El o la enfermera ejecuta una serie de tareas que incluyen, pero no se limitan al traslado del paciente, desde la cama del Servicio a una camilla de ruedas; para transportarlo a otra área de atención.

Elementos que caracterizan la actividad/tarea (marque todas las que sean aplicables):

- Movilización del paciente en la cama.
- Traslado del paciente de la cama a una silla de ruedas.
- Traslado del paciente de una silla de ruedas a la cama del Servicio.
- Traslado del paciente de la cama a una camilla.
- Traslado del paciente de una camilla a la cama del Servicio.
- Traslado del paciente de un lugar a otro dentro del mismo Servicio:
 - paciente caminando independientemente
 - paciente con muletas o bastón
 - paciente en silla de ruedas
 - paciente en camilla de ruedas.
- Traslado del paciente de un Servicio a otro:
 - paciente caminando independientemente
 - paciente con muletas o bastón
 - paciente en silla de ruedas
 - paciente en camilla de ruedas.

Otro (especifique): _____

Equipo necesario/indispensable para efectuar la actividad/tarea, con eficiencia y seguridad:

Levantador hidráulico de pacientes, o manual, cinchos para asegurar al paciente a la camilla y/o la silla de ruedas, camillas, sillas de ruedas en buen estado.

B. Esfuerzo físico que la actividad/tarea demanda del enfermero.

La actividad/tarea requiere que el enfermero (marque todas las que sean aplicables)...

- mantenga los brazos en alto, por períodos prolongados.
- efectúe movimientos repetitivos de los brazos.
- efectúe movimientos (flexiones, giros, extensiones) repetitivos de la columna.
- trabaje en espacios reducidos o inadecuados.
- permanezca en posición estática, sentada o de pie, por períodos prolongados.
- permanezca sentado, sin apoyo de la espalda, por períodos prolongados.
- movilice o traslade cargas pesadas.

C. Factores ergonómicos adicionales:

- Movimientos repetitivos/brazos en alto mientras mantiene las manos empuñadas sosteniendo o no instrumental o equipo de tratamiento.
- Exposición a temperaturas extremas.
- Ventilación inadecuada o deficiente.
- Iluminación inadecuada o deficiente
- Otro (especifique): _____

Notas:

1. Se observó que, aun cuando para la prestación de otro tipo de servicios (alimentación, aplicación de medicamentos, por ejemplo), los espacios existentes en esta área no pueden ser considerados reducidos; cuando se trata del traslado de pacientes dependientes o de gran tamaño, los espacios podrían resultar inadecuados, porque no permiten al personal colocar la camilla (o la silla de ruedas, si ese fuera el caso) en la posición correcta, ni conservar la movilidad necesaria para ellos y la camilla, para lograr un traslado eficiente y seguro (para ellos y el paciente).

2. Se observó que el Servicio no cuenta con equipo auxiliar (levantadores hidráulicos ni manuales) para la movilización y el traslado de pacientes, ni cinchos para asegurar al paciente en la camilla de ruedas, ni en la silla de ruedas.