

TESIS
DOCTORAL
EN
MEDICINA

Eduardo Pablo Martínez.

AÑO 2011

CARRERA DE DOCTOR EN MEDICINA

TESIS DE GRADUACIÓN

**“EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO
EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA”**

EDUARDO PABLO MARTÍNEZ

DOMICILIO: PLAZA PASSO N° 157, LA PLATA.

FECHA DE PRESENTACIÓN: 01 DE DICIEMBRE DE 2011.

LUGAR DE ESTUDIO: ALTOS DE SAN LORENZO, LA PLATA, PROVINCIA
DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

POSGRADO: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (U.N.L.P.).

DIRECTOR DE LA TESIS: PROF. DR. HORACIO L. BARRAGÁN.

CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA

“PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y TESIS FINAL”

“EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA”

RESUMEN:

La existencia de factores de riesgo ocupacionales es un problema que afecta tanto a Hospitales como a Centros de Salud de Atención Primaria, principalmente en la actualidad donde el número de pacientes que acude al Sector Público en la República Argentina se ha incrementado.

Las condiciones y medio ambiente de trabajo varían considerablemente según sea el sector o la rama de actividad económica de que se trate.

Se realiza en un principio una mera comparación entre el enfoque tradicional del trabajo y la concepción renovadora del mismo.

Posteriormente se hace una breve presentación de los factores que forman parte de la noción renovadora de condiciones y medio ambiente de trabajo.

Se hace hincapié en el proceso y específicamente en las condiciones y medio ambiente. Se describen someramente los riesgos o contaminantes físicos del medio ambiente de trabajo, los riesgos o contaminantes químicos, los contaminantes biológicos, los factores tecnológicos y de seguridad y de manera complementaria los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos.

Finalmente se localizan estos riesgos, en los casos de existencia de los mismos, en un Centro de Primer Nivel de Salud N° 8, Altos de San Lorenzo, La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Se trata de implementar, propuestas de prevención, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes, con una visión ergonómica, y considerando que mejorando los mismos, indefectiblemente tendrá su efecto en el cliente interno (equipo de salud) y secundariamente en el cliente externo (la gente que acude al mismo), mejorando la calidad de la atención.

Los métodos y técnicas utilizadas en este proyecto son de posible realización en otros lugares, ya que pueden ser aplicados por el personal de salud, a un bajo costo.

INTRODUCCIÓN:

El presente estudio pretende utilizar conceptos de ergonomía en un Centro de Atención Primaria de la Salud, con el propósito de promover la mejora de la calidad, tanto para el personal del mismo como para el usuario, teniendo en cuenta la aplicación de los conceptos de las CyMAT (Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo).

EL PROBLEMA:

La existencia de factores de riesgo ocupacionales es un problema que afecta tanto a Hospitales como a Centros de Salud de Atención Primaria, principalmente en la actualidad, donde el número de pacientes que acude al Sector Estatal en la República Argentina se ha incrementado.

Las condiciones y medio ambiente de trabajo varían considerablemente según sea el sector o la rama de actividad económica que se trate.

Por consiguiente es importante tener en cuenta el enfoque tradicional del trabajo y realizar una mera comparación con la concepción moderna del mismo.

A su vez, es fundamental el conocimiento de los factores que forman parte de la noción renovadora de condiciones y medio ambiente de trabajo.

Es importante hacer hincapié en el proceso y específicamente en las condiciones y medio ambiente. Describir los riesgos o contaminantes físicos del medio ambiente de trabajo, los riesgos o contaminantes químicos, los contaminantes biológicos, los factores tecnológicos y de seguridad y de manera complementaria los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos.

Una vez realizado el diagnóstico se tratará de implementar, propuestas de prevención, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes, con una visión ergonómica, y considerando que corrigiendo los mismos, tendrá su efecto en el cliente interno (equipo de salud) y secundariamente en el cliente externo (la gente que acude al mismo), mejorando la calidad de atención.

Los métodos y técnicas utilizadas en este estudio, son de posible realización en otros lugares, ya que pueden ser aplicados por el personal de salud, a bajo costo.

Desde que la OMS definió la meta de Salud para Todos (1977) las distintas políticas que orientan a los sistemas de salud trataron de cumplir con esa meta social de diversas formas y con diferentes resultados.

Observando la situación mundial de desigualdades en salud y la de nuestro propio país en donde más de la mitad de la población está sufriendo situaciones de pobreza extrema y de falta de cobertura efectiva en la atención de la salud es posible afirmar que la meta de Salud para Todos sigue siendo un desafío no logrado cuya solución es impostergable.

Este desafío es una responsabilidad de los gobiernos los que deben asumir en sus políticas activas y con fondos específicos la decisión de acercar a toda la población y en especial a los más necesitados, los beneficios de la atención de la salud.

Además de esta responsabilidad gubernamental la misma le corresponde también a las organizaciones de la sociedad dedicadas a este tema las que deben orientar sus políticas y acciones con el mismo sentido ético y moral de lograr la salud para todos.

Siguiendo esta línea de pensamiento el concepto de Calidad de Atención de la

Salud para Todos, significa de manera operativa el acceso de la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades así como al tratamiento oportuno de las dolencias de acuerdo a las necesidades sin ningún tipo de restricciones socioeconómicas.

El logro de la calidad de la atención es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual.

La literatura internacional ya ha dado cuenta suficiente de los problemas actuales en la prestación de salud. Nos basta mencionar en este sentido los últimos datos reportados en ISQUA. En ellos se identifican estudios que reportan problemas de calidad en casi 15% de los egresos generales y alrededor de un 20% de los egresos de unidades de tratamiento intensivo.

Si bien esta situación se da en países con mayor desarrollo es válido suponer que existe por lo menos la misma magnitud del problema en el resto de los países cualquiera sea su desarrollo.

Dentro de este marco las justificaciones de las inversiones para la mejoría de la calidad surgen tanto del campo de la atención médica para responder adecuadamente a las necesidades del usuario o del económico social para controlar el inadecuado uso de recursos y tecnología.

Si bien estas justificaciones son ya más que suficientes para otorgarles una prioridad a esta actividad nos interesa además agregar otra justificación relacionada con la equidad en salud.

En este sentido, la distinta calidad de atención recibida por la población en relación con su condición económica, social, educacional, cultural y de forma de financiación, es totalmente inaceptable constituyéndose esta desigualdad en uno de los problemas máximos a afrontar en la atención de la salud actual.

Dentro de este marco conceptual es necesario también analizar las estrategias para el logro de la calidad.

Las investigaciones realizadas en ese sentido en donde se relacionan los procesos orientados hacia la calidad y los resultados obtenidos identifican cuatro estrategias fundamentales con relación directa a cambios positivos hacia la calidad. Las mismas se refieren a la capacitación, la autoevaluación, la participación y la gestión estratégica integral.

La necesidad de lograr calidad y eficiencia en la atención de la salud esta justificada por datos de estudios realizados en especial a nivel internacional en donde se demuestra que existen en la mayoría de los establecimientos de salud problemas de prestación de salud y de gestión administrativa que deben ser resueltos a corto plazo.

Para mencionar algunos datos recientes, estudios realizados en USA, indican que se producen alrededor de por lo menos unas 44.000 muertes provocadas como consecuencia de la atención de internación y cerca del 3% de los egresos generales y 20% de los de terapia intensiva tienen algún problema de calidad.

En lo que hace a la eficiencia de los servicios de salud, es decir la relación entre los gastos y/o esfuerzos realizados y las actividades y/o resultados obtenidos, la OPS ha estimado que el nivel de ineficiencia puede estar en alrededor de un 25%. Es decir que, una mejoría de la gestión institucional podría llegar a producir hasta un 25% más de necesidad de mayores recursos.

Una encuesta realizada en los años 90 por la OPS en hospitales y clínicas de Latinoamérica encontró que cerca de 50% de los establecimientos no tenían un sistema

de información mínimo que les permitiera analizar y evaluar su gestión técnico administrativa.

En nuestro país lamentablemente carecemos de datos que evalúen la calidad y la eficiencia del sector pero es válido suponer que nuestra realidad no es diferente a los datos presentados.

Los efectos indeseables derivados de la prestación de atención de la salud, son en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos o muerte. Los estudios realizados en varios países ponen de manifiesto un índice de efectos adversos de entre 3,5% y el 16,6% del número de pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves e incluso la muerte.

Un efecto adverso es “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por profesionales de la salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes” o aquel que “hace referencia al resultado clínico adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo”.

El listado presenta las siguientes condiciones: fallas en equipos o tecnologías: bombas de infusión endovenosa con deficiencia en las válvulas que originan incremento en la dosis del medicamento, en períodos de tiempo corto, desfibriladores con baterías agotadas, carros de paro con medicamentos vencidos, inapropiada programación del ventilador, entre otros; reacciones por transfusiones sanguíneas equivocadas; falta en la adherencia a órdenes médicas (suministro de dietas diferentes de las ordenadas); infecciones nosocomiales (neumonías, infecciones urinarias e infecciones de heridas quirúrgicas, entre otras); factor ambiental (trauma mecánico por caída de cama); error del sitio quirúrgico; cuerpos extraños olvidados en pacientes durante el procedimiento quirúrgico, entre otros.

Al dolor humano que provoca esos efectos adversos, se suman sus repercusiones económicas. Distintos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6.000 y 29.000 millones de dólares estadounidenses.

“Los efectos indeseables de la atención de salud son un problema que afecta a todos y cada uno de los países, hospitales y centros de atención del mundo, desde los médicos y especialistas hasta las enfermeras y los agentes de salud”, ha dicho la Dra. Mirta Roses, Directora Regional de la OMS para las Américas.

La OMS informa de que al menos un 50% del material médico en su conjunto no es de fiar, y de que un 77% de los casos descritos de falsificación o mala calidad de los medicamentos se dan en los países en desarrollo.

Se estima que el 95% de los efectos adversos quedan ocultos por: falta de conciencia de que un error ha ocurrido; miedo a las acciones disciplinarias o denuncias; pérdida de la autoestima; la percepción de que el paciente es indemne al error; los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar; falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué; falta de “feedback” cuando se produce un registro.

Distintos estudios Internacionales como el de Havard Medical Practice Study,

que en 1984 registraba: 30.195 egresos hospitalarios, con 3,7% de incidencia de efectos adversos, 2,6% de discapacidad permanente, 13,6% de mortalidad y 58% de efectos adversos prevenibles; Colorado, UTA, en 1992 con 15.000 egresos hospitalarios, con 2,9% de incidencia de eventos adversos, 8,8% de mortalidad, y 53% de eventos adversos prevenibles.

La calidad del paciente atendido debe ser sistemáticamente evaluada de manera tal, que permita, modificar la planificación de la asistencia sanitaria a fin de eliminar los errores y eventos adversos que se produjeron durante el proceso de atención.

Otro aspecto a considerar es la legibilidad de la Historia Clínica como parte de la calidad. Desde el punto de vista legal, la historia clínica adquiere especial relevancia por cuanto representa un documento que integra la relación contractual entre el médico y su paciente. Tanto lo ininteligible, como lo omitido serán elementos que en su momento pueden ser considerados como no favorables para el médico actuante, aún cuando el tiempo dedicado al paciente, el tratamiento médico o la terapéutica empleada hayan sido inmejorables. Poco valor merecerá como prueba que el paciente haya sido controlado por el médico una o más veces por día, si en la historia clínica no se registran esos controles o no se alcanzan a entender por la calidad de la escritura. En nuestro país, la historia clínica, se encuentra afectada por algunas normas jurídicas dispersas, pero no existe una norma de ámbito nacional con rango de ley que unifique y aporte las soluciones más adecuadas a todos los problemas legales que plantea, tales como: custodia, propiedad, acceso, etc. Tanto la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) como el Centro Especializado para la Normalización y Atención de la Salud (CENAS) consideran que el análisis de las formas de registro, su adecuado contenido y accesibilidad de la historia clínica adquiere su máxima dimensión como un estándar e indicador de calidad de la atención.

Por lo tanto, el sistema de salud, la organización institucional, la investigación y la formación y capacitación de los recursos humanos, deben estar realizados con calidad.

MARCO TEÓRICO:

Las mediciones de trabajo pueden surgir de las relaciones laborales de la organización, de las Condiciones de Trabajo y del Medio Ambiente.

La ergonomía es una disciplina científica cuyo fin es optimizar la interrelación entre los seres humanos y las cosas producidas y utilizadas por ellos.

También llamada ingeniería de los factores humanos, es el estudio de las demandas físicas y cognitivas del trabajo que garanticen un ambiente de trabajo seguro y productivo. La función del especialista en ergonomía es diseñar o mejorar el sitio de trabajo, las estaciones de trabajo, las herramientas, los equipos y los procedimientos de los trabajadores, con el fin de reducir el cansancio, las molestias y las lesiones para lograr objetivos eficientes, personales y de la organización.

Los ergónomos, los ingenieros industriales, los médicos del trabajo y otros profesionales de la salud y seguridad deben trabajar juntos para mejorar el diseño de las labores y de las estaciones de trabajo que tengan características riesgosas o que hayan producido lesiones.

El control de los errores, los movimientos innecesarios, el daño de los materiales

y de las herramientas y la mejoría de la calidad también son objetivos importantes.

Los profesionales de la salud deben buscar oportunidades para visitar zonas de trabajo y evaluar los procedimientos, el equipo y las condiciones de trabajo. Durante estas visitas se deben recordar los conceptos mencionados anteriormente, como así también anotar las áreas y actividades problemáticas para un estudio posterior y un posible rediseño del trabajo.

Una forma de rediseñar trabajos riesgosos e insalubres es reestructurarlos a un nuevo nivel de competencia o de mecanización. Esto puede implicar simplificar el trabajo (reducir su complejidad) o agrandarlo (mayor uso de habilidades o mayor variedad de tareas), en cuyo caso a menudo será necesario recurrir a un ergónomo o a un ingeniero industrial. A estos profesionales deberán preocuparles la salud y la seguridad de los trabajadores, así como su productividad, ya que ambas guardan una estrecha interrelación.

El enfoque ergonómico que se aplica en el sitio de trabajo previene lesiones musculoesqueléticas. Los costos indirectos de estos trastornos, como los salarios del empleado, los costos de la capacitación, la reducción de la productividad y la disminución de la calidad, a menudo son hasta tres o cuatro veces más que los costos directos por gastos médicos, incapacidad y rehabilitación. Las mejoras en el diseño de las estaciones de trabajo y de los procedimientos tienen un periodo de amortización menor de un año cuando se comparan los costos de las intervenciones con los costos totales de los padecimientos musculoesqueléticos.

Mejorar las *Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo* no significa solamente promover la vida y la salud de los trabajadores, *sino también contribuir eficazmente a mejorar la eficiencia de las empresas* (productividad, calidad, costos, plazos de entrega) *y a utilizar más económica y racionalmente los escasos recursos* provenientes de las contribuciones de trabajadores, de empleadores y del sector público al Sistema de Atención Médica.

Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) varían ampliamente según sea el sector o la rama de la actividad económica de que se trate.

La nueva noción de condiciones y medio ambiente de trabajo no surge como fruto de la evolución mecánica y natural de los conocimientos acerca del “hombre en situación de trabajo”. Muy por el contrario, surgió en un momento histórico y es el resultado de diversos factores que concurren para acelerar esta transición.

En primer término, hay que mencionar la toma de conciencia que se ha ido produciendo entre los interlocutores sociales acerca del valor que tiene la vida y la salud de los trabajadores, como también los efectos que tienen sobre ellas las condiciones y medio ambiente de trabajo. En la clase trabajadora esto es más evidente en el seno de las organizaciones sindicales, muy probablemente por la proximidad de los trabajadores involucrados. En el sector empresarial, son cada vez más los jefes de empresas y altos ejecutivos que han visto los efectos económicos negativos que tienen las pobres condiciones de medio ambiente de trabajo, como también los conflictos laborales, que pueden darse en las mismas, mientras que el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo va siendo reconocido como la condición necesaria para mejorar la calidad, incrementar la productividad, reducir el ausentismo y la rotación.

En segundo término, las luchas sociales se han transformado, desde la

emergencia de la actual crisis económica internacional, para dar lugar, al lado de las clásicas reivindicaciones en materia salarial y para defender el nivel de empleo, a la preocupación acerca de los diversos factores que conforman las condiciones y medio ambiente de trabajo, las cuales en última instancia dependen no sólo de la calidad de vida de trabajo, sino también el nivel de remuneración y de empleo. La crisis económica por la que nuestro país atraviesa por décadas, han hecho que en el medio empresarial argentino, se produzca una gran resistencia para asignar una mayor cantidad de tiempo y de recursos destinados al mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Muy por el contrario, el incremento de las horas extraordinarias, la continuidad de las primas por riesgo, la permanencia de las tareas insalubres o peligrosas, la precarización del empleo (el trabajo temporario, la subcontratación), los premios por asistencia (presentismo), los salarios pagados “en negro”, los sistemas de remuneración según el rendimiento y otros factores de la misma naturaleza, han sido los resultantes de los efectos combinados del incremento de la desocupación y de deterioro de los salarios reales, verdaderos problemas que tienen que soportar la clase trabajadora argentina. Esta situación explica la prolongación de la vida laboral activa de quienes estarían en condiciones de gozar de los beneficios de la jubilación en el caso de que sus remuneraciones les permitieran cubrir sus necesidades esenciales. Por consiguiente, a más de 100 años de que el movimiento obrero luchara internacionalmente por las 8 horas de trabajo, la crisis pone de relieve, que la reivindicación sobre ésta y otras dimensiones de las condiciones y medio ambiente de trabajo, siguen estando en vigencia si se procura “humanizar el trabajo”, tal como sostiene en sus propuestas la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En tercer lugar, las investigaciones científicas, sobre los problemas laborales desarrolladas en los principales centros académicos del mundo, han constatado empíricamente que los enfoques tradicionales van agotando progresivamente sus posibilidades de explicar la compleja realidad del mundo del trabajo. Por consiguiente se proponen, en contrapartida, nuevos enfoques que, sin restarle la importancia que tienen la seguridad, higiene y medicina del trabajo, sitúan esas variables en un contexto más amplio, y establecen la estrecha relación existente entre la seguridad y la organización del trabajo, señalan sus inter-relaciones con los demás factores y postulan la necesidad de enfoques globales, integrados y multidisciplinarios. Si había en nuestro país anteriormente algunas reticencias frente a la lenta pero irreversible tendencia constatada a nivel mundial, éstas han perdido fuerza ante los frutos obtenidos por el esfuerzo conjunto de trabajadores, de empleadores innovadores, y de científicos sociales, médicos del trabajo, psicólogos del trabajo, ingenieros de higiene y seguridad y ergónomos. La mejor prueba de esto está dada, por la calidad de los resultados obtenidos por los investigadores en materia de conocimientos y de experiencias desde las distintas disciplinas científicas y formando parte de equipos de investigación, que se han abocado al estudio de las condiciones y medio ambiente de trabajo en nuestro país.

En cuarto lugar, recientemente el cuidado de la salud se ha convertido en una práctica insalubre en forma creciente para la integridad moral del médico y también, para los pacientes y el progreso de la medicina. El estrés laboral es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad actual, fenómeno que se manifiesta tanto a nivel individual como organizacional.

Fue el psicólogo clínico familiar, Herbert J. Freudenberger, en el año 1974 quien emplea por primera vez el término de síndrome de Burn-Out en el ámbito de la salud, aludiendo a un tipo especial de estrés laboral e institucional generado específicamente por aquellas profesiones de ayuda y servicio social en las que existe una relación constante y directa con otras personas que son los beneficiarios directos de su acción profesional. Lo define al Síndrome de Burn-Out diciendo “.....sentirse usado o exhausto debido a excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales. Estado de fatiga y frustración que es el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida o relación que fracasó en producir la recompensa esperada”. Sin embargo Christina Maslach, psicóloga social, en 1982 define el síndrome de manera más precisa, además de crear las bases para un test que permite evaluar el grado de afectación personal de salud.

Los fenómenos de violencia laboral no son nuevos, pero adoptan en nuestro medio una vigencia mayor, debido, a la coyuntura actual de nuestro contexto sociocultural.

La Organización Internacional del Trabajo destaca que la violencia en el ámbito laboral sea física, moral o psicológica, viene creciendo, según los casos registrados, y ha alcanzado niveles preocupantes tanto en la frecuencia de las conductas violentas cuanto en sus consecuencias devastadoras sobre las víctimas directas y sobre la sociedad en su conjunto, con pérdida de fuerza de trabajo y de población activa, aumento del gasto público y un importante efecto colateral sobre la industria y la economía del país.

La Organización Mundial de la Salud, desde 1996, ha considerado la violencia una prioridad de salud pública, entendiendo que pronto superaría a las enfermedades infecciosas como causa principal de morbilidad y mortalidad prematura en el nivel mundial.

En el acoso laboral (utilizándose en el trabajo indistintamente el término mobbing), es interesante la descripción del rol que juegan los actores sociales, la propia víctima, el Estado y, finalmente la justicia en la consideración del mobbing como riesgo laboral y en el análisis de cómo inciden las conductas de los protagonistas en la estimación del daño consecuente del mobbing y su alternativa de resarcimiento.

Distintos autores han publicado importantes aportes sobre el acoso laboral, desde su multiplicidad terminológica, su historia y origen, diferenciación y consecuencias para las distintas partes involucradas, pero es desde la negociación y partiendo de la calificación de mobbing como divergencia o conflicto laboral, permiten la gestión adecuada del mobbing.

En Suecia en 1986, el psicólogo Heinz Leymann definió mobbing o terror psicológico en el ámbito laboral como la comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y activamente mantenido en ella, durante largo tiempo y de manera frecuente.

A inicios del año 2001, la población afectada por acoso laboral en todo el continente europeo se cifraba en 13 millones de personas, que representaba el 8,1% de la población activa.

También en una investigación realizada sobre suicidios ocurridos en Suecia durante 1986, surgió que entre 100 y 300 de estos suicidios habían tenido un origen en

hechos de mobbing, lo que equivale a sostener que el suicidio es de dos hasta cinco veces mayor que las muertes por accidentes laborales.

Por lo tanto el síndrome de Burn-Out como el mobbing, son importantes para las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Las modernas escuelas de pensamiento económico cuestionan las tradicionales formas de analizar el trabajo humano, y han puesto de manifiesto que es posible reflexionar teóricamente sobre los problemas económicos a partir del proceso de trabajo. Este es uno de los principales méritos de la Teoría de la Regulación, que articula la micro y la macro economía apoyándose en la relaciones existentes entre el proceso de trabajo y la acumulación del capital.

Desgraciadamente, en la situación actual, la mentalidad predominante y la crisis condicionan fuertemente a los empresarios, públicos y privados, para que posterguen acciones con el fin de mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo hasta que llegue el momento en que vuelva a obtenerse una mejora en la tasa de ganancias. La acción sindical y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, han tenido influencia para crear mayor conciencia y plantear el problema en otros términos: el mejoramiento de las condiciones de trabajo, la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la humanización del trabajo no son la causa sistemática de la quiebra de empresas. Muy por el contrario, del mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo van a depender no solamente la vida y la salud de los trabajadores, sino también la mejor marcha de las empresas.

Se debe reconocer el esfuerzo realizado por la Organización Internacional del Trabajo que en 1976 lanzó el “Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones de Trabajo”, cuyos objetivos y métodos de acción han sido aceptados y desarrollados por los responsables de las asociaciones de empleadores y de trabajadores, y puesto en práctica con el impulso del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de los países donde imperan gobiernos elegidos democráticamente y que tienen orientaciones progresistas.

Esta noción se viene consolidando en nuestro medio desde 1984, gracias al esfuerzo de investigadores y técnicos del Centro de Estudios e Investigaciones Laborales del CONICET y por funcionarios de la Dirección Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo, potenciado hoy en día por los responsables de organizaciones empresariales y sindicales, como también por profesionales y técnicos de las distintas áreas de trabajo.

En 1976, la OIT (Organización Internacional del Trabajo) encomendó a distintas Instituciones a cooperar técnicamente en la preparación y ejecución de la Misiones del Programa Internacional para el mejoramiento de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en América Latina. La reflexión continuó en el seno del Grupo de Trabajo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), desde que se promovió en 1977, para estimular la confrontación académica de investigadores latinoamericanos provenientes de diversas disciplinas de las “ciencias sociales del trabajo”.

El ingreso de varios investigadores primero al Recherche et Planificación de la Universidad de Grenoble II y luego al Centre de Recherche et Documentation sur l' Amerique Latine (CREDAL, Unidad Asociada al CNRS francés), fueron decisivos para identificar al proceso de trabajo como principal determinante de las condiciones y medio ambiente de trabajo y para poner atención al contenido y a la organización del

trabajo.

Una vez reiniciada la vigencia de la Constitución Nacional, creó las condiciones para que el Equipo de investigación sobre el Empleo, las Condiciones y la Organización del Trabajo (ERECOTAL del CREDAL), y el Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL del CONICET) iniciaran un programa conjunto de investigadores, de intercambio y de cooperación sobre el tema de las condiciones y medio ambiente de trabajo en la Argentina. Investigadores del CONICET, junto con la Dirección Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo tuvo a cargo la confección del “Pre-diagnóstico de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en Argentina”, contando con el apoyo del PLACT (Programa Internacional para el mejoramiento de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo) de la OIT, que centró la reflexión sobre la salud de los trabajadores y obligó a pensar los problemas desde el contexto económico-social.

La participación en los Seminarios Nacionales Tripartitos, permitió hacer la confrontación de la coherencia, la viabilidad operativa y la fuerza movilizadora de la concepción renovadora de las CyMAT frente a la experiencia y las vivencias de los interlocutores sociales.

En el año 1985-88, se realizaron Proyectos de Investigación y Desarrollo (PID) que el CONICET, encomendó a varios investigadores. Dichos PID estuvieron a cargo de un equipo multidisciplinario de investigación que constituyeron el Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL), bajo la denominación “Proceso de Trabajo, Nuevas Tecnologías Informatizadas y Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo”.

Posteriormente numerosos cursos y seminarios, fueron mejorando esta temática, sobre todo en la Federación de Obreros y Empleados Telefónicos de la República Argentina, la Asociación Bancaria, la Unión de Personal Civil de la Nación, etc.

Esta temática en instituciones de Salud, como en un Centro de Primer Nivel de Atención no ha sido abordada. Por consiguiente es una oportunidad para implementar nuevas formas de prevención en dicha institución.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en un Centro de Salud de Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar Factores de Riesgo en el medio ambiente y condiciones de trabajo.
- Proponer medidas correctivas en las condiciones y medio ambiente de trabajo.
- Realizar propuestas de prevención.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Se plantea entonces como hipótesis de trabajo, que es posible la reducción y eliminación de factores de riesgo del medio ambiente y condiciones de trabajo, mediante la utilización de distintas medidas de prevención.

MATERIAL Y MÉTODO:

La presente investigación se desarrollará en el Centro de Primer Nivel de Salud N° 8 de Altos de San Lorenzo, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Pretende ser un tipo de estudio observacional descriptivo, basado en los datos habitualmente disponibles u obtenidos en dicha institución de salud.

Se utilizarán herramientas de investigación, como la observación de tipo sistemática, participante natural y de campo; entrevistas con los distintos informantes claves (referentes institucionales), como el Jefe del Centro de Salud, y la médica generalista entre otros, una de las cuales será no estructurada focalizada y otra no dirigida, a cada uno de estos referentes nombrados. Para preparar las mismas se tendrán en cuenta distintas pautas culturales institucionales, y así lograr el mayor éxito posible; también se utilizará la encuesta de (CyMAT) modificada para un Centro de Atención Primaria, así como la Tormenta de ideas o “Brainstorming” y el Diagrama de Causa o Efecto (o de Ishikawa).

Se identificarán los factores de riesgo del trabajo, se analizará el proceso de trabajo, y se aplicarán en algunos casos intervenciones, esperando retroalimentación para evaluar la efectividad de las acciones realizadas.

Los resultados serán evaluados con entrevistas no estructuradas a los distintos integrantes del equipo de salud y a una muestra de población del área, determinando el impacto logrado.

Se tendrán en cuenta las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT), desde una perspectiva ergonómica.

Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) en este caso están dadas en un Centro de Salud de primer nivel, donde se lleva a cabo el proceso de trabajo.

Por lo tanto se pretende identificar los problemas, buscar racionalmente sus múltiples causas, tomar conciencia y asumir responsabilidades para participar a nivel del establecimiento y del puesto de trabajo en la eliminación, reducción o control de riesgos ocupacionales mediante acciones de prevención.

Para analizar esta problemática se propone una clasificación de los riesgos según su naturaleza. Nos referimos a los riesgos físicos, químicos y biológicos del medio ambiente de trabajo así como los factores tecnológicos de seguridad y a los derivados de catástrofes naturales y de desequilibrios ecológicos.

También se pondrá énfasis en los efectos negativos del trabajo y sus implicancias.

RESULTADO ESPERADO:

Identificar y mejorar las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo del personal del Centro de Salud N° 8 de Atención Primaria de la Salud.

Además se establecerán propuestas de prevención que permitirán mejorar las CyMAT, como la satisfacción del paciente, y del cliente interno.

Del mismo modo el personal estará más capacitado, ya que el hecho de trabajar y discutir las condiciones y medio ambiente de trabajo facilitará la comprensión de

dicha problemática y a su vez se reducirán los efectos negativos del trabajo.

También se espera obtener mejoras cualitativas, de las cuales una de la más importante quizás sea un mayor espíritu de trabajo colectivo entre el personal del Centro. Muchos de los miembros del equipo de salud se sentarán juntos para discutir los problemas y las distintas maneras para mejorar el trabajo.

CAPITULO I

A. La Concepción Tradicional y La Concepción Renovadora.

Cuando se plantean las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) es importante tener en cuenta primeramente la “*Concepción Tradicional*” para luego si abordar la “*Concepción Renovadora*”. (1)

La “*Concepción Tradicional*”, ha centrado la atención en los problemas de “*Higiene y Seguridad en el Trabajo*” y secundariamente en la “*Medicina del Trabajo*”. Desde esta concepción solo tiene en cuenta una pequeña parte del iceberg, y no una visión global. Es importante considerar a todos los demás factores que constituyen el medio ambiente y las condiciones de trabajo.

Se considera como “*unidad de análisis a la empresa u organización*”, es decir que se situó casi exclusivamente a nivel microeconómico o microsocial. Esto no toma en cuenta al contexto socio-económico dentro del cual funcionan las mismas empresas y organizaciones.

La atención está puesta exclusivamente en el “*análisis de la situación presente*”. No toma en cuenta los condicionantes históricos que dan origen a la actual situación. Muchas veces tener en cuenta la evolución histórica de los riesgos y de los daños, significa reconocer la “*memoria colectiva*” encarnada en los trabajadores, como garantía para que en el futuro no se repitan los errores del pasado.

Es una visión reduccionista, ya que considera a los trabajadores, “*como una simple fuerza física de trabajo*” o sea un cuerpo con su dimensión biológica, desconociendo sus dimensiones relacionales, afectivas y cognitivas, ignorando importantes aspectos como la carga psíquica y mental del trabajo.

Le cuesta superar un “*análisis parcializado e individualizado de cada uno de los riesgos profesionales*” y hacer un esfuerzo de integración, ver sus inter-relaciones, situando su importancia relativa respecto del conjunto para establecer prioridades dentro de una visión global y totalizadora. Se mira cada uno de los riesgos por separado, por ejemplo calor, ruido, etc., pero no mira todo esto en su conjunto.

Existe un “*trabajador promedio*”, una especie de arquetipo que sirve como unidad de medida para determinar experimentalmente los “*máximos admisibles de concentración*” y “*los tiempos máximos de exposición a los riesgos*”. Una cosa es la teoría y otra la realidad, por ejemplo una prenda o vestimenta está pensada para un promedio, pero hay diferencias; no hay un trabajo igual, son todos diferentes. (Biodiversidad). Eso es lo que estudian los ergónomos. No siempre se hace solo lo que está previsto en el trabajo, a veces se hace más de lo que está prescripto o indicado.

La existencia de la “*fatiga, de sufrimientos, de problemas de salud, de enfermedades y accidentes de trabajo*”, que pueden llevar a la muerte, ha generado una gran insatisfacción e incluso rechazo al trabajo, “*dando lugar a la afirmación de que el trabajo, es simplemente un deber, una triste obligación social, un castigo impuesto a la humanidad*”, en virtud de la “*culpa original*”.

(1) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987). ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.13 a 21.

El “ganaras el pan con el sudor de tu frente”, o sea con el precio de la fatiga, es como si los riesgos profesionales para la vida y la salud de los trabajadores fueran indisociables e inherentes al trabajo mismo.

Desde esta visión tradicional, en “*caso de accidente*”, la primera causa y “*la responsabilidad principal se busca al nivel de los propios trabajadores*” que han sido las víctimas por “descuidos, distracciones, poca responsabilidad, falta de educación y de instrucción, el rechazo a las normas de prevención, etc.. Se aplica la “Teoría del factor humano”, (actos inseguros, propensión al accidente, conduce a la culpabilización de la víctima). Se busca al culpable en vez de buscar la causa, para que el accidente no se vuelva a repetir, y en general se piensa en una sola causa. Muchas veces en vez de buscar la causa, se busca un responsable.

Esta concepción, está fuertemente impregnada por el “*liberalismo*” y el “*individualismo*” del siglo XIX, esta visión desconoce la existencia de un “*colectivo de trabajo*”. El trabajo se analiza como un “fenómeno individual”.

La salud es considerada como “*una mercancía*”, incorporada a la fuerza de trabajo, y como tal tiene precio. Cambia salud por dinero: primas por riesgo, primas por trabajo peligroso, insalubre, sucio o desagradable, premios por presentismo, indemnización-reparación, etc.

“*Las consecuencias de los problemas laborales son analizados por cada especialista en forma individual y según su propia óptica profesional*” (ingenieros, médicos, economistas, psicólogos, ergónomos, antropólogos, abogados, sociólogos, etc.). Esto no es así, y debería trabajarse interdisciplinariamente y multidisciplinariamente. El hombre en situación de trabajo es objeto de estudio de diversas disciplinas. Cada una tiene un enfoque parcial, reduccionista y según su propia perspectiva. (“La Concepción Tradicional”, Dr. Julio César Neffa, y ot. Investigadores del CEIL-CONICET).

Esta concepción tradicional es aún predominante y perdura por múltiples causas. Por lo tanto no tenemos que conformarnos con hacer una crítica a los enfoques negativos tradicionales, sino que es preciso avanzar y hacer los cambios necesarios para cambiar esta propuesta.

En contraposición a esta visión está la “**Concepción Renovadora**” (2), y desde esta perspectiva el trabajo es una actividad “*fundamentalmente humana*” (el trabajo no es un castigo), contrariamente a ciertas interpretaciones tradicionales de textos de significación religiosa. El trabajo hace al hombre, y el hombre hace al trabajo. El trabajo es una actividad humana, que requiere esfuerzo y por consiguiente es productora de fatiga, orientada a una finalidad, destinada a dominar las fuerzas de la naturaleza para extraer de ella los bienes o los objetos con los cuales es posible generar la producción de bienes y servicios.

Es una “*actividad social*”: porque del trabajo depende nuestra vida familiar, nuestra recreación, la relación con nuestros amigos y la comunidad, etc. Es una “*actividad cultural*”: porque a través del trabajo, el hombre se realiza como ser humano y transforma la naturaleza desarrollando sus capacidades. Es una “*actividad económica*”: porque con el trabajo se producen los bienes y servicios que necesitamos para vivir y desarrollarnos. El trabajo proporciona el ingreso que permite al ser humano ganar el sustento para el y su familia. Por lo tanto el trabajo no es un castigo.

(2) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987). ¿Qué son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.23 a 48.

“*No somos todos iguales*”, los seres humanos somos heterogéneos: tenemos distinto sexo y edad, diferentes dimensiones corporales, hemos nacido y vivido en distintos lugares, tenemos diferentes experiencias y expectativas, y más aún, en distintos momentos de la jornada laboral, cada uno de nosotros tiene diferente capacidad de trabajo, de resistencia y de adaptación.

“*Nada mejor que escuchar a los trabajadores para saber de qué manera los riesgos afectan sus vidas y su salud*”. Para describir cómo repercuten las CyMAT sobre los trabajadores, tanto en forma individual como colectiva, no solo es necesario medir los factores de riesgo del medio ambiente, sino que es fundamental escuchar la opinión de los trabajadores (dimensión subjetiva de las CyMAT), para completar la visión. Las condiciones y medio ambiente de trabajo deben ser analizadas prestando atención sus dos dimensiones: objetivas y subjetivas. Hasta hace poco, la atención de los especialistas estaba centrada en forma exclusiva sobre los aspectos “objetivos”, susceptibles de una clara identificación, medibles cuantitativamente y por lo tanto comparables con las normas mencionadas: valores límites de exposición, máximos admisibles de concentración o tiempos límites máximos de exposición. Estas mediciones están a cargo de profesionales que efectúan sus tareas utilizando equipos, a veces sofisticados, pero sin tomar en cuenta la opinión de los trabajadores. Pero los estudios científicos y las reivindicaciones de las organizaciones sindicales innovadoras, han puesto de manifiesto la necesidad de considerar las dimensiones subjetivas de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

“*Las CyMAT cambian permanentemente a través del tiempo y por eso constantemente debemos evaluarlas y mejorarlas*”. La realidad política, económica y social de un país cambia permanentemente (programas económicos, comisiones paritarias, etc.). La realidad interna de los establecimientos también cambia (la incorporación de nuevas tecnologías, el cambio en la organización del trabajo, cambio de turnos, mejora en los productos, etc.). Entonces como consecuencia, el proceso de trabajo también se modifica y con él las CyMAT. Tienen un carácter esencialmente dinámico.

“*El trabajo no es un fenómeno individual. Existe el colectivo de trabajo*”. El trabajo es una actividad social. A través de él, los trabajadores se relacionan, forman grupos, establecen vínculos, creando reglas de oficio, o ideologías defensivas, frente a los riesgos a los que están expuestos, constituyendo de esta manera lo que denominamos un colectivo de trabajo. Las CyMAT afectan al colectivo de trabajo. Cada fuente de riesgo no afecta solo a un trabajador, sino a todo el colectivo de trabajo. Por ello decimos que lo correcto es siempre tender a eliminar, reducir o controlar la fuente de riesgo. Así por ejemplo, cuando en el medio ambiente de trabajo hay productos tóxicos pueden buscarse varias soluciones alternativas de carácter correctivo: sustituir los productos tóxicos por otros que no lo sean, cambiar el proceso productivo cuando ello sea posible, utilizar respiradores o máscaras, etc.

“*Trabajo y riesgo no son sinónimos*”. La prevención es posible. El trabajo no implica necesariamente un riesgo. Los riesgos laborales son la consecuencia de las malas CyMAT. La prevención debe convertirse en una realidad. Se debe dotar a las empresas (o lugares de trabajo) de equipos y personal para hacer frente a los primeros auxilios de las personas accidentadas, efectuar contratos con empresas aseguradoras, para hacer menos onerosa la emergencia de los accidentes de trabajo y para dotar a los trabajadores con equipos de protección individual. La paradoja consiste en que incluso

el cálculo económico racional puede demostrar que a mediano y largo plazo los costos de prevención, incluyendo la ergonomía, son mucho menores que los que requieren la reparación y los resultantes de los costos directos e indirectos de riesgos profesionales.

“La salud no se vende, se defiende”. La salud de los trabajadores es importante para la empresa, porque si no incrementará sus gastos. La salud no es una mercancía. Los trabajadores argentinos han acuñado un lema “la salud no se negocia”.

“Los trabajadores son víctimas”. Los accidentes se producen esencialmente por falta de prevención. El elevado ritmo de trabajo, los malos diseños de maquinarias y herramientas, falta de formación e información son entre otros, factores fundamentales que están en el origen de los accidentes. Todo esto se puede evitar a través de la prevención. Si bien las razones legales y normas éticas asignan a los empleadores la responsabilidad de eliminar, reducir o prevenir los riesgos, el cumplimiento de los mismos depende de la participación protagónica de los trabajadores.

“Los trabajadores no son sus propios verdugos, porque aman la vida y merecen disfrutarla”. No existe en los trabajadores una verdadera propensión al accidente. Ellos también quieren vivir y tener buena salud, para poder trabajar y disfrutar de la vida con su familia y amigos.

“Las causas de los accidentes son múltiples y complejas”. A veces no existe una sola causa, y tampoco son tan sencillas. No se puede centrar la investigación de los accidentes solamente en el “factor humano”. La investigación de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, debe partir del análisis de los riesgos presentes en los tres elementos del proceso de trabajo: los medios de trabajo (instalaciones, maquinarias, equipos, herramientas, procesos productivos), los objetos de trabajo (las materias primas, insumos intermedios, productos complementarios, etc.) y el trabajo humano (con sus características heterogéneas). Existe un método de análisis de los accidentes denominado “árbol de causas” que fue desarrollado por el “Institut National de Recherche en Sécurité” (INRS); éste pone de manifiesto que partiendo del accidente y reflexionando retrospectivamente se constata la existencia de múltiples causas. Por lo tanto es importante adoptar políticas globales de prevención.

“Es necesario tener una visión global, integrada y multidisciplinaria”. Los trabajadores en situación de trabajo, pueden ser afectados por uno o varios riesgos a la vez. Los riesgos cuando están presentes simultáneamente tienden a multiplicar o potenciar sus efectos. Los riesgos actúan sobre las tres dimensiones bio-psico-social.

“Las buenas CyMAT facilitan el equilibrio necesario para preservar la salud del trabajador”.

“También las buenas CyMAT mejoran la eficiencia de la empresa u organización”. Cuando la empresa mejora sus CyMAT se reducen los costos directos, y los indirectos (provocados por los riesgos, los accidentes y enfermedades profesionales, etc.).

Para nuestro análisis tomaremos esta última *“Concepción Renovadora”* por considerarla más acertada, y con un impronete superador.

A continuación es importante tener en cuenta los factores que influyen desde esta perspectiva por una parte en la noción de medio ambiente de trabajo y por otra parte en la noción de condiciones de trabajo.

Las inter-relaciones que se generan entre los factores del contexto macro socio-económico (factores estructurales, formas institucionales y condiciones generales de vida) y las características específicas de las empresas u organizaciones (su naturaleza, la dimensión, el tipo de producto, la estructura organizativa, las relaciones de trabajo, el

volumen de la producción y su posición en el mercado) van a determinar en un momento histórico dado y en una formación económico-social específica, la modalidad de “*proceso de trabajo*” predominante en dichas unidades económicas, teniendo en cuenta las relaciones sociales. (3)

(3) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987). ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.57.

CAPITULO II

B. Factores a nivel “Macro” y “Micro” Social.

Siguiendo esta línea de trabajo, haremos un breve análisis de los Factores a nivel “Macrosocial” y “Microsocial” (empresas u organizaciones), antes de entrar de lleno en un efector de Salud (Centro de Salud de Atención Primaria) y realizar su descripción, identificación de riesgos y propuestas de prevención.

Hay varios conjuntos de factores a nivel macro-económico y macro social, que van a determinar o condicionar la lógica de funcionamiento y las estructuras de las empresas u organizaciones, las cuales a su vez ejercerán una influencia sobre el contexto en la que actúan.

Los **Factores a nivel “Macrosocial”** (4) se pueden agrupar en tres grupos de variables:

1. Factores estructurales.
2. Las formas institucionales.
3. Las condiciones generales de vida.

Estos factores actúan de manera combinada y sinérgicamente.

1. Factores estructurales:

Estos se comportan como variables “independientes” y dan lugar a ciertas regularidades económicas.

Podemos citar los siguientes:

a) *La lógica de producción y de acumulación del capital derivada del modo de producción dominante:*

En cada formación social existe un régimen particular y dominante de acumulación de capital, el cual puede ser de carácter extensivo o intensivo, o sea que puede basarse en un consumo restrictivo y limitado o en un consumo de masas.

b) *Las formas de organización de la actividad económica:*

De esta forma, el peso relativo de las actividades de auto-subsistencia, de la pequeña producción mercantil, de la administración pública, de las grandes plantaciones, haciendas o estancias tradicionales, de las empresas públicas, etc., van a señalar los límites y posibilidades para cualquier política de mejoramiento de las CyMAT.

Hay heterogeneidad de organización. Hay formas de organizar la administración pública, las cooperativas, las empresas recuperadas por los trabajadores, las de pequeña producción agraria, etc.

(4) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987). ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.49 a 53.

c) La estructura del sistema productivo nacional:

Depende de la distribución de la producción por sectores, ramas de actividad y regiones geo-económicas, así como su inserción dentro de la división internacional del trabajo. De dicha estructura resulta la naturaleza de los productos, el volumen y proporción de la producción, que se destinará al mercado interno y al mercado internacional.

Hay una división del trabajo. Según la población económicamente activa. La Argentina hoy es un país primario exportador de petróleo, gas, soja, maderas, etc. La división del trabajo está dada por minería, comunicaciones, ganadería, petroleros, bancarios, etc.

d) El sistema político y la relación de fuerzas entre las clases o grupos sociales:

Se traduce en el esquema de poder, el cual debe ser compatible con la continuidad del régimen de acumulación de capital y su reproducción.

En un gobierno dictatorial es difícil una política progresista, ya que no se pone énfasis en la prevención. Hoy en día las ART (Aseguradoras de Riesgo de Trabajo) no hacen planes preventivos.

2. Las formas institucionales:

Hay otro grupo de variables pero de carácter interviniente o intermedio, que están directamente relacionados con los factores estructurales antes mencionados y que adoptan la modalidad de “formas institucionales”. Estas a su vez, actúan sobre los mencionados factores estructurales que están en el origen de las regularidades económicas.

Las más importantes son las siguientes:

a) La estructura y el funcionamiento del mercado de fuerza de trabajo:

Tiene que ver con el nivel del empleo y las modalidades del desempleo y del subempleo.

Al haber más desempleo, hay un cambio en el trabajo (y el trabajador se adapta más a la empresa). El trabajo en malas condiciones es aceptado por una cuestión de supervivencia (por el gran desempleo). Las reivindicaciones salariales son pocas.

b) Las normas de derecho del trabajo en materia de CyMAT:

Para el cumplimiento y promoción de las distintas normas en nuestro país, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, es el encargado de las mismas.

La ley de trabajo está para reformarla. Las ART hacen poca prevención. Es importante cambiar la legislación en esta materia.

c) Los niveles de remuneraciones directas de los asalariados por una parte, y la distribución funcional de los ingresos por la otra:

En virtud de esto, se van a establecer las normas del consumo.
Aún mejorando los empleos, no mejoró el salario, por el impacto de la devaluación.

d) El sistema de seguridad social y las obras sociales:

Tiene en cuenta las disposiciones en materia de prevención y de reparación de los riesgos y daños profesionales, fruto de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

No hay muchas clínicas dentro de las obras sociales. Hay mucho que hacer en este aspecto.

e) El sistema de relaciones de trabajo:

Se refiere a la libertad sindical para asociarse y el derecho para negociar colectivamente, ya sea a nivel de la rama de actividad como al nivel de las empresas o establecimientos.

f) Las orientaciones ideológicas, las estructuras y las estrategias de organizaciones profesionales:

Es importante tener en cuenta que opinión tienen los sindicatos sobre el tema, las cámaras de comercio, etc.

Con frecuencia se constatan grandes diferencias entre los sindicatos y los empleadores acerca de la identificación de los riesgos, sus causas, la prioridad, y la urgencia que se otorga a los problemas de condiciones y medio ambiente de trabajo y a las acciones para su mejoramiento. Esto en parte se debe a los distintos intereses de los actores sociales.

3. Las Condiciones Generales de vida:

Son otro elemento macro. Cabe recordar que las condiciones de vida ejercen una influencia creciente sobre las CyMAT, las cuales por su parte retroalimentaran el proceso señalando posibilidades y límites.

Las condiciones generales de vida van a determinar en que condiciones se efectuará la reproducción de la fuerza de trabajo.

Dependen de:

a) Remuneraciones directas:

- Salarios reales.
- Participación de los asalariados en la distribución del ingreso.
- Etc.

b) *Remuneraciones indirectas:*

- Seguridad Social.
- Beneficios Sociales.
- Previsión Social.
- Obras Sociales.
- Etc.

c) *Factores que se refieren al grado de satisfacción de las necesidades esenciales:*

- Alimentación.
- Salud.
- Vestido.
- Educación.
- Cultura y Recreación.
- Vivienda.
- Hábitat (Acceso a servicios de electricidad, agua, gas, etc.).

En periodos de crecimiento económico regular y acelerado, las condiciones generales de vida y las condiciones y medio ambiente de trabajo están estrechamente ligadas, esta relación se hace aún más estrecha en momentos de grave crisis económica, como ocurre en nuestro país actualmente.

El olvido o el rechazo de estos tres conjuntos de factores que juegan un papel importante a nivel macro económico y social, constituye un obstáculo para entender todos los determinantes y condicionantes de las CyMAT, que juegan a nivel de las organizaciones y empresas, como sobre el propio puesto de trabajo.

Estos factores, darán lugar a la fatiga, las enfermedades profesionales o inespecíficas pero relacionadas con el trabajo, a los accidentes de trabajo y hasta la muerte, *según sean las respectivas capacidades de adaptación y resistencia* a dichos factores de riesgo.

Este marco contextual es propio de cada formación económico-social, difiere muy sensiblemente entre los países, dentro de un mismo país y evoluciona con el correr del tiempo. (5)

Los factores estructurales creadores de *regularidades económicas* y las formas institucionales que actúan como *variables intermedias o intervinientes*, así como las condiciones generales de vida, si bien **no van a determinar directa o inmediatamente** las condiciones y medio ambiente de trabajo, **las condicionan fuertemente**.

(5) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987). ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.54.

Como *Factores a nivel “Microsocial”, en establecimientos de las empresas u organizaciones tenemos:* ⁽⁶⁾

1.- *La naturaleza jurídica del capital:*

- Privado nacional.
- Público.
- Cooperativo.
- Transnacional.

O la “Posición institucional” del organismo, en el caso de un establecimiento administrativo del sector público.

Estos son los factores que van a explicar, la lógica de la producción y de acumulación de capital, y por otro lado el grado de autonomía o de dependencia para formular objetivos y adoptar decisiones en materia de CyMAT.

2.- *La dimensión de las empresas u organizaciones:*

- Pequeña empresa.
- Mediana empresa.
- Gran empresa.

Medidas según el número de trabajadores asalariados, juega una influencia que es directamente proporcional para poner en marcha mecanismos participativos y acciones de prevención, contando con mayores o menores recursos humanos y materiales.

Es muchas veces por ello que en las pequeñas y medianas empresas, las CyMAT, difieren mucho, si se las compara con las de gran dimensión.

En este último caso el mejoramiento de las CyMAT, podría lograrse organizando Comités Mixtos de Higiene y Seguridad y Condiciones de Trabajo que actuaran a nivel de la región o localidad, involucrando a las pequeñas y medianas empresas, y agruparlas según homogeneidad.

3.- *La estructura de la empresa u organización:*

- Cómo están Organizadas.
- Grado de Autonomía o Asociación.
- Niveles de Autoridad.
- Proceso mediante el cual se adoptan decisiones.
- Manera que ejercen su poder los supervisores y mandos medios sobre los trabajadores.

(6) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987)¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.54 a 56.

Todos estos son elementos importantes, para identificar riesgos, y así formular programas de prevención, como así también evaluar su cumplimiento.

4.- El sistema de relaciones de trabajo dentro de la empresa u organización:

- Existencia o no de Comisión Sindical Interna.
- Trabajadores y sus Representantes, tienen derecho a:
 - Información.
 - A la formación.
 - A ser consultados.
 - Participar en la adopción de decisiones.

Muchas veces las normas legales no prevén la constitución de Comités Mixtos para la prevención de riesgos y para el mejoramiento de las CyMAT, pero se pueden constituir en virtud de los Convenios Colectivos o por acuerdo de partes.

5.- La naturaleza del producto generado o del servicio prestado, así como el volumen de la producción:

Tienen un valor decisivo, puesto que para lograrlo es necesario contar con:

- Objetos de trabajo.
- Medios de trabajo.
- Tecnologías apropiadas.
- Cierta organización de la producción.

De todo lo cual surgen los riesgos del medio ambiente de trabajo.

6.- El estado y los resultados económicos y financieros de la empresa y su posición en el mercado:

- Tasa de ganancias.

En algunos casos las CyMAT se deterioran porque los empresarios no desean o no pueden hacer inversiones que implicarían ciertos costos, mientras que en todos los otros casos el mejoramiento de las CyMAT es la condición necesaria para mejorar la productividad, reducir costos, mejorar la calidad, etc.

7.- Tipo de tecnología utilizada:

La misma está relacionada con los factores antes mencionados y su configuración, en cuanto a maquinaria y equipos, así como a materias primas y organización de la producción, dependerá del tipo de producto y del proceso de producción elegido.

Por otro lado, los factores del medio ambiente como las condiciones de trabajo, de cada puesto de trabajo, varían según sea el tipo de tecnología.

8.- *Los servicios y actividades de prevención:*

- Servicios de Seguridad e Higiene.
- Servicios de Medicina del Trabajo.

Las normas legales, como los convenios colectivos de trabajo, establecen, la constitución de Servicios de Seguridad e Higiene y de Medicina del Trabajo, a cargo de profesionales universitarios que hayan seguido estudios de especialización. Estos servicios deben trabajar en coordinación con el resto de la empresa, y con las gerencias de producción y de personal. La participación de los trabajadores es fundamental para el buen funcionamiento de estos servicios.

La acción de los servicios de prevención, tanto de Seguridad e Higiene como de Medicina del Trabajo, tiene repercusiones directas sobre las CyMAT.

Por consiguiente la concepción entre sus miembros acerca de las CyMAT, así como su grado de eficiencia o de ineficiencia, pueden disminuir o hacer más pesada la carga global de trabajo.

Se ha aprobado también el “Reglamento de Higiene y Seguridad para la Actividad Minera”, Decreto N° 249, del 20 de marzo de 2007, en donde en su Capítulo 2 habla sobre Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo; para dar cumplimiento de la ley 19.587. Se suministrará toda la información que le sea requerida por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (S.R.T.), u otra autoridad competente o la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.), a fin de poder efectuar las investigaciones de accidentes y enfermedades profesionales. Asimismo deberá adoptar los medios necesarios para facilitar las inspecciones o auditorias de los entes mencionados. En su Artículo 15, se establece que los Servicios de Medicina del Trabajo, externos o internos, deberán estar dirigidos por graduados universitarios especializados en Medicina del Trabajo debidamente habilitados.

CAPITULO III

C. El Proceso de Trabajo y sus implicancias.

1.- El Proceso de Trabajo: (7)

Los factores a nivel “Macro” y los factores a nivel “Micro” social influyen sobre el “**Proceso de trabajo**”.

Dentro de las empresas y organizaciones se programan las actividades productivas y se realiza la actividad. Es allí donde se desarrolla el proceso de producción, teniendo este dos dimensiones: **el proceso de trabajo** y el proceso de valorización del capital (o sea la generación de excedentes que se destinan a incrementar las inversiones).

Para el Dr. Neffa y ot., la diferencia que existe en este enfoque de CyMAT con respecto a otros enfoques, con quienes comparten la concepción renovadora, es que el “*proceso de trabajo juega un papel fundamental en cuanto a las condiciones y medio ambiente de trabajo: en su origen y fundamento*”.

El proceso de trabajo, es una articulación del “*trabajo humano*” (actividad orientada hacia un fin), de los “*medios de trabajo*” (maquinarias y equipos, instalaciones, herramientas, tecnologías utilizadas), y de los “*objetos de trabajo*” (materias primas, repuestos y otros insumos), que procura la producción de bienes que tengan un valor de uso social.

El proceso de trabajo ha tomado distintas modalidades a lo largo de la historia (artesanal, taylorista, fordista, post-fordista, informatizado) y en función de ello será el grado y el tipo de división social y técnica del trabajo, así como la modalidad de extracción del **excedente económico**. El excedente puede lograrse, “*prolongando la duración del tiempo de trabajo*”, “*aumentando el número de trabajadores*” o “*intensificando el trabajo*”, es decir, procurando un plus de valor de tipo absoluto. También puede alcanzarse, incrementando la productividad en “*virtud de cambio de procesos*”, del “*aumento de las inversiones*”, de “*la nueva organización del trabajo*”, etc., es decir procurando un plus de valor de carácter relativo, al abaratar el costo de reproducción de la fuerza de trabajo medido en términos de su equivalente en tiempo de trabajo socialmente necesario. Es así que por cualquier método que se obtenga, **el excedente económico es el elemento que nutre el proceso de acumulación del capital**.

Son el proceso de trabajo y los factores que lo integran, los que originarán en menor o mayor medida los “*riesgos profesionales*” o “*factores específicos*” presentes en el medio ambiente de trabajo y las características de las condiciones de trabajo: ambos elementos conformarán la “*carga global de trabajo*”.

Por lo tanto, para la modificación substancial de las CyMAT pasa por la transformación del proceso de trabajo pre-existente y del proceso de valorización.

(7) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987)¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.57.

D. Las Condiciones de Trabajo y el Medio Ambiente de Trabajo (vigente en el lugar donde se lleva a cabo el proceso de trabajo).

El “Proceso de Trabajo” determina “las Condiciones de Trabajo” y “Medio Ambiente de Trabajo”.

1.- Las Condiciones de Trabajo: ⁽⁸⁾

Los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción que están presentes en el establecimiento, van a jugar un papel importante, pero no exclusivo, para especificar las condiciones de trabajo vigentes.

Las Condiciones de trabajo están dadas por:

a) *La organización del trabajo:*

Dos elementos permiten caracterizar el nivel de puesto de trabajo.

- **La división social del trabajo.**
- **La división técnica del trabajo.**

La división social del trabajo: (está dada por la separación o integración de):

- Las tareas de concepción-preparación de la producción.
- Las tareas de ejecución. (Que pueden ser manuales o intelectuales).

- *Las tareas de concepción-programación* han quedado en manos de los empleadores, por intermedio del personal de dirección, los planteles técnicos y de supervisión.

- *Las tareas de ejecución* han sido asignadas a los trabajadores en virtud de la subordinación jerárquica que establece el contrato de trabajo.

La división técnica del trabajo:

- Parcelización de las tareas.

- *Se refiere a la mayor o menor parcelización de las tareas*, asignando a cada trabajador en su propio puesto de trabajo la realización de un ciclo operatorio que debe cumplirse en un tiempo dado.

Como sea el proceso de trabajo predominante, la división técnica del trabajo será más o menos intensa.

Con el taylorismo y el fordismo se puede lograr la máxima parcelización.

(8) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987)¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.76 a 91.

La división social y técnica del trabajo que surge de la organización del trabajo, puede ser impuesta, asignada o negociada con quienes van a ejecutar la tarea.

La organización del trabajo se relaciona muy íntimamente con las dimensiones cognitivas de los trabajadores, dando lugar a la carga mental.

b) *El Contenido del trabajo:*

El contenido del trabajo al nivel del puesto se articula directamente con la división social y técnica del trabajo, de la cual deriva en cierta manera.

Los factores son:

- La descripción del puesto, que incluye en primer lugar **la naturaleza misma de la tarea prescrita por la dirección**. De ella surge la importancia del puesto, los riesgos profesionales inherentes al mismo y la carga global de trabajo.
- **Las calificaciones profesionales requeridas por el puesto de trabajo para que se lleve a cabo la tarea prescrita por la dirección**. Incluyen conocimientos adquiridos en el sistema educativo formal, la formación profesional específica recibida, las habilidades y destrezas adquiridas y la experiencia recogida luego de un cierto tiempo de estar en la empresa.
- **Las mayores o menores posibilidades que tienen los trabajadores que ocupan el puesto, para utilizar y desarrollar en el mismo las calificaciones profesionales de que disponen**. Es así que en algunos casos los requerimientos del puesto superan a sus calificaciones, generando frustraciones, miedo, rechazo al trabajo, sensación de impotencia, etc. En otros casos, los requerimientos del puesto de trabajo quedan por debajo del nivel o de la naturaleza de las calificaciones, y surgen la insatisfacción y los conflictos por el sentimiento de ser víctimas de una “descalificación”.
- **El grado de responsabilidad que se asigna al trabajador en virtud del puesto de trabajo que ocupa**. Responsabilidad que puede referirse a las materias primas, las instalaciones, maquinarias, equipos y herramientas, productos en proceso y terminados, etc. Esta responsabilidad puede ser aún mayor cuando se refiere a la salud y seguridad de otros trabajadores.
- **El carácter individual o colectivo del puesto de trabajo**.
- **El grado de autonomía, de interdependencia o de subordinación del trabajador que ocupa el puesto respecto a los demás**.
- **Las posibilidades normales de promoción profesional que son inherentes al puesto**. En virtud de las calificaciones, la antigüedad, el cumplimiento satisfactorio de la responsabilidad asumida, la evaluación del desempeño, etc.

El contenido del puesto de trabajo, está vinculado con las dimensiones afectivas y relacionales del trabajador que lo va a ocupar, provocando una mayor o menor satisfacción en el trabajo y una determinada carga psíquica, que aquel va a recibir.

c) *La duración y configuración del tiempo de trabajo:*

El trabajo debe permitir al trabajador disponer de tiempo libre para su descanso y recreación, como lo establece la O.I.T. (Organización Internacional del Trabajo).

Por lo tanto deben tenerse en cuenta:

- La duración máxima de la jornada normal de trabajo.
- Las pausas autorizadas dentro de la jornada de trabajo para recuperarse de la fatiga.
- Los periodos de descanso (semanales, etc.).
- Las licencias por concepto de vacaciones anuales remuneradas y por otras razones.
- Las horas y jornadas de trabajo de carácter extraordinario.
- El trabajo nocturno y trabajo por turnos o por equipos.
- La edad mínima de ingreso al trabajo.
- La edad máxima de permanencia en la actividad, a partir de la cual los trabajadores deberán comenzar a “gozar de los beneficios del sistema previsional”.

d) *Los sistemas de remuneración:*

El sistema de remuneraciones tiene influencia directas e indirectas en la salud de los trabajadores.

El sistema de remuneración *según el rendimiento*, puede generar tensión para intensificar el esfuerzo y ritmo de trabajo, con lo cual se pueden producir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La remuneración por *tiempo de trabajo*, consiste en una suma predeterminada por cada unidad de tiempo que se acuerde, cualquiera sea el rendimiento.

También existen *sistemas mixtos* compuestos por un elemento fijo (la remuneración garantizada básica calculada según el tiempo de trabajo), un elemento que varía (según sea el número de piezas manufacturadas o productos recogidos) y un elemento que se calcula según sea el rendimiento colectivo (obtenido por una sección o departamento de la empresa).

Las funciones que cumplen los sistemas de remuneración según el rendimiento se basan en la motivación de los trabajadores respecto del dinero, utilizando a este último para que el trabajo se haga más rápidamente o con mayor calidad. Pero el incremento del rendimiento se puede obtener por otros medios, mediante controles estrictos, estrecha supervisión, etc. Por lo tanto el incentivo monetario relacionado con el mayor rendimiento puede así estimular al trabajador para que desconecte el sistema de seguridad y de protección de la maquinaria aumentando la tensión psíquica y mental, puesto que se incrementan los riesgos de accidentes.

Cuando hay momentos de crisis económicas y hay una gran necesidad de dinero, si las normas son muy exigentes y se requiere hacer mayor esfuerzo para obtener similares ingresos que otros colegas pagados según el tiempo de trabajo, se incrementan las tensiones. La consecuencia más frecuente es que, para ganar más dinero se dejan de lado señales de alarma, que constituyen los efectos de la carga global de trabajo sobre su persona: la fatiga físico-muscular, la carga psíquica y la carga mental.

e) *La transferencia de tecnologías:*

Al **importarse tecnologías** de países desarrollados a países subdesarrollados muchas veces no son las adecuadas ni convenientes para la dotación de recursos ni a la cultura de sus habitantes. El resultado, es muchas veces, una débil eficiencia de la producción dentro de las fábricas compradas “llave en mano” y también accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, puesto que **hay una inadecuación entre los medios de trabajo** concebidos en función de las características antropométricas del país fabricante y no del país importador.

En otros casos, **productos tóxicos** cuya utilización está prohibida en los países industrializados, son producidos, transformados, manipulados y utilizados en los países en vías de desarrollo, sin medidas de prevención ni de información, a pesar de los riesgos inherentes.

Por lo tanto en este aspecto, lo mejor es que la importación de las maquinarias y equipos, así como los objetos de trabajo (materias primas y otros insumos) se realice exigiendo que dichos elementos estén provistos de la protección adecuada, tengan instrucciones para su utilización redactadas en el idioma del país huésped, y hayan cumplimentado los procedimientos de homologación en cuanto a seguridad e higiene vigente en los países fabricantes.

f) *El modo de gestión de la fuerza de trabajo:*

1.- Estabilidad o Precariedad:

El **carácter permanente o estable** del puesto de trabajo o por el contrario el de **carácter temporario, precario, inestable, inseguro o estacional**; forma parte de las condiciones de trabajo, y tiene repercusiones (directas o indirectas) no solo sobre los demás factores de riesgo presentes en las CyMAT, sino sobre las condiciones de vida.

La tendencia actual en los países con economías de mercado es hacia un incremento de los trabajadores “precarios”. Esto conspira no solo con la salud de los trabajadores sino también con la calidad de producción. Hacen que el trabajador sea más vulnerable frente a los riesgos profesionales, incrementan su fatiga y genera una discriminación respecto al resto de los trabajadores.

2.- El Sistema y los niveles de autoridad jerárquica:

Depende de las características, las dimensiones y la organización de la empresa, así como el proceso de trabajo predominante, existe **un sistema de mando, de supervisión, de control de los trabajadores** por parte de la dirección de la empresa.

Entre la dirección y el trabajador, puede haber **muchos o pocos escalones intermedios** y la comunicación entre los mismos pueden ser permanente o esporádica, rígida o flexible.

3.- El estilo de gestión:

La gestión puede llevarse a cabo de varias maneras:

- *Autoritaria.*
- *Despótica.*
- *Paternalista.*
- *Discrecional.*
- *Democrática.*
- *Participativa.*
- *Etc.*

El estilo adoptado tendrá influencia sobre la vida afectiva y relacional de los trabajadores subordinados, y además puede dificultar o facilitar la comprensión del trabajo prescripto.

4.- El sistema de incorporación y desarrollo del personal:

Forman parte del modo de gestión los criterios y procedimientos de:

- *De selección y reclutamiento del personal.*
- *Instrucción del mismo.*
- *Capacitación y entrenamiento.*
- *La movilidad interna-obligada o voluntaria- para ocupar otros puestos.*
- *La evaluación del desempeño siguiendo ciertos criterios.*
- *Sanciones y promociones que puedan resultar.*

g) *Los servicios sociales y asistenciales (de la empresa y/o de las organizaciones sindicales) para el bienestar de los trabajadores y de sus familias:*

La experiencia argentina ha demostrado la utilidad de estos servicios:

- El mejoramiento del nivel de las remuneraciones reales, cuando se han instalado *cooperativas de consumo, de crédito o de vivienda*, o cuando se han implantado *proveedurías*, que otorgan facilidades de pago.
- *Servicios de restaurant, de comedores.*
- *Servicios sanitarios:* agua potable, lavatorios, retretes, duchas provistas de agua caliente, salas de primeros auxilios, vestuarios protegidos para guardar ropa de calle y efectos personales, etc.
- *Guarderías infantiles, salas de reposo, colonias de vacaciones, provisión de uniformes, útiles y equipos escolares.*
- *Servicios de transporte:* seguro y confortable, entre la cercanía del hogar y del lugar de trabajo.
- *Servicios médico-asistenciales:* para atención primaria.

- **Provisión de vivienda:** (de carácter colectivo, especialmente en el caso de campamentos mineros y grandes obras de infraestructura), o facilidades para acceder a sistemas de locación o compra a crédito con bajos intereses y largos plazos de pago.
- **Instalaciones para actividades deportivas, culturales, artísticas y recreativas:** para los trabajadores y sus familias.
- **Servicios de carácter financiero:** préstamos en condiciones ventajosas, adelantos de sueldo, subsidios para hacer frente a eventualidades y acontecimientos familiares.

Esta lista no es completa, pero se puede ver que los servicios sociales y asistenciales de las empresas u organizaciones destinadas al bienestar de sus trabajadores y familiares pueden contribuir para asegurar en mejores condiciones la reproducción de la fuerza de trabajo y al mejoramiento de las condiciones generales de vida.

h) *La posibilidad de participación de los trabajadores:*

Puede tener inferencia en la “**gestión de la empresa**” (con atribuciones de tipo informativo, consultivo, proposicional, o decisional), en el “**mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo**” (los Comités Mixtos de Higiene y Seguridad y Condiciones de Trabajo) y en el “**proceso de modernización y de introducción de nuevas tecnologías**” (Comités de Empresas, Comités Mixtos de Tecnología).

Por consiguiente la participación de los trabajadores tanto en la gestión de las empresas como en el mejoramiento de las CyMAT, no es sinónimo de “integración pasiva” de aquellos a los objetivos exclusivamente personales, ni tampoco de debilitamiento de la organización sindical, ya que no elimina las causas de los conflictos sino que genera nuevos mecanismos para su tratamiento y resolución, partiendo de los intereses de todos los sectores y buscando un consenso a partir de la negociación.

i) *La ergonomía:*

Se ha dejado para último término, ya que el Dr. Julio Cesar Neffa, y ot., consideran a ésta parte de las CyMAT y los ergónomos entienden que la ergonomía encierra a las CyMAT, y no a la inversa. (9)

Es bien conocido el término Ergonomía, que ha sido adoptado oficialmente cuando se creó en 1949 la primera sociedad de Ergonomía, La Ergonomics Research Society, la cual fue fundada por ingenieros, psicólogos y fisiólogos británicos para Adaptar el Trabajo al Hombre. Allí, K.F.H. Murrell retoma el término de ergonomía (del griego ergon: trabajo, nomos: ley), para denominar esta nueva “ciencia del trabajo”. El objetivo era en ese momento aplicar las ciencias humanas al diseño de dispositivos técnicos para mejorar las condiciones de trabajo optimizando el funcionamiento humano (psicología y fisiología). Las investigaciones que se llevaron a cabo se caracterizan por ser fieles al método experimental de laboratorio con acción sobre dispositivos técnicos

(9) El Mundo del Trabajo. Clase N°1.
(2005).Lic. Gabriela Cuenca. Pag. 2 a 13.

basados sobre el análisis de la tarea prescrita. Este enfoque es mayoritario en la ergonomía mundial.

En la segunda guerra mundial (1939-1945), el proceso de la tecnología había permitido construir máquinas, principalmente aviones que eran cada vez más complejos y que se debían utilizar en condiciones extremas. A pesar de la selección del personal, su formación, entrenamiento y motivación, se constataron graves dificultades en el manejo y control, que provocaban la pérdida de hombres y de equipos.

La selección, entrenamiento y la motivación no son entonces suficientes. La plasticidad del hombre tiene sus límites, se constata que las necesidades de quien utiliza un equipo no se pueden fundamentar en la concepción “Yo me pongo en su lugar”. La competencia técnica para concebir nuevos equipos no es suficiente para garantizar su buen funcionamiento. Otros conocimientos se hacen necesarios para anticipar el comportamiento, del hombre en situación de trabajo, reducir los riesgos de error y obtener fiabilidad (Capacidad de un Sistema para alcanzar sus objetivos). De esta manera surge la Ergonomía moderna.

Durante la segunda guerra mundial, se desarrolla un movimiento llamado “human engineering” que pretendió integrar en el diseño de herramientas, máquinas y dispositivos técnicos, los conocimientos desarrollados por la fisiología y la psicología experimental: se comienza a hablar de “adaptación de la máquina al hombre”.

Se ha tratado de comprender el funcionamiento del hombre en situación de trabajo, como también una preocupación por saber cómo desarrolla su actividad. Leonardo da Vinci por sus investigaciones sobre los segmentos corporales, es el ancestro de la Biomecánica, Lavoiser evalúa el costo del trabajo muscular, Coluomb analiza los ritmos de trabajo para definir la carga de trabajo óptima, Chauveau identifica las primeras leyes de gasto energético en el trabajo. En el siglo XVIII Belidor trata de medir la carga de trabajo físico sobre los lugares de trabajo, Vaucanson y Jacquard conciben los primeros dispositivos automáticos que suprimen puestos peligrosos en la industria textil. En Francia el informe de Villermé (1840) sobre el estado físico y mental de los obreros es uno de los textos importantes de la corriente higienista y se encuentra en el origen del Derecho de Trabajo. Ramazzini describe las primeras enfermedades ligadas al trabajo: problemas oculares en la fabricación de pequeños objetos, sordera en los fabricantes de piezas metálicas en Venecia, posteriormente Tissot trabaja sobre la climatización de los locales de trabajo.

Se puede citar también al fisiólogo J.Amar, considerado por algunos como el padre de la biomecánica, contemporáneo de Taylor, que dio un fundamento científico a la organización del trabajo. Publica en 1914 “El Motor humano” que es considerada como la primera obra de Ergonomía, en este se dan las bases del trabajo muscular y se vincula a actividades profesionales.

En la primera mitad del siglo XX se presenta un considerable progreso de los conocimientos en psicología y fisiología. Lahy, en Francia, participa en estudios sobre las condiciones de trabajo, pero es hacia la mitad de siglo que la psicología diferencial orienta sus investigaciones hacia la actividad de trabajo. Durante los años 50-60, en Francia y Bélgica, Ombredane y Faverge sacan a la ergonomía del laboratorio, aconsejan el análisis de trabajo en el “campo”. Cazamian, Wisner y Leplat inician la corriente de la ergonomía de la actividad, a través de sus acciones y trabajo en la enseñanza. La ergonomía de la actividad, surge del análisis de la actividad en el campo y del encuentro con otras disciplinas (psicología del trabajo, sociología del trabajo, psicodinámica, antropología, lingüística, etc.).

Esta corriente es dominante en los países franco-parlantes. Los progresos en neurofisiología y en psicofisiología permiten ver estudios diferentes a los del dominio del trabajo muscular (Wisner).

Desde su nacimiento, la Ergonomía ha tendido a ampliar las bases científicas de su dominio de acción, en primer lugar hacia la biometría, la bioquímica y la biomecánica y en otras hacia la psicología social y la sociología. Estas bases científicas sólidas eran necesarias para crear esta disciplina. Es necesario también considerar que en la medida que la sociedad realiza progresos industriales importantes de igual manera el trabajo sufre evoluciones importantes entre las cuales encontramos el aumento progresivo del trabajo en condiciones de frío y calor, bien sea por razones geográficas (Exploración Petrolera), técnicas (en la industria de alimentos y frigoríficos, Industria del Vidrio), trabajo en medios ruidosos, tóxicos, radiactivos, trabajo bajo presión (medios submarinos, minería de profundidad).

La ergonomía tiene dos campos principales *el del producto y el de la producción*. Esta distinción puede parecer arbitraria, ya que un auto es un producto pero también resulta el lugar de trabajo de un médico rural, de un taxista, etc.; un mueble es un producto pero el escritorio y el asiento de la dactilógrafa o de la secretaria, constituyen una parte muy importante de su condición de trabajo.

Finalmente podemos establecer las definiciones de Ergonomía que se encuentran vigentes en la actualidad:

- Internacional Ergonomics Association (IEA): “Ergonomía, conocida también como Human Factors, es la disciplina científica relacionada con la interacción entre los hombres y la tecnología”.
- Sociedad de Ergonomía de Lengua Francesa (SELF): “Es la adaptación del trabajo al hombre” y “la utilización de conocimientos científicos relativos al hombre necesarios para concebir herramientas, máquinas y dispositivos que puedan ser utilizados con el máximo de confort, de seguridad y eficacia para el mayor número posible de personas”.
- Asociación Española de Ergonomía (AEE): “Ciencia aplicada de carácter multidisciplinar que tiene como finalidad la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las características, limitaciones y necesidades de sus usuarios, para optimizar su eficacia, seguridad y confort”.
- Asociación de Ergonomía Argentina (ADEA): “Disciplina científica cuyo fin es optimizar la interrelación entre los seres humanos y las cosas producidas y utilizadas por ellos”.
- Noulin (Sorbona): “Multi-disciplina cuyo objeto de estudio específico es el trabajo humano. Su objetivo es el de contribuir a la concepción o a la transformación de las situaciones de trabajo,-no solo en sus aspectos técnicos, sino también en los socio-organizativos- para que el trabajo pueda ser realizado respetándose la salud y la seguridad de los hombres, con el máximo confort y eficiencia. El desarrollo de los conocimientos se basa esencialmente en intervenciones de campo hechas con un enfoque clínico que apunta a descubrir la

particularidad de cada situación de trabajo antes de buscar las generalizaciones posibles”.

- Programa “Experto en ergonomía” de la Universidad Complutense de Madrid: “La Ergonomía y la Ingeniería de los Factores Humanos son disciplinas que, con un cuerpo teórico y metodológico que le es propio, integran diferentes saberes operativos provenientes de las ciencias que estudian el comportamiento humano en situación de trabajo (psicología, sociología, fisiología, ingeniería, informática...) con la perspectiva de intervenir, en cooperación con los ingenieros, en la concepción y corrección de sistemas de producción de bienes y servicios (organización de la producción, concepción de puestos de trabajo, diseño de programas de formación, presentación de la información, procedimientos de trabajo, diálogo hombre-máquina).

2.- El Medio Ambiente de Trabajo vigente en el lugar donde se lleva a cabo el Proceso de Trabajo: ⁽¹⁰⁾

Para tratar este tema, se propone una clasificación de los riesgos según su naturaleza. Nos referiremos a los riesgos físicos, químicos y biológicos del medio ambiente de trabajo, así como a los factores tecnológicos y de seguridad y a los derivados de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos.

a) *Los Riesgos o Contaminantes Físicos del Medio Ambiente de Trabajo son:*

- El ruido:

El ruido es una manifestación del sonido que no es deseada por quien lo escucha, que se percibe como desagradable y molesto por parte de los trabajadores o que ejerce un efecto dañino sobre la capacidad auditiva de los mismos.

- Las Vibraciones:

Las vibraciones están provocadas por un movimiento oscilatorio de un cuerpo sólido, líquido o gaseoso alrededor de un punto de equilibrio que es tomado como referencia. Cuando una vibración tiene lugar en el aire o en un gas, estamos frente a un sonido (perceptible) o a infrasonidos y ultrasonidos que no se llegan a oír.

- La Temperatura:

En las personas llamadas normales, la temperatura fisiológica de los centros humanos vitales debe oscilar entre los 36,8 °C y los 37,3 °C. Para que la temperatura se mantenga entre esos dos límites, los seres humanos requieren una permanente coordinación de dos procesos llamados termogénesis y termólisis. El trabajo puede realizarse con exceso o con defecto de calor.

(10) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987)¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.58 a 75.

- La Iluminación:

En el medio ambiente de trabajo con frecuencia la iluminación es deficiente o excesiva, y también existe el deslumbramiento. La luz visible es de una radiación electromagnética cuya lentitud de onda oscila entre los 380 y los 760 *nanómetros* (nm). Por arriba y por debajo de esa franja se encuentran las radiaciones ultra-violetas e infra-rojas, respectivamente.

- La Humedad:

En los ambientes de trabajo, la humedad está estrechamente relacionada con otros factores de riesgo, como la temperatura, la velocidad de movimiento del aire, etc. El principal mecanismo para eliminar el calor del cuerpo humano es a través de la evaporación, de la transpiración, y por consiguiente en un ambiente muy húmedo la carga térmica va a provocar una menor respuesta del organismo ya que no puede evaporar fácilmente. Se observa frecuentemente en el trabajo de los mineros de fondo y en las hilanderías.

- Las Radiaciones Ionizantes:

Dentro de las radiaciones ionizantes están los Rayos X, los Rayos Gamma y los Rayos Cósmicos, que pueden tener un origen natural o artificial. Este tipo de radiaciones provoca daños en ciertas células.

- La Radiaciones No-Ionizantes:

Son aquellas que no poseen una energía suficiente como para provocar la ionización de las células de los tejidos. Estas radiaciones son clasificadas según su longitud de onda. Tenemos las micro ondas, los rayos infra-rojos, y los rayos ultravioletas entre los más comunes.

b) *Los Riesgos o Contaminantes Químicos del Medio Ambiente de Trabajo son:*

- Los Tóxicos:

La Toxicología es la ciencia que los estudia en particular, analizando las repercusiones de líquidos, polvos, humos, gases o vapores que están presentes en el ambiente de trabajo.

- Polvos:

El conjunto de enfermedades provocadas por las lesiones pulmonares debido a la inhalación de polvos, se conoce frecuentemente como neumoconiosis o neumopatías profesionales.

- Otros:
 - Líquidos.
 - Gases.
 - Vapores.
 - Malos Olores.

c) *Los Riesgos o Contaminantes Biológicos del Medio Ambiente de Trabajo:*

Pueden clasificarse según su peligrosidad, en cuatro grupos:

- Agentes no peligrosos o con peligro mínimo:

Cuando se trabaja en condiciones normales, como por ejemplo bacterias, hongos, virus, rickettsias y parásitos, que no van a ser incluidos en los otros grupos.

- Agentes comúnmente peligrosos:

Pueden provocar enfermedades por inoculación accidental, por inyección u otros mecanismos de penetración cutánea, pero que pueden ser controlados con técnicas adecuadas de las cuales se dispone en la actualidad (sarampión, paperas, rubéola, salmonelas, virus de la influenza, etc.).

- Agentes que involucran peligros especiales:

Que requieren condiciones restrictivas particulares tales como instalaciones con acceso restringido y controlado, presión negativa de aire, inmunización del personal sujeto a riesgo, precauciones máximas en el manejo y eliminación de materiales y animales de experimentación. Dentro de este grupo se encuentran la brucelosis, la psitacosis, el tracoma, las rickettsias, etc.

- Agentes de máxima gravedad:

Otros agentes requieren condiciones restrictivas de máxima peligrosidad, como por ejemplo los que producen la encefalitis, la fiebre amarilla, etc. u otros que son experimentados en laboratorios de investigación o fabricación de vacunas.

d) *Los Factores Tecnológicos y de Seguridad:(Que están estrechamente relacionados con la organización del trabajo).*

- La disposición de la fábrica, llamada comúnmente “**Layout**”:

El plan de **Layout** consiste en la colocación de las máquinas y equipos de una fábrica ya existente o proyectada, de manera tal que permita a los materiales avanzar con mayor facilidad, al más bajo costo posible y con el mínimo de manipulación, desde que se reciben las materias primas hasta que se despachan los productos terminados.

Una adecuada disposición de la fábrica elimina riesgos, facilita los desplazamientos, reduce la fatiga, asegura la comunicación y la cooperación entre los trabajadores.

- El orden y la limpieza de los locales:

Esto debe realizarse tanto de trabajo, como de aseo, reposo y recreación, para evitar caídas, pérdidas de equilibrio, contaminación y la repulsión frente a la suciedad y el desorden.

- El riesgo eléctrico:

Es tal vez uno de los que más está siendo controlado gracias a la eficiencia de las medidas de prevención, basadas en la información, la formación y el acondicionamiento de las instalaciones.

- El riesgo de incendio:

Este está siendo progresivamente controlado cuando se hace prevención y se dispone de equipos de lucha contra incendios.

- Las maquinarias y herramientas:

Son de vital importancia para sustituir el esfuerzo en demasía de los trabajadores así como ciertas tareas repetitivas.

- El buen o mal funcionamiento de las maquinarias, equipos y herramientas:

Es un factor importante de riesgo. Cuando no se dispone de las herramientas adecuadas o se encuentran en mal estado, el trabajo se hace más duro, lento, pesado e incluso riesgoso.

- El trabajo en altura:

Es muy importante en la industria de la construcción. Expone de manera permanente a los trabajadores al peligro de caídas, de donde se deduce la importancia de las barandas de seguridad, redes, así como el mantenimiento de los andamios, escaleras, etc.

- El riesgo de explosión:

Con frecuencia se dan conjuntamente con los riesgos de incendio. Actualmente se han logrado considerables progresos para prevenir y neutralizar al menos parcialmente los efectos de las ondas expansivas, que no siempre son utilizados en los establecimientos que fabrican explosivos.

- Trabajos que exigen estar expuestos a los riesgos del transporte:

Por una parte los desplazamientos “in itinere” con los riesgos de accidente: choque, vuelcos, desperfectos mecánicos, etc. Y por otro lado aquellos cuyo puesto de trabajo consiste en efectuar las pruebas de ruta de los vehículos recién ensamblados, en la conducción de vehículos de transporte de pasajeros y de cargas, muchas veces peligrosas debido a su fácil combustión o a su carácter tóxico.

e) *De manera complementaria se pueden incluir también los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos:*

- Las inundaciones.
- Los terremotos.
- Las descargas provocadas por tormentas eléctricas.
- Las tempestades, ciclones y maremotos, etc.

E. La Carga de Trabajo y sus dimensiones. (11)

Se analizó anteriormente cómo el proceso de producción, el proceso de trabajo, y el de valorización son los que dan origen, fundamentan y determinan el medio ambiente y las condiciones de trabajo imperantes en las empresas y organizaciones.

Los efectos y repercusiones de los factores del medio ambiente y de los diversos elementos que forman parte de las condiciones de trabajo, se producen tanto a nivel del grupo de trabajo como de cada trabajador individual.

Contrariamente al enfoque tradicional que consideraba uno por uno los efectos de los factores de riesgo, el nuevo enfoque piensa que este sería un enfoque parcializado, que no toma en consideración los efectos sinérgicos y combinados que pueden disminuir o multiplicar los riesgos. Por lo tanto se considera que debido a ello todos los factores influyen de manera global y unificada, ya sea sobre el colectivo de trabajo como sobre cada uno de los trabajadores. Es a ese conjunto de repercusiones de las exigencias del puesto de trabajo caracterizado por una tarea o trabajo, que denominamos *carga global de trabajo*.

Por consiguiente la carga global de trabajo, es entonces la resultante de los diversos factores del medio ambiente de trabajo (riesgos físicos, químicos y biológicos, factores tecnológicos y de seguridad y también los riesgos originados por catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos), y de las condiciones de trabajo (contenido y organización del trabajo, duración y configuración del tiempo de trabajo, los sistemas de remuneración, la ergonomía, la transferencia de tecnologías, el modo de gestión de la fuerza de trabajo, los servicios sociales asistenciales y de bienestar para los trabajadores, las posibilidades de participar), que están determinadas por el proceso de trabajo en la empresa.

(11) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag.93 a 94.

Todos esos factores, que tienen su origen y están determinados por el proceso de trabajo, son el resultado de las inter-relaciones existentes entre la empresa u organización por una parte y los factores que juegan a nivel macro-económico y social por otra parte.

Los factores del medio ambiente de trabajo (mucho de los cuales son susceptibles de un análisis “objetivo” y “subjetivo” a partir de la vivencia y de la experiencia de los trabajadores que reciben su impacto), así como los elementos de las condiciones de trabajo, derivados de los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción, todos ellos van a repercutir globalmente y de manera integrada o combinada sobre el grupo y específicamente sobre la persona del trabajador, que es el que tiene que realizar un esfuerzo físico, psíquico y mental para poder resistir y adaptarse a esos factores de riesgo.

Por consiguiente analizaremos dentro de la *carga global de trabajo* a tres de sus dimensiones más importantes: “física”, “psíquica” y “mental”, pero se debe tener en cuenta que sobre el conjunto y sobre cada una de ellas están repercutiendo todos los elementos de las CyMAT, que van a actuar y provocarán efectos sobre los trabajadores, en función de las diferencias individuales o características personales y de las respectivas capacidades de adaptación y de resistencia a los factores de riesgo: la primera consecuencia es la “*fatiga*”.

Es importante recordar que se trata de una discusión con fines puramente analíticos que debe concluir procediendo nuevamente a su integración y unificación, ya que en realidad, por una parte todos los factores están directa o indirectamente determinados por el proceso de trabajo predominante en el puesto, y que por otra parte, todos los efectos van a repercutir sobre una misma unidad o sujeto, que es la persona del trabajador, que conforma parte del colectivo de trabajo.

1.- La Carga Física y el Esfuerzo Muscular:

El esfuerzo físico muscular resulta de la contracción de los músculos que actúan para inmovilizar o para desplazar el cuerpo o unos segmentos corporales con relación a otros. Este esfuerzo es el que nos permite luchar contra la fuerza de la gravedad y actuar sobre el medio ambiente que nos rodea para transformarlo.

Se reconoce socialmente la importancia del esfuerzo físico en actividades como la construcción, la minería o la siderometalurgia, pero no es reconocido en tareas como la confección, el montaje de piezas, o el trabajo administrativo que se lleva a cabo en empresas u organizaciones, ya que son trabajos que deben ser realizados sentados y en posiciones casi inmóviles durante períodos de la jornada de trabajo. Por lo tanto, significa que la carga “estática” de trabajo es claramente sub-valorada en cuanto su efecto sobre la fatiga.

La contracción de los músculos es producida gracias a la combustión de ciertas sustancias (glúcidos y lípidos fundamentalmente) en presencia de oxígeno. Esas sustancias son provistas por la alimentación mientras que el oxígeno lo es a través del aparato respiratorio. La circulación de la sangre transporta esos elementos hasta los músculos.

Cuando se produce una contracción muscular, se acrecienta la circulación sanguínea en los músculos y se acelera el ritmo y la amplitud de los movimientos respiratorios, pero lo que sucede es que tanto el aparato cardio-circulatorio como el respiratorio, tienen límites en su funcionamiento que cuando se alcanzan o se superan dan lugar a mayor o menor *fatiga* especialmente cuando en virtud del esfuerzo realizado o de la carga o intensidad de un nuevo esfuerzo requerido, el aporte energético es insuficiente con respecto a las necesidades impuestas a los músculos. Esto se manifiesta con temblores, dolores, dificultades para coordinar los gestos, agotamiento, disminución de la fuerza, ritmos cardíacos elevados, imposibilidad para continuar haciendo esfuerzos, etc. El reposo muscular suprime el efecto de la fatiga siempre que sea adecuado en cuanto a su duración y con las condiciones de confort adecuadas. En caso de no ser así, en lugar de recuperar el desgaste de la fuerza de trabajo, se instala una “fatiga crónica” que produce enfermedades o un envejecimiento prematuro.

Antes de tratar la diferencia entre carga física estática y dinámica, hay que afirmar que en los seres humanos, las actividades físicas se dan conjuntamente con las actividades mentales y psíquicas, aún cuando estas últimas no sean reconocidas socialmente y no sean consideradas a los fines de determinar los salarios.

Como se dijo, la carga física puede tener dos modalidades:

a) *Estática*:

Se llama así al esfuerzo físico realizado en condiciones tales que la contracción de los músculos es continua y se mantiene durante cierto tiempo.

Se trata de *posturas* durante el trabajo: *de pie*, ya sea derecho o encorvado, *sentado*, derecho o inclinado o encorvado, *arrodillado* (agachado con los miembros superiores elevados, etc.).

b) *Dinámica*:

Por el contrario, la carga física que así se denomina, es caracterizada por la sucesión de tensiones y distensiones de los músculos activos.

Se trata de *gestos*, de los *esfuerzos* para empujar, levantar o transportar cargas, de los *desplazamientos horizontales y verticales* que efectúan los distintos trabajadores con o sin transporte de cargas, o de otros *esfuerzos musculares*.

En cualquiera de las dos modalidades, la carga física de trabajo, produce un desgaste de energía, una modificación de la frecuencia cardíaca y otros efectos sobre el organismo.

Ejemplo de esto es:

- el trabajo de pie, durante un tiempo prolongado y de manera permanente, puede originar edemas, várices, congestión de las piernas, etc.

- el trabajo en posición sentada encorvada, puede comprimir los órganos internos y provocar disturbios digestivos.

- el trabajo en posturas encorvadas puede provocar la desviación de la columna vertebral (escoliosis, lordosis, etc.) o lesionar los discos intervertebrales (hernias de disco, por ejemplo).

- el trabajo en posturas arrodilladas puede deteriorar los meniscos de la rodilla o irritar las bolsas sinoviales de las articulaciones.

- el trabajo que exige muchos gestos y desplazamientos rápidos provoca el endurecimiento de los músculos, la inflamación de los mismos en los puntos de inflexión (especialmente en la nuca, los hombros, los antebrazos, etc.).

Hay muchos métodos para medir el desgaste de energía y el nivel de fatiga. La intensidad del consumo energético del organismo puede ser evaluada por métodos de calorimetría especialmente para el caso de la *carga dinámica*. Los *métodos directos* miden las calorías liberadas por el organismo en un “calorímetro”. Hay *métodos indirectos*, que evalúan el nivel energético total cuando se conoce la composición exacta de los alimentos ingeridos y el poder calórico de cada uno de ellos. Por último, están los *métodos indirectos* que se basan en la relación estrecha entre el nivel del metabolismo y la cantidad de oxígeno consumido. Según el método LEST, la combustión de un litro de oxígeno en el organismo humano corresponde a una producción energética de 4,85 kilocalorías.

Con respecto a la *carga estática*, su medición puede hacerse con mayor detenimiento recurriendo a la electromiografía (E.M.G.). El principio se basa, en que cuando las fibras musculares se contraen, esto se acompaña por variaciones del potencial eléctrico y se ha demostrado que existe una relación directamente proporcional entre la actividad eléctrica de un músculo y la amplitud y frecuencia de la contracción muscular.

Se puede medir también la frecuencia cardíaca, dado que a causa de un trabajo muscular se incrementa la irrigación sanguínea de los músculos, lo que implica un aumento de la frecuencia cardíaca. Así, cuando se registran las pulsaciones cardíacas midiendo las frecuencias de las mismas antes, durante y después del trabajo, se puede constatar el tiempo que transcurre entre la finalización del trabajo y el momento en el cual el pulso recupera su ritmo normal. Cuando ese lapso es más prolongado significa que ha sido mayor la carga de trabajo.

Pero esto último, no es un simple reflejo del gasto energético realizado, sino también de las características propias de cada persona, de su tolerancia a ciertas posiciones de trabajo, a la temperatura ambiente, etc.

Como resultado del proceso de trabajo predominante y de la naturaleza misma del trabajo prescripto o tarea, un número considerable de trabajadores debe ejecutar permanentemente una actividad de transporte manual y/o manipulación de objetos que, que como se dijo anteriormente, provoca un incremento del ritmo circulatorio y de la circulación sanguínea, además de crear condiciones propicias para provocar lumbagos y deterioros en los discos inter-vertebrales. De allí la importancia de las normas que fijan las cargas máximas que puede transportar un trabajador, discriminando según su sexo y edad. La parcelización de las cargas es a menudo una necesidad cuando los trabajadores deben transportarlas en planos inclinados o utilizando escaleras para desplazarlas hacia pisos superiores.

Resulta a veces muy difícil crear hábitos seguros de trabajo para levantar cargas pesadas, por ejemplo. Por consiguiente, cuando es posible, se deberían sustituir tareas de ese tipo mediante la mecanización o automatización de operaciones. La ergonomía es la disciplina que más puede ser beneficiosa cuando se procura “adaptar el trabajo al hombre”, que debe desplazar cargas pesadas.

2.- La Carga Mental:

Cuando hablamos de carga mental -o mejor dicho carga de trabajo mental- nos referimos a los requerimientos y exigencias del puesto de trabajo en cuanto a las actividades de tipo cognitivo, es decir de las que se originan en los mecanismos del pensamiento, teniendo en cuenta el límite de las capacidades mentales.

Estas dependen por una parte de la *estructura y del funcionamiento del proceso de conocimiento* y por otra parte de la *naturaleza, cantidad y frecuencia de la información que debe ser percibida, captada y procesada en una determinada de unidad de tiempo*.

Hay diversas teorías acerca del pensamiento humano y actualmente la psicología cognitiva está en pleno desarrollo con lo cual la investigación científica sobre el tema es incipiente. Se utilizará una de dichas teorías, por considerarla más adecuada.

a) Las estructuras mentales:

Si seguimos a Jean Piaget, habría diversos niveles en cuanto a las etapas de la formación de las estructuras mentales que se van constituyendo desde la niñez. Cada una de esas estructuras mentales va sucediendo a la precedente, reconstituyéndola y sobrepasándola.

La primera etapa es la que se desarrolla desde el nacimiento hasta los 18 meses de vida. Se constituyen las *estructuras sensoriales-motrices*, punto de partida de la organización intelectual, que prolongan y superan las estructuras meramente biológicas. Dichas estructuras dan lugar a la coordinación de las percepciones sucesivas, pero sin llegar aún a obtener una representación de conjunto, tratándose de una inteligencia vivida (y no reflexiva) que se refiere a la realización de la tarea más que al conocimiento propiamente dicho.

Alrededor del segundo año de vida, comienza una nueva etapa. Hasta los seis años aproximadamente, el trabajo mental de los niños consiste esencialmente en *establecer relaciones entre su experiencia y su actividad*, comenzando a manipular símbolos, haciéndose una representación simbólica de la realidad, pero en base a su intuición y sin llegar todavía a comprender nociones lógico-matemáticas. Desde los seis años hasta que comienza el periodo de adolescencia, los niños ya están en condiciones de *ejecutar operaciones concretas*, obteniendo información sobre el mundo real y procesándola en su mente para resolver problemas mediante sistemas de “prueba y error”, sin llegar aún a percibir todas las alternativas existentes. Se van formando las *estructuras lógico-matemáticas*, que permiten intervenir de manera simultánea y no solamente sucesiva en el tiempo, para estructurar el espacio (distancias, longitudes, superficies, volúmenes, etc.). En esta etapa, los seres humanos están en condiciones de efectuar operaciones mentales relacionadas directamente con la realidad concreta.

La tercera etapa, consiste en la conformación de las *estructuras formales o hipotético-deductivas* de los adolescentes y los adultos. Se trata ahora de un pensamiento sujeto a leyes lógicas y matemáticas más complejas y abstractas. Las personas desde esa época pueden llevar a cabo actividades de carácter intelectual operando con proposiciones e hipótesis que van más allá de lo que han experimentado, e incluso llegar a deducir relaciones abstractas que se verifican posteriormente en la realidad mediante la experiencia o la observación. Esta tercera etapa que comienza en la adolescencia se prolonga prácticamente a lo largo de toda la vida y es la que permite ***identificar las informaciones, abstraer conceptos y manipularlos, procesar la información, adoptar decisiones y controlar su ejecución.***

Estas tres etapas en la formación de las estructuras mentales se desarrollan de manera sucesiva, pero el momento que se inician es diferente para todas las personas, en función del medio ambiente familiar y cultural en el cual se vive. El proceso de aprendizaje puede mediante estímulos apropiados, acortar el paso de una etapa a la otra.

A continuación veremos las diversas "***funciones***" del proceso cognitivo que nos permiten reflexionar sobre la naturaleza y significación de la carga mental.

b) *La percepción de las informaciones:*

El cerebro y el pensamiento humano, su estructura y el funcionamiento, constituyen el objetivo central de la psicología cognitiva. Esta disciplina enseña que la actitud humana no es totalmente pasiva frente a las informaciones que provienen del exterior. Muy por el contrario, según sean la experiencia precedente del operador, los objetivos propuestos y los acontecimientos que se producen, los seres humanos se orientan hacia la exploración del mundo exterior, con lo cual la *percepción es anterior a la captación de señales*, es decir que tiene un carácter anticipativo, esta característica está muy presente en las actividades de vigilancia de maquinarias y procesos.

Durante las distintas actividades laborales los trabajadores perciben informaciones recurriendo a un pensamiento ya sea concreto o abstracto. La percepción se logra a través de mensajes directos o indirectos, que pueden adoptar formas *verbales, gestuales, o mediante señales*. Estos mensajes pueden transmitirse de manera personal e inmediata utilizando radios, teléfonos, pantallas de visualización, etcétera.

La comprensibilidad, la inteligibilidad y la densidad de los mensajes dependen en parte del emisor, en parte del transmisor, del lenguaje o código utilizado, del medio ambiente y por supuesto también de las capacidades de percepción del propio trabajador.

En muchos casos, *la percepción de los mensajes puede estar perturbada por el medio ambiente de trabajo*: la mala iluminación, el exceso de ruido, problemas de temperatura, niveles elevados de vibraciones, polvos suspendidos en el aire y otros factores pueden impedir ver y /o escuchar con claridad las señales.

La percepción de señales depende de muchos factores:

- la duración de las señales y mensajes,
- la regularidad con la que se transmiten las señales y mensajes,
- la continuidad o las interrupciones en la transmisión,
- la velocidad con la que pasa la información,
- la existencia o no de pausas dentro del tiempo durante el cual se lleva a cabo la transmisión y percepción,

- la multiplicidad o no de funciones que estén asignadas al trabajador que tiene que percibir las informaciones,
- la forma en que llegan las diversas informaciones, si vienen una por una o vienen en “paquete”.
- el tiempo que se asigna para percibir las informaciones y procesarlas puede ser adecuado o no. Si es muy corto, produce una autoaceleración de la actividad mental, que en el límite da lugar a un trabajo superficial y facilita que se cometan errores.

c) *Identificación y reconocimiento de las informaciones percibidas:*

Una vez que los trabajadores perciben las informaciones, ellos proceden a su identificación y reconocimiento; recurriendo al auxilio de la memoria. Esta puede ser “*inmediata*” o de corto plazo y de “*largo plazo*”.

La memoria inmediata es la que se utiliza cotidianamente en cualquier tipo de actividad. La memoria a largo plazo implica para el trabajador un esfuerzo de búsqueda de la información registrada anteriormente con el objeto de identificarla y utilizarla con posterioridad.

La memoria inmediata puede registrar un volumen muy limitado y pequeño informaciones, y para mantenerse, requiere de continua repetición, es sensible a cualquier tipo de interferencias e interrupciones, y puede llegar a desfigurar las formas iniciales de los fenómenos memorizados. Por el contrario la memoria a largo plazo tiene una capacidad casi ilimitada pero tienen mucha importancia los métodos empleados para identificar la información registrada.

d) *La adopción de decisiones:*

Una vez que se han percibido las informaciones y que se ha procedido a su identificación y reconocimiento, se está en condiciones de poder efectuar una decisión referente a la tarea asignada.

Las personas tienen ciertas limitaciones en cuanto a su capacidad para tomar decisiones, pero cuando se trata de situaciones relativamente “normales” y de tareas que se repiten, hay decisiones que se pueden tomar de forma rutinaria, formando *hábitos*.

En otros casos, se deben adoptar en forma permanente decisiones de manera totalmente *consciente*. Lo mismo sucede cuando en el transcurso de una actividad rutinaria que se desarrolla de manera permanente, suceden incidentes o acontecimientos imprevistos que obligan a adoptar decisiones de manera consciente.

e) *La actividad o realización de la tarea:*

La consecuencia natural del proceso culmina con la adopción de las decisiones, es la actividad humana orientada hacia una finalidad, es decir el trabajo. Esta actividad involucra las tres dimensiones que se han mencionado anteriormente: física, mental y psíquica.

Toda la actividad mental es un proceso complejo que implica percibir las informaciones, identificarlas y reconocerlas con ayuda de la memoria, adoptar

decisiones como respuesta a la información percibida, que pueden ser conscientes o de carácter rutinario y que culmina con la actividad y el posterior control y evaluación de la misma.

El sistema nervioso central es el encargado de seguir y controlar este complejo mecanismo que desemboca en la adopción de decisiones, el desarrollo de la actividad y su posterior evaluación comparando los resultados buscados con los obtenidos.

f) *La intensidad de la carga mental:*

La carga mental puede estudiarse siguiendo diversas etapas del proceso de adopción de decisiones para actuar:

1. En primer lugar depende del número y de la frecuencia de las informaciones emitidas por las fuentes informativas, así como de la cantidad de información transmitida y de su densidad. Se dice y se afirma que muy frecuentemente los errores de percepción están en proporción casi directas con el número de fuentes emisoras y con la cantidad total de información suministrada. Esta intensidad se pone en evidencia cuando se trata de operarios que cumplen funciones múltiples, “operarios múltiples o polivalentes”, que han sido “flexibilizados” para rotar constantemente entre ciertos puestos de trabajo para hacer frente al ausentismo, como uno de los tantos ejemplos.

2. Si aceptamos la pertinencia de la teoría del “canal único”, es menester acordar que se requiere la existencia de un lapso de tiempo entre dos de dichos procesos (que se inician con la percepción de las señales o informaciones y concluyen con la evaluación de la actividad). Cuando hay una sobre-carga de información a procesar provocada por la multiplicidad de fuentes emisoras o por la cantidad de informaciones que ellas transmiten, se establece algo así como una “fila de espera” o “cola” y para proceder a la selección de las informaciones que se deben procesar en prioridad se recurre al auxilio de la memoria antes de tomar decisiones. Estas decisiones pueden ser plenamente conscientes o adoptarse de manera rutinaria en virtud del carácter repetitivo y uniforme de las informaciones. Por todo ello es que la presentación de la información que debe ser procesada por los trabajadores tiene que hacerse con un ritmo que sea compatible con las fluctuaciones fisiológicas que transcurren entre la percepción de la señal y la respuesta, siendo necesario un periodo de reposo (aunque sea de segundos) entre la adopción de las decisiones que se traducen en actividades y el inicio del proceso siguiente, o sea la percepción de las nuevas informaciones.

3. Si la información se transmite de manera muy breve, se debe usar mucho más intensamente la atención y la memoria para no cometer errores por falta de adecuación o de correspondencia entre la señal, su percepción y la respuesta.

4. Para evitar errores, es conveniente evitar que haya una competencia entre las diversas fuentes y los contenidos de la información y entonces se debe procurar que haya más bien una redundancia de información.

5. Son mucho más fáciles de memorizar las informaciones que son presentadas en pequeño número y durante mayor tiempo. La unidad misma de medida de la carga mental sería el tiempo insumido por el desarrollo del proceso cognitivo que culmina con la adopción de decisiones y la realización de la actividad con su correspondiente evaluación. Por consiguiente cuando se deben procesar varias informaciones al mismo tiempo, se requiere disponer de un tiempo de respuesta más largo para tratar la segunda

y posteriores informaciones, apoyándonos para hacer estas consideraciones en la mencionada teoría del “canal único y con capacidades limitadas”. Por consiguiente, no se debería solicitar a un mismo operario en su puesto de trabajo que perciba y procese numerosas informaciones al mismo tiempo para adoptar simultáneamente decisiones conscientes, cuando se dispone de una cantidad de tiempo limitado.

6. Por otro lado, se afirma la existencia de una cierta “densidad cognitiva”, en función de la naturaleza y del contenido de la información que debe procesarse en un tiempo dado. Se han constatado, por ejemplo la dificultad que tienen los *periodistas* para conciliar el sueño después de haber trabajado intensamente durante el turno vespertino con textos complejos y de difícil redacción, implicando muchas veces varias horas de vigilia antes de comenzar a dormir. Otro ejemplo de esto lo constituyen los puestos de trabajo por turnos o por equipos en industrias de proceso continuo, como por ejemplo la *siderurgia*, después de la introducción de las nuevas tecnologías informatizadas. Por esta causa es que se aconseja optar por la existencia de pausas todas las horas cuando se trabaja ante una pantalla de visualización de datos (VDU) antes de reducir el tiempo total de permanencia continua ante ellas pero sin disponer de la posibilidad de efectuar pausas.

7. Cuanto más complejas son las señales o informaciones que deben ser percibidas, identificadas y procesadas para adoptar una decisión y realizar una actividad, más se contraen ciertos músculos con lo cual una elevada carga mental puede terminar provocando perturbaciones fisiológicas. Es así que el *trabajo ante pantallas VDU* provoca fatiga visual debido a la frecuencia y a la complejidad de los signos o códigos procesados, así como de la fijación de la actividad visual (número de veces y duración de la fijación) y de la densidad del texto según sea la naturaleza de la información contenida. Los músculos del cuello, de la nuca y de la espalda se contraen, los órganos de la visión se acercan cada vez más al texto que se debe procesar y a la pantalla. La mirada fija fatiga los músculos extrínsecos (por el esfuerzo de convergencia) y los músculos intrínsecos (por el esfuerzo de acomodación). Además provoca la irritación de la conjuntiva y la sequedad del ojo, puesto que disminuye el número de parpadeos y por consiguiente la lubricación.

Si bien es relativamente fácil efectuar una descripción de los diversos elementos que comprende la actividad mental, no existe consenso acerca de la existencia de un “*indicador*” sintético que permita medir globalmente la carga mental que corresponde a una tarea dada. Por consiguiente, mas adelante, se presentarán ciertos indicadores parciales sobre aspectos indirectos de la carga mental.

Puede existir una “*sobre carga*” o “*una sub-carga*” mental, y en ambos casos se afecta negativamente al trabajador. Cuando hay “*sub-carga*” mental a causa del contenido y de la organización del trabajo, se tiende a perder la atención y a estar menos vigilante, con lo cual hay trabajadores que se adormecen durante el ejercicio de la tarea, con el consiguiente riesgo de incidentes y accidentes. Cuando hay una “*sobre carga*” mental debido a causas del mismo origen que las anteriores, los trabajadores experimentan un sufrimiento que puede traducirse en agresividad hacia sus propios compañeros, supervisores, clientes o usuarios y en otros casos esto origina ausentismo, altas tasas de rotación, trabajos con bajos estándares de calidad, desperfectos de las herramientas y maquinarias, errores en cuanto a las tareas realizadas, conflictos personales y laborales, etc.

A esto se agrega la tensión generada por una diferente percepción de la significación de su rechazo a realizar hora extras o extraordinarias: para los empleadores sería visto como una falta de colaboración, mientras que para los trabajadores es solo una manifestación de la fatiga acumulada y que no ha podido recuperarse.

g) *Los Indicadores Parciales de la Carga Mental, según el Método Lest:*

1.- *El apremio o las exigencias de tiempo:*

Trabajar con apremio de tiempo es el resultado de las exigencias que tiene el trabajador para seguir una cadencia impuesta con ayuda de presiones o estímulos externos. Esto tiene una implicancia, que debe obtener un cierto rendimiento al cabo de un determinado tiempo de trabajo y que detener la marcha de la producción puede ocasionarle dificultades de algún tipo.

El apremio de tiempo puede estar determinado por alguno o varios de los siguientes factores o condicionantes:

- El sistema de remuneración según el rendimiento, basado en primas de carácter individual o colectivo, que obligan al trabajador a mantener una cierta cadencia o a superarla con el fin de incrementar sus remuneraciones.
- El tiempo necesario para alcanzar la cadencia impuesta, que puede ser muy diferente en el período de aprendizaje, de adaptación o de reconversión, con el consiguiente aumento de la fatiga.
- ¿Cuándo y de qué forma se pueden recuperar los atrasos acumulados en el caso de que se trabaje en una cadena o ante una banda transportadora? ¿Durante el curso normal de la jornada de trabajo, en el tiempo asignado para las pausas, o al terminar la jornada?.
- Si el trabajador tiene o no, la atribución para modificar por sí mismo el ritmo y las cadencias de la cadena de producción en el caso de estar fatigado o cuando se producen incidentes.
- Si durante la duración normal de la jornada el trabajador puede, o no, abandonar su puesto de trabajo y ausentarse momentáneamente sin la obligación de solicitar la autorización al supervisor o capataz por tratarse de interrupciones fuera del período normal de pausas.

Como es sabido, el apremio y estas exigencias pueden estar originadas en el “tiempo asignado para cada tarea” en virtud de la “Organización Científica del Trabajo”, o en el tiempo impuesto por la banda transportadora o la cadena de producción, o por la dependencia funcional establecida respecto de las tareas anteriores o posteriores, o finalmente debido a la relación establecida a menudo entre el nivel de rendimiento y el monto de la remuneración.

Pero el apremio de tiempo puede estar agravado por la poca eficiencia de las tareas de reparaciones y de mantenimiento de las maquinarias y equipos, por las dificultades para lograr alcanzar los estándares de calidad fijados con máquinas y equipos prácticamente obsoletos, por las irregularidades en cuanto a la provisión de materias primas y demás insumos, como así también por los errores de cálculo

efectuado por los responsables del planeamiento y control de la producción en cuanto a la dotación mínima de personal requerido para obtener un determinado volumen de producción.

Los apremios de tiempo tienen directa repercusión sobre la fatiga.

La cadencia es la velocidad de movimientos que se repiten en una unidad de tiempo. El ritmo es la manera como están relacionadas las cadencias. Por lo tanto, cuanto más rígidas sean las cadencias y cuanto mayor sea el ritmo, mayor será la fatiga del trabajador.

Muchas veces, el apremio de tiempo contribuye a agravar los efectos de los demás riesgos del medio ambiente de trabajo: por ejemplo, un medio ambiente contaminado con productos tóxicos, mala disposición espacial de las maquinarias y equipos (lay-out), elevada carga física de trabajo, complejidad de la tarea a realizar, trabajo efectuado de noche, etc..

La “Organización Científica del Trabajo” y en particular el proceso de trabajo Taylorista o Fordista, está construido sobre la búsqueda de una mayor economía de tiempo y por ello el logro de este objetivo tiene repercusiones sobre la salud puesto que se incrementa la fatiga física, psíquica y mental, y aumenta la posibilidad de accidentes.

Se debe mencionar algunas medidas de carácter preventivo sobre este indicador:

- no ligar directamente el volumen de rendimiento o la calidad con la remuneración.
- en los trabajos en serie, introducir pulmones o “stock” entre varios puestos de trabajos para permitir que los trabajadores que los ocupan dispongan de un mayor margen de autonomía y que no se generen presiones hacia él o respecto de sus compañeros.
- dejar abierta la posibilidad de realizar pausas cuando el trabajador lo estime necesario y sobre todo prever un número adecuado de trabajadores en relación con el volumen de la producción, para que la carga de trabajo por persona no sea excesiva y para que puedan efectuarse relevos o reemplazos durante las horas de trabajo.

2.- La complejidad-rapidez de la tarea:

La tarea o trabajo prescrito puede implicar una dificultad en virtud de la complejidad inherente a la misma debido a la información que se debe percibir, procesar o memorizar así como al número e importancia de las decisiones rutinarias o conscientes que se deben adoptar, más si hay que actuar con rapidez. Cuanto más largo sea el ciclo operatorio, más se requerirá utilizar la memoria, puesto que mayor será el número de decisiones que se deben adoptar y ejecutar, de todo lo cual resulta una mayor carga mental.

3.- *La atención:*

Este indicador esta relacionado con el esfuerzo mental que se debe realizar para estar concentrado de manera más o menos intensa en el transcurso de un cierto tiempo, especialmente cuando se deben adoptar decisiones conscientes y diferentes. La carga mental es mas elevada cuanto más concentración requiere la tarea para ser ejecutada y cuanto más corto es el tiempo que pasa entre dos procesos mentales de tipo señal-respuesta.

El grado con el cual debe ser movilizadla la atención depende de algunos factores:

- la intensidad de la atención que se requiere para percibir la información o las señales.
- la continuidad del esfuerzo de atención requerido por la tarea.
- la posibilidad de desviar la mirada del puesto de trabajo o de hablar mientras se trabaja.
- los riesgos presentes de accidentes de trabajo o de incidentes que que provoquen deterioro de las maquinarias y equipos, de las las instalaciones de las materias primas y productos.
- cuan grande es el número de maquinarias y equipos que se deben operar o vigilar, así como la cantidad de señales que emite cada una de dichas máquinas, y duración de las operaciones diferentes.

4.- *La minuciosidad:*

Cuando los trabajadores deben manipular piezas muy pequeñas o producir objetos de muy pequeño tamaño, o que para llevar a cabo la tarea deben estar muy atentos para observar visualmente detalles muy precisos, se incrementa mucho la carga mental y la fatiga.

La fabricación de aparatos de precisión, el control de calidad de envases de vidrio, el almacenaje de productos frágiles o peligrosos, son algunas de las tareas más frecuentes que requieren este tipo de atención.

5.- *La memoria operatoria:*

Cuando ella es parte integrante de los requerimientos del puesto de trabajo dado que la tarea exigirá respetar una cierta secuencia de actividades que debe ser memorizada.

Como se dijo anteriormente, no existe una medida global y sintética de la carga mental y la posibilidad de estimar la intensidad mayor o menor de estos indicadores tomados individualmente no debe hacernos olvidar que actúan de manera combinada y sinérgica no solo entre sí, sino también con los demás factores de riesgo.

3.- La Carga Psíquica:

Con cierta frecuencia se utiliza el término “aspectos psico-sociales de la carga de trabajo” para referirse a esta cuestión.

Mientras que la carga de trabajo mental dependía fundamentalmente de los requerimientos cognitivos derivados de la organización de las tareas para quienes ocupan los puestos de trabajo, se va formando cierto consenso para afirmar que la carga psíquica, o los aspectos psico-sociales de la carga de trabajo, se relacionan muy estrechamente con el contenido del trabajo.

Se trata esencialmente de los aspectos afectivos y relacionales propios de los requerimientos de los puestos de trabajo en cuestión.

Estas dimensiones varían según sea el estatuto socio-profesional de las personas que ocupan dichos puestos: empleadores, funcionarios públicos, trabajadores por su propia cuenta, trabajadores subordinados, y en relación de dependencia en actividades privadas productivas de bienes y de servicios, etc.

Los principales factores que actualmente son considerados como formando parte de los determinantes y condicionantes de la carga psíquica de trabajo son los siguientes:

a) *El grado de iniciativa:*

Que requiere o exige un puesto de trabajo respecto del trabajador que lo ocupa para desarrollar su actividad, en cuanto al control de proceso de trabajo en materia de cadencia, ritmo, calidad de la producción, posibilidad de efectuar retoques y modificaciones en caso de detectar fallas, la facultad de regular las maquinarias y equipos, la adopción de decisiones personales en caso de incidentes o accidentes, etc.

De ello dependerá el *grado de autonomía* que poseerá el trabajador o si este debe realizar permanentemente tareas repetitivas, monótonas, y predeterminadas por otras personas que son quienes conciben o preparan las tareas, etc.

b) *El grado de ambigüedad acerca de los resultados de la tarea realizada:*

En cuanto a conocer si se cumplieron o no los objetivos, si el trabajo está bien hecho, si se respetaron los márgenes admisibles de error, etc.

c) *El status social o el reconocimiento social de la actividad:*

Propia a cada puesto de trabajo, en virtud de las calificaciones profesionales requeridas (enseñanza formal, formación profesional, aprendizaje y entrenamiento dentro del establecimiento, habilidades y destrezas, etc.), de la naturaleza misma de la tarea asignada (o sea el contenido del trabajo que lo califica como más o menos “noble” en términos de su función social), del nivel de remuneraciones, de su prestigio o del menosprecio que se tiene hacia ella.

d) *La comunicación:*

Que se establece funcionalmente desde un puesto de trabajo con los demás, pudiendo llevarse a cabo con otros trabajadores de similar estatuto socio-profesional, con los supervisores o personal directivo, o con personal a cargo.

De esto dependerá que los trabajadores puedan o no hablar con otras personas durante el tiempo de trabajo y si pueden o no desplazarse dentro del establecimiento para comunicarse con los demás.

A veces un ruido intenso limita las posibilidades de comunicarse verbalmente, requiriendo el uso de golpes con objetos, señales diversas, gestos, etc.

e) *La cooperación:*

Que se requiere desde un puesto de trabajo respecto de los demás, que pueden realizar la misma o similar tarea, hacer labores complementarias o integradas, o que tienen un diverso estatuto socio-profesional: los trabajadores a cargo por una parte y los supervisores o personal directivo por otra parte.

f) *Las relaciones o contacto con los usuarios, clientes y el público en general:*

Constituyen un requerimiento del puesto de trabajo para quienes lo ocupan. En las actividades de tipo administrativo llevadas a cabo en el sector terciario o también en el secundario o primario, se constata frecuentemente que por la poca dotación de personal, la frecuencia con que se forman colas o filas de espera, la proliferación de quejas y reclamos por parte de personas que tienen graves dificultades u otros problemas de esa índole, provocan entre quienes los atienden estados depresivos o despiertan una cierta agresividad. Esta manifestación de los efectos de la carga psíquica del trabajo es más frecuente entre los trabajadores a quienes se asigna la función de hacer las veces de “cortinas” o “barrera”, entre por una parte mandos medios, clientes, usuarios, público en general, y por otra parte, los directivos de la empresa u organización.

Es también notable el aumento de médicos que sufren situaciones de violencia en las distintas instituciones de salud. (12). En las salas de guardia, Centros de Atención Primaria, y en las emergencias domiciliarias se detectan el mayor número de agresiones a médicos. En la actualidad, los médicos al ejercer su labor se enfrentan a situaciones de violencia por parte de pacientes o sus familiares, en particular en los servicios de guardia y en las emergencias a domicilio. En este aspecto, se detecta la dificultad de establecer un sistema de registro ante hechos de agresiones contra los profesionales. En los últimos años, la violencia se ha constituido en un problema de salud pública muy grave. En la mayoría de los casos, se trata de agresiones no fatales y subyace la dificultad en el sistema de salud para obtener un registro de esta serie de casos como medida de prevención y detección de situaciones reiterativas. En este aspecto, muchos

(12) Consultor de Salud. Prensa Independiente por la calidad de vida. N° 417. Agosto de 2007 1° quincena. Pag. 2.

casos de agresión no son denunciados, ni registrados ya que consideran a la agresión como un riesgo inherente a la profesión, porque se supone que informar estos casos puede ser considerado como negligencia o falta de capacidad para manejar situaciones de conflicto, y sobre todo, la ausencia de políticas que estimulen el registro de agresiones. Las situaciones de violencia se viven desde hace tiempo, pero tuvo manifestaciones más claras en los últimos años por diversos factores, como la situación social y los problemas edilicios. La violencia contra los profesionales de la salud surge de la conjunción de diversos factores que se presentan en la sociedad actual. De esta forma, los profesionales de los hospitales y los Centros de Salud, no escapan a la intolerancia general y son atacados física o verbalmente por algunos pacientes o sus familiares. Se genera una hostilidad creciente, agravada por la exclusión social y los problemas de alcoholismo o drogadicción de ciertas personas que llegan a las guardias o Centros de Salud en un estado de agresividad notable. Se detectan desde agresiones verbales hasta amenazas con armas, intimidaciones en domicilios particulares, golpes, fracturas de nariz, empujones, etc. Entre los principales factores de riesgo que desencadenan en situaciones de violencia, se destacan: movimiento irrestricto de público, tiempos de espera prolongados en salas de guardia y de espera, incremento de pacientes violentos y con estado mental alterado, aumento de la incidencia de pacientes intoxicados con alcohol y sustancias psicoactivas, aumento del número de pacientes psiquiátricos y mayor demanda de la policía y los servicios penitenciarios. Otro de los factores que contribuye a las situaciones de violencia son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT): al aumento de la demanda se suma una insuficiente cantidad de personal y malas condiciones de estructura y edilicias. Frente este escenario, es visible un notable aumento de demanda, por lo que los servicios se ven desbordados y el médico es la cara visible de un sistema que está colapsado, y cuando tiene que explicarle a la gente que no tiene ambulancia, o camas para internación, muchas veces sufre episodios de violencia. Tras el impacto de la crisis en el sistema de salud, se agudizó el proceso de deterioro de la calidad de vida y se trasladó a los sitios de atención. La violencia es un problema de salud pública que se ha extendido hasta alcanzar los hospitales y Centros de Salud de Atención Primaria. Por otro lado, se dieron ciertos cambios en los códigos sociales: hace algunos años en los barrios carenciados, al médico se le abrían todas las puertas, hoy en algunos lugares los servicios de emergencia no entran si no es con custodia policial. Hay agresiones que llegan a denuncias judiciales, y médicos que han tenido que trabajar con custodia policial en la puerta del consultorio o Centro de Atención Primaria, así como otras situaciones en que los profesionales prefieren no realizar denuncias y hasta en cierta medida, la agresión no es percibida como tal y forma parte de un común denominador en el ámbito laboral. Es necesario tener presente, que de acuerdo con la legislación vigente en Argentina, los hechos violentos sufridos en ocasión del trabajo son considerados accidentes de trabajo, y se deben otorgar al trabajador las prestaciones médicas, farmacéuticas y económicas correspondientes por parte del empleador. La agresión debe ser denunciada a la ART, la falta de denuncia deja al profesional sin acceso a los beneficios que la ley le otorga. Además, existen instituciones como el SAME en Ciudad de Buenos Aires, que disponen de un equipo específico que trabaja en la contención y asistencia del personal de emergencia ante episodios de violencia o estrés laboral. Entre las propuestas de prevención que se proponen, están las elaboradas

en el 2004, por la OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*) donde se destacan los aspectos a tener en cuenta en la elaboración de un programa de prevención. En este proceso, se señala el compromiso de las autoridades y del personal de salud, la evaluación de los sitios de trabajo y el control de riesgos, pero fundamentalmente se destaca la implementación de un registro de cada caso de violencia y un programa de evolución de los mismos como pilares de una estrategia de prevención de la violencia en la atención médica. A fines del 2006, el portal Intramed - un sitio de Internet, exclusivo para la comunidad médica, con 197.000 usuarios registrados para ese año- realizó una encuesta de la que participaron 22.300 médicos argentinos; el 55% reconoció haber sufrido agresiones verbales o físicas por parte de sus pacientes o de los familiares que los acompañan. La mayoría de los médicos argentinos encuestados reconoció que gran parte de las agresiones que sufren son de tipo verbal, aunque a veces, del insulto al golpe hay un paso. Las salas de guardia son el sector donde se producen la mayor parte de los episodios de tensión. El 74% de los médicos dedicados a las emergencias, que trabajan en ambulancias o en las guardias de clínicas y hospitales, manifestó haber sufrido agresiones.

Por otro lado, el cuidado de la salud se ha convertido en una práctica insalubre en forma creciente para la integridad moral del médico y también, para los pacientes y el progreso de la medicina. (13). El mercado considera a los enfermos consumidores, sin reparar que la salud no es un bien consumible a voluntad y a los médicos, proveedores. La salud se ha convertido en una mercancía más, a la que se le aplica las leyes de mercado pero de una forma particular, ya que aquí sólo se quiere restringir el consumo de la mercancía que los clientes desean consumir y ella comercializa. Los integrantes del equipo de salud se han convertido en empleados en relación de dependencia de una institución, que va marcando a médicos y pacientes la manera de actuar. La institución como tal, se rige por normas sanitarias y economistas, siendo los integrantes del equipo de salud la variante sobre la que descansa el plan de conducción de la institución. El estrés laboral es un fenómeno cada vez más importante en la sociedad actual, fenómeno que se manifiesta tanto a nivel individual como organizacional. A nivel individual se evidencia un aumento de las enfermedades llamadas de adaptación, siendo el logro de adaptación al contexto laboral, uno de los principales indicadores de salud de un individuo. Asimismo, a nivel organizacional, el estrés laboral puede afectar negativamente la propia salud de las organizaciones laborales, por la incidencia en la eficacia, viabilidad de futuro y calidad de productos ofrecidos a la comunidad. Promover la salud, prevenir la enfermedad, curar, rehabilitar, son tareas que producen muchas satisfacciones pero también muchos problemas y tensiones en el personal del equipo de salud. Existe una creciente sensación colectiva de malestar, disconformismo, y tensión entre los trabajadores del equipo de salud vinculados con la tarea asistencial, no sólo (y especialmente) en Argentina sino en todo el mundo. Hablan claramente de esto los altos índices de ausentismo laboral, incremento de morbilidad (tanto en la esfera somática como en el área mental), aumento de toxicomanías y hasta un incremento del índice de suicidios (por ejemplo, en el Reino Unido, duplican la tasa de la población general).

(13) Salud para Todos. Mensuario de Salud y Acción Social. Editado por Fundación F.E.M.E.H. Año 9. N°91. Abril de 2001. Buenos Aires Pag. 2.

La OIT, afirma que el personal de salud está reconocidamente expuesto a riesgos, pero igualmente no se los considera como trabajadores que necesiten una particular protección de salud en el marco de sus funciones profesionales. **Burn-out** es un término que tiene su origen en la industria aeroespacial. Designa el agotamiento del carburador de los cohetes que tiene como resultado el recalentamiento y la rotura de las máquinas. Fue el psicólogo clínico familiar, Herbert J. Freudenberger, en el año 1974, quien lo emplea por primera vez en el ámbito de la salud, aludiendo a un tipo especial de estrés laboral e institucional generado específicamente por aquellas profesiones de ayuda y servicio social en las que existe una relación constante y directa con otras personas que son beneficiarios directos de su acción profesional. Describe al Síndrome de Burn-out, diciendo “..... sentirse usado o exhausto debido a excesiva demandas de energía, fuerza o recursos personales. Estado de fatiga y frustración que es el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida o relación que fracasó en producir la recompensa esperada”. Fue sin embargo Christina Maslach, psicóloga social, quien en 1982 definió el síndrome de manera más precisa, además de crear las bases para un test que permite evaluar el grado de afectación del personal de salud. En Europa, donde el síndrome de Burn-out también es designado como “Síndrome de Tomás” se considera que este trastorno de la identidad profesional del médico, cuyo síntoma principal es la pérdida de autoestima, ha adquirido características de epidemia.

g) La contradicción emergente de la situación provocada por las necesidades (natural o artificialmente generadas) insatisfechas:

Ante la percepción de bienes o servicios producidos o manipulados por esos mismos trabajadores que no tienen los recursos como para acceder a su uso o consumo.

h) La responsabilidad en cuanto al manejo de dinero:

Este factor es frecuentemente olvidado. Los choferes del servicio público de pasajeros, los cobradores de cuentas, los cajeros de establecimientos comerciales y especialmente los cajeros de bancos e instituciones financieras deben cumplir con severas exigencias propias de los requerimientos de sus puestos de trabajo: efectuar cálculos mentales acerca del dinero, percibir cobrar y pagar, contabilizar los recursos obtenidos, confrontar las previsiones con los documentos comerciales y el dinero recaudado, hacer entrega de las rendiciones de cuenta junto con los fondos, etc.

Es pobre el listado de estudios e investigaciones sobre este aspecto a pesar de las evidentes repercusiones que tiene el manejo de dinero ajeno sobre la carga psíquica. Esto se ve agravado por factores no controlables por parte de la empresa: asaltos, falsificación de billetes, fraude en la confección de documentos, etc..

De igual forma que el caso de carga mental, no existe un indicador global y sintético de carácter cuantitativo respecto de la carga psíquica.

Pero hay indicadores parciales que cuando son manejados con cuidado permiten tener una idea aproximada de aquella. La valoración de los aspectos afectivos y

relacionales inherentes al puesto de trabajo es realizada por cada uno de los trabajadores, generando una mayor o menor satisfacción en el trabajo.

También como en la carga mental, se piensa que puede haber una “*sub-carga*” y una “*sobrecarga*” psíquica, que varía considerablemente según sea el puesto de trabajo que se trate.

El contenido y la organización del trabajo están estrechamente relacionados en todos los puestos de trabajo. A veces la carga de trabajo derivada de los requerimientos propios del puesto consiste precisamente en la dificultad para realizar una tarea asignada *sin interrupciones*. Es así, que en ciertas actividades de carácter administrativo, como por ejemplo las tareas de secretaría y de atención al público, a clientes o usuarios, que con mucha frecuencia están encomendadas a mujeres, se multiplican las interrupciones involuntarias de la actividad. Dichos trabajadores deben interrumpir lo que estaban haciendo, adoptar otras posturas o realizar otros gestos, desplazarse hasta el lugar donde está concentrada la información, identificarla o buscarla para transmitirla a los solicitantes, tomar nota de los trámites realizados y de los mensajes para sus compañeros de trabajo y personal superior, e incluso registrar nuevas demandas que deben satisfacerse posteriormente. En muchos casos esas interrupciones llevan un tiempo considerable con lo cual se desvía la atención hacia otros temas, olvidando momentáneamente la información que se estaba procesando. Cuando existen apremios de tiempo para culminar la tarea que fue interrumpida y es menester recomenzarla, se cometen errores y olvidos. Comenzar de nuevo a redactar una carta, a efectuar un cálculo complejo, a confeccionar un programa de actividades o un informe, muchas veces significa incrementar la carga psíquica y mental y consiguientemente la fatiga.

La carga psíquica sería entonces *más elevada* cuanto mayor sea la ambigüedad en cuanto a los resultados de la tarea realizada; cuanto mayor sea la intensidad y conflictividad de las relaciones establecidas con los demás miembros del colectivo de trabajo, con los supervisores y personal directivo, con los usuarios, clientes y público en general y cuanto más frecuentes y prolongadas sean las interrupciones de la actividad por causas involuntarias al trabajador que lo obliguen a desconectarse y desviar la atención. La carga psíquica es también *mayor* cuanto menor sea el status social o el reconocimiento social respecto de los trabajadores que ocupan ciertos puestos de trabajo; cuanto menor sea el grado de autonomía y de iniciativa requeridas por el puesto; cuanto menores sean las posibilidades de comunicarse y de cooperar con los demás miembros del colectivo de trabajo, desplazándose libremente dentro del establecimiento; y cuanto menores sean las posibilidades de utilizar y valorizar las calificaciones profesionales en virtud del carácter simple y repetitivo de las tareas propias del puesto de trabajo o de la descalificación del puesto como resultante de cambios tecnológicos o de la organización del trabajo.

Con la incorporación de nuevas tecnologías informatizadas se asiste a una suerte de desplazamiento de la carga global de trabajo propia de cada puesto, disminuyen la carga física y los esfuerzos musculares pero aumentan la carga psíquica y mental, en razón de las potencialidades de dichas innovaciones para reducir el tiempo muerto e intensificar el trabajo de quienes deben atender múltiples fuentes de información provenientes de las pantallas de visualización de datos, para procesarlas y adoptar decisiones de manera rápida y correcta.

Los efectos de la carga global de trabajo resultante son de tal importancia que la fatiga “les quita hasta las ganas a los trabajadores de realizar horas extraordinarias”. Así a pesar de la necesidad de incrementar sus ingresos por esa vía, se manifiesta un rechazo que frecuentemente es visto por los supervisores o directivos empresariales como una expresión de la “falta de colaboración”, calificativo que puede llegar a jugar en detrimento de los trabajadores cuando llega el momento de las promociones o de atender a reclamos por cambios de turnos, justificar ausencias, etc..

También es evidente que en virtud de su contenido y organización el puesto de trabajo puede implicar escasos requerimientos afectivos y relacionales generando una *sub-carga* psíquica provocando el desinterés por el trabajo y empobreciendo la naturaleza de las relaciones de comunicación, de cooperación y de intercambio con los demás miembros del colectivo de trabajo o con los clientes, usuarios o el público en general. Se trata, en otras palabras, de una forma distinta de alienación.

Los seres humanos constituyen una unidad bio-psico-social y por lo tanto es necesario insistir sobre la estrecha relación que se establecen entre las diferentes dimensiones de la carga de trabajo y que van a repercutir sobre una misma persona. Es así que, una elevada carga física puede llegar a perturbar las actividades mentales, afectivas y relacionales del trabajador. Cuando el trabajo genera situaciones conflictivas con la estructura jerárquica, con los compañeros de trabajo, con los clientes o usuarios, las actividades mentales son profundamente perturbadas y puede llegar a cometerse graves errores, adoptándose decisiones incorrectas o equivocadas.

Cuando se debe soportar una elevada carga mental a causa de las exigencias derivadas de la organización del trabajo- por ejemplo efectuar tareas complejas que requieren mucha atención que deben realizarse con apremios de tiempo o cuando se deben percibir y procesar muchas informaciones en un corto lapso de tiempo- disminuye la satisfacción en el trabajo y se generan dificultades en la comunicación y la cooperación con los demás trabajadores, que pueden llegar a ser conflictivas.

En todos los casos se disminuye finalmente la eficiencia de la empresa u organización: baja la productividad, desmejora la calidad, surgen incidentes, se producen accidentes de trabajo, se incrementan los costos, etc..

F. Las Características Personales de los Trabajadores, Diferencias Individuales y Las Respectivas Capacidades de Resistencia y de Adaptación. (14)

Las características personales junto con las respectivas capacidades de adaptación y de resistencia a los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo y de las condiciones de trabajo determinadas por el proceso de trabajo que en su conjunto dan lugar a la carga global de trabajo, constituyen factores muy importantes cuando se procura analizar las repercusiones de las CyMAT sobre la vida y la salud de los distintos trabajadores.

(14) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pág. 119 a 135.

Los trabajadores no son todos iguales, ni tienen las mismas vivencias y percepciones frente a los riesgos profesionales, dada sus características personales. Las repercusiones de las condiciones y medio ambiente de trabajo sobre la vida y la salud de cada uno de los trabajadores va a depender por una parte de la carga global de trabajo y por otra parte de las características personales junto con sus respectivas capacidades de adaptación y de resistencia a los factores de riesgo del medio ambiente y de las condiciones de trabajo.

Los elementos que dan origen a esta diferenciación son los siguientes elementos:

1.- *La edad:*

En general, la asignación de tareas dentro de cada empresa u organización se realiza teniendo en cuenta de manera implícita o explícita, la edad de los trabajadores a quienes se va a asignar el puesto de trabajo.

En tareas productivas del sector industrial o de la construcción, se asignan a los jóvenes en función de su nivel cultural y de su contextura física, tareas que requieren un gran desgaste muscular aprovechando el hecho de que a causa de la edad, su organismo no ha sufrido aún un mayor deterioro de la fuerza física y disponen por lo tanto de una mayor capacidad de resistencia y de adaptación ante los requerimientos del puesto en este aspecto. Otras tareas, especialmente aquellas que implican mayor responsabilidad y experiencia, son asignadas a trabajadores con más edad, aprovechando las calificaciones individuales y colectivas adquiridas durante el transcurso de la vida activa.

Se da muchas veces entonces, la paradoja mencionada por el Prof. Wisner, hacia los 40 años, los trabajadores de las ramas de actividad industrial cuyos puestos de trabajo se desarrollan con modalidades tayloristas y fordistas pasan a considerarse “viejos” para las tareas de montaje en cadena pues su fuerza de trabajo se ha gastado de manera acelerada a prematura pero al mismo tiempo se constata una gran resistencia al cambio de puesto de trabajo por parte de esos mismos trabajadores en virtud sin dudas del rechazo a realizar un nuevo y penoso esfuerzo de aprendizaje.

También contradictoriamente a esa misma edad, los trabajadores de ciertas profesiones recién comienzan a estar en condiciones óptimas para realizar sus tareas tal como es el caso de los profesores universitarios, investigadores científicos, altos ejecutivos empresariales. Así paradójicamente, cuando se tienen 40 años, obreros industriales y docentes universitarios se sitúan diferentemente con relación a la misma edad: se es un trabajador viejo o un joven Profesor Titular.

Con el paso de los años los seres humanos experimentamos un proceso de envejecimiento biológico natural, que se traduce en la reducción del número y del valor funcional de ciertas células especializadas como por ejemplo las neuronas del sistema nervioso, la rigidificación progresiva de las proteínas estructurales que componen las arterias y las paredes de los vasos sanguíneos y, finalmente, el agotamiento de las defensas inmunológicas, así como la posibilidad de ver reducida ciertas capacidades.

Es muy cierto que un trabajador a los cincuenta años puede realizar un trabajo físico de iguales condiciones que un trabajador de veinte años, sin que se altere mayormente su frecuencia cardíaca. Pero si ambos trabajan en un ambiente con elevada

carga térmica, la frecuencia cardíaca del adulto se acelera mucho más que la del joven y puede correr riesgos en caso de trabajo con una carga física muy intensa, pues se habrá reducido progresivamente su capacidad cardio-circulatoria y de transpiración.

A medida que pasan los años y por razones puramente biológicas que pueden combinarse con un desgaste acelerado de la fuerza de trabajo, la fuerza física va disminuyendo, se pierde agilidad y flexibilidad, se ve y se escucha con mayor dificultad, la carga psíquica y mental provoca mayores sufrimientos, etc.

2.- El sexo:

Este es un segundo e importante factor de diferenciación entre los trabajadores. Hombres y mujeres no tienen la misma contextura física, ni están dotados de la misma fuerza muscular, aún cuando las diferencias entre ambos géneros parecen acortarse a medida que pasa el tiempo.

A esta diferencia genérica impuesta por la naturaleza se agregan otras. Existe en primer lugar una discriminación sexual en el trabajo que no tiene mayores fundamentos científicos, aunque sí culturales y económicos. Por ello es que se asignan más frecuentemente a las mujeres que a los hombres los puestos de trabajo que requieren pocas calificaciones, que son repetitivos, monótonos y desprovistos de interés y que implican una mayor carga psíquica y mental. Las estadísticas sobre la distribución de la fuerza de trabajo según niveles de calificación muestran que crece mucho en términos absolutos y relativos la cantidad de mujeres dentro de los trabajos poco calificados y de ejecución, a pesar de que las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al acceso a la educación formal no cesan de disminuir desde hace tiempo.

Por otro lado, la discriminación sexual que comienza en los lugares de trabajo no termina allí, puesto que a menudo se prolonga dentro del hogar, quedando a cargo de las mujeres las tareas más rutinarias, que tienen mayor apremio de tiempo, que continúan incluso en los días feriados y fines de semana, tareas que son muy dependientes de las exigencias del resto de la familia y que no pueden ser llevadas a cabo sin un compromiso afectivo importante. En esas condiciones, el trabajo de las mujeres en el hogar se traduce de hecho en una “segunda jornada de trabajo”, que agrava y prolonga la fatiga acumulada en el establecimiento.

Finalmente, en virtud de la función asignada por la naturaleza en cuanto a la reproducción de la especie humana, los mismos riesgos del medio ambiente de trabajo y de las condiciones de trabajo van a repercutir de manera diferente que respecto de los varones, y en forma especial cuando las mujeres se encuentran gestando la vida de otra persona, la cual mientras es un feto tiene una vida dependiente de su madre y que antes de su nacimiento es mucho más vulnerable e indefensa frente a los riesgos que corresponden a aquella.

3.- El estado de salud biológica, psíquica y mental:

Los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo y de las condiciones de trabajo tienen repercusiones muy diferentes según sea el estado de salud del colectivo de trabajo y de cada uno de los trabajadores, en el transcurso del tiempo.

Cuando la salud se halla deteriorada por cualquier causa que sea, la carga de trabajo se hace “más pesada”, hay menores capacidades de adaptación y de resistencia, la fatiga sobreviene mucho más rápidamente en virtud del esfuerzo realizado, se está más propenso a ser víctima de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y se facilitan los efectos sinérgicos y combinados de los factores componentes de las CyMAT, que pueden perjudicar la vida y la salud de los trabajadores.

4.- Las capacidades psico-motrices, psíquicas y mentales:

Si bien se parte del reconocimiento de la igualdad fundamental de los seres humanos en cuanto a su naturaleza y a sus derechos y deberes sociales, es menester reconocer la existencia de profundas diferencias de capacidades entre las personas que forman parte de una misma familia, de un mismo colectivo de trabajo, así como para una misma persona en el transcurso de su vida activa e incluso dentro de la misma jornada de trabajo.

La fuerza física, la agilidad, las destrezas, la velocidad para adaptarse o para tomar decisiones, las características de la vida afectiva relacional y cognitiva, admiten una tal variedad dentro del género humano y particularmente dentro del mismo colectivo de trabajo, que son causa de admiración frente a la variabilidad de la especie.

Esas diferencias no pueden sin embargo limitarse solamente a los diferentes niveles de los trabajadores respecto de una “norma”. Las referencias a las normas son generalmente cuestionables puesto que su determinación se hace en base a criterios subjetivos acerca de lo que se considera “normal” o “anormal” y esto es en función del contexto histórico, de decisiones de contenido político, dentro de una determinada formación económico-social. Pero además existe una diferenciación en cuanto a la modalidad que reviste cada una de esas capacidades dentro del género humano y cuya distribución entre los trabajadores es tan compleja y heterogénea que dificulta la tarea de compararlos puesto que, salvo excepciones, esas capacidades son desiguales y su combinación se hace de manera muy variada en el caso de cada persona a medida que se desarrolla su vida activa, influenciadas por el trabajo prescripto y el trabajo realizado.

Son estas diferencias las que más cuestionan en realidad el concepto de “hombre promedio” y por otra parte las que más justifican la necesidad de utilizar la disciplina ergonómica.

5.- La información, formación y calificaciones profesionales:

Estos factores también contribuyen a diferenciar profundamente a los trabajadores dentro de un mismo colectivo de trabajo en cuanto a las repercusiones de las CyMAT sobre la vida y la salud, lo mismo que dentro de una familia o de determinado grupo o clase social.

Cuando los trabajadores comienzan su vida activa, el trabajo que realmente van a efectuar ya está fuertemente condicionado por desigualdades y heterogeneidades resultantes de su paso por el sistema escolar formal, la formación profesional adquirida, el aprendizaje realizado, etc. Una vez en el puesto de trabajo, sus calificaciones

profesionales se modifican -pudiendo dar lugar a una descalificación o a una sobrecalificación-, se adquieren o pierden habilidades, y destrezas, puede provocarse un proceso de reconversión profesional a consecuencia de la introducción de nuevas tecnologías, con cambios de productos y cambios de procesos.

Finalmente, hay que mencionar que el proceso de adquisición de un saber productivo de carácter colectivo surge de la cooperación establecida dentro del establecimiento, de la imitación gestual respecto de los trabajadores más diestros, de la transferencia de conocimientos y secretos de oficio sin que sea necesario su previa formalización y codificación. Aquí estamos en presencia de la “calificación colectiva”.

La polivalencia consiste en hacer posible organizar la producción de tal manera, que un trabajador pueda hacerse cargo sucesivamente de varios puestos de trabajo diferentes. La polivalencia permite a los trabajadores ampliar el espacio de problemas de los cuales puede ocuparse, pero tiene poco interés si solo consiste en la alternancia entre tareas de similar naturaleza como por ejemplo en el caso de la *rotación de puestos*. La adquisición de la polivalencia implica un tiempo y un esfuerzo progresivo de aprendizaje, pero este esfuerzo no siempre es reconocido socialmente mediante un incremento de la remuneración.

Cuando se trata de una *ampliación o enriquecimiento de las tareas* asignadas al puesto de trabajo, los operadores deben realizar actividades de distinta naturaleza evitando una rígida división social y técnica del trabajo pero ello puede también implicar a menudo un incremento de la carga global de trabajo y quedar sujetos a tensiones y conflictos que hasta entonces estaban asumidos por otros varios servicios de la empresa.

Pero *los empleadores y trabajadores no tienen normalmente acceso a la misma información en cuanto a riesgos profesionales* derivados de las condiciones y medio ambiente de trabajo. Con frecuencia los trabajadores están en una situación de involuntaria ignorancia acerca de la verdadera naturaleza de los riesgos ocupacionales provocados por el medio ambiente físico, químico y biológico en el cual se desempeñan así como por los factores tecnológicos y de seguridad inherentes al proceso de trabajo prevaleciente. Como es obvio, no se puede prevenir sino aquellos riesgos que son identificados y conocidos.

Estas consideraciones están en la base del reciente dictado de una Ley Federal en los Estados Unidos, denominada “Derecho a saber”. Su aplicación se refirió primeramente a las industrias químicas, siderometalúrgicas y automotriz, para luego ampliarse a otras actividades, incluidas las estatales. Los empleadores de dichas empresas se vieron así designados responsables de la identificación de las sustancias fabricadas que podrían representar un peligro para la salud y la seguridad de las personas. Esa peligrosidad estaba dada por su capacidad de intoxicar, de causar cáncer, o de afectar de otra manera la salud de los trabajadores, ya sea inmediatamente o luego de varios años de exposición. Los recipientes que contienen a dichos productos deben estar rotulados con indicación del peligro que representan, así como con el nombre y la dirección completa de sus fabricantes. Cada producto generado en una empresa que opere dentro de las ramas mencionadas debe ser acompañado con una hoja informativa donde se consigne la inocuidad del material utilizado y del producto. Como uno de los

resultados de la aplicación de esta Ley Federal, se observa actualmente la constitución de bancos de datos informatizados que funcionan dentro de las Secretarías de Trabajo de cada Estado o de ciertas Universidades de prestigio internacional, las cuales pueden suministrar información en tiempo real acerca de las características, riesgos y prevención propios de cada sustancia utilizada en la industria. Mientras en nuestro país no se disponga de una información tan completa, los empleadores y trabajadores argentinos más concientes podrían tener acceso a dichos registros cuando lo soliciten.

6.- Las influencias del medio ambiente ecológico:

A las diferencias derivadas del origen socio-económico y de la posición social familiar, en cuanto a la contextura física que está condicionada por el régimen alimenticio y el modo de vida, se deben agregar diferencias considerables en cuanto a los datos antropométricos de los trabajadores en función del medio ambiente en el cual nacieron y se desarrollaron: en zonas de llanura o en zonas de alta montaña, en zonas templadas o en zonas tropicales o ecuatoriales, en el medio rural o en el medio urbano. Los trabajos del Prof. Alain Wisner, (Director del “Laboratoire d’Ergonomie et de Neurophysiologie du Travail”) son muy ilustrativos sobre este tema de las medidas antropométricas, especialmente en los países en desarrollo industrial. La talla de pie y el peso se corresponden para un mismo país según la edad, el sexo, el medio social y las variaciones observadas en el largo plazo.

Un habitante de India dedicado a la agricultura mide en promedio 157 centímetros y pesa alrededor de 39 kilos. En ese mismo país, un obrero industrial urbano mide en promedio 164 centímetros y pesa unos 55 kilos. Por el contrario, los soldados hindúes miden en promedio 168 centímetros y pesan 59 kilos.

En Japón, como consecuencia en parte del cambio en cuanto al volumen de alimentos consumidos y de las proteínas animales que estos contienen, la talla promedio máximo de los jóvenes pasó de 161 a 170 centímetros entre 1949 y 1979, período en el cual dicho país logró un rápido crecimiento económico, incrementos salariales y una más equitativa distribución del ingreso.

En México los datos antropométricos confirman que los campesinos pobres son más pequeños y menos pesados que los trabajadores urbanos e industriales. Y en el medio urbano la talla y el peso crecen siguiendo de cerca la escala de las categorías socio-profesionales.

Estas diferencias son estudiadas por los ergónomos, y tienen una gran importancia cuando se procede al diseño de la ropa de trabajo, de equipos de protección individual, de las maquinarias, herramientas, vehículos y equipos tanto para ser utilizadas dentro de un mismo país como en cuanto para la exportación hacia países con un menor grado de desarrollo industrial. Cuando la transferencia de tecnología no tiene en cuenta estos factores antropométricos, el resultado es con frecuencia una mayor fatiga a causa de gestos, posturas y esfuerzos requeridos por medios de trabajo, diseñados y construidos en función de tallas y pesos vigentes en los países productores.

Cuando se mide la fuerza física humana a través de la potencia aeróbica (o sea el consumo máximo de oxígeno en litros por minuto o en milímetros por litro por minuto) las diferencias entre diversas poblaciones son mayores cuando las economías están menos desarrolladas. Dicha potencia aeróbica aumenta considerablemente cuando se

dan ciertas condiciones:

- Si mejora la dieta alimenticia en términos de calorías y proteínas.
- Si la edad es menor.
- Si hay un buen estado de salud y no se está anémico por causas de parásitos.
- Si se tiene acceso a un buen entrenamiento físico por la práctica deportiva.
- Si se vive más cerca del nivel del mar.
- Si se vive en un clima seco y con temperaturas benignas.

Estas observaciones del Prof. Wisner son de gran utilidad cuando se desea evitar la sobre-carga física o muscular del trabajo para diversos grupos de trabajadores, incluso en el mismo país. Los factores étnicos, el sexo, la edad, el estado de salud, pero sobre todo el modo de vida y los recursos alimenticios son las principales variables explicativas. Así un adulto joven y sub-alimentado puede incrementar en un 20% su capacidad física en un corto período de tiempo, con una alimentación abundante y rica en proteínas asociada a un entrenamiento físico.

Tampoco en esta materia hay determinismos. Las características antropométricas de los pueblos no son inmutables, pues pueden modificarse a medida que evolucionan los factores genéticos y que mejora la situación socio-económica. Pero mientras tanto, se debe hacer atención a la antropometría cuando se comercializan maquinarias y equipos entre países, y de ser posible, deberían ser adaptados o mejor aún producidos dentro del mismo país cuya población las va a utilizar.

A estas diferencias que se han constatado entre los trabajadores de un mismo país, se deben agregar las que existen entre trabajadores nacidos en el país y extranjeros (migrantes), en términos de talla, pero también de idioma, de cultura y de preparación para el trabajo. Cuando no se reconocen y no se respetan esas diferencias, pueden establecerse discriminaciones injustas respecto de trabajadores migrantes provenientes de zonas geográficas menos favorecidas, que son considerados “inferiores” o subordinados. Por consiguiente ningún país está libre del peligro de caer en un comportamiento discriminatorio e incluso “racista” respecto de los migrantes provenientes de países vecinos con un menor grado de desarrollo económico y social.

Cuando la región de origen, las características étnicas, la nacionalidad, las creencias y valores culturales y los datos antropométricos propios de una población migrante influyen decisivamente en el reclutamiento, la asignación de puestos de trabajo y de posiciones jerárquicas dentro del establecimiento con las consiguientes diferencias de remuneraciones, se ha procedido a segmentar el mercado de trabajo y a establecer “mercados internos” con fuerza de trabajo “secundaria”. Eso significa, dicho en otras palabras, que en un sistema económico dado se han utilizado las diferencias provocadas por el medio ambiente ecológico para alimentar un cierto régimen de acumulación del capital.

7.- La historia personal y profesional de los trabajadores:

Como se ha afirmado, las capacidades de adaptación y de resistencia de los trabajadores frente a los riesgos profesionales de las CyMAT, no son estáticas ni

permanentes.

La historia personal y profesional de cada trabajador es irreplicable y singular. Las personas son seres en proceso, que se desarrollan y que sufren retrocesos a lo largo de la vida. Las agresiones sufridas provenientes del medio ambiente, de las condiciones y medio ambiente de trabajo, del medio familiar y social, son factores que contribuyen mucho a diferenciar aún más a los trabajadores entre sí, a pesar de que formen parte de un mismo colectivo de trabajo o de una misma clase o sector social.

Por lo tanto es importante que los psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas y demás profesiones que contribuyen al desarrollo de la accidentología revisen y cuestionen los fundamentos teóricos de la noción de propensión al accidente que surge de las teorías del “factor humano”.

8.- *Las aspiraciones y expectativas personales:*

Cada persona, y por lo tanto también los trabajadores, tienen en lo más profundo de sí mismos una cierta imagen acerca de sus capacidades personales, de sus valores y habilidades y ha hecho una composición de su lugar en la empresa u organización donde trabaja, así como sobre el peso que tiene el contexto económico, social y político sobre aquella. Es de esta confrontación que emerge una concepción sobre el papel que le correspondería ocupar dentro de la empresa y de la sociedad, así como las estrategias que debería hacer para ocupar esa posición.

Las aspiraciones están condicionadas por las demás características personales que se mencionaron, y en particular por el origen social, la posición ocupada en un momento dado, las calificaciones y experiencia profesional, el medio cultural y familiar donde se desarrolló y vive, así como la historia profesional con su carga de satisfacciones y de postergaciones.

Las aspiraciones y expectativas generadas están concentradas alrededor de la optimización de ciertos objetivos, que constituyen una motivación para trabajar. Por ejemplo:

- Un cierto nivel de remuneraciones y de protección social.
- Las condiciones generales de vida que desea para sí y sus familiares.
- Una posición dentro del establecimiento en términos de poder, de participación en la adopción de decisiones, de reconocimiento social, de posibilidades de promoción o de movilidad profesional, etc.
- Llegar a realizar una actividad laboral que tenga una carga física, psíquica y mental equilibradas y acordes con sus características personales y que le permitan obtener una satisfacción en el trabajo y lograr su realización personal.

Según sean las aspiraciones y expectativas, así frecuentemente serán los objetivos que cada trabajador se propone alcanzar en un cierto periodo de tiempo, que pueden ser modestos o ambiciosos. Pero también, cada trabajador decide hacer una “inversión” de tiempo, esfuerzos, recursos y sacrificios para lograrlos. Los medios utilizados para ello no tienen todos la misma valoración moral: puede actuarse individualmente y en términos competitivos donde el triunfo de uno significa perjuicios para los demás, puede buscarse una promoción colectiva, puede recurrirse a prácticas desleales o incluso inmorales con tal de lograr los objetivos propuestos, etc.

Por otro lado, las aspiraciones y expectativas engendradas con relación al trabajo pueden llevar alternativamente a asumir, a aceptar pasivamente o a rechazar ciertas condiciones y medio ambiente de trabajo que tienen efectos negativos sobre la vida y la salud. Sin embargo, el rechazo puede tener lugar muy raramente cuando coexisten altas tasas de desocupación y deteriorados salarios reales.

9.- *Acerca del Factor Humano:*

Es importante hacer una reflexión del “factor humano”, que es un tema muy controvertido por sus implicancias ideológicas, culturales y morales, puesto que a menudo sirve para fundamentar las diferentes responsabilidades en cuanto a daños provocados por las CyMAT.

Dentro del conjunto de los daños provocados por factores de riesgo, la teoría del “factor humano” da una gran importancia relativa a la responsabilidad personal de los trabajadores, cuya negligencia, descuido, falta de cooperación, ignorancia o comportamientos desequilibrados explicarían la frecuencia y la gravedad de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Las actitudes y comportamientos de los trabajadores frente a los riesgos profesionales ocuparían un papel muy importante para explicar los daños provocados por los mismos, puesto que se daría por sentado la “propensión al accidente” como una actitud normal de los trabajadores.

Esta posición teórica tiene evidentes consecuencias en cuanto a la prevención y por ello queremos analizarla más específicamente.

En primer lugar, la fuerza de trabajo es solo uno de los elementos del proceso de trabajo. La naturaleza de los objetos de trabajo (materias primas, insumos intermedios, piezas de recambio, etc.) y de los medios de trabajo (instalaciones, maquinarias, equipos, herramientas, tecnologías utilizadas) están en el origen de los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo y de los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción que dan lugar a las condiciones de trabajo, son los determinantes de la carga global de trabajo que se asume, se asigna o se impone a los trabajadores encargados de la ejecución de las tareas. La fuerza de trabajo es de alguna manera moldeada, obligada a adaptarse y a resistir frente a esos factores de riesgo que denominamos CyMAT, y será en función de sus características personales que podrá tener mayores o menores resultados en términos de salud.

En segundo lugar, de acuerdo al modo de producción dominante y a la articulación que se establece entre el mismo y las demás formas de organización de la actividad económica, la responsabilidad en cuanto a la organización de la producción corresponde en primer lugar a los empleadores públicos o privados, pero nunca a los trabajadores en relación de dependencia. Por consiguiente, la responsabilidad inherente a la situación en materia de CyMAT, es en primer lugar un asunto que incumbe a los empleadores, tal como sin excepción todas las legislaciones nacionales lo han consignado expresamente para preservar la vida y la salud de los trabajadores y también para hacer frente a las indemnizaciones o a la reparación cuando se han producido daños durante el tiempo de trabajo o durante los desplazamientos “in itinere”.

En tercer lugar, los trabajadores son víctimas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales porque tienen poca o ninguna información acerca de la naturaleza de los factores de riesgo con los cuales conviven y sobre sus consecuencias. Esto se debe a la negligencia de los responsables empresariales que tienen atribuciones en materia de CyMAT, y a su propia ignorancia frente al número considerable de nuevos insumos o tecnologías que comienzan a utilizarse en la producción antes de haber investigado los riesgos que pueden acarrear a los trabajadores que los van a manipular. En otros casos, la falta de información se debe al no cumplimiento de las normas legales y reglamentarias que asignan al empresario esta obligación, que debería hacerse efectiva ya sea durante el período de inducción o después, pero siempre dentro del horario de trabajo.

En cuarto lugar, es menester formar a los trabajadores para que realicen las tareas asignadas en las mejores condiciones respecto de los riesgos profesionales. De allí la importancia de una formación profesional que incorpore no solamente la noción de CyMAT en cada una de las asignaturas sino que además enseñe a trabajar con seguridad, en un ambiente sano e higiénico, utilizando los equipos de protección personal adecuados. La formación debería incluir además la presentación de los riesgos y daños profesionales específicos para quienes ocupan cada puesto de trabajo, en términos de las repercusiones sobre la salud.

Las resistencias de los trabajadores al uso de los equipos de protección personal y al respeto de ciertas consignas de seguridad no son gratuitas. Lo normal no es trabajar permanentemente con equipos de protección individual, puesto que ello significa por una parte la existencia de riesgos para la salud que se pretenden aislar y por otra parte porque generalmente el uso de los equipos de protección individual significa de hecho un incremento de la carga global de trabajo: la necesidad de hacer mayores esfuerzos que redundan en mayor fatiga, dificultades para que funcionen correctamente los sentidos, obstáculos para percibir las informaciones que se deben procesar para tomar decisiones, etc.. También se da el caso de que los mencionados equipos *no están diseñados ergonómicamente* y no están en buenas condiciones por falta de mantenimiento. El resultado es que su uso es fuente de mayor fatiga e incluso provocan lesiones o molestias.

Existe la experiencia de que el uso de ciertos equipos de protección personal pueden dar lugar a un mayor riesgo. Por ejemplo, cuando los protectores auditivos impiden la comunicación con los demás miembros del colectivo de trabajo a causa del aislamiento provocado y asimismo impiden escuchar las señales de alerta o el ruido de los medios de transporte internos al establecimiento, que se desplazan en la proximidad.

Entonces, cuando los trabajadores se resisten a utilizar de manera permanente los equipos de protección individual esto es un buen indicador de que con ellos la comodidad no aumenta y de que el trabajo se hace más difícil o pesado, incrementándose la fatiga laboral o dando origen a nuevos riesgos.

Finalmente, hay que decir que debido a factores culturales complejos y tradiciones difíciles de explicar a causa de sus raíces antropológicas aún mal estudiadas, hay trabajadores que no tienen una plena conciencia acerca del valor que tiene su propia vida y su salud. En algunos casos, tienen internalizada la idea de que el trabajo acarrea daños a la salud y que difícilmente puedan prevenirse eficazmente.

En otros casos el colectivo de trabajo genera una suerte de “ideología defensiva del oficio” que debe ser compartida por todos los miembros y en virtud de la cual se asumen - y a veces se acrecientan voluntariamente - los riesgos profesionales que en condiciones normales provocarían un rechazo de trabajo. Sólo fuera del lugar y del tiempo de trabajo están permitidas las expresiones acerca del miedo que se siente en ciertos puestos de trabajo y del sufrimiento experimentado por los daños sufridos en carne propia o en la de compañeros de trabajo. Pero dentro del tiempo y del lugar de trabajo ello estaría prohibido de mencionar, puesto que cambiaría las reglas de juego y pondría en evidencia los riesgos que se pretenden ocultar o sub-valorar.

Pero la actitud crítica frente a las teorías del “factor humano”, no se puede eximir de constatar la existencia de ciertos comportamientos por parte de los trabajadores, que pueden facilitar la exposición a los riesgos. Con mucha frecuencia los trabajadores más jóvenes durante los primeros meses luego de su ingreso al empleo, asumen riesgos innecesarios por falta de información y de formación, por falta de experiencia o de conciencia, incitados por una tentación de mostrarse como fuertes, valientes, listos o “machos” frente a sus compañeros, ante quienes estarían “pasando examen”.

También es frecuente observar el comportamiento de trabajadores que efectúan bromas o hacen picardías a sus compañeros (golpes, empujones, lanzamientos de proyectiles, substracción de herramientas o efectos personales, etc.) desviando su atención, provocándoles molestias, reduciendo sus capacidades motrices, etc., todo lo cual los expone más de lo debido a los riesgos y puede ocasionarle daños. Por otro lado existen trabajadores que no aceptan o no soportan trabajar con equipos de protección individual, ya sea por falta de costumbre o porque aquellos les producen molestias o simplemente una mayor fatiga. Por último, hay trabajadores adultos y experimentados que asumen como un desafío personal la decisión de trabajar expuestos a riesgos graves sin adoptar todas las precauciones debidas que han sido prescriptas por los responsables de servicios de medicina del trabajo o de seguridad e higiene.

G. Los Efectos de las CyMAT sobre la Salud de los Trabajadores.

Se reconocen cuatro tipos de efectos negativos del trabajo:

1.- **la fatiga:** (15) se presenta cuando un trabajador ha realizado sistemáticamente una actividad laboral (siempre dentro de su jornada laboral) y de forma ascendente; es decir comienza con su trabajo a las 8 de la mañana; a las 10 tiene grado A de fatiga; a las 11, A1 de fatiga; a las 13 hs., A2 de fatiga; es ascendente. Y por lo tanto esa fatiga no se resuelve con el pago de más dinero, en las próximas horas. Un hombre fatigado es un hombre propenso al accidente. Además un hombre fatigado va disminuido a su casa con pocas posibilidades de intercambio en todas las esferas, con su familia, porque un hombre fatigado va acumulando su fatiga y va perdiendo su vida poco a poco,

(15) El Mundo del Trabajo. Clase N°1. (2005).Lic. Gabriela Cuenca. Pag. 14 a 15.Conferencia del Dr. Pedro Almirall en el Sindicato de Luz y Fuerza de La Plata, Oct.98, sobre Trabajo y Salud.

por lo tanto sin ser incendiario es necesario reclamar que estas exigencias de trabajo estén de acuerdo a las capacidades psíquicas y físicas del hombre y que la persona no llegue a estados de fatiga profundo producto del desempeño sostenido de una tarea que está fisiológicamente o psicológicamente por encima de las posibilidades.

La recuperación implica el reposo (sobre todo el sueño), la alimentación y el cuidado de la salud. Pero no siempre la recuperación está a la altura de la fatiga provocada. A veces se trata de una fatiga que se vive y se percibe de manera consciente, pero en otros casos el grado de conciencia es relativamente incipiente. Puede tratarse de una fatiga específica, por ejemplo muscular, que se recupera con el reposo, la alimentación, el sueño y los ejercicios físicos compensatorios. En otros casos podemos encontrar una fatiga inespecífica o de carácter general provocada por la carga global de trabajo y que también se recupera esencialmente con el reposo, el sueño, una alimentación adecuada, las pausas en el trabajo, el descanso semanal, etc.

2.- *la monotonía*: se da cuando hay trabajos en los cuales la estimulación que uno tiene y el intercambio con el medio es pobre, en una actividad monótona no nos da y nos exige ninguna información. Es muy importante que nosotros identifiquemos esos puestos porque la monotonía no responde con el reposo, la monotonía responde cuando somos capaces de diseñar un ambiente de trabajo que es más estimulante para el trabajador, o cuando lo rotamos por diferentes puestos de trabajo y no dejamos que el caiga en ese estado de aburrimiento.

3.- *el estrés*:⁽¹⁶⁾ es una reacción que moviliza fisiológica y psicológicamente al hombre. Tiene una gran desventaja con respecto a la fatiga y la monotonía puesto que cuando uno sale del trabajo deja su fatiga y su monotonía, se va a recuperar, pero en el caso del estrés no, ya que el estrés continua, ya que el estrés se produce siempre que hay un conflicto y esos conflictos muchas veces tienen que ver con cuestiones que jamás se legislan. No está legislado que un supervisor debe dirigirse correctamente a un trabajador, no está legislado que las relaciones humanas y las comunicaciones sean expeditas y formales con el trabajador y su nivel superior inmediato, no está legislado que se respete una serie de normas en la organización del trabajo.

La invasión del estrés está perjudicando al negocio. Las relaciones entre el estrés y el desempeño del empleo es compleja. No obstante, los empresarios hoy en día pueden identificar los indicadores de un entorno estresante mediante el análisis del ausentismo y las tasas de enfermedad, las excesivas primas de los seguros, los niveles de satisfacción del empleado y las tasas de recambio del personal. Las estrategias de manejo del estrés se están convirtiendo en algo común en la empresa. No todas son eficaces, pero algunas demuestran que dichas estrategias pueden funcionar y en realidad lo hacen, como una oficina de correos del Reino Unido que ha logrado un 60% de reducción del ausentismo y los costos en materia de prestaciones en una comparación de dos años. Los métodos para reducir el estrés de los empleados no vienen en tamaño único. Las variables van desde la cultura de la organización hasta las aptitudes de los individuos que trabajan en ella para hacer frente a los problemas. No obstante, se puede

(16) Salud para Todos. Mensuario de Salud y Acción Social. Año 9- N° 90- Marzo de 2001. Editado por la Fundación EE.M.E.H. Pag.20 a 22. La Salud Mental vista como arma fundamental de la productividad. Bill Wilkerson.

decir con toda seguridad que los factores estresantes negativos se multiplican ante el incesante cambio y la incertidumbre generalizada, entre los que figuran los siguientes: horas de trabajo sumamente largas, exceso de carga de trabajo y también insuficiente carga de trabajo; ambigüedad de funciones, conflicto de funciones y mandatos poco claros; relaciones de trabajo no definidas pero en cierta medida importantes que contribuyen poco pero distraen; comunicación inadecuada a nivel vertical jerárquico y lateral entre compañeros; inseguridad en el empleo que se intensifica con gerentes poco receptivos, la desconfianza, el exceso de promociones, politiquería perniciosa de oficina y desequilibrio entre las obligaciones de la vida y del trabajo.

Están en aumento los reclamos de seguro por discapacidad relacionada con el estrés. El estrés puede producir episodios de depresión y condiciones que, a su vez, constituyen la mayor fuente de discapacidad. Los estudios actuales señalan que han subestimado los efectos del estrés negativo en la salud humana y que ahora los investigadores están considerando la conexión que existe entre el estrés y las tasas de recuperación de las víctimas de cáncer.

El Instituto Nacional para la Seguridad Social y la Salud Ocupacional de los Estados Unidos señala que los trastornos producidos por el estrés se han convertido rápidamente en la razón más frecuente de incapacidad de los trabajadores. Una investigación reciente demuestra que por lo menos un 40% de los cambios de personal en los Estados Unidos se debe al estrés producido por el trabajo. La empresa Xerox estima que cuesta entre un millón y un millón y medio de dólares reemplazar a un alto ejecutivo y entre dos mil y trece mil dólares reemplazar a otros trabajadores.

En 1992, las Naciones Unidas identifican al estrés en el trabajo como una “epidemia del siglo XX”, y la Organización Mundial de la Salud lo denominó una “epidemia mundial”.

La Corporación Internacional de Investigación de Encuestas, en Chicago, ha llevado a cabo encuestas de opinión para medir la baja moral en el trabajo debida a la pérdida de fe en el empleador. En 1988, un 22% de los encuestados dijo que se hallaban “preocupados frecuentemente” por la idea de perder su trabajo. En 1996, el porcentaje de los que dieron la misma respuesta subió a 46%.

Se calcula que el estrés en el trabajo le cuesta entre 200.000 y 300.000 millones de dólares al año a la industria estadounidense, debido a factores afines como ausentismo, disminución de la productividad, recambio de empleados, accidentes, cargos directos por servicios médicos, legales y de seguro, y compensación por accidentes de trabajo.

La Oficina de Estadísticas del Trabajo de los Estados Unidos ha identificado la “reacción neurótica al estrés” como el cuarto mayor trastorno que produce discapacidad en el lugar de trabajo. En 1993 se perdió un promedio de más de 25 días de trabajo por persona, por sufrir de estrés en el trabajo.

En 1997, The British Medical Journal encontró dos estudios que demuestran que el estrés en el trabajo puede aumentar las posibilidades de sufrir enfermedades cardíacas.

En el Japón, “Karoshi”, la muerte por exceso de trabajo, se reconoce actualmente como una combinación fatal de apoplejía, presión alta y estrés.

El estrés en el trabajo puede ser causa y efecto de violencia en el lugar de trabajo.

El Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacional halló que un 25% de los encuestados determinó que su empleo era la principal causa de estrés en su vida.

Las reducciones de tamaño y las disminuciones de personal que han tenido lugar en las dos últimas décadas han hecho que la seguridad en el empleo sea una cuestión volátil. Cuando comienzan a difundirse los rumores en la empresa, es más probable que los empleados sigan a los dirigentes que proporcionan tanta información como pueden divulgar y admitir con toda verdad los errores que pueda cometer la empresa. Los trabajadores quieren que se les demuestre respeto al no hacerles oír falsas promesas.

El estrés es una parte natural y necesaria de la vida. Nos dice cuando algo no está funcionando bien. Nos motiva a tomar medidas y realizar los ajustes necesarios. Pero mucho estrés puede ser perjudicial. En todo ámbito social donde una persona trabaja, asiste a clases o lleva a cabo sus negocios en un lugar donde los puntos fuertes y débiles del individuo se expresan en interacción social diaria. Es importante señalar que el estrés que se vive en el trabajo no proviene necesariamente del trabajo en sí. Parte del estrés se trae al lugar de trabajo, proveniente de situaciones personales o de conflictos interiores. La superabundancia de estrés en el mundo de hoy se debe en gran medida a un ritmo de vida en constante aceleración. El cambio continuo, la inseguridad, la confusión y los conflictos internos se reconocen como condiciones de la vida moderna en todo el mundo. Con frecuencia estos conflictos naturalmente llegan al ámbito del lugar de trabajo. No cabe duda de que las circunstancias disfuncionales de un lugar de trabajo en particular agregarán a la carga de estrés para todos lo que trabajan ahí. Y los lugares de empleo pagan los problemas de estrés en el lugar de trabajo en término de disminución de la eficacia disminuida de los trabajadores, altos índices de recambio de personal y utilidades no percibidas. Pero ¿cómo se pueden identificar los problemas que son solucionables?. Una manera sería llevar a cabo una encuesta de la comunidad. En lugar de culpar al empleador, esto puede ser un medio positivo de comunicar inquietudes del bienestar mental a los empleadores locales y hallar soluciones que tengan como resultado una mayor productividad en la empresa y mejor satisfacción del empleado.

¿Cómo realizar una encuesta sobre el estrés en el trabajo en su comunidad?. Se sugieren los siguientes pasos:

- Formar un grupo de trabajo de voluntarios para que le ayuden a crear un cuestionario del estrés en el lugar de trabajo y realizar las encuestas. (Los participantes y los que respondan a la encuesta podrán hallar que el sólo tomar parte en una actividad constructiva actuará como reductor del estrés).
- Preguntar a las personas de muchos lugares de trabajo de su comunidad lo que hallan más estresante en sus empleos. La cantidad de personas a las que se le formule las preguntas debe ser lo suficientemente grande como para producir una amplia gama de respuestas.
- Organizar grupos de estudio para examinar los resultados. ¿Cuáles factores de estrés son los más comunes?.
- Identificar diversos factores de estrés. ¿Hay algo que tienen en común?.
- Compartir los resultados de su investigación con los empleadores de su comunidad. Ponerse en contacto con ellos para examinar las maneras en las cuales se puedan reducir las fuentes más comunes de estrés.
- Tener paciencia. No hay que esperar resultados inmediatos ni mejoras instantáneas. Las empresas tendrán por lo menos tantos problemas en

realizar cambios de comportamiento como lo tienen las personas, pero los pasos iniciales seguidos de esfuerzo persistentes pueden llevar a un progreso de larga duración. (Informe La Salud Mental y el Trabajo-Federación Mundial para la Salud Mental-Coauspiciado por OMS).

4.- **burn-out:** (17) Se describe al burn-out diciendo “.....sentirse usado o exhausto debido a excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales. Estado de fatiga y frustración que es el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida o relación que fracasó en producir la recompensa esperada.”

En Europa, el síndrome de burn-out es también llamado “síndrome de Tomás”; y se considera un trastorno de la identidad profesional del médico (fundamentalmente), de profesiones que tienen como rol el dar información o servicios de urgencia, de cajeros que pagan sueldos, o las personas que trabajan en el servicio público brindando asistencia técnica; y cuyo síntoma principal es la pérdida de autoestima, donde ha adquirido características de epidemia.

En español quiere decir “síndrome del quemado”, síndrome de la persona que está achicharrada.

El cuadro clínico del síndrome de burn-out es progresivo y tiene que ver con un proceso crónico que es reflejo de un esfuerzo de adaptación inadecuado, por el cual el stress laboral se convierte en distrés (estrés negativo). Si bien las manifestaciones más claras abarcan el área psicológica, veremos que también comprende lo orgánico.

Los elementos más característicos del síndrome son tres:

- *Cansancio emocional:* se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, agotamiento, fatiga.
- *Despersonalización:* se manifiesta por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás, llegando a desarrollar actitudes cínicas hacia los destinatarios del servicio.
- *Falta de realización personal:* tendencia a la autoevaluación negativa que compromete la calidad de la realización de la tarea con incapacidad para soportar la presión y baja autoestima.

De estos tres elementos, el de mayor jerarquía y que define el síndrome es la “despersonalización”, ya que los otros pueden encontrarse también en síndromes depresivos, y siendo profesionales de ayuda, este síntoma atenta contra su esencia.

Síntomas: 1) Fisiológicos: agotamiento físico, fatiga, resaca a repetición, alteraciones del apetito, contracturas musculares dolorosas, cefaleas, hipertensión arterial, disfunciones sexuales, insomnio, trastornos gastrointestinales, dislipemias, hiperglucemia, arritmias cardíacas.

2) Psicológicos: irritabilidad, ansiedad, rasgos depresivos, labilidad emocional, tristeza y desesperanza, actitudes rígidas e inflexibles, sentimientos de frustración laboral y despersonalización.

3) Conductuales: expresiones de hostilidad, conductas impulsivas, incapacidad de concentrarse en el trabajo, contacto mínimo con los pacientes, aumento

(17) Salud para Todos. Mensuario de Salud y Acción Social. Editado por Fundación F.E.M.E.H. Año 9. N°91. Abril de 2001. Buenos Aires Pag. 2 a 4.

de las relaciones conflictivas, llegadas tarde y salidas anticipadas, aumento del ausentismo, actitud cínica y aumento del consumo de café, alcohol, cigarrillos, psicofármacos y drogas.

Factores predisponentes y desencadenantes: la edad hace más vulnerables a los profesionales especialmente en los primeros años de carrera, cuando chocan las expectativas idealistas con las realidades de la práctica cotidiana. En cuanto al sexo, son las mujeres el grupo más vulnerable dado que sobrellevan la doble carga de la tarea profesional sin poder descuidar su rol familiar. El estado civil haría más proclive al síndrome a las personas solteras o sin pareja estable; asimismo la existencia de hijos daría mayor resistencia al síndrome dada la mayor madurez emocional y estabilidad relacionada con la paternidad y a que la presencia de la familia actuaría como un buffer ante la generación de conflictos en el área laboral. La antigüedad laboral tendría una relación positiva en dos períodos correspondientes a los dos primeros años de carrera y los mayores de 10 años de experiencia, aunque no hay un acuerdo absoluto en esto pues hay quienes postulan que los que más burn-out tienen abandonan la profesión, dejando en los tramos finales a aquellos más resistentes.

Evolución natural de la enfermedad: podemos establecer cuatro estadios de evolución de la enfermedad, aunque estos no siempre están tan claramente definidos:

- Forma leve: los afectados presentan síntomas físicos vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espalda, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.
- Forma moderada: aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la automedicación.
- Forma grave: mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
- Forma extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica, riesgo de suicidio.

Podemos concluir, por lo tanto, que entre las complicaciones del síndrome de burn-out se encuentra el abandono personal o de la profesión, la depresión crónica, el alcoholismo, la drogadicción y hasta el suicidio.

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatológica constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, elementos que pueden ser puestos en evidencia por diferentes tests, el paradigma de los cuales es el cuestionario sociodemográfico M.B.I (Maslach Burnout Inventory).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome depresivo, el síndrome de fatiga crónica y los sucesos de crisis.

El cuestionario de B. de Maslach (1986) es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera, permiten diagnosticar el trastorno.

La subescala de agotamiento emocional consta de nueve ítem midiendo el cansancio emocional, la subescala de despersonalización está formada por cinco ítem y mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La subescala de realización personal se compone de ocho ítem que evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo.

Según Maslach y Jakson (1986) el perfil del sujeto con burn-out se caracteriza por una puntuación alta en agotamiento emocional lo cual implica que esta persona está soportando una tensión más allá de sus límites, una puntuación alta en despersonalización como índice de que el sujeto tiende a distanciarse de los demás y a pensar en ellos como objetos, y una puntuación baja en logro personal (teniendo en cuenta que la escala se puntúa en forma inversa) que significa que para el individuo su trabajo no vale la pena.

Otro de los instrumentos de auto diagnóstico es la Escala de Pines y Aronson (Burn-out Measure-BM). Consta de 21 ítems. La puntuación total de burn-out representa un promedio de las puntuaciones para los componentes individuales. Los menores a 3 se clasifican como no burn-out. Entre 3 y 4 implica riesgo, y la puntuación mayor a 4 se define como burn-out propiamente dicho.

Hay que tener en cuenta que el riesgo abarca a todos los profesionales de la salud en contacto cotidiano con los pacientes (médicos, enfermeras, odontólogos, asistentes sociales, psicólogos, kinesiólogos, etc.), existiendo además especialidades críticas para desarrollar burn-out como enfermería, anestesiología, terapia intensiva pediátrica, oncología, HIV-SIDA.

Abordar el tratamiento del burn-out es como empezar por el final de la película que termina mal. Con ello se quiere decir que llegar al tratamiento concreto del sujeto que padece este síndrome es haber fracasado en ese proceso que es el trabajo en el seno de la organización, por lo tanto no se pueden pensar estrategias individuales sin estrategias institucionales.

Evaluar la profundidad del daño que sufrieron las instituciones en épocas anteriores, por la variedad de destrucciones simultáneas efectuadas nos llevaría un largo tiempo y mas largo aún será, si es posible, reparar el daño. La acción por la fuerza en una sociedad democrática genera una catástrofe en el inestable equilibrio dinámico de las instituciones.

El desmantelamiento es una palabra que no mide en su medida lo sucedido ya que se limita más a lo formal y material y parece ser una consecuencia (Ej.: las privatizaciones). La palabra desfondamiento parece dar mas sentido, hace al fondo, a lo que sostiene, lo fundante, los objetivos con los que fueron creadas y sobre todo legitimadas. Se perdió la confianza en ellas, sus integrantes perdieron sus vínculos de pertenencia, y fueron desvalorizados junto con ellas, se dejó de sentir que se forma parte de una historia institucional que se desconoce, no hay quien enseñe ni quien quiera aprender, generando una perdida general del sentido, el discurso que la legitima y sostiene, se quiebra con lo que las motivaciones para el trabajo se debilitan, la posibilidad de transformar el sufrimiento del trabajo en placer de retribución y reconocimiento se pierde, cada sujeto queda a la deriva y se aferra a lo que puede como los restos de un naufragio poco dispuesto a compartir el madero que aún lo sostiene con otro naufragio. Los códigos institucionales, las leyes, y hasta las reglas de oficio quedan solo de forma y se utilizan como improvisados salvavidas. Las sumatorias de estas características de nuestros hospitales y Centros de Salud nos hace pensar que la

incidencia del burn-out es menor de lo esperado pero cabe pensar que en parte esto se debe a la capacidad de defensa y creatividad de sus miembros.

Como retrotraer esta situación y al mismo tiempo refundar de acuerdo a la época las instituciones y la confianza en ellas es un desafío que supera la problemática hospitalaria, y de los Centros de Salud. Un problema inicial entonces, pasa por el propio “*conocimiento de antemano*” de los síntomas y/o signos de estrés y, además por la detección de aquellas condiciones de trabajo estresoras, es decir, el tema es el diagnóstico. A cargo de quien corre el diagnóstico: *¿del propio individuo-paciente eventual?, ¿de la institución donde se desempeña (chocamos con el rol generador de estrés de las instituciones)?, ¿por mecanismos externos a ambos pero consensuados-reconocidos: por ejemplo un equipo de salud institucional?*. Como los síntomas son básicamente psicológicos y relacionales (se expresan en el vínculo con el otro que es el paciente), es poco probable que un profesional de salud, inmerso en las tensiones personales y organizacionales del burn-out, tome conciencia del distanciamiento de los colegas o los aspectos cínicos que afloran en el trato con los pacientes. Entonces lo que probablemente ocurra es que, a partir del interrogatorio en ocasión del impacto somático (enfermedad coronaria, úlcera gástrica, u otra enfermedad) el discomfort laboral, la frustración, el agotamiento hagan su aparición, pero ya es tarde puesto que el cuerpo ha sido alcanzado y lesionado. Como se dijo antes, las medidas para su tratamiento deben ser a dos puntas teniendo como concepto base que *el tratamiento del “burn-out” es su prevención* puesto que cuando se presenta ya se “*quemaron*” todas las etapas de la adaptación individual.

Es importante destacar que, si bien la información acerca de la insalubridad del trabajo de cuidadores de la salud es uno de los pivotes de la prevención, este conocimiento tiene el riesgo de descargar en el trabajador la responsabilidad de su cuidado y de las eventuales complicaciones vinculadas al estrés, tornándolo como sujeto pasivo respecto de la organización-institución en la que está inserto, cumpliendo esa función cuidadora.

Las Estrategias de Abordaje son: *a) Atenuación de las circunstancias peligrosas:*

I- Estrategias de Educación para la Salud: 1. Adquirir información acerca de los efectos nocivos de la tarea asistencial. 2. Lograr una equilibrada organización del tiempo, que incluya tiempo libre y actividades consideradas recreativas para cada individuo. 3. Modificar hábitos nocivos para la salud. 4. Recordar que el cuidado de la propia salud es el 1° requisito para cuidar de la salud de otros. 5. Tomar conciencia de la importancia del apoyo social concebido como vínculos interpersonales de sostén. 6. Talleres de capacitación vivencial-reflexivo para identificar las situaciones de riesgo.

II- Intervenciones a nivel del diseño o estructura del trabajo: 1. Reconocimiento de las características del trabajo: - tipo de pacientes y/o características clínicas particulares; - distribución de las actividades: asistencia, ateneos, estudio de casos, docencia, participación en investigación, rotación; - importancia de la educación continua; - organización interna del servicio en el que se trabaja. 2. Evaluación de las posibilidades de cambio de la estructura dependientes de la propia actuación. 3. Promoción del trabajo en equipo. 4. Intervención del Equipo de Interconsulta de Psiquiatría de enlace.

b) Provisión de servicios para la superación sana: este aspecto trata de los métodos concretos de asistencia ante la detección de personal afectado. III- Intervenciones o estrategias grupales: 1- Grupos Balint: con respecto a este tema, el grupo de tipo Balint

sería un ámbito adecuado para abordar los complejos sentimientos que se presentan en el síndrome de burn-out, así como organizar una red social de contención y apoyo, además de las medidas de carácter individual necesarias para los afectados. 2. Grupos de intervención institucional: Se constituyen a partir de demandas concretas de estudio de condiciones de trabajo. Se trata de grupos cuya función consiste en hacer un diagnóstico institucional, con una propuesta de trabajo para modificar aquellos aspectos disfuncionales o directamente patológicos, en tanto y cuanto esto es aceptado por la organización convocante. De acuerdo a algunos autores (F. Ulloa, Argentina) los equipos intervinientes deben ser ajenos (y esto es una condición determinante) a la institución solicitante. IV- Intervenciones a nivel individual: Las medidas individuales apuntan a: 1°) dar a conocer al individuo sus niveles de estrés y la repercusión actual o futura en su salud tanto física como mental; 2°) mediante diversas técnicas de afrontamiento, ayudar a enfrentar el estrés. Hay dos tipos de respuestas de afrontamiento: a- afrontamiento centrado en la emoción, referido a las emociones que el estrés suscita, y b- afrontamiento centrado en el problema, orientado al manejo de la causa estresora. Se pueden describir variados tipos de intervención para la problemática individual o de grupos dentro de una institución, destacándose entre ellas el psicodrama y el “roll playing” pero aun así siguen siendo de aplicación parcial y paliativos respecto a la institución y sus funciones. Por inercia la institución y sus individuos tienden a la resistencia, a estructuras defensivas con el fin de evitar el cuestionamiento institucional en su conjunto, intentando reducir el problema a un individuo o varios o a un grupo o a la autoridad del momento, o colocar el problema fuera de la institución. Estas formidables resistencias colectivas generalmente muy bien fundamentadas son las que impiden los cambios necesarios y tan temidos no solo para el bienestar de los individuos sino también para el funcionamiento eficaz de la institución.

Por consiguiente, como conclusión se puede decir que: el síndrome de burn-out afecta en forma creciente a todos los trabajadores vinculados de un modo u otro a la atención de la salud humana. Se manifiesta por signos y síntomas que afectan tanto al área psíquica como a la somática, generando distintos grados de discapacidad laboral. Existen diferentes instrumentos para evaluar el grado de burn-out presente, situación que refleja las dificultades en la estricta evaluación del mismo. En general se tiene en cuenta lo investigado en la literatura general que el Maslach Burnout Inventory (MBI) es el instrumento más sensible y específico. El síndrome de burn-out es una patología que afecta a individuos pero con importantes orígenes institucionales, por lo cual se piensa que el foco no debe estar puesto en el tratamiento de la enfermedad una vez instalado el síndrome, sino en la prevención que sólo puede realizarse con cambios en las instituciones que se ocupan de la salud de la gente (y que también deberían preservar la salud de sus trabajadores). En muchas instituciones las defensas individuales y a veces colectivas (algunos en el límite de la perversión) contra el síndrome de burn-out y el estrés, resultan eficaces pero a costa de la pérdida de la eficacia de la institución, o la institución mantiene su funcionamiento a medias a costa de la salud de sus integrantes. Esta balanza siniestra es uno de los objetivos de los equipos de intervención institucional basados en los conceptos vertidos, en procura de un equilibrio siempre inestable que obliga a un alerta permanente. Demás esta decir que para que estas intervenciones sean posibles, ciertas condiciones básicas son necesarias: las

verbalizaciones colectivas de la problemática, la búsqueda de la horizontalización de los debates para favorecer una dinámica laboral que tienda a la salud son imposibles en el ámbito hospitalario y de los Centros de Salud, si la carrera profesional se encuentra congelada y no hay una dinámica de los cargos y funciones.

CAPITULO IV

H. Descripción de la Institución.

Una vez detallados los Factores a nivel “Macro” y “Micro” social, y teniendo en cuenta; el proceso de trabajo, como así también las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, desde el punto de vista teórico, abordaremos una Institución en particular, tomando algunos aspectos de las CyMAT, y realizaremos un pormenorizado análisis de las mismas.

1.- El Centro de Salud N° 8:

Dicha institución de salud, esta situada entre las calles 20 y 85 del barrio Altos de San Lorenzo, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Es un Centro de Atención Primaria de la Salud.

Esta Unidad consta con el servicio de clínica médica, tocoginecología, pediatría, psicología, odontología, enfermería, atención temprana del desarrollo infantil, rehabilitación de adicciones y el área de administración.

Además posee un depósito de medicamentos y tres baños, uno para la comunidad, otro para el personal que trabaja en dicho establecimiento y otro en el consultorio de tocoginecología.

Es una construcción de material, y techo de chapa. Posee pozo ciego. Hay estufas, y ventiladores de techo en cada consultorio, en el estar médico y en el área de administración. Posee iluminación natural y artificial en cada área de trabajo.

Hay un solo matafuegos para toda la Unidad, y dos heladeras, una para vacunas y otra para uso del personal.

El 90% de la población del barrio asiste al Centro de Salud antes mencionado (según datos señalados en una entrevista no estructurada a distintos integrantes de la comunidad).

La Unidad trabaja en conjunto con diferentes niveles de complejidad en caso de tener que derivar a los pacientes: en el área de obstetricia y/o ginecología, se deriva al Hospital “San Martín” de La Plata (1 y 70); en el área de pediatría se deriva al Hospital de Niños “Sor María Ludovica” ubicado en las calles 14 y 65; en el área de clínica lo hacen al Hospital “San Juan de Dios” ubicado en las calles 26 e/ 70 y 71; en psicología al Hospital “Alejandro Korn” de Melchor Romero (La Plata) y/o Hospital San Martín, y odontología al Hospital “Bollini” en las calles 53 y 16.

Para dicha derivación el Centro de Salud, posee un teléfono habilitado con códigos, que en el caso de urgencia corresponde al 637 y 638, (CEMAC), acudiendo a dicho establecimiento una ambulancia, con un profesional médico, un enfermero y un ambulanciero.

Además en la Unidad Sanitaria, se realizan estudios de laboratorio y de Papanicolaou; para el cual concurre un móvil (ambulancia) cada 15 días, recoge las muestras realizadas y acerca los resultados de los estudios ya realizados. (En la actualidad este servicio está interrumpido por falta de recursos municipales).

Se entrega leche y caja de alimentos a embarazadas, niños y personas con extrema necesidad.

Actualmente el Centro de Atención cuenta con:

- Plan Remediar (entrega de medicamentos básicos).
- Plan Vida (otorga leche y alimentos entre otros).
- Plan para niños y embarazadas desnutridas.
- Plan para enfermos celíacos.
- Plan de Vacunación. (Todas las vacunas del calendario de vacunación para niños y embarazadas).

A éste asisten mensualmente entre 3.200 y 3.400 personas, de las cuales 1.500 son prestaciones médicas y el resto son servicios de enfermería y atención temprana del desarrollo infantil. El 60% de las prestaciones son pediátricas.

Además, las consultas más frecuentes en las diferentes áreas son las siguientes:

- Área Clínica:
 - Patologías cardiovasculares. (Hipertensión, Cardiopatías, etc.).
 - Patologías Metabólicas. (Diabetes, etc.).
 - Patologías respiratorias. (Asma Bronquial, E.P.O.C., etc.)
 - Patologías digestivas. (Úlceras Gastroduodenales, Gastritis, etc.).
 - Traumatismos.
- Área Pediátrica:
 - Infecciones Respiratorias.
 - Enfermedades de la piel.
- Área Gineco-Obstétrica:
 - Ginecología:
 - Infecciones Urinarias.
 - Papanicolaou y Colposcopías.
 - Metrorragias.
 - Nódulos mamarios.
 - Flujos.
 - Obstetricia:
 - Controles de Embarazo de bajo riesgo.
 - Infecciones Urinarias en el embarazo.
- Área de Psicología:
 - Trastornos de la personalidad.
- Área de Rehabilitación de Adicciones:
 - Alcoholismo.
 - UID. (Uso indebido de drogas).

- Área de Atención Temprana del Desarrollo Infantil:
 - Atención temprana de niños.
 - Trabajo en equipo para la atención de embarazadas. (Tocoginecologo y Especialistas en Atención Temprana).

Este Centro carece de asistente social.

Posee además personal de mantenimiento y una empleada encargada de la limpieza de dicho establecimiento.

I. El Espacio Local.

El barrio de Altos de San Lorenzo, se encuentra emplazado al sudeste del casco fundacional de la ciudad de La Plata, delimitado por la avenida 13 al noreste, por la calle 640 al sudoeste, por la calle 137 al sudoeste y por la avenida 72 al noroeste.

El área programática del Centro de Salud N° 8 comprende las calles 72 a 90 y de 15 a 25.

En nuestra población objetivo predominan las casas de material y madera, aunque actualmente hay muchos asentamientos con casas de chapa; con una cobertura de servicios de infraestructura.

Los déficit de mayor importancia están vinculados a la provisión de desagües cloacales y la falta de provisión de agua corriente.

En el barrio predominan las calles asfaltadas y varían la presencia de cordones y cunetas, pero en el área programática el predominio de las calles asfaltadas no es notorio sobre las calles de tierra.

El arroyo Maldonado atraviesa las calles 21 a 77 y 78 hasta 13 y 81, esta zona es inundable.

Encontramos varios basurales, algunos se ubican en las calles: 18 y 78, 77 y 19, 20 y 82, 89bis e/ 20 y 21, 20 y 85, 21 y 87 entre otros.

CAPITULO V

J. Identificación de Factores de Riesgo.

Nos referiremos a los riesgos físicos, químicos y biológicos del medio ambiente de trabajo así como a los factores tecnológicos y de seguridad y a los derivados de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos, en el Centro de Salud N° 8 de Altos de San Lorenzo (La Plata), Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Una vez establecidos dichos riesgos en el Centro de Atención Primaria de la Salud, estableceremos propuestas de prevención para intentar eliminarlos.

a) *Los Riesgos o Contaminantes Físicos del Medio Ambiente de Trabajo son:*

- El ruido:

Un número considerable de actividades, y específicamente muchas de las que corresponden al sector secundario y al sector extractivo de la economía, se llevan a cabo en condiciones tales que fácilmente se alcanzan o superan los 90 decibeles (dBA) que han sido fijados como el máximo admisible por nuestra legislación. Ésta, a pesar de sus imperfecciones, prevee que desde el momento en se está expuesto a los 85 dBA se deben hacer exámenes y reconocimientos médicos periódicos, se deben usar protectores auditivos o llevar a cabo acciones de prevención, puesto que ya a ese nivel de intensidad la mayoría de los trabajadores comienzan a experimentar daños auditivos que son irreversibles.

En una oficina calma hay unos 50 dBA, en una sala de dactilografiado o en un restaurant puede registrarse 75. En una imprenta offset se llega fácilmente a los 85. En una empresa textil, la sala de telares puede provocar ruido con una intensidad de 100. Un martillo neumático puede generar 105 y el reactor de un avión puede alcanzar los 130 dBA.

Los efectos auditivos son de diverso tipo. Cuando la intensidad se sitúa entre los 65 y los 85 dBA, los trabajadores sufren un incremento de la carga de trabajo y de la fatiga, haciéndose más lento el proceso cognitivo (que comienza con la percepción de las informaciones y culmina con la adopción de decisiones y el control de la actividad) con lo cual se incrementa el número y la gravedad de los errores e incidentes. El ruido provoca además efectos digestivos, cardiovasculares, tensiones musculares, y perturbación del equilibrio.

También se han constatado alteraciones psíquicas cuyos síntomas más frecuentes son la fatiga nerviosa, la agresividad, el mal humor, la ansiedad, etc.

La vida familiar y social es también perturbada pues la sordera provoca un aislamiento y porque cuando la fatiga auditiva no se ha recuperado dificulta las relaciones familiares.

Le Guillant, puso de manifiesto la existencia de un cierto tipo de neurosis entre las telefonistas, provocada por el ruido y la sobre-carga mental de las operadoras telefónicas y que fue descripta a través de varios síntomas, dolores de cabeza, zumbidos en los oídos, pensamientos obsesivos relativos al trabajo, alteraciones del sueño y del

humor, expresiones verbales estereotipadas, etc. (18)

Se ha establecido que la conversación normal produce un nivel de ruido de 50 a 60 dBA. (19)

El Centro de Salud N° 8 está alejado de ruidos industriales, ya que está próximo a zonas descampadas, por lo tanto éste no constituye un factor de riesgo importante para el personal.

Si bien no hay datos sobre los decibeles en dicho establecimiento, podríamos compararlos con una oficina calma (50 dBA) o tal vez menos.

- Las Vibraciones:

Los efectos sobre la salud se verifican cuando los trabajadores están expuestos de manera prolongada a las vibraciones que provocan daños. Las vibraciones se clasifican según la frecuencia de las ondas:

- *vibraciones de muy larga frecuencia* son aquellas que tienen menos de 2 Hertz, que son lentas y provocan un cuadro patológico particular caracterizado por mareos, náuseas, vómitos (cinetosis). Estos síntomas son muy frecuentes entre los tripulantes y pasajeros de embarcaciones o de vehículos de transporte cuando se viaja a larga distancia.

- *vibraciones de larga frecuencia* están situadas entre los 2 y los 20 Hertz, y son percibidas cuando se trabaja sobre tractores, trenes, máquinas de construcción como aplanadoras, excavadoras, perforadoras, etc.. Estas vibraciones provocan daños en la columna vertebral.

- *vibraciones de alta frecuencia* son aquellas que superan los 20 Hertz, y son generadas por útiles de perforación y herramientas de rotación tales como taladros, perforadores, remachadoras, martillos neumáticos, sierras circulares, etc. Los daños provocados por este tipo de vibraciones son de tipo vascular (por ejemplo el llamado síndrome de Reynaud o enfermedad del “dedo muerto” tan frecuente entre los leñadores que usan sierras eléctricas), osteomusculares (necrosis aséptica de los huesos de la mano), trastornos en músculos, nervios y tendones de la mano.

Además de estos efectos sobre la salud de los trabajadores, las vibraciones contribuyen a incrementar la carga global de trabajo, ya que dificultan la percepción de las informaciones visuales y auditivas, dando lugar a errores e incidentes. (20)

No hay fuentes importantes en dicho Centro de atención, ni en las proximidades del mismo, solo el personal de mantenimiento puede estar expuesto en algunas oportunidades a vibraciones de alta frecuencia, con sierras circulares y desmalezadoras, cuando se realiza tareas de cuidados del jardín de dicho establecimiento, en tanto los demás trabajadores de la salud, por el tipo de actividad que realizan, no están en contacto con este factor de riesgo.

(18), (20) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 58 a 62.

(19) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 128.

- La Temperatura:

El trabajo puede realizarse en algunas circunstancias con exceso o con defecto de calor. Cuando el trabajo se realiza en situaciones donde predomina una temperatura elevada (más de 30°C por ejemplo), la naturaleza pone en marcha diferentes mecanismos para transferir calor desde el cuerpo humano hacia el medio ambiente. Estos mecanismos son la conducción, la convección, la radiación y fundamentalmente la evaporación. La evaporación se manifiesta con una mayor circulación sanguínea y del sudor.

Al incrementarse la carga térmica por encima de los valores considerados normales por el propio trabajador, este experimenta molestias, incomodidad y progresivamente disminuye su actividad mental. Si el incremento es aún mayor, se producen perturbaciones psicofisiológicas que aumentan la frecuencia de los errores y accidentes reduciendo la eficacia del trabajo.

La exposición a temperaturas elevadas puede dar lugar a dos patologías: crónicas y agudas. La patología proveniente de una exposición crónica puede adoptar distintas formas: urinarias, sexuales (esterilidad), vasculares (arterioesclerosis) y un envejecimiento precoz de la piel. Estos daños son experimentados por quienes trabajan cerca de fuentes de calor como cocineros, caldereros, etc. La patología por exposición aguda se manifiesta por desequilibrios hormonales (deshidratación), golpes de calor que llevan la temperatura corporal hasta valores peligrosos incompatibles con la vida debido a que pueden provocar el agotamiento del normal funcionamiento del sistema de termólisis. (21)

Los síntomas agudos, de calambres por calor (deficiencia de sal) son: calambres y espasmos musculares dolorosos, debilidad, náuseas y vómitos. Los de agotamiento por calor (depleción de volumen o electrolitos), debilidad, cefalea, síncope, náuseas, vómitos, sed intensa, fatiga, calambres musculares, y malestar generalizado. El golpe de calor (falla en la termorregulación), esta constituido por irritabilidad, confusión, agotamiento por calor prodrómico, colapso, ejercicio físico intenso y sostenido y conducta psicótica. (22)

Cuando los trabajadores están expuestos al frío, se provoca una vasoconstricción de las arterias de la piel y de las extremidades. Además hay efectos locales y generales sobre la salud. Los efectos locales son las lesiones directas al nivel de las superficies expuestas, generalmente de los miembros del cuerpo y que dependen del tiempo de exposición y de la temperatura. Los efectos generales consisten en la generación de una predisposición a contraer enfermedades respiratorias, crónicas y agudas, así como trastornos reumáticos.

Los trabajadores expuestos a muy bajas temperaturas experimentan además una mayor frecuencia de accidentes que quienes trabajan a temperaturas más benignas, debido al retraso que se produce en el proceso de percepción de informaciones y adopción de decisiones, así como las dificultades para accionar fluidamente los miembros a causa de la pérdida de la sensibilidad.(23)

(21), (23) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 62 a 64.

(22) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 142 a 147.

La hipotermia (lesión por frío) afecta fundamentalmente a trabajadores como lo empacadores de carne y otros que laboren en congeladores, trabajadores de la construcción, personal de bodegas, buzos, carteros, bomberos, y trabajadores en mantenimiento de caminos.

El riesgo de hipotermia aumenta con la edad y también si el empleado está intoxicado con drogas o alcohol; está recibiendo medicamentos como barbitúricos, antipsicóticos o reserpina; o tiene insuficiencia suprarrenal, diabetes, mixedema, cualquier trastorno neurológico que afecte la función hipotalámica o hipofisaria, o que cause alguna alteración sensitiva, o padecimientos cardiovasculares que disminuyan el gasto cardíaco.⁽²⁴⁾

El calor es un factor importante, sobre todo en épocas de verano, ya que el Centro solo posee ventiladores de techo (que en muchas ocasiones no funcionan por falta de mantenimiento), y no posee aire acondicionado; por otro lado el sol castiga durante toda la tarde a esta institución. Así el personal de salud está expuesto en no pocas ocasiones a agotamiento por calor, golpes de calor, y calambres por calor.

El frío es más soportable, dado que este Centro está localizado en una región del país (La Plata), donde las temperaturas no son muy extremas en general, aunque muchas veces las estufas no funcionan por falta de mantenimiento del personal municipal, además no hay un sistema de calefacción central ni a radiadores, que mantienen la temperatura más constante. Esto ocasiona que se tenga muchos trabajadores con enfermedades respiratorias producto del frío con un lucro cesante importante.

El personal de mantenimiento y de limpieza de esta Unidad, es en general el que está más expuesto, pero también los médicos al estar expuestos al frío y patologías respiratorias de los pacientes, constituyen un gran problema para la continuidad en el trabajo.

- La Iluminación:

La unidad de medida para evaluar la iluminación es el lux que corresponde al flujo luminoso que incide sobre una superficie. Las fuentes de luz pueden ser de carácter natural o artificial, siendo decisivo tanto la intensidad como su distribución dentro del ambiente de trabajo. Como, frecuentemente, durante una buena parte de la jornada normal de trabajo la iluminación en los ambientes de trabajo es de naturaleza artificial, el reflejo de éstas sobre las piezas metálicas o brillosas puede impedir la apreciación de los detalles de los objetos de trabajo y los productos, así como los indicadores registrados en los instrumentos de control. Lo mismo ocurre con los efectos estroboscópicos que surgen de piezas, equipos o herramientas en movimiento que parecen estar inmóviles.

Tanto el exceso como el defecto de iluminación pueden dar origen a daños permanentes a la visión. El exceso de iluminación provocado por los reflejos en zonas desérticas o nevadas, o por el trabajo de soldaduras, provocan daños a causa de la franja ultravioleta. El deslumbramiento puede causar una incapacidad momentánea de la visión así como exigir un mayor esfuerzo visual o requerir adoptar posiciones molestas con repercusiones al nivel músculo-articular.

(24) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 137 a 142.

Cuando el sistema de iluminación correspondiente a un puesto de trabajo es adecuado y permite trabajar satisfactoriamente, ello tiene repercusiones positivas directas sobre el aumento de la producción, la reducción de los errores, el mejoramiento de la calidad, reduciendo la fatiga visual y la posibilidad de accidentes. (25)

El Centro de Salud N° 8 posee gran cantidad de iluminación con tubos fluorescentes, y poca con lámparas. La iluminación natural es pobre en el estar médico, y en algunos consultorios, como el de tocoginecología, esto puede tener implicancias en la fatiga visual e incluso con pérdida de la visión a largo tiempo.

- La Humedad:

La atmósfera terrestre está formada por una mezcla de gases cuyos principales componentes son el nitrógeno (N), el oxígeno (O) y el anhídrido carbónico (CO₂). Esta atmósfera rodea todo el planeta produciéndose una serie de intercambios con la masa líquida de agua contenida en ríos, lagos, mares y océanos. Es así como el agua en forma de vapor ingresa en la atmósfera. Esta cantidad variable de agua es lo que produce la humedad atmosférica, de gran influencia sobre la carga térmica ya que regula la cantidad de sudor que una persona puede evaporar. Con mucha humedad el sudor moja la piel pero al no evaporarse, no la enfría.

La máxima humedad posible es la de saturación. A partir de este valor toda la humedad presente en la atmósfera condensa en forma de agua. Este hecho puede comprobarse fácilmente, en los días de mucha humedad, cuando se dice que “el agua brota del piso” pero que en realidad es el agua condensada a partir de la humedad contenida en el aire. (26)

El Centro de Atención Primaria, presenta muchas paredes con pintura descascarada, por la humedad que producen distintos caños de agua que pasan por la pared, sobre todo en el baño de ginecología, y el baño del estar para médicos (administración).

El techo posee muchas goteras, tanto en enfermería, como en el baño del estar para médicos y en administración, esto produce que cuando llueve se incremente la humedad ya existente, ya que el agua corre por las distintas paredes del Centro de atención.

- Las Radiaciones Ionizantes:

Como radiaciones ionizantes, están los Rayos X, los Rayos Gamma y los Rayos Cósmicos, que pueden tener un origen natural o artificial. Quienes están expuestos a Rayos X o utilizan sustancias radioactivas, pueden sufrir serias lesiones si no adoptan precauciones y si permanecen expuestos durante un tiempo considerable. En un primer momento se producen vómitos y náuseas, posteriormente hay caída de cabello, infecciones y fiebre, finalmente disminuyen los elementos celulares de la sangre, produciéndose la muerte en casos severos.

(25) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 64 a 65.

(26) Nora Escobar, Julio César Neffa, Víctor Vera Pinto. (1997). Riesgos del Medio Ambiente Físico de Trabajo. ¿Perder la salud para ganarse la vida?. Pag. 35.

Las radiaciones pueden provocar efectos tardíos, tales como el cáncer. Los embriones de humanos son muy sensibles a las radiaciones, tal como se demostró con motivo de Hiroshima y Nagasaki donde abundaron luego los partos prematuros, malformaciones congénitas y abortos espontáneos entre los sobrevivientes. (27)

Las dos respuestas biológicas más importantes a la radiación ionizante son el síndrome de radiación aguda, que se presenta luego de una exposición breve pero masiva, y los efectos crónicos, causados por una exposición breve a dosis altas o por exposición acumulada elevada. Desde 1940 han ocurrido más de 200 incidentes por radiación importantes como resultado de la exposición a radioisótopos, generadores y aceleradores de Rayos X, generadores de radar y fuentes similares de radiación ionizante. En virtud de la ubicuidad de la radiación ionizante en el ambiente, son más difíciles de señalar los efectos de la exposición crónica a las dosis bajas, aunque se han encontrado acumulación de padecimientos cerca de sitios de pruebas nucleares y relación con ciertas ocupaciones. Los trabajadores en riesgo, según sus antecedentes de exposición y lesiones resultantes, son los radiólogos, los mineros de uranio, los pintores de esferas de radio, los operadores de plantas nucleares y el personal militar. (28)

En la Unidad Sanitaria, no hay un equipo de rayos, por lo tanto no es de esperar radiaciones en los trabajadores por Rayos X, tampoco existe exposición a Rayos Gamma y Rayos Cósmicos.

No existen plantas de trabajo nuclear próximas a la zona.

- La Radiaciones No-Ionizantes:

Estas radiaciones son clasificadas según su longitud de onda.

Las *micro ondas* se utilizan en las telecomunicaciones y el área médica para fisioterapia a fin de efectuar diagnósticos por imágenes y ondas de alta frecuencia. En el caso de estar expuestos crónicamente a las micro-ondas se observan lesiones en el cristalino (cataratas), en los testículos (hipoespermia), y a nivel del sistema nervioso.

Los rayos *infra-rojos* tienen una longitud de onda situada entre los 0,75 nanómetros y 1 nanómetro. Están provocados, entre otras cosas por trabajos con soldadura de arco y hornos de fundición. Sus efectos son esencialmente térmicos: quemaduras en las superficies expuestas. Los trabajadores de la industria del vidrio que hacen aún tareas de soplado pueden verse afectados por cataratas a causas del calor.

Los rayos *ultravioletas* tienen una longitud de onda situada entre los 400 y los 200 nanómetros. La principal fuente de estos rayos es el sol, pero en la industria son generados artificialmente, por ejemplo, en los tubos fluorescentes. La soldadura de arco genera una gran cantidad de rayos ultravioleta dando lugar a un tipo particular de conjuntivitis. Los marineros y los trabajadores agropecuarios pueden verse afectados cuando están expuestos crónicamente, sufriendo quemaduras y predisponiéndose a contraer un cáncer de piel. (29)

Con los rayos ultravioleta germicidas, los trabajadores potencialmente expuestos son los médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, personal de laboratorio de bacteriología, peluqueros, cosmetólogas, trabajadores de cocinas, dentistas y técnicos dentales. (30)

(27), (29) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987)¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?.Pag. 65 a 66.

(28), (30) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 151 a 157.

Las radiaciones de este tipo, no influyen en los trabajadores del Centro de Salud N°8 de Altos de San Lorenzo, La Plata. Solo la exposición del sol puede afectar, al personal de mantenimiento, cuando realiza tareas de cuidado del jardín. Los demás integrantes no están expuestos a este tipo de radiaciones.

b) *Los Riesgos o Contaminantes Químicos del Medio Ambiente de Trabajo son:*

- Los Tóxicos:

Un número considerable de trabajadores están permanentemente expuestos a distintos contaminantes: en la construcción, en las fábricas de cemento, industrias químicas y fábricas de pinturas, en los aserraderos y carpinterías, en la transformación del acero y otros productos. El gran número de contaminantes identificados y la incorporación permanente de otros nuevos que no han sido aún analizados desde el punto de vista de los riesgos que generan, son fuente de inquietud y han dado lugar a un gran campo para la investigación y la prevención. (31)

Todas las sustancias tienen el potencial de ser tóxicas. Uno de los objetivos de los estudios clínicos y experimentales en toxicología es definir la capacidad de las sustancias para producir efectos dañinos (es decir, toxicidad), medir y analizar la dosis con la que se provoca el daño tóxico (es decir, la relación entre dosis y respuesta), y evaluar la probabilidad de que la lesión o la enfermedad se presentará en condiciones especificadas de uso (es decir, evaluación del peligro y riesgo).

Se hace la distinción entre toxicidad y peligro. Una sustancia química en extremo tóxica que se encuentre en un contenedor bien sellado en una caja, posee toxicidad inherente, aunque muy poco o ningún riesgo. Cuando la sustancia se retira de la caja y la utiliza un trabajador en un espacio cerrado sin protección apropiada, el peligro se vuelve muy grande. Así la forma de emplearla afecta qué tan peligrosa puede ser una sustancia en el sitio de trabajo. (32)

En nuestra institución en estudio (Centro de Salud N°8) la combustión incompleta de algunas estufas como la que existe en la sala de espera, y atención temprana del desarrollo infantil, producen eliminación de monóxido de carbono, por lo tanto hay que mantener las ventanas abiertas durante gran parte del día. En algunos consultorios como en el de ginecología falta parte de la tubería de eliminación de gases del tiro balanceado, lo que también hace que apague con mucha facilidad, con el peligro de que no corte la válvula de seguridad y produzca intoxicación por gas natural (gas butano).

En el área de ginecología se trabaja con ácido acético al 3%, y otras sustancias que manipuladas con prudencia no ofrecen ningún riesgo, pero si no se conoce su utilización y manipulación los efectos pueden ser graves.

Los residuos patológicos son eliminados en sus correspondientes recipientes, y son semanalmente retirados por una empresa encargada de tal función.

(31) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 67 a 69.

(32) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 495 a 541.

- Polvos:

El conjunto de enfermedades provocadas por las lesiones pulmonares debido a la inhalación de polvos, se conoce como *neumoconiosis o neumopatías profesionales*. Las consecuencias de estas inhalaciones se conocen desde la antigüedad y las sustancias son clasificadas según las reacciones que provoquen sobre las fibras pulmonares en: *colágenas y no-colágenas*. Actualmente se las clasifica según la naturaleza de las sustancias:

- Las neumopatías por inhalación de polvo mineral (hierro, sílice, asbesto, etc.).
- Las neumopatías por inhalación de polvos orgánicos (de algodón, de caña de azúcar, de madera, de heno enmohecido, etc.).
- Las neumopatías por causas de gases y emanaciones (amoníaco, anhídrido sulfuroso, óxidos de nitrógeno, etc.).

La silicosis en particular, es una lesión pulmonar que provoca una insuficiencia en el funcionamiento de dicho órgano, que es experimentada frecuentemente por los mineros y trabajadores siderometalúrgicos.

El amianto o asbesto, puede dar lugar a un cáncer profesional. Más de 3.000 productos utilizan actualmente amianto en su composición o fabricación, en virtud de las propiedades del mismo para resistir al calor y al fuego. La asbestosis se manifiesta normalmente luego de 10 o más años de exposición al riesgo, pero actualmente se han desarrollado numerosas medidas de carácter preventivo: la mejor ventilación de los locales, la humidificación de las fibras de amianto antes de proceder a su corte, el aislamiento de esas actividades en lugares apartados dentro del establecimiento, la instalación de poderosos aspiradores de polvos, etc.

Gracias al esfuerzo de la OMS y de la OIT el cáncer profesional se estudia cada vez con mayor intensidad y seriedad. Actualmente se posee información acerca de unas 40 sustancias que tienen efectos cancerígenos probados en el organismo humano, muchas de las cuales están presentes en el medio ambiente de trabajo. Dentro de la OMS funciona una Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC O CIRC) que confeccionó en 1982 un primer listado de sustancias químicas y de actividades, las que, de acuerdo a estudios epidemiológicos, han demostrado tener una correlación bastante estrecha entre su utilización y la aparición del cáncer entre seres humanos y animales. (33)

No hay polvo industrial próximo a nuestra Unidad Sanitaria, ya que no hay industrias próximas y la calle que pasa por dicho Centro de atención está asfaltada, por lo tanto no constituye un factor de riesgo importante. No se trabaja con preparados que eliminen éste al medio ambiente.

Se desconoce si algún componente utilizado en la construcción del Centro de Salud, pueda afectar la salud, ya que no difiere de las de otras casas de material, y techo de chapa.

(33) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 67 a 69.

- Otros:

- Líquidos:

Los ácidos y los álcalis son de gran importancia como químicos industriales. Cuando se los cataloga por volumen de producción, los ácidos inorgánicos y los álcalis (incluido el cloro y el amoníaco) comprenden 8 de los 50 principales químicos producidos cada año en EUA. (34)

En el Centro de Atención, la sangre de las distintas curaciones, es eliminada por la cañería común, también los líquidos que tienen lavandina, para material como máscaras de nebulización. Muchas veces el alcohol iodado es eliminado por la cañería general, luego de curaciones o trabajo de ginecología. No hay un recipiente especial para eliminar fluidos generales.

- Gases:

Fluido a temperatura y presión ambiente que ocupa el espacio donde está contenido; es capaz de cambiar a la fase sólida o líquida por aumento de la presión y disminución de la temperatura. (35)

No se trabaja con gases, en nuestra institución en estudio (Centro de Atención Primaria) solo se utiliza el oxígeno para nebulizaciones, que es renovado inmediatamente luego de que el tubo se termina, con el control debido de la fábrica que se encarga de proveerlo.

- Vapores y Malos Olores:

Vapor: fase gaseosa de una sustancia que en condiciones normales está en estado sólido o líquido; es capaz de cambiar a líquido o sólido por aumento de la presión o disminución de la temperatura. (36)

Son frecuentes, ya que no hay desagües cloacales y el pozo ciego está casi al límite, con la consiguiente eliminación de vapores y malos olores, que repercute en los baños y en las proximidades del Centro de Atención. Por otro lado solo existe una canilla para la toma de agua potable, ya que el resto de la red (canillas), el agua está contaminada (proximidad de pozo ciego), y hace imposible su utilización. El agua de tanque está contaminada ya que su tapa está rota y permite la contaminación y la imposibilidad de uso común.

(34), (35), (36) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 495, 579.

c) *Los Riesgos o Contaminantes Biológicos del Medio Ambiente de Trabajo:*

- Según sus características pueden ser:
 - Virus.
 - Bacterias.
 - Hongos.
 - Parásitos.
 - Picaduras de insectos.
- Según su peligrosidad:
 - Agentes no peligrosos o con peligro mínimo.
 - Agentes comúnmente peligrosos
 - Agentes que involucran peligros especiales.
 - Agentes de máxima gravedad.

Este tipo de riesgo está presente en varias ocupaciones como por ejemplo el personal de hospitales y centros de salud (administrativo, de limpieza, lavandería, laboratorios, de atención médica), los trabajadores agropecuarios, los obreros de frigoríficos y mataderos, los veterinarios y quienes hacen experimentaciones con animales, quienes recogen, transportan o procesan residuos sólidos o líquidos como los recolectores de residuos o los trabajadores de obras sanitarias, cloaquistas, etc..

El contagio puede producirse de muchas maneras: inhalación, ingestión, por contacto.

El contagio y la enfermedad para contraerse requieren ciertas condiciones: un cierto número de agentes nocivos, la virulencia de los mismos, la presencia en el medio ambiente de trabajo de otros contaminantes que pueden actuar de manera combinada o sinérgica y las capacidades de adaptación y de resistencia que posee cada trabajador que está expuesto a las enfermedades en general y a las infecciones en particular. (37)

- *Según sus características:*
 - *Virus, Bacterias, Hongos, Parásitos:*

El personal está expuesto cotidianamente, ya que trabaja con personas enfermas. Hay para eliminar el material biológico, agujas, etc., (recipientes para eliminación de residuos patológicos) de plástico, que es recolectado y transferido a un recipiente de cartón mayor que está interiormente cubierto con una bolsa de plástico roja para material descartable. Muchas veces este recipiente de control se utiliza para eliminar resto de basura que no es material médico, y por otro lado está ubicado sobre una silla en el baño de administración, con el peligro de contaminación que ello significa y los olores que despide. No hay en este Centro de Salud, un lugar apropiado para la colocación de estos recipientes.

Es importante recordar aquí que los desechos médicos son producidos o generados como resultado de cualquiera de los siguientes procedimientos: el diagnóstico, el tratamiento o la inmunización de humanos; la investigación referente a los agentes infecciosos, sueros, vacunas, antígenos y antitoxinas; los desechos

(37) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 70 a 71.

biopeligrosos o instrumentos “punzantes” que poseen esquinas rígidas y agudas, filos o protuberancias capaces de cortar o atravesar, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringas, agujas y vidrios rotos. Los desechos médicos son generados por una variedad de industrias relacionadas con el cuidado de la salud, incluyendo las oficinas de médicos y dentistas; las clínicas, los hospitales, los lugares de instrucción de enfermería, las industrias de investigación, los laboratorios de investigación, los laboratorios clínicos y otras industrias de cuidados de la salud. La industria médica genera 500.000 tn. de desechos médicos infecciosos cada año en EUA.

Los hospitales, que representan solamente el 2% del total de productores de desechos, producen 77% del total. La cantidad de desecho médico e infeccioso se está incrementando como consecuencia de la dependencia incrementada en la comunidad médica de los utensillos descartables. (38)

El personal de esta Unidad Sanitaria, está vacunado contra Hepatitis B, y antitetánica. Pero es importante recordar que está muy expuesto al HIV, y otros agentes infecciosos.

Las máscaras para nebulización son depositadas en un gran recipiente de plástico, con agua y lavandina y/o desinfectantes, para su limpieza y luego vueltas a reutilizar, ya que es gente de escasos recursos la que acude a este Centro de atención y no tiene sus propias máscaras y nebulizadores por su alto costo. Esto hace que no se utilice material descartable.

○ *Picaduras y mordedura de insectos:*

Cada dos meses hay desinfección en este Centro, pero es frecuente la existencia de arañas. No se ha reportado ninguna picadura de insectos en el personal pero es frecuente en la población la picadura de alacranes, y distintos insectos por la gran cantidad de basurales próximos.

• *Según su patología:*

○ *Agentes comúnmente peligrosos:*

Dado el mediano riesgo que significa en general la atención de este Centro Asistencial, la mayoría de los agentes entrarían en esta categoría.

d) *Los Factores Tecnológicos y de Seguridad:(Que están estrechamente relacionados con la organización del trabajo).*

• *La disposición de la fábrica, llamada comúnmente “Layout”:*

*El plan de **Layout** implica la colocación de las máquinas y equipos de una fábrica existente o proyectada, de manera tal que permita a los materiales avanzar con mayor facilidad, al más bajo costo posible y con el mínimo de manipulación, desde que se reciben las materias primas hasta que se despachan los productos terminados. Esto implica un conjunto ordenado de objetos y de maquinarias que faciliten la ejecución de las tareas por parte de los trabajadores, ordenando las máquinas según la secuencia de su utilización y con las materias primas e insumos intermedios que van avanzando a lo largo de la línea.*

(38) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 767.

Una adecuada disposición de la fábrica elimina riesgos, facilita los desplazamientos, reduce la fatiga, asegura la comunicación y la cooperación entre los distintos trabajadores de la empresa. (39)

En general las herramientas de trabajo (tensiómetros, estetoscopios, colposcopios, etc.) son ergonómicas en este Centro de Atención Primaria.

En las instalaciones es importante destacar que la puerta de entrada a la administración se abre para adentro, chocando con las puertas de los muebles y con la gente que intenta salir.

No hay un pasillo que comunique los consultorios entre sí, sin salir a sala de espera, lo que dificulta la interconsulta, y la comunicación con el estar médico.

Los techos tienen goteras y a pesar de la reparación continua, dado que tienen muchos años, vuelven a romperse y producir nuevos inconvenientes.

El depósito de medicamentos es muy pequeño, (consultorio transformado en depósito), y no hay un taller de herramientas y elementos de limpieza.

Tampoco hay depósito de insumos, ni para desechos médicos descartables peligrosos.

La leche es almacenada en una biblioteca en administración.

- El orden y la limpieza de los locales:

Esto debe realizarse, para evitar caídas, pérdidas de equilibrio, contaminación y la repulsión frente a la suciedad y el desorden. (40)

Diariamente el Centro es limpiado por personal de maestranza, en horas de la mañana, pero es insuficiente dada la gran actividad que tiene este lugar de atención durante todo el día. En horas de la noche es un verdadero basural, principalmente en sala de espera.

- El riesgo eléctrico:

Es tal vez uno de los que más está siendo controlado gracias a la eficiencia de las medidas de prevención, pero a pesar de ello, sigue habiendo accidentes graves, que acarrearán invalidez y muertes. A veces el accidente se produce debido al contacto de las personas o sus instrumentos de trabajo con las fuentes de energía eléctrica. En otros casos, aquello es producido por no respetar las distancias mínimas cuando hay alta tensión. Se puede producir también quemaduras o traumatismos en los ojos cuando los corto-circuitos provocan mucho calor o una gran energía luminosa que afectan a quienes están próximos. Además de las quemaduras, se pueden producir alteraciones cardiovasculares, modificaciones del ritmo cardíaco, provocando pérdidas de conocimiento y complicaciones neurológicas, dolores de cabeza, perturbaciones del sueño y de la memoria, depresiones nerviosas, cataratas o sordera (especialmente para quienes trabajan cerca de las turbinas).

La electricidad estática constituye otro riesgo importante, cuando no se adoptan las medidas preventivas a nivel de las maquinarias y equipos, de los revestimientos del suelo y de la ropa de trabajo. (41)

(39), (40), (41) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); ¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 71 a 72.

Durante épocas de mucha lluvia es peligroso, ya que muchas veces los techos tienen goteras y el agua penetra en las cañerías de electricidad, constituyendo un verdadero riesgo para el personal que trabaja en esta Unidad Sanitaria; y también por la posibilidad de generar un incendio en esta institución.

Hay que mencionar también que los cables de electricidad son muy antiguos, y no han sido cambiados por años, lo que también implica un riesgo importante.

- El riesgo de incendio:

Ante este riesgo al igual que frente al riesgo eléctrico, los empresarios son particularmente sensibles, puesto que los incidentes y accidentes pueden provocar serios daños no sólo a las personas sino también a los insumos, los productos y las maquinarias, equipos e instalaciones. (42)

Es un peligro inminente en ésta como en cualquier institución; éste Centro de Salud solo cuenta con un solo extintor, y la construcción tiene mucha madera, por lo que el riesgo es siempre latente.

Por otro lado la instalación eléctrica es muy precaria, y hay mucho material combustible, como cartón, plásticos, etc.

- Las maquinarias y herramientas:

Desde los inicios de la revolución industrial, las maquinarias y equipos se van haciendo más potentes, más complejos en su funcionamiento, más caros y más rápidos. Pero al mismo tiempo requieren más atención con respecto al mantenimiento y la prevención. Los elementos activos de las máquinas deben estar protegidos, para prevenir de los distintos peligros.

En general son suficientes para el trabajo médico (aparatos médicos) de atención primaria, y están en buen estado.

Sería importante equipar a este Centro de Salud con un pequeño laboratorio de análisis clínicos y un aparato de rayos y ecografías, que en este momento carece.

Tampoco no hay computadoras, ni una red que intercomunique con otros Centros de Atención Primaria de La Plata, ni con un nivel Central.

- El buen o mal funcionamiento de las maquinarias, equipos y herramientas:

Las tareas de mantenimiento preventivo y las reparaciones en tiempo y forma son esenciales para evitar los incidentes (o sea disfuncionamientos del sistema productivo que no provocan directamente lesiones profesionales) y los accidentes (que implican riesgo y/o daños). A causa de un mal diseño de las herramientas o de trabajo realizado con posturas incorrectas entre los trabajadores de la industria frigorífica, panaderos, cajeros, etc., aparece una enfermedad profesional de la muñeca, denominada “síndrome del túnel o del canal carpiano”. Los tendones de dicho canal se inflaman y

(42) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987)¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 72.

esto trae como consecuencia la compresión del nervio principal causando dolores y molestias perdiéndose sensibilidad del tacto por causa de los dedos entumecidos y experimentándose cierta torpeza al asir los objetos, al vestirse, etc.

El incorrecto diseño de las herramientas o las malas posturas de trabajo llevan a operar con la muñeca en posición encorvada, ejecutando mucha fuerza con los dedos, especialmente el índice, efectuando una torsión circular de la muñeca. (43)

En general funcionan todos los equipos médicos (tensiómetros, nebulizadores, estufa de esterilizar, etc.). Hay que tener en cuenta que es un Centro de Primer Nivel de Atención por lo tanto la tecnología es sencilla. Es importante destacar que esta Unidad pertenece al Municipio de La Plata, y cuando se rompe un aparato o necesita su reparación los tiempos entre que se hace el pedido y su puesta a punto son bastante extensos. Muchas veces el personal contribuye en su reparación, para evitar demoras y poder trabajar correctamente.

No existe control periódico de los aparatos (mantenimiento).

Muchas veces hay colaboración de O.N.G. (Rotary Club) para la compra y reparación de instrumental.

- El trabajo en altura:

Es muy importante en la industria de la construcción. Expone de manera permanente a los trabajadores al peligro de caídas, pero además, trabajar en altura trae a menudo otro riesgo: el de varios equipos que trabajan en planos superpuestos con la posibilidad de caídas de objetos materiales. Este riesgo complementario, hace que desde el punto de vista preventivo, sea importante la colocación de redes intermedias y el uso obligatorio de casco.

No existe en general este riesgo en el Centro de atención. En algunas circunstancias es realizado este tipo de trabajo, por personal de mantenimiento del Centro, que tiene que reparar con membrana, los techos con goteras.

- El riesgo de explosión:

Con frecuencia se dan conjuntamente con los riesgos de incendio. Además de los efectos trágicos sobre el cuerpo humano según sea la proximidad respecto del accidente, hay que recordar que quienes trabajan continuamente en relación con explosivos están expuestos a *riesgos tóxicos* debido a los nitratos orgánicos, como la nitroglicerina, el nitroglicol, etc..

Cuando se superan los tiempos máximos admitidos de exposición, o cuando el grado de concentración es elevado, aparecen dolores de cabeza, acompañados de sudores, golpes de calor, náuseas, zumbidos de oídos, taquicardia, pérdidas del conocimiento, o crisis de anginas que se manifiestan uno o dos días después de haber estado expuesto a estos productos. Para prevenir estos riesgos de quienes están expuestos a esos productos explosivos es importante la instalación de adecuados sistemas de ventilación, la automatización del procedimiento de transformación y medidas higiénicas tales como el reemplazo y la frecuente limpieza de la ropa de trabajo. (44)

(43), (44) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987); Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 73 a 74.

Es un peligro siempre latente en ésta, como en otras instituciones de salud, que utilizan tubos de oxígeno, que puede ocasionar explosión (que son cambiados periódicamente y controlados) y a la vez las estufas de gas, que tienen poco mantenimiento, y sin controles periódicos de calidad y funcionamiento.

- Trabajos que exigen estar expuestos a los riesgos del transporte:

Por una parte los desplazamientos “in itinere” con los riesgos de accidente, y por otro lado aquellos cuyo puesto de trabajo consiste en efectuar las pruebas de ruta de los vehículos recién ensamblados, en la conducción de vehículos de transporte de pasajeros y de cargas, muchas veces peligrosas debido a su fácil combustión o a su carácter tóxico.

Los factores tecnológicos y de seguridad han sido siempre privilegiados en cuanto a su atención y prevención por parte de los servicios de seguridad e higiene en el trabajo. Las medidas de prevención han dado buen resultado, gracias a la información y formación de los trabajadores en materia de seguridad. La señalización de los lugares y ámbitos donde predominan ciertos riesgos e indican el uso de equipos de protección individual, la formación de brigadas de incendios y de primeros auxilios para el caso de emergencias, el equipamiento en materia de salas de atención médica y de botiquines y hasta, en algunos casos, la formulación y comunicación de reglamentos internos de seguridad e higiene. (45)

Si bien no se trabaja en general con transporte, pero gran parte del personal que acude al Centro, se moviliza en automóvil y colectivo, por lo que el accidente “in itinere” es siempre posible.

e) *De manera complementaria se pueden incluir también los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos:*

- Las inundaciones.
- Los temblores.
- Las descargas provocadas por tormentas eléctricas.
- Las tempestades, ciclones y maremotos, temperaturas extremas, etc..

Estos no han desaparecido y por lo tanto es importante llevar a cabo tareas de prevención mediante la canalización y dragado de cursos de agua, la construcción anti-sísmica, la instalación de pararrayos, construcción de pisos sobre-elevados y de salidas de emergencia, diseño de las instalaciones teniendo en cuenta las enseñanzas de la geografía, de la meteorología, de la hidrología, etc..

Estos riesgos “naturales” son importantes en sí mismos, pero además pueden provocar efectos combinados de gravedad.

Las inundaciones: son poco probables en esta zona, ya que es una zona alta.

Con respecto a los temblores: no es zona sísmica, por lo que no es esperable.

Las descargas provocadas por tormentas eléctricas: es muy frecuente, con el consecuente corte de electricidad en la zona, instaurando un problema más a los

(45) Dr. Julio César Neffa y ot. (1987)¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo?. Pag. 74 a 75.

existentes, ya que hay que tratar de preservar las vacunas (que no pierdan la cadena de frío) y trasladar las mismas a un lugar donde exista electricidad.

Las temperaturas extremas: constituyen un problema más; en verano, muchas veces la corriente se corta, ocasionando problemas con las vacunas, y en el invierno, las estufas de calefacción con escaso mantenimiento, liberan monóxido de carbono. No hay una temperatura interna estable en todo el establecimiento de salud.

CAPITULO VI

K. Utilización de Herramientas de Calidad.

a) La Observación:

Mencionados los distintos riesgos, y detallados minuciosamente, fueron seleccionados y analizados mediante la técnica de “Observación”.

La misma consiste en “ver” y “oír” hechos y fenómenos que se desean estudiar. La observación se convierte en técnica científica en la medida que: 1) sirve a un objeto ya formulado de investigación; 2) es planificada sistemáticamente; 3) es controlada sistemáticamente y relacionada con proposiciones más generales; y 4) está sujeta a comprobaciones y controles de validez y fiabilidad.

Esta técnica puede adoptar diferentes modalidades:

- Según los medios utilizados: sistemática / simple.
- Según la participación del observador: participante / no participante.
- Según el lugar donde se realiza: de campo / en laboratorio.

Las características físicas del ambiente y de las personas, así como rituales y ciertos patrones de conducta, pueden ser apreciados a través de la observación.

Mediante esta técnica, los hechos se estudian sin la intermediación del informante que da su propia percepción y posición sobre la realidad, aunque ello no descarta la propia subjetividad del observador. Es necesario que éste distinga claramente entre los hechos observados y la interpretación de los mismos. La observación debe ser exhaustiva, sin descuidar los detalles, al tiempo que seleccionar los aspectos relevantes conforme al propósito del estudio, y todo ello requiere entrenamiento. El registro de los datos se realiza en diferentes medios: diario, cuaderno de notas, cuadros de trabajo (que sirven a la vez como guías de observación), mapas y dispositivos audiovisuales como cámaras y grabadoras.

La observación participativa, es una técnica denominada más apropiadamente observación por medio de la participación, que consiste en captar la realidad mediante la inclusión del investigador en el medio social objeto de estudio. Malinowski, fue quien primero sistematizó esta técnica en sus estudios en las islas del Pacífico. Ello implica contactos reales, no pasajeros, participar de la vida comunitaria observando todo lo que ocurre en la vida comunitaria y en sí mismo. Requiere actuar de modo que su presencia no aumente la distancia social que necesariamente existe entre el investigador y los investigados, procurando con su esfuerzo y actividad que los canales comunicativos sean lo suficientemente fluidos, veraces y operativos. Logrando por este proceso de empatía una familiaridad con la sociedad que estudia. (46)

(46) Lic. Mario Virgolini. (2003). “Análisis de la Situación Local de Salud”. Programa de Educación Médica en Medicina General Familiar, Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.L.P. Pág. 7 a 8.

La observación participante, tiene dos formas: la “participación natural”, cuando el observador pertenece a la misma comunidad o grupo que se investiga; y la “participación artificial”, cuando el observador se integra al grupo con el objeto de realizar una investigación.

Han aparecido numerosos trabajos de investigación realizados mediante la técnica de la observación participante. El ejemplo clásico es el estudio que realizaron Robert y Helen Lynd (*Middletown: a study in contemporary american culture, New York 1937*) con un grupo de colaboradores, residiendo varios meses en la ciudad que era objeto de su estudio, participando de su vida (asambleas, reuniones, comidas, fiestas, conferencias, etc.), y asumiendo las responsabilidades de cualquier ciudadano. Un estudio basado en el mismo procedimiento es el de Lloyd Warner, bajo cuya dirección se comenzó en 1930 a estudiar una ciudad típica de 17.000 habitantes; trabajo que se concluyó sobre el terreno en el año 1937. El equipo se presentó como un grupo de la Escuela Superior de Comercio de la Universidad de Harvard, lo cual le permitió tener amplia aceptación por parte de la comunidad local en atención al prestigio de la entidad patrocinante. La elaboración de los datos recogidos insumió alrededor de veinte años; y entre 1941 y 1949 se publicaron los resultados en varios volúmenes (*Yankee City Series. 1941/49*), habiéndose reconocido como los aportes más importantes de la obra los referentes a la estratificación social y a la clasificación de las clases sociales.

Para cerrar esta enumeración, mencionaremos el trabajo de André Phillip sobre el problema obrero en los Estados Unidos, para cuya realización trabajó como obrero en diversas fábricas. (47)

En el Centro de Salud en estudio, se utilizo la observación sistemática, participante natural y de campo.

El registro de datos fue con cuaderno de notas, y anotaciones no estructuradas, por el tocoginecólogo de dicha institución, para luego consensuarlo con los distintos integrantes del equipo de salud.

b) La Entrevista:

Fue otras de las técnicas utilizadas para explicar los distintos riesgos mencionados anteriormente.

El contenido de muchas manifestaciones externas de la cultura sólo puede ser comprendida mediante las declaraciones de los miembros de la comunidad, como también es difícil obtener de otro modo los valores y la cosmovisión. Se trata de saber no sólo el qué, sino el por qué y el cómo, el por que ocurren tales hechos.

La entrevista es una técnica de investigación social en la que una persona (entrevistador) solicita información a otra (informante o sujeto entrevistado), para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone la interacción verbal de dos personas y comprende desde la conversación libre a la interrogación estandarizada.

(47) E. EGG. Ander (1974). “La Observación. La Entrevista”. Cap. 8 y 9 de “Introducción a las Técnicas de Investigación Social”. Humanitas. Pág. 95 a 108.

La entrevista (el término inglés “interview” también se utiliza en algunos países de habla hispana), es uno de los procedimientos más utilizados en la investigación social, aunque como técnica profesional se usa en otras tareas; el psiquiatra, el psicoterapeuta, el psicólogo, el trabajador social, el médico, etc., hacen empleo de ella para sus diversos fines, procurando de ordinario algo más que la recopilación de datos (como en el caso del investigador social), puesto que se la utiliza también para informar, educar, orientar, motivar, etc., conforme al propósito profesional que se persigue. (48)

Según la opinión de Beatrice Webb, la entrevista constituye el instrumento por excelencia de la investigación sociológica: compensa la falta de tubo de ensayo del químico, o el microscopio del bacteriólogo. (49)

Una parte importante del desarrollo de las ciencias sociales en las últimas décadas, se ha logrado gracias a este procedimiento.

Existen diferentes formas de entrevista, según el propósito profesional que se busca con su utilización: en investigación social pueden asumir las siguientes modalidades:

- Entrevista estructurada.
- Entrevista no estructurada:
 - Entrevista focalizada.
 - Entrevista clínica.
 - Entrevista no dirigida.

La entrevista estructurada: toma la forma de un interrogatorio en el cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos. Esta entrevista se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado.

La entrevista no estructurada: en cambio, deja una mayor libertad a la iniciativa de la persona interrogada y al encuestador, tratándose en general de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación teniendo como característica principal la ausencia de una standarización formal. Este tipo de entrevista puede adoptar tres modalidades:

- La entrevista focalizada (focus interviews): el encuestador tiene una lista de cuestiones a investigar derivadas del problema general que quiere estudiar; en torno a ese problema se establece una lista de tópicos en los que se focaliza la entrevista, quedando ésta librada a la discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones, motivos, ayudar a esclarecer determinado factor, etc., pero sin sujetarse a una estructura formalizada. Se necesita agudeza y habilidad de parte del entrevistador para saber buscar algo conocido, focalizar el interrogatorio en cuestiones precisas, saber escuchar y ayudar a expresarse y esclarecer pero sin sugerir. Este tipo de entrevista fue ideado por Merton, Fiske y Kendall, hacia 1956.

(48) E. EGG. Ander (1974). “La Observación. La Entrevista”. Cap. 8 y 9 de “Introducción a las Técnicas de Investigación Social”. Humanitas. Pág. 109 a 112.

(49) S. y B. Webb (1932). “Method of Social Study”. New York, 1932, citado por Pauline Young. “Métodos Científicos de Investigación Social”.

- La entrevista clínica (clinical interviews): se designa con este nombre una modalidad semejante a la entrevista focalizada pero que difiere de ésta en el enfoque: no se trata de analizar la experiencia que han tenido varias personas, sino de estudiar las motivaciones y sentimientos de las mismas. La guía de entrevista tiene una serie de cuestiones de base y de preguntas relacionadas con los sentimientos y actitudes que se van a estudiar.

- La entrevista no dirigida (non-directive interviews): el informante tiene completa libertad para expresar sus sentimientos y opiniones, el encuestador tiene que animar a hablar de un determinado tema y orientarlo. Su función es “fundamentalmente la de servir de catalizador de una expresión exhaustiva de los sentimientos y opiniones del sujeto y del ambiente de referencia dentro del cual tienen personal significación sus sentimientos y opiniones. Para alcanzar este resultado, el entrevistador debe crear una atmósfera “facilitadora”, en la cual el sujeto se halle con libertad para expresarse a sí mismo sin miedo o desacuerdo, admiración o disputa, y sin consejo alguno por parte del entrevistador”. (50)

La preparación de la entrevista es importante: una fase de investigación. La entrevista asume de todos los preparativos que se efectúan en relación con la investigación. Presupone, asimismo, que se la ha elegido como método más adecuado a los efectos de la investigación que se va a realizar. Sin embargo, la entrevista propiamente dicha requiere de ciertas medidas específicas, tales como las siguientes:

- *Presentación del encuestador*: una vez elegida la muestra y seleccionadas las personas que han de ser entrevistadas, conviene presentar al encuestador enviando una nota que anuncie su visita y explique los motivos de la entrevista.
- *Oportunidad de la entrevista*: es importante conocer la distribución del tiempo y las ocupaciones de las personas que han de ser entrevistadas. Lo más conveniente es obtener una cita de antemano, lo cual “ahorra tiempo al trabajador de campo, asegurándole que será recibido y facilitándole el empleo de su tiempo de manera más económica; evita la actitud de rechazo que es frecuente y justamente suscitada por el intento de “penetrar” cuando el probable informante está ocupado en otro trabajo. (51)
- *Conocimiento previo del “campo”*: cuanto mayor es el conocimiento de las modalidades y pautas culturales del grupo o comunidad que se desea estudiar, menores son los riesgos de “desencuentro” entre encuestadores e informantes.

(50) Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook. (1965). “Métodos de Investigación en las relaciones sociales. Rialp. Madrid.

(51) George, Lundberg. (1949). “Técnica de la investigación social. FCE. México.

- *Contacto con líderes*: un contacto previo con los líderes del grupo o comunidad, en el cual se expliquen los motivos y las finalidades que se persiguen, facilitará en gran medida el éxito de las entrevistas. El líder actuará como agente de “ablandamiento” entre las personas que serán entrevistadas y se logrará una mejor aceptación por parte de las mismas.
- *Aspectos personales del encuestador*: el aspecto o presentación personal del encuestador condiciona de algún modo la aceptación de la persona entrevistada: las peculiaridades o extravagancias en el vestir, el modo de hablar, los ademanes y las actitudes de “señor”, pueden provocar un rechazo o una situación incómoda y negativa para el éxito de la entrevista.
- *Preparación específica*: por cierto que esta preparación es indispensable y debe ser tan amplia como lo permitan las circunstancias. (52)

Informantes clave: son aquellas personas que, por su inserción y el rol que desempeñan en la comunidad, manejan información de mucho valor para el estudio. Existen distintos tipos de informantes clave, que suelen tener un conocimiento profundo pero parcial del objeto de estudio, por ejemplo maestros, porteros de establecimientos, policías, enfermeros, etc. Dichas personas previamente seleccionadas, son contactadas para aplicar la técnica de la entrevista abierta, aunque también pueden aplicarse otras técnicas. También se los conoce como “referentes sociales”, por otros autores. (53)

Se ha mencionado ya la importancia que ha tenido la entrevista como instrumento de la investigación social y como medio para el desarrollo de las ciencias sociales. Se suelen indicar dos razones principales de este éxito:

- porque la entrevista es una técnica eficaz para obtener datos relevantes y significativos desde el punto de vista de las ciencias sociales.
- porque los datos obtenidos son susceptibles de cuantificación y de tratamiento estadístico.

Estas son ventajas en relación con otros procedimientos; respecto de la técnica del cuestionario, presenta también una serie de ventajas:

- posibilidad de obtener mayor porcentaje de respuestas, en cuanto que es más fácil no responder a una carta, que rechazar un encuestador.

(52) E. EGG. Ander (1974). “La Observación. La Entrevista”. Cap. 8 y 9 de “Introducción a las Técnicas de Investigación Social”. Humanitas. Pág. 109 a 112.

(53) Lic. Mario Virgolini. (2003). “Análisis de la Situación Local de Salud”. Programa de Educación Médica en Medicina General Familiar, Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.L.P. Pág. 8 a 9.

- posibilidad de obtener una información más precisa, puesto que en ciertas circunstancias el encuestador puede comprobar de inmediato “discordancias” en la información suministrada o controlar la validez de las respuestas; puede además ayudar a expresar adecuadamente un pensamiento, motivar una respuesta, etc.
- posibilidad de captar el “sabor” de las respuestas; reacciones, ademanes, movimientos, tonos de voz, énfasis, etc.; en este aspecto la superioridad de la entrevista es evidente, puesto que permite añadir muchas observaciones que constituyen “la circunstancia” de los registrados.
- no requiere que la persona entrevistada sepa leer o escribir.
- ofrece mayor flexibilidad, puesto que el entrevistador puede aclarar y repetir las preguntas y adaptarse más fácilmente a las personas y circunstancias concretas. (54)

En el Centro de Atención Primaria, en estudio, luego de la observación, se llevó a cabo una entrevista con distintos informantes claves (referentes institucionales), (el jefe del Centro de Salud, y la médica generalista).

Se realizó una entrevista no estructurada focalizada y una no dirigida, a cada uno de estos referentes nombrados anteriormente.

Para preparar la entrevista, se preguntó a los distintos entrevistados si eran gustosos de ser entrevistados, a lo que accedieron sin ninguna dificultad. Se tuvo en cuenta las distintas pautas culturales institucionales (conocimiento previo del “campo”), se lo hizo con los distintos líderes (informantes claves o referentes institucionales), para lograr mayor éxito en la entrevista.

Por la misma se obtuvieron distintos factores de riesgo fundamentales, que conjuntamente con la observación fueron dos herramientas fundamentales para que en etapas posteriores se pueda implementar pautas preventivas.

Las entrevistas fueron realizadas por el tocoginecólogo, a las personas mencionadas anteriormente jefe del Centro de Salud (clínico) y la médica generalista.

c) La Encuesta:

La encuesta es una entrevista cerrada que se aplica a una muestra de personas con el propósito de cuantificar los datos obtenidos.

Fue otra de las técnicas utilizadas para obtener los distintos factores de riesgos explicados con anterioridad.

Tiene forma de un interrogatorio en el cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan en los mismos términos, sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado. (55)

(54) E. EGG. Ander (1974). “La Observación. La Entrevista”. Cap. 8 y 9 de “Introducción a las Técnicas de Investigación Social”. Humanitas. Pág. 118 a 119.

(55) Lic. Mario Virgolini. (2003). “Análisis de la Situación Local de Salud”. Programa de Educación Médica en Medicina General Familiar, Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.L.P. Pág. 9.

En general, puede decirse que las preguntas deben ser estrictamente las necesarias y pertinentes para medir las variables del estudio, no deben sugerir ni direccionar las respuestas; el vocabulario debe ser usual y directo, el orden de las preguntas debe evitar la contaminación por influencia de las preguntas anteriores. La técnica de diseño del instrumento requiere de un considerable entrenamiento que requiere a menudo la comparación con otros instrumentos similares, la consulta de expertos, y diversas pruebas de validación y confiabilidad.

Se utilizó a manera de ejemplo una Encuesta de CyMAT (Versión Enero de 1986) modificada para un Centro de Salud de Atención Primaria.

La misma fue realizada al Jefe del Centro de Salud (clínico), a la médica generalista, y a la enfermera de la tarde de dicha institución de Atención Primaria.

Fue puesta en práctica por el tocoginecólogo de dicho Centro.

Al igual que la observación y la entrevista, la encuesta facilitó el conocimiento de los distintos factores de riesgo que se tuvieron en cuenta anteriormente.

Así mismo se identificaron distintos aspectos de la Carga Física, Psíquica y Mental de los integrantes del equipo de salud; como así también distintos efectos negativos del trabajo.

La misma permitió realizar pautas y propuestas preventivas.

Dicha Encuesta de CyMAT fue la siguiente:

(ENCUESTA CYMAT VERSIÓN ENERO DE 1986, MODIFICADA PARA UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA).

(Marque con una x la opción correcta y rellene en el lugar que corresponda).

- Nombre y Apellido:
- Cargo:
- Función:
- Años en la Institución:

PREGUNTAS:

1) ¿Trabaja Ud. en su domicilio?.

Si__ No__ Ns. Nc.__

Desplazamientos:

2) ¿A qué hora sale de su domicilio hacia su trabajo?.

3) ¿A qué hora llega a su trabajo?.

4) ¿Qué tiempo promedio diario le insumen esos desplazamientos de ida y vuelta?.

5) ¿Cuáles son los medios de transportes utilizados, que tiempo le insumen de ida y vuelta?. (Marque en orden).

	Hs.	Min.	Ns. Nc.
_____ Caminando:	_____	_____	_____
_____ Bicicleta:	_____	_____	_____
_____ Auto:	_____	_____	_____
_____ Moto:	_____	_____	_____
_____ Transp. empresa:	_____	_____	_____
_____ Ferrocarril:	_____	_____	_____
_____ Ómnibus-colect.:	_____	_____	_____
_____ Subterráneo:	_____	_____	_____
_____ Otros:	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____

Tiempo Trabajo-Pausas:

6) ¿Cuáles son sus horarios de trabajo?.

Jornada Continua: _____

Jornada Discontinua: _____

7) Son:

_____ Los mismos todos los días.

_____ Alternados 2 turnos por día. (Preg. 8).

_____ Alternados 3 turnos por día.

_____ Flexibles, fijados por Ud.

Flexibles, fijados por la empresa.

Ns. Nc.

8) ¿Cada cuanto tiempo rota de turno?.

9) ¿Existe algún tipo de control de horario en el trabajo?.

Si No Ns. Nc.

10) ¿Cuáles?:

Mediante reloj/tarjeta.

Firma de planillas o registros.

Control por parte del superior.

Otros.

Ns. Nc.

11) ¿Cuántos días a la semana trabaja en su empleo principal?.

12) ¿Trabaja en día domingo?. (A preg. 13).

Siempre.

A veces.

Nunca.

Ns. Nc.

13) ¿Cuántos domingos al año (aproximadamente)?.

14) ¿Trabaja en día sábado?. (A preg. 15).

___ Siempre.

___ A veces.

___ Nunca.

___ Ns. Nc.

15) ¿Cuántos sábados al año (aproximadamente)?.

16) ¿Cuál es la duración de la jornada en esos sábados o domingos?.

___ Hasta 4 horas.

___ 4 a 8 horas.

___ Más de 8 horas.

___ Ns. Nc.

Trabajo Nocturno:

Si ___ No ___

17) ¿Trabaja Ud. total o parcialmente de noche?.

___ Total.

___ Parcial.

___ Ns. Nc.

18) ¿Lo realiza Ud.?.

___ Siempre.

___ A veces.

___ Ns. Nc.

19) a) ¿Cuántas noches por mes (aproximadamente)?.

b) ¿Cuántas noches por año (aproximadamente)?.

20) El hecho de trabajar de noche ¿tiene repercusiones negativas sobre su estado físico?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

21) ¿Cuáles?.

_____ Trastornos gástricos y digestivos.

_____ Cansancio excesivo.

_____ Perturbaciones del sueño.

_____ Mal humor, irritabilidad.

_____ Desgano, abulia.

_____ Otros.

_____ Ns. Nc.

22) ¿Tiene repercusiones negativas sobre su vida familiar?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

23) ¿Cuáles?.

_____ Desorganiza la vida doméstica.

_____ Ocasiona peleas y/o discusiones familiares.

_____ Altera las relaciones conyugales.

_____ Altera las relaciones con sus hijos.

_____ Dificulta las relaciones sexuales.

_____ Otros.

_____ Ns. Nc.

24) El hecho de trabajar de noche ¿tiene repercusiones negativas sobre su vida social?.

Si__ No__ Ns. Nc. __

25) ¿Cuáles?

___ Dificulta la participación en organizaciones sindicales, políticas o culturales.

___ Dificulta o impide la prosecución de estudios regulares.

___ Impide participar en actividades deportivas o de recreación.

___ Dificulta las relaciones con sus vecinos y/o amigos.

___ Otros.

___ Ns. Nc.

26) ¿Por qué causa buscó o aceptó trabajar de noche?.

___ Porque le gusta.

___ Porque le deja más tiempo libre.

___ Porque le permite tomar otro trabajo o desarrollar otras tareas.

___ Porque le permite incrementar sus remuneraciones.

___ Para evitar conflictos familiares.

___ Porque era la única posibilidad de conseguir trabajo.

___ Otros.

___ Ns. Nc.

Pausas:

27) ¿Realiza habitualmente una comida completa durante la jornada de trabajo?.

___ Siempre.

___ A veces.

___ Nunca.

___ Ns. Nc.

28) ¿Cuántas veces por semana (en promedio)?

29) ¿Cuál es la duración del descanso que Ud. tiene para realizar cada comida: almuerzo o cena completa o incompleta? (hs. minutos).

30) ¿Cuánto dispone efectivamente para realizar cada comida completa?.

31) Si eventualmente tuviera otra pausa para refrigerio, ¿de qué duración es?.

32) ¿Dónde toma habitualmente su comida o refrigerio durante la jornada de trabajo?.

_____ En su domicilio.

_____ Comedor o restaurant-empresa.

_____ Comedor o restaurant-exterior.

_____ En un bar o café exterior a la empresa.

_____ En el mismo lugar de trabajo.

_____ Otros.

_____ Ns. Nc.

33) ¿Cuántas pausas puede hacer Ud. durante la jornada, además de la que dispone para comer?.

34) ¿Cuál es la duración total de esas pausas?.

35) ¿Ud. puede elegir el momento para hacer las pausas?.

Si _____ No _____ Ns. Nc. _____

36) ¿Dispone Ud. de un lugar especial para estar durante las pausas?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

37) ¿Tiene a veces que trabajar durante el período de pausa?.

___ Nunca.

___ Raras veces.

___ Con frecuencia.

___ Ns. Nc.

38) Además de las pausas previstas, ¿puede Ud. decidir interrumpir el trabajo cuando lo necesita?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

39) Durante la interrupción, ¿debe hacerse reemplazar?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

40) ¿Ocurre que a veces hay interrupciones debido a la falta de trabajo por hacer?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

Horas Extraordinarias: (Horas Extras)

41) ¿Realiza Ud. horas extraordinarias?.

___ Nunca.

___ Con frecuencia.

___ Ns. Nc.

42) ¿Cuántas horas por semana (en promedio)?.

43) Las horas extraordinarias son:

___ Registradas y remuneradas como tales.

___ No son remuneradas como tales.

___ Ns. Nc.

44) ¿Por qué motivos realiza Ud. horas extras?.

___ Por exigencias de la empresa (municipio), para aumentar la producción.

___ Porque son fijas, no puede negarse.

___ Para incrementar sus salarios.

___ Por problemas técnicos (rotura de máquinas, equipos, etc.).

___ Otros.

___ Ns. Nc.

Contenido y Organización del Trabajo:

45) ¿Qué bienes o servicios produce el establecimiento donde Ud. trabaja?.

¿Cuál es el nombre de su ocupación?.

¿Qué tareas realiza Ud. en ella?.

46) ¿Cómo es realizada su tarea? (más de una respuesta).

___ Individualmente.

___ En cooperación con otros trabajadores.

___ Otros (precisar) _____

___ Ns. Nc.

47) ¿Trabaja en una línea de montaje?. (No contestar en A.P.S.).

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

48) Su ritmo de trabajo está determinado por:

El ritmo automático de una maquina, o el desplazamiento automático de un producto, de una pieza o de un repuesto. (No contestar en A.P.S.).

Normas de producción, tiempos o tareas predeterminados.

Controles, vigilancia o supervisión ejercida por una autoridad jerárquica.

La dependencia respecto del trabajo de uno o varios colegas.

Demanda exterior, público, usuarios, clientes, pacientes, alumnos.

Otros.

Ns. Nc.

49) ¿Su trabajo consiste en repetir siempre una misma serie de gestos o de operaciones?.
(En A.P.S. consultas).

Si No Ns. Nc.

50) ¿Cuánto dura cada gesto u operación?. (En A.P.S. ¿cuanto dura la consulta?).

51) Considera Ud. que el ritmo de trabajo que le es normalmente exigido es:

Lento.

Adecuado.

Excesivo.

Ns. Nc.

52) ¿Tiene Ud. algún margen de iniciativa en cuanto a la modalidad para ejecutar su tarea?.

Nada, pues está rígidamente fijada.

Es limitada.

Es bastante grande.

Otros.

Ns. Nc.

53) ¿Sus superiores le solicitan información o le formulan directamente consultas acerca de la marcha de las tareas y de los cambios a introducir?.

____ Sí, normalmente.

____ A veces.

____ Nunca.

____ Ns. Nc.

54) ¿Estima Ud. que el desempeño en su tarea es evaluado adecuadamente por sus superiores?.

Si ____ No ____ Ns. Nc. ____

55) Tal desempeño, ¿es evaluado en vistas a su carrera profesional o su promoción interna?.

____ Sí.

____ No, pues se toman otros criterios.

____ Ns. Nc.

56) ¿Lo han ascendido en su carrera profesional (cambio de categoría o asignación de mayores responsabilidades con aumento de remuneración)?.

Si ____ No ____ Ns. Nc. ____

57) ¿Cuánto tiempo hace que lo ascendieron por última vez?.

____ Menos de 1 año.

____ De 1 a 5 años.

____ Más de 5 años.

____ Ns. Nc.

58) ¿Su nivel básico de remuneraciones es independiente de su ritmo de trabajo?.

Si ____ No ____ Ns. Nc. ____

Carga Física, Higiene y Seguridad:

59) Para ejecutar normalmente su trabajo, Ud. debe:

- Permanecer mucho tiempo en un mismo lugar.
- Permanecer mucho tiempo de pie.
- Permanecer mucho tiempo en una postura penosa o que causa fatiga.
- Ejecutar a pie desplazamientos largos, frecuentes o rápidos que impliquen esfuerzo muscular.
- Transportar o desplazar cargas pesadas.
- Efectuar grandes esfuerzos físicos de manera permanente.
- Realizar muchas tareas manuales sucesivas.
- Soportar vibraciones, balanceos
- Otros (Especificar) _____.
- No corresponde.
- Ns. Nc.

60) Mientras Ud. trabaja, si una persona situada a dos o tres metros le habla:

- Escucha, si habla normalmente.
- Escucha, si habla en alta voz.
- No llega a escuchar bien.
- Ns. Nc.

61) ¿Debe soportar ruidos muy fuertes o agudos?.

Si___ No___ Ns. Nc. ___

62) Aparte del ruido, ¿hay otras razones que le impiden comunicarse con sus compañeros?.

Si___ No___ Ns. Nc. ___

63) ¿Por qué?, trabaja Ud. en:

- Un puesto aislado.
- Está formalmente prohibido hablar.
- Debe colocarse protectores auditivos.
- Por las exigencias del trabajo.
- Otras razones.
- Ns. Nc.

64) ¿Ud. trabaja al aire libre?.

Si___ No___ Ns. Nc. ___

65) La temperatura en su lugar de trabajo es:

Invierno Verano Ns. Nc.

Adecuada:

Inadecuada:

66) ¿Su lugar de trabajo está suficientemente iluminado?.

Si___ No___ Ns. Nc. ___

67) ¿Con frecuencia está demasiado iluminado?.

Si___ No___ Ns. Nc. ___

68) ¿Trabaja constantemente con luz artificial?.

Si___ No___ Ns. Nc. ___

69) ¿Dispone Ud. en su puesto de trabajo de una iluminación propia o de luz natural?.

Si___ No___ Ns. Nc. ___

70) ¿Su puesto o lugar de trabajo presenta alguno de los siguientes inconvenientes?.

- Falta de orden.
- Suciedad.
- Falta de señales de seguridad.
- Falta de salidas de emergencia.
- Poco espacio para moverse.
- No presenta mayores inconvenientes.
- Otros.
- Ns. Nc.

71) ¿La empresa (municipio) le provee regularmente de la ropa de trabajo adecuada?.

Si No Ns. Nc.

72) En su lugar o puesto de trabajo Ud. está expuesto a:

- Fuertes corrientes de aire.
- Falta de ventilación.
- Olores desagradables.
- Excesiva humedad.
- Respirar humedad.
- Respirar humos.
- Respirar polvos.
- Respirar gases tóxicos o nocivos.
- No presenta mayores inconvenientes.
- Otros.
- Ns. Nc.

73) ¿Su puesto o lugar de trabajo está con frecuencia expuesto a los siguientes riesgos?.

- Estar en contacto o manipular explosivos.
- Al riesgo de una caída grave.
- Al riesgo de ser electrocutado.
- Al riesgo de ahogarse.
- Al riesgo de quemarse.
- Al riesgo de ser herido por vehículos, máquinas, o herramientas.
- Al riesgo de sufrir un accidente de circulación durante su tiempo de trabajo.
- Al riesgo de recibir golpes.
- Al riesgo de recibir radiaciones nocivas.
- Al riesgo de enfermedades de la piel.
- Al riesgo de otros accidentes graves.
- Otros.
- No estoy expuesto a riesgos.

Prevención:

74) ¿Qué equipos de protección individual le provee la empresa (municipio)?.

- Auditivo.
- Cascos.
- Lentes.
- Máscaras.
- Botas.

___ Cinturones.

___ Otros (detallar). _____.

___ No provee ninguno.

___ Ns. Nc.

75) ¿Existe en el establecimiento y/ o (municipio) algún organismo mixto de participación (obrero- empresario) para intervenir en el mejoramiento de la higiene, seguridad y salud de los trabajadores?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

76) ¿Desde que fecha?.

_____.

77) ¿Trabaja Ud. con equipos de protección individual?.

___ Todo el tiempo.

___ Frecuentemente.

___ Nunca.

___ Ns. Nc.

Accidentes “In- Itinere”:

78) ¿Ha sufrido Ud. accidentes en la circulación yendo o viniendo del trabajo en el transcurso de los últimos cinco años?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

79) ¿Cuántas veces?.

_____.

80) ¿Cuándo ocurrió el último de ellos?.

___ Año.

___ Mes.

___ Ns. Nc.

81) ¿Dónde ocurrió?.

_____.

82) ¿En que medio de transporte llegó al lugar de atención?.

____ Taxi.

____ Automóvil particular.

____ Ambulancia.

____ Caminando.

____ Otros. _____.

____ Ns. Nc.

83) ¿Cuántos días duró el tratamiento?.

_____.

Enfermedades Profesionales:

84) ¿Ha sido Ud. víctima de una enfermedad vinculada o causada por el trabajo?.

Si ____ No ____ Ns. Nc. ____

85) ¿Cuál ha sido la más grave que lo afectó en los últimos 5 años?.

_____.

86) ¿Cuándo se manifestó?.

____ Año.

____ Mes.

____ Ns. Nc.

87) ¿Recibió atención médica?.

Si ____ No ____ Ns. Nc. ____

88) Fue esta atención:

Adecuada o satisfactoria.

Inadecuada o insuficiente.

Ns. Nc.

89) ¿Recibió tratamiento?.

Si No Ns. Nc.

90) ¿Cuántos días duró el tratamiento?.

Accidentes de Trabajo:

91) En su establecimiento o lugar de trabajo, ¿han ocurrido accidentes graves en el último año?.

Si No Ns. Nc.

92) ¿Cuántas veces ocurrieron?.

Una sola vez.

Con cierta frecuencia.

Otros.

Ns. Nc.

93) ¿Ha sido Ud. víctima de un accidente de trabajo?.

Si No Ns. Nc.

94) ¿Cuántas veces en el transcurso de los últimos cinco años?.

95) (Para todos los Si en 78-84-93). ¿Donde lo atendieron?.

	In. I.	E. Prof.	Acc. T.
___ 1. Empresa	___	___	___
___ 2. Clínica	___	___	___
___ 3. Centro de Salud	___	___	___
___ 4. Obra Soc.	___	___	___
___ 5. Casa	___	___	___
___ 6. Otro	___	___	___
___ 7. Ns. Nc.	___	___	___

96) ¿Cuántos días faltó?.

97) Le provocaron esas lesiones:

- ___ 1. Invalidez temporaria.
- ___ 2. Invalidez permanente.
- ___ 3. Ns. Nc.

98) ¿Percibió indemnización?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

99) Está en :

- ___ Juicio.
- ___ Trámite.
- ___ No corresponde.
- ___ Ns. Nc.

100) ¿La empresa (municipio) tiene un servicio de higiene y seguridad?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

101) ¿Conoce Ud. y tiene relaciones con el jefe del mismo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

102) ¿La empresa (municipio) tiene un servicio de medicina del trabajo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

103) ¿Conoce Ud. y tiene relaciones con el jefe del mismo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

104) ¿El personal de dichos servicios recorre y verifica habitualmente los lugares de trabajo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

105) ¿La empresa (municipio) contrata servicios externos de medicina, higiene y seguridad en el trabajo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

106) ¿Cada cuánto tiempo visitan la empresa (municipio) estos últimos?.

107) ¿Qué duración tiene cada visita en promedio?.

108) Durante su permanencia, ¿los profesionales y técnicos de los servicios recorren y verifican habitualmente los lugares de trabajo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

109) Recibió Ud. alguna información o formación acerca de los peligros o riesgos ocupacionales específicos existentes en cuanto a:

	Si	No	Ns. Nc.
Locales e Instalaciones:	___	___	___
Materias primas e insumos:	___	___	___
Maquinarias y herramientas:	___	___	___
Productos elaborados:	___	___	___

	Si	No	Ns. Nc.
Uso de energía y combustibles:	___	___	___
Carga- descarga:	___	___	___
Transporte:	___	___	___
Otros:	___	___	___

110) En el momento:

___ Ingresar.

___ Posteriormente.

___ Ns. Nc.

111) ¿De qué duración fue esa actividad?.

112) Antes de ingresar a trabajar, ¿le hicieron un examen médico preocupacional?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

113) Considera Ud. que fue:

___ Bien hecho.

___ Insuficiente.

___ Mal hecho.

___ Ns. Nc.

114) ¿Le han hecho por parte de la empresa (municipio) exámenes ocupacionales periódicos?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

115) ¿Cada cuanto tiempo?.

___ 2 veces al año.

___ 1 vez al año.

___ 1 vez cada 2 años o más

___ Ns. Nc.

116) ¿Le comunicaron oficialmente los resultados?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

Sistema de Remuneraciones:

117) ¿Mediante qué sistemas es pagada su remuneración total (más de una respuesta)?.

a) *Tiempo de trabajo:*

___ Hora.

___ Día.

___ Mes.

___ Ns. Nc.

b) *Rendimiento:*

___ Por piezas (pacientes).

___ Tarea.

___ Por tanto o % de ventas.

___ Ns. Nc.

118) ¿La empresa (municipio) le otorga además otras primas, o bonificaciones o participación en los beneficios?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

119) ¿Cuáles?.

___ Antigüedad.

___ Presentismo.

___ Riesgo - trabajo penoso.

___ Productividad.

___ Porcentaje de ventas o ganancias.

___ Otros (precisar). _____.

___ Ns. Nc.

120) ¿Tiene Ud. la preocupación constante por saber si los ingresos familiares van a alcanzar para vivir y pagar sus créditos?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

121) Además de esa remuneración, ¿recibe Ud. eventualmente propinas, productos o servicios gratuitos o a precio subvencionado?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

Beneficios Sociales e Infraestructura:

122) ¿De qué servicios sociales e infraestructura se beneficia Ud. en la empresa (municipio)?.

___ Baños o sanitarios, debidamente provistos.

___ Duchas con agua caliente.

___ Vestuarios.

___ Proveeduría.

___ Agua potable.

___ Salón comedor.

___ Servicios de comida a precios módicos o subvencionados.

Préstamos y/o adelantos de sueldo.

Transporte del personal desde y hacia la cercanía del hogar.

De ninguno de ellos.

Ns. Nc.

Estabilidad- Precariedad:

123) ¿Cuánto tiempo hace que está trabajando en esta ocupación (en meses o años)?.

124) Su empleo es del tipo:

Permanente.

Trabajo temporario o estacional.

Trabajo de duración determinada (a plazo fijo).

Trabajo a tiempo parcial.

Trabajo a domicilio.

Trabajo para empresas subcontratistas.

Otros. _____.

Ns. Nc.

125) En su ocupación, ¿Ud. goza del derecho a los siguientes beneficios sociales?.

Jubilación.

Obras Sociales.

Asignaciones familiares.

Seguro de vida obligatorio.

Seguro contra accidentes y enfermedades profesionales.

Mutual (complementaria).

___ Otros. _____.

___ Ns. Nc.

126) Tiene efectivo derecho a:

___ Vacaciones.

___ Aguinaldo.

___ Preaviso e indemnización.

___ Atención médica.

___ Obras Sociales.

___ Afiliarse a una organización sindical y participar de su vida interna.

___ Actividades de bienestar social organizadas por la empresa (municipio).

___ Otras. _____.

___ Ns. Nc.

127) Ud. considera a su trabajo:

___ Estable o efectivo.

___ Precario.

___ Ns. Nc.

Carga Mental:

128) Para efectuar normalmente su trabajo Ud. debe:

a) ¿Poner a punto y/o ajustar su propia máquina o herramienta? (tensiómetro, tubo de oxígeno, equipamiento médico, etc.).

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

b) ¿Utilizar su memoria para establecer la secuencia de operaciones?.(Secuencia de pasos de la consulta).

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

c) ¿Controlar el funcionamiento de las máquinas (instrumental médico)?.

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

d) ¿Estar vigilante y en tensión para evitar accidentes y/o siniestros que puedan poner en peligro su vida y/o la de otras personas?.

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

e) ¿Interrumpir o cambiar sus tareas cuando percibe una señal?. (Orden).

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

f) ¿Consultar periódicamente a un supervisor o mirar las instrucciones?.

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

g) ¿Verificar la calidad del producto y registrar su cantidad?. (Calidad de la consulta médica, y registrar su número).

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

h) ¿Escribir y/o transmitir información a sus compañeros de trabajo o a supervisores (Coordinadores)?.

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

i) ¿Efectuar ciertos cálculos mentales o por escrito?.

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

j) ¿Leer y traducir del lenguaje común a un lenguaje codificado o viceversa?.
(Lenguaje común a lenguaje médico).

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

k) ¿Organizar y controlar el trabajo de los demás, llegando a evaluarlos y a establecer sanciones?.

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

l) ¿Transportar o manipular sumas considerables de dinero, siendo responsable de las diferencias de caja?.

___ Nunca.

___ Raramente.

___ A menudo.

___ Siempre.

___ No corresponde.

___ Ns. Nc.

m) ¿Realizar sistemáticamente estudios por su cuenta, fuera del horario de trabajo, para poder progresar dentro de la empresa (municipio)?.

___ Si ___ No

¿Cuántas horas semanales de clases y para estudiar este año?

129) Cree Ud. que su tarea es:

___ Relativamente simple.

___ Compleja.

___ Ns. Nc.

Descanso:

130) ¿Qué hace Ud. normalmente luego de la cena?.

- Actividades del hogar.
- Mira T.V., escucha radio, discos, cassettes, C.D., P.C.
- Lee periódicos, revistas.
- Conversa con sus familiares.
- Estudia.
- Se va a trabajar o trabaja.
- Se encuentra con amigos, sale.
- Duerme en seguida.
- Ns. Nc.

131) ¿Cuántas horas promedio duerme Ud. en los días de trabajo?.

- Menos de 6 horas.
- De 6 a 8 horas.
- Más de 8 horas.
- Ns. Nc.

Calificación-Descalificación:

132) Antes de ocupar su actual puesto de trabajo, ¿Ud. adquirió o recibió alguna formación profesional específica para realizar su tarea?.

Si No Ns. Nc.

133) ¿Dónde?.

- a) Fuera de la empresa (municipio).
- b) Dentro de la empresa (municipio) y en horas de trabajo.
- c) Ns. Nc.

134) ¿Durante cuánto tiempo?.

___ a)

___ b)

135) En su trabajo, ¿utiliza Ud. normalmente una gran parte de los estudios, conocimientos y experiencias adquiridos anteriormente?.

___ Siempre.

___ A veces.

___ Muy pocas veces.

___ Ns. Nc.

136) ¿Considera que los mismos están bien utilizados por la empresa (municipio)?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

137) La organización y contenido del trabajo que Ud. realiza, ¿han contribuido a aumentar o diversificar sus calificaciones profesionales?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

Satisfacción:

138) ¿Le gusta o está satisfecho con el trabajo que realiza?.

___ Muy satisfecho.

___ Satisfecho.

___ Poco o nada satisfecho.

___ Ns. Nc.

139) ¿Desearía Ud. que sus hijos realizaran su actual trabajo y en iguales condiciones?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

140) ¿Desearía Ud. cambiar su ocupación o empleo actual por otras causas que no sean lograr un incremento salarial?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

141) Su relación con su jefe inmediato es normalmente:

___ Buena.

___ Conflictiva.

___ Mala.

___ Ns. Nc.

Fatiga:

142) ¿Tiene Ud. con frecuencia la sensación de estar cansado o fatigado a causa del trabajo?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

143) ¿Tiene Ud. trastornos del apetito?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

144) ¿Cuáles?.

___ Pérdida del mismo.

___ Asco por la comida.

___ Ganas permanente de comer.

___ Ns. Nc.

145) ¿Tiene Ud. trastornos en el sueño?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

146) ¿Cuáles?.

___ Sueño y muchas ganas de dormir durante el tiempo de trabajo.

___ Dificultad para dormirse.

___ Insomnio/desvelos.

___ Pesadillas.

___ Ns. Nc.

147) ¿Toma Ud. frecuentemente medicinas para dormir?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

148) ¿Piensa Ud. que a causa del trabajo tiene algún trastorno de su personalidad?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

149) ¿Cuál?.

___ Pocos deseos de estar junto a otros.

___ Dificultad para pensar y concentrarse.

___ Deficiencia de la memoria.

___ Pérdida de interés por el trabajo.

___ Irritación, mal humor, impaciencia.

___ Desánimo, desgano, abandono.

___ Inquietud, angustia, ansiedad, miedo sin causa.

___ Ns. Nc.

150) ¿Tiene Ud. trastornos en la actividad sexual?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

151) ¿Cuál?.

___ Baja del deseo sexual.

___ Disminución de la actividad sexual.

___ Impotencia.

___ Sobreexcitación.

___ Ns. Nc.

152) ¿Percibe Ud. que ha disminuido su visión a causa de su tarea?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

153) ¿Tiene Ud. frecuentemente dolores que atribuye al cansancio o fatiga?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

154) ¿Cuáles?. (¿O algún otro síntoma?).

___ Dolores de músculos en espalda y/u hombros.

___ Dolores de piernas.

___ Reumatismo o artritis.

___ Dolor de cabeza, jaqueca.

___ Ruido o zumbido en los oídos.

___ Ardor en los ojos.

___ Vértigos.

___ Temblores.

___ Náuseas, vómitos o dolores abdominales (estómago, intestino).

___ Otros.

___ Ns. Nc.

155) ¿A qué atribuye Ud. esa fatiga?.

___ Solamente al trabajo fuera de casa.

___ Exclusivamente al trabajo doméstico y preocupaciones familiares.

___ A ambas cosas.

156) ¿Toma Ud. frecuentemente medicinas para reponerse de la carga física y/o mental del trabajo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

157) ¿Cuáles?.

_____.

158) Durante la jornada de trabajo, ¿consume Ud. frecuentemente excitantes para soportar mejor la carga física y mental del trabajo?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

159) ¿Cuáles?.

___ Vitaminas.

___ Tabaco.

___ Alcohol.

___ Té.

___ Mate.

___ Café.

___ Golosinas.

___ Otras._____.

___ Ns. Nc.

Carga Psíquica:

160) Para realizar sus tareas Ud. tiene:

___ Autonomía.

___ Dependencia de otro trabajador.

___ Ns. Nc.

161) ¿Siente Ud. que su trabajo es reconocido socialmente por los demás?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

162) ¿Puede Ud. conversar con sus compañeros en horario de trabajo durante las pausas?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

163) ¿Siente que los integrantes de su equipo de trabajo (de salud) colaboran con Ud. en la tarea?.

Si ___ No___ Ns. Nc. ___

164) La gente que concurre al Centro de Salud para su atención:

___ Espera la entrega de los números tranquilamente.

___ Es impaciente.

___ No realiza cola para obtener números.

___ Insulta al personal.

___ Agrede en algunas ocasiones verbalmente y/o físicamente al profesional que está atendiendo.

___ Otros. _____.

___ Ns. Nc.

Síndrome de Burn- out:

165) Durante su tarea Ud. a sentido:

___ Perdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y/o fatiga.

___ Un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás.

___ Baja autoestima.

___ Incapacidad para soportar la presión.

___ Otros. _____.

___ Ns. Nc.

166) En el desarrollo de su tarea Ud. a sentido alguno de estos síntomas: (Subraye el/ los +).

- Físicos:

___ Agotamiento físico, fatiga, refrios a repetición, alteración del apetito, contracturas musculares dolorosas, cefaleas, hipertensión arterial, disfunciones sexuales, insomnio, trastornos gastrointestinales, arritmias cardíacas.

- Psíquicos:

___ Irritabilidad, ansiedad, tristezas, desesperanza, labilidad emocional, sentimientos de frustración laboral, despersonalización.

- Conductuales:

___ Expresiones de hostilidad, conductas impulsivas, contacto mínimo con los pacientes, incapacidad de concentrarse en el trabajo, aumento de las relaciones conflictivas, llegadas tarde y salidas anticipadas, aumento del ausentismo, aumento del consumo de café, alcohol, cigarrillos, psicofármacos, drogas.

___ Otros. _____.

___ Ns. Nc.

Estrés Laboral:

167) ¿Tiene Ud. situaciones conflictivas en su trabajo?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

168) ¿Qué factores considera Ud. estresantes en su labor?.

_____.

Mobbing (Acoso Moral):

169) ¿Ud. ha sentido rechazo directo en la comunicación con algún integrante de su trabajo?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

170) ¿Se le ha negado a Ud. algún medio de trabajo?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

171) ¿Ha sentido Ud. en alguna ocasión intención de causar daño de alguno de sus compañeros para su persona?.

Si ___ No ___ Ns. Nc. ___

Se obtuvieron las siguientes conclusiones de la encuesta:

Ninguno de los tres encuestados (médico clínico, médica generalista y enfermera de la tarde) trabajaba en su domicilio.

El clínico hacía 30 años que trabajaba en el Centro de Atención Primaria, la generalista 13, y la enfermera 6 años.

Desplazamientos:

El jefe de dicho Centro (clínico) para llegar al mismo, le insumía 20 a 30 minutos promedio, ya que tenía auto propio; la generalista 10 minutos cuando lo hacía en auto y 20 cuando lo hacía caminando, y 10 en colectivo; y la enfermera 30 minutos, generalmente caminando dada su proximidad al Centro de Atención Primaria.

Tiempo Trabajo-Pausa:

Los tres encuestados tenían en dicha institución de salud, Jornada Continua, y los horarios eran los mismos todos los días.

Con respecto al control de horario en el trabajo, no tenía ningún control el clínico (Jefe), y si lo tenían la médica generalista y la enfermera.

La médica generalista refería control por parte del superior y la enfermera mediante firma en planilla o registros.

Los tres consideraron al Centro de Atención Primaria como su empleo principal y trabajaban 6 días a la semana.

Ninguno trabajaba el día domingo, pero si, los días sábados, ya que la atención en dicha institución se prolonga hasta ese día de la semana. Siendo 48 aproximadamente los sábados que trabajan al año. Siendo la duración de la jornada esos sábados de hasta 4 horas para los tres.

Trabajo Nocturno:

Solo el médico clínico trabajaba de noche (en otra institución privada), haciéndolo siempre, parcialmente, durante 20 noches por mes, 240 noches por año aproximadamente. El mismo refirió en dicha encuesta que el hecho de trabajar de noche tenía repercusiones negativas sobre su estado físico, principalmente cansancio excesivo, perturbaciones del sueño, mal humor, irritabilidad, desgano y abulia, repercutiendo en su vida familiar, desorganizando la vida doméstica. Sobre su vida social ocasionaba dificultad para la participación en organizaciones sindicales, políticas o culturales, impedía la prosecución de estudios regulares, le impedía participar en actividades deportivas o de recreación, y dificultaba las relaciones con sus vecinos y/o amigos. Cuando se le preguntó por qué causa buscó o aceptó trabajar de noche, refirió porque le permitía tomar otro trabajo o desarrollar otras tareas. Hay que tener en cuenta que el médico clínico es especialista en medicina laboral, por lo tanto dicho trabajo le permitía ejercer dicha especialidad.

Pausas:

El clínico realizaba habitualmente una comida completa durante la jornada de trabajo, durante 14 veces por semana en promedio, disponiendo de 15 a 30 minutos para realizar cada comida, y si eventualmente tiene un refrigerio es de 1 hora aproximadamente; es importante mencionar que las realiza en su domicilio, ya que luego de su trabajo en la actividad privada continúa en el Centro de Atención de la salud; mientras que la médica generalista la comida completa la realiza en su domicilio luego de terminar la actividad en dicha institución de salud y la enfermera nunca realizaba una comida completa durante su actividad laboral.

La enfermera tenía una pausa para el refrigerio de 30 minutos, en el lugar de trabajo, mientras que la generalista no realizaba ninguna pausa para el mismo.

El clínico, podía elegir el momento para realizar dichas pausas, durante el trabajo habitual, al igual que la enfermera, mientras que la generalista no emitió respuesta a esta pregunta.

Los tres integrantes del equipo de salud, respondieron que tenían un lugar especial para realizar estas pausas. (Estar médico).

El clínico mencionó que raras veces trabajaba durante este periodo de pausa, mientras que la enfermera frecuentemente, y la generalista no emitió respuesta.

Además de las pausas previstas, los tres respondieron que podían interrumpir el trabajo cuando lo necesitaban.

Durante la interrupción no necesitaban reemplazarse ninguno de los tres integrantes.

El clínico y la enfermera respondieron que a veces hay interrupciones debido a la falta de trabajo por hacer, mientras que la generalista en este ítem, no emitió respuesta.

Horas Extraordinarias: (Horas Extras)

El clínico y la médica generalista no realizaban horas extras, mientras que la enfermera lo hacía con frecuencia.

Las horas extras realizadas por la enfermera eran registradas y remuneradas como tales, para incrementar su salario.

Contenido y Organización del Trabajo:

Cuando se les preguntó a los tres integrantes de dicha institución de salud por los bienes o servicios que produce el establecimiento, respondieron salud, siendo la ocupación de dos de ellos, como médicos y uno como enfermera. Con respecto a las tareas que realizaban respondió uno como clínico, la generalista como pediatra y la enfermera como varias. Dicha tarea era realizada individualmente por los tres, y en cooperación con otros trabajadores por el clínico y la generalista. En los tres encuestados su ritmo de trabajo estaba determinado por la demanda exterior, los pacientes.

El clínico y la enfermera consideraron que su trabajo no consistía en realizar una misma serie de gestos o de operaciones (consultas). Con respecto a la duración de las consultas la enfermera respondió que en promedio le insumía un tiempo de 3

minutos aproximadamente, mientras que el clínico y la generalista, no emitieron respuesta a esa pregunta.

Con respecto al ritmo de trabajo el clínico consideró que era adecuado en determinados días y en otros casos excesivos (por presentar muchos pacientes), mientras que la enfermera lo consideró adecuado, la generalista no emitió opinión al respecto.

El margen de iniciativa en cuanto a la modalidad para ejecutar su tarea es bastante grande en opinión del clínico, al igual que en la enfermera, mientras que la generalista no tuvo ninguna respuesta en este ítem.

En cuanto a si los superiores le solicitaron información o le formularon directamente consultas acerca de la marcha de las tareas y de los cambios a introducir, el clínico (Jefe del Centro), opinó, que sí normalmente, la enfermera respondió que a veces, mientras que la generalista no emitió respuesta.

Cuando se les preguntó si el desempeño en su tarea era evaluado adecuadamente por sus superiores, el clínico consideró que no, mientras que la enfermera, lo consideró adecuado, y generalista, tampoco emitió opinión al respecto.

El desempeño a criterio del médico clínico, no era evaluado en vistas de su carrera profesional o su promoción interna, pues se tomaban otros criterios, mientras que la enfermera si lo consideró como criterio valido.

Con respecto a cuanto hacia que los habían ascendido por última vez, el clínico y enfermera respondieron de 1 a 5 años.

Y su nivel básico de remuneraciones fue también considerado independiente de su ritmo de trabajo por el clínico y la enfermera. En estos últimos ítems, la generalista no formuló respuesta.

Carga Física, Higiene y Seguridad:

Para ejecutar normalmente el trabajo, el clínico refirió que debía permanecer mucho tiempo en un mismo lugar (consultorio), la generalista permanecía mucho tiempo de pie, dado que realiza muchos controles del niño sano y tenía que ver muchos chicos en la camilla y la enfermera opinó que debía ejecutar a pie desplazamientos largos, frecuentes o rápidos que implicaban esfuerzo muscular, ya que tenía que contener a los niños para vacunarlos, y además realizaba otras tarea, como atender el teléfono, en horas de la tarde, etc.

Al trabajar los tres respondieron que si una persona situada a dos o tres metros le hablaba, escuchaban normalmente, también dijeron que no debían soportar ruidos muy fuertes o agudos, y ninguno tenía otras razones que le impedían comunicarse con sus compañeros.

Ninguno de los tres trabajaba al aire libre.

La temperatura en su lugar de trabajo fue considerada por todos los encuestados como adecuada en invierno y verano.

Al preguntarles si el lugar de trabajo estaba suficientemente iluminado, los tres respondieron que sí, pero al referirse si con frecuencia estaba demasiado iluminado, el clínico opinó que no, la generalista no emitió respuesta y la enfermera consideró que si. El clínico trabajaba constantemente con luz artificial, mientras que la generalista y la enfermera no. Los tres en su puesto de trabajo disponían de una iluminación propia o de luz natural.

En su puesto de trabajo ninguno presentaba mayores inconvenientes.

La empresa (municipio), no provee regularmente de la ropa de trabajo adecuada. (Así opinaban los tres encuestados).

En su lugar de trabajo todos estaban expuestos a olores desagradables (esto es así ya que no hay cloacas y solo pozo ciego).

El clínico opinaba que estaba expuesto en su puesto o lugar de trabajo al riesgo de enfermedades de la piel, la generalista no emitió opinión al respecto y la enfermera se refirió al riesgo de ser electrocutada, de ser herida por vehículos, máquinas o herramientas, de sufrir un accidente de circulación durante su tiempo de trabajo (ya que realizaba actividades de promoción en terreno), al riesgo de recibir golpes, y también al igual que el clínico al riesgo de enfermedades de la piel.

Prevención:

Con respecto a los equipos de protección individual que le proveía la empresa (municipio), el clínico y la enfermera, opinaban que solo guantes descartables, (no tenían provisión de lentes, máscaras, ni botas descartables), la generalista tampoco emitía opinión en este aspecto.

Tanto el clínico como la enfermera refirieron que no existía en el establecimiento y/o (municipio), algún organismo mixto de participación (obrero-empresario) para intervenir en el mejoramiento de la higiene, seguridad y salud de los trabajadores.

Al preguntarles en la encuesta si trabajaban con equipos de protección individual, tanto el clínico como la enfermera respondieron que nunca.

Accidentes “In-Itinere”:

Ninguno de los tres encuestados había sufrido un accidente en la circulación yendo o viniendo del trabajo en el transcurso de los últimos cinco años.

Cuando se les preguntó cuando había ocurrido el último de ellos, solo la enfermera respondía que no sabía, y tampoco que medio de transporte había llegado al lugar de atención.

Enfermedades Profesionales:

Ninguno había sido víctima de una enfermedad vinculada o causada por el trabajo.

Accidentes de Trabajo:

Tampoco refirieron que en el establecimiento o lugar de trabajo hayan ocurrido accidentes graves en el último año.

Tanto el clínico como la enfermera no habían sido víctimas de un accidente de trabajo.

A las preguntas de si la empresa (municipio) tenía un servicio de higiene y seguridad, al igual que un servicio de medicina del trabajo, como así también si el municipio contrataba servicios externos de medicina, higiene y seguridad en el trabajo; el clínico y la enfermera opinaron que no, y la generalista no emitió respuesta.

Durante su permanencia, el clínico y la enfermera afirmaban que no había profesional y técnico alguno de los servicios, que recorriera y verificara habitualmente los lugares de trabajo. Tampoco habían recibido información o formación acerca de los peligros o riesgos ocupacionales específicos existentes en cuanto a locales e instalaciones, materias primas e insumos, maquinarias y herramientas, productos elaborados, uso de energía y combustibles, carga-descarga, transporte y otros.

Antes de ingresar a trabajar, el clínico, refirió que no le habían realizado un examen preocupacional, mientras que la médica generalista y a la enfermera, si lo habían tenido, y consideraban que estaba bien hecho.

Los tres opinaron que la empresa (municipio) no les había realizado exámenes ocupacionales periódicos. Y solo la enfermera refirió que no le comunicaron oficialmente el resultado del mismo (preocupacional).

Sistema de Remuneraciones:

Con respecto al sistema que se pagaba su remuneración total, los tres trabajadores encuestados respondieron que mensualmente, en lo que hacia a tiempo de trabajo.

En lo referente a si la empresa (municipio) le otorgaba además otras primas o bonificaciones, el clínico y la médica generalista se refirieron a la antigüedad, y la enfermera al presentismo.

Con respecto a la preocupación constante por saber si los ingresos familiares van a alcanzar para vivir y pagar sus créditos, el clínico opinó que no, pero la médica generalista y la enfermera, respondieron que sí.

Ninguno recibió además de la remuneración, eventualmente productos o servicios gratuitos o a precio subvencionados.

Beneficios Sociales e Infraestructura:

Es importante señalar que dentro de la encuesta se les preguntaba, con respecto a baños o sanitarios, debidamente provistos, duchas de agua caliente, vestuarios, proveeduría, agua potable, salón comedor, servicios de comida a precios módicos o subvencionados, préstamos y/o adelantos de sueldo, y transporte del personal desde y hacia la cercanía del hogar.

En lo referente a qué servicios sociales e infraestructura se beneficiaban en la empresa (municipio), la enfermera se refirió a los baños o sanitarios, debidamente provistos, mientras que el médico clínico y la médica generalista opinaron que de ninguno de ellos.

En lo que hace a la provisión de agua potable, que solo podía obtenerse de una sola canilla del Centro de Atención, no emitieron respuesta, y no lo consideraron como un beneficio.

Estabilidad-Precariedad:

En cuanto al tiempo que estaban trabajando en esa ocupación, el clínico hacía 30 años, la médica generalista 13 años y la enfermera 4 años.

Este trabajo era permanente para el médico clínico y la médica generalista, y temporario o estacional para la enfermera.

Los beneficios sociales que gozaban, mencionados por el clínico fueron jubilación, obra social, asignaciones familiares, seguro de vida obligatorio, y seguro contra accidentes y enfermedades profesionales; la médica generalista, jubilación y obra social; y la enfermera jubilación, obra social, seguro contra accidentes, enfermedades profesionales y mutual (complementaria).

El médico clínico y la médica generalista refirieron derecho a vacaciones, aguinaldo, preaviso e indemnización y atención médica; la enfermera ser refirió a las vacaciones, el aguinaldo, la atención médica, la obra social, pero no mencionó el preaviso e indemnización.

Ninguno respondió que estaba afiliado a una organización sindical y de participar de su vida interna, y tampoco de participar de actividades de bienestar social organizadas por la empresa (municipio).

El clínico y la médica generalista consideraban a su trabajo como estable o efectivo, mientras que la enfermera respondió que no sabía-no contestaba.

Carga Mental:

Al preguntarles si para efectuar normalmente su trabajo, debían poner a punto y/o ajustar su propia máquina o herramienta (tensiómetro, tubo de oxígeno, equipamiento médico, etc.), los tres encuestados opinaban que a menudo.

En lo referente a utilizar la memoria para establecer la secuencia de operaciones (secuencia de pasos de la consulta), el clínico lo hacía raramente, la generalista siempre, y la enfermera a menudo.

El clínico a menudo controlaba el funcionamiento del instrumental médico, la generalista siempre y la enfermera nunca.

A menudo tanto el clínico como la enfermera estaban en vigilancia y tensión para evitar accidentes y/o siniestros que puedan poner en peligro su vida y/o la de otras personas, y siempre la enfermera.

El jefe del Centro (clínico) debía interrumpir o cambiar sus tareas cuando recibía una orden, la enfermera siempre, y la médica generalista no emitió opinión.

Nunca el clínico consultaba a un supervisor, la enfermera lo hacía a menudo, y la médica generalista no respondió a esta pregunta.

El clínico y la médica generalista verificaban siempre la calidad de la consulta médica y registraban su número, mientras que la enfermera lo hacía raramente.

Siempre debían escribir y/o transmitir información a sus compañeros de trabajo o a supervisores (Coordinadores) el clínico y la enfermera, mientras que la generalista, lo hacía a menudo.

Los tres debían realizar a menudo cálculos mentales o por escrito.

Leer y traducir del lenguaje común a un lenguaje médico o viceversa era muy a menudo para el médico clínico, siempre lo hacía la generalista y raramente la enfermera.

El clínico opinaba que a menudo debía organizar y controlar el trabajo de los demás, llegando a evaluarlos y a establecer sanciones, la generalista respondió que no correspondía, y la enfermera nunca.

Raramente el clínico debía transportar o manipular sumas considerables de dinero, siendo responsable de las diferencias de caja, la generalista y la enfermera nunca.

La enfermera realizaba sistemáticamente estudios por su cuenta, fuera del horario de trabajo, para poder progresar dentro de la empresa (municipio), mientras que el clínico y la médica generalista no lo hacían.

El jefe del Centro al igual que la enfermera consideraban que su tarea es relativamente simple, mientras que la generalista compleja.

Descanso:

La enfermera luego de cenar solo realizaba las actividades del hogar, y luego se dormía en seguida; mientras que la generalista, además de las actividades hogareñas, miraba T.V., escuchaba radio, discos, cassettes, Internet, leía periódicos, revistas y conversaba con sus familiares; el clínico además de estas actividades utilizaba ese tiempo para estudiar y se dormía en seguida.

Mientras que el clínico dormía menos de 6 horas, la generalista y la enfermera dormían de 6 a 8 horas promedio en los días de trabajo.

Calificación-Descalificación:

Los tres integrantes del Centro de Atención Primaria al ser interrogados sobre si adquirieron o recibieron alguna formación profesional específica para realizar su tarea, respondieron que sí, y fuera de la empresa (municipio), el clínico durante 7 años, la generalista 6 años, y la enfermera 3 años.

Siempre utilizaban normalmente una gran parte de los estudios, conocimientos y experiencias adquiridas anteriormente. El clínico consideró que los mismos no están bien utilizados por la empresa (municipio), mientras que la médica generalista y la enfermera opinaron que sí.

La organización y contenido del trabajo que realizaban había contribuido a aumentar o diversificar sus calificaciones profesionales.

Satisfacción:

El médico clínico y la médica generalista opinaron que estaban satisfechos con el trabajo que realizaban, mientras que la enfermera estaba muy satisfecha.

Los tres encuestados no desearían que sus hijos realizaran su actual trabajo y en iguales condiciones.

Aunque a la pregunta si deseaban cambiar su ocupación o empleo actual por otras causas que no sean lograr un incremento salarial, el clínico y la generalista opinaron que sí; mientras que la enfermera que no.

Los tres refirieron que su relación con el jefe inmediato es normalmente buena.

Fatiga:

El clínico y la médica generalista respondieron que con frecuencia tenían la sensación de estar cansados o fatigados a causa del trabajo, mientras que la enfermera opinó que no lo estaba.

El clínico manifestó que tenía trastornos del apetito, pérdida del mismo, tenía trastornos del sueño, dificultad para dormirse, e insomnio/desvelos, aunque no tomaba medicinas para dormir, pensaba que a causa del trabajo tenía algún trastorno de la personalidad, como irritación, mal humor, impaciencia; no manifestó trastornos en la actividad sexual, y no percibió que haya disminuido su visión a causa de su tarea, pero sí frecuentemente atribuía dolores al cansancio o la fatiga, como dolores de los músculos en espalda y/u hombros; atribuyendo dicha fatiga solamente al trabajo fuera de su casa, aunque no tomaba frecuentemente medicinas para reponerse de la carga física y/o mental del trabajo. Tampoco durante la jornada de trabajo, consumía excitantes para soportar mejor la carga física y mental del trabajo.

La médica generalista no refería trastornos del apetito, aunque sí del sueño, como insomnio/desvelos, y pesadillas, manifestando que frecuentemente tomaba medicinas para dormir, y pensaba que a causa del trabajo tenía algún trastorno de la personalidad, aunque no refirió cuales, tampoco manifestó trastornos de la actividad sexual, aunque percibía que su visión había disminuido a causa de su tarea, y atribuía frecuentemente dolores al cansancio o fatiga, como dolores de músculos en espalda y/u hombros, dolor en piernas, reumatismo o artritis, dolor de cabeza, jaquecas, atribuyendo la fatiga al trabajo fuera de la casa y al trabajo doméstico y preocupaciones familiares, no tomaba medicinas para reponerse de la carga física y/o mental del trabajo, aunque no consume excitantes para soportar mejor la carga física y mental del trabajo, solo opinó que tomaba mate en algunas ocasiones.

La enfermera no presentaba trastornos del apetito, sí del sueño, como insomnio/desvelos, no tomaba frecuentemente medicinas para dormir, y no pensaba que a causa del trabajo tuviera algún trastorno de su personalidad, no refería trastornos en la actividad sexual, aunque si percibía que había disminuido su visión a causa de su tarea, no atribuyó dolores al cansancio o fatiga, aunque manifestaba tener dolores en músculos en espalda y/u hombros, dolor de piernas, reumatismo o artritis, dolor de cabeza, jaquecas, ruido o zumbido en los oídos, y ardor en los ojos; atribuyendo esa fatiga exclusivamente al trabajo doméstico y preocupaciones familiares. No tomaba frecuentemente medicinas para reponerse de la carga física y/o mental del trabajo, ni consumía excitantes para soportar mejor la carga física y mental del trabajo.

Carga Psíquica:

Al realizar sus tareas, los tres opinaron que tenían autonomía, el clínico sentía que su trabajo no era reconocido socialmente por los demás, aunque la generalista y la enfermera si lo consideraban.

Los tres encuestados respondieron que podían conversar con sus compañeros en horario de trabajo durante las pausas.

También opinaron que los integrantes de su equipo de trabajo (salud) colaboraban en la tarea, con cada uno de ellos, pero el clínico aclaró que solo algunos.

Si bien la generalista refirió que la gente que concurría al Centro de Salud para su atención esperaba la entrega de números tranquilamente, en la mayoría de los casos; aclaró al igual que los otros dos encuestados, que es impaciente, insulta al personal, y agrede en algunas ocasiones verbalmente y/o físicamente al profesional que está atendiendo.

Síndrome de Burn-out:

El médico clínico manifestó que durante su tarea había sentido pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y/o fatiga. En lo referente a los síntomas físicos, alteración del apetito, cefaleas, insomnio, y arritmias cardiacas; psíquicos como irritabilidad y labilidad emocional; no haciendo mención a los conductuales.

La médica generalista, al igual que el anterior había sentido pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y/o fatiga. En lo que hace a síntomas físicos, se refirió al agotamiento, los resfriados a repetición, contracturas musculares dolorosas, cefaleas, hipertensión arterial, insomnio, y trastornos gastrointestinales; psíquicos como ansiedad, y no mencionaba los conductuales.

La enfermera, también se refirió a la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y/o fatiga, donde los síntomas físicos fueron, alteración del apetito, contracturas musculares dolorosas, cefaleas e insomnio; psíquicos como irritabilidad, ansiedad, sentimiento de frustración laboral, y conductuales como conductas impulsivas, y aumento del consumo de café.

Estrés Laboral:

La médica generalista y la enfermera, no mencionaron situaciones conflictivas en el trabajo, mientras que el clínico manifestó que sí. Este último refirió como factores que consideraba estresantes en su labor, “las presiones laborales y la falta de colaboración”; la enfermera, “la incertidumbre del futuro laboral”; y la generalista no emitió opinión a esta pregunta.

Mobbing (Acoso Moral):

El clínico manifestó que había sentido rechazo directo en la comunicación con algún integrante de su trabajo, al igual que se le había negado algún medio, aunque no sentía intención de causar daño de alguno de sus compañeros para su persona.

Mientras que la médica generalista y la enfermera, no presentaban ningún tipo de rechazo, ni se le habían negado algún medio de trabajo, ni intención de causar daño de alguno de sus compañeros.

d) Tormenta de Ideas o Brainstorming:

Pertenece a las Técnicas grupales de recolección de datos que se aplican a grupos de personas y no a individuos aislados. (56)

Es otra técnica utilizada para la identificación de problemas de salud. (57)
Conocida desde hace 50 años, esta técnica es particularmente útil para generar ideas. Se recomienda para el análisis de problemas y para explorar alternativas de intervención.

El grupo se compone de personas que tienen conocimiento o experiencia sobre el tema de estudio.

Hay un secretario que se encarga de registrar las sugerencias emitidas. Para recordar a los miembros del grupo la forma de actuar, se sugiere empezar la sesión con la ayuda de un ejemplo que animará el ambiente. A continuación, el animador enuncia el tema de la sesión incitando a una serie de ininterrumpida de sugerencias; cada uno tiene derecho a emitir una sola idea a la vez. Se recuerda a los participantes que no pueden criticar las ideas emitidas; la evaluación de las sugerencias tendrá lugar en una sesión a continuación. Si hay momentos vacíos, el animador puede emitir sus propias sugerencias o aportar variaciones a un tema emitido anteriormente. El conjunto de la sesión durará de 30 a 60 minutos.

En comparación con los grupos en que se permite la crítica, el grupo de brainstorming es más innovador y los resultados son de mejor calidad. Esta técnica tiene el interés de ser simple y accesible y de no requerir mucho tiempo por parte de los participantes.

Por el contrario, el brainstorming puede parecer menos formal y por lo tanto menos serio a los ojos de los participantes. Además, la consigna de no hacer ninguna valoración puede resultar difícil de respetar. Como se ha dicho anteriormente, los resultados del brainstorming deben evaluarse y criticarse en una sesión posterior.

Se realizó con cinco integrantes del Centro de Salud (el médico clínico, la médica generalista, la enfermera de la mañana y de la tarde y el administrativo de la mañana).

Actuó como secretario el tocoginecólogo de dicho Centro.

Al igual que los instrumentos utilizados anteriormente facilitó el conocimiento de los distintos factores de riesgo.

Del mismo modo se identificaron distintos aspectos de la Carga Física, Psíquica y Mental de los integrantes del equipo de salud; como así también distintos efectos negativos del trabajo.

El mismo permitió realizar propuestas preventivas.

(56) Lic. Mario Virgolini. (2003). "Análisis de la Situación Local de Salud". Programa de Educación Médica en Medicina General Familiar, Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.L.P.

Pág. 9.

(57) Pineault R., Daveluy C. "Determinación de necesidades. Determinación de prioridades". Cap. 2 y 3 de "Planificación Sanitaria". Masson, 1989. Pág. 184 y 185.

Se ordenaron por grupos a los fines didácticos.

Riesgos Presentes:

a) Contaminantes Físicos del Medio Ambiente:

- Vibraciones:

- *Personal de mantenimiento expuesto en ocasiones a vibraciones, de alta frecuencia, con sierras circulares o desmalezadoras.*

- Temperatura:

- *Calor importante durante el verano, ya que el sol incide en forma directa durante toda la tarde en los consultorios; posee ventiladores de techo (que en muchas ocasiones no funcionan por falta de mantenimiento) y no hay aire acondicionado.*
- *Frío intenso durante el invierno, las estufas muchas veces funcionan mal (por falta de mantenimiento); no hay calefacción central, ni radiadores.*
- *Enfermedades respiratorias durante el invierno de los trabajadores, con importante lucro cesante; sobre todo personal de limpieza y de mantenimiento.*

- Iluminación:

- *La iluminación natural es pobre en el estar médico, y en algunos consultorios como el de tocoginecología y clínica médica.*
- *Gran cantidad de tubos fluorescentes, y pocas lámparas, con implicancia en la fatiga visual y pérdida de la visión a largo plazo.*

- Humedad:

- *Paredes con pintura descascarada, por la humedad de los caños de agua que pasan por la pared, sobre todo en el baño de tocoginecología y del estar médico.*
- *Humedad en algunas paredes del consultorio de atención temprana.*

- *Techo con goteras (que son subsanadas) momentáneamente, como por ejemplo en el estar médico, incrementando la humedad al correr el agua por las paredes.*

- Radiaciones No-Ionizantes:

- *El sol (con sus radiaciones ultravioletas) afecta solo al personal de mantenimiento, durante las actividades en el jardín; el de limpieza está poco expuesto, ya que sus actividades son durante las primeras horas de la mañana.*

b) Contaminantes Químicos del Medio Ambiente:

- Tóxicos:

- *Combustión incompleta de algunas estufas (sala de espera, atención temprana) durante los meses de invierno con eliminación de monóxido de carbono.*
- *En algunos consultorios, como el de tocoginecología, se apaga la estufa con mucha facilidad (falla de la válvula de seguridad) con peligro de intoxicación por gas butano.*
- *Sustancias como el ácido tricloroacético al 90% y el ácido acético al 3% de uso ginecológico (que si no se conoce su acción) puede producir lesiones. Debiendo ser manipulado, solo por personal con conocimiento de sus riesgos.*

- Líquidos:

- *La sangre de las distintas curaciones es eliminada por la cañería común, al igual que los líquidos que contienen lavandina para material, como máscaras de nebulización.*
- *No hay un recipiente especial para eliminar fluidos generales.*

- Vapores y Malos Olores:

- *No hay desagües cloacales y el pozo ciego está casi al límite con la consiguiente eliminación de vapores y muchos olores, generalmente en los baños y proximidades del Centro de Salud.*
- *El agua del tanque está contaminada, ya que su tapa esta rota, y no hay mantenimiento del mismo, con la consiguiente contaminación.*

c) Contaminantes Biológicos del Medio Ambiente:

* Según su característica:

- Virus, Bacterias, Hongos y Parásitos:

- *El personal está expuesto cotidianamente; sobre todo el de enfermería, a infecciones por HIV, y Hepatitis B.*
- *Los recipientes de plástico para eliminación de residuos patológicos son transferidos a un recipiente de cartón, donde muchas veces, se coloca basura que no es material médico; además de estar colocado en una silla del baño del estar médico, con el peligro de contaminación que significa los olores que emana, y los riesgos para el personal.*
- *No hay en el Centro de Atención un lugar apropiado para la colocación de estos recipientes.*
- *Las máscaras de nebulización son reutilizadas, (previa desinfección con lavandina) no habiendo material descartable, con el consiguiente riesgo para la población y el personal de salud.*

- Picaduras y Mordeduras de insectos:

- *Existencia de arañas (Loxosceles?) con riesgo de picaduras al personal.*
- *Es frecuente la presencia de alacranes en la zona, lo que constituye un riesgo para el personal y la gente que concurre al Centro de Salud.*
- *Desinfección del Centro de Salud en pocas ocasiones.*

- Mordeduras de perros:

- *La existencia de perros sueltos en la zona constituye también un riesgo para el personal que acude a trabajar, como así mismo la gente que requiere atención en dicha institución de salud.*

* Según su patología:

- Agentes comúnmente peligrosos:

- *La inoculación accidental por “inyección” puede llegar a ocurrir a pesar de las medidas de prevención pertinentes, sobre todo el personal de enfermería y de vacunación.*

d) Factores Tecnológicos y de Seguridad:

- Layout:

- *La puerta de entrada a la administración se abre para adentro, chocando con las puertas de los muebles y la gente que intenta salir.*
- *Falta de pasillo que comunique a los consultorios entre sí.*
- *Techos con goteras a pesar de la reparación continua (techos antiguos).*
- *El depósito de medicamentos es muy pequeño.*
- *No hay taller de herramientas y depósito de elementos de limpieza.*
- *Falta un depósito de insumos, de desechos médicos descartables, y de peligrosos.*
- *La leche en polvo es almacenada en una biblioteca de administración por no haber un espacio adecuado.*

- Orden y Limpieza:

- *Una sola persona de maestranza limpia en horas de la mañana el Centro de Atención, pero es insuficiente, dado el continuo tránsito de gente; a últimas horas de la tarde se necesita una nueva limpieza e higiene, sobre todo la sala de espera, baños y consultorios.*

- Riesgo Eléctrico:

- *Los cables de electricidad son muy antiguos, y no han sido cambiados en su totalidad por años; a esto se suma el hecho de que muchas veces hay goteras en los techos, y el agua penetra por las cañerías donde se encuentran los cables de luz, implicando un riesgo importante para el personal.*

- *Falta de mantenimiento de artefactos eléctricos (estufas para esterilizar, heladeras, etc.), lo que también constituye un riesgo.*

- Riesgo de Incendio:

- *En esta institución de salud, la construcción tiene mucha madera y hay mucho material combustible, como cartón, plásticos, etc., a esto hay que sumar la falta de mantenimiento de los artefactos eléctricos y el cableado de la luz de mucha antigüedad, todo ello hace que este riesgo esté siempre latente.*
- *Hay un solo matafuego, para todo el Centro de Salud.*

- Maquinarias y Herramientas:

- *En general los aparatos médicos como tensiómetro, estetoscopios, balanzas, etc., están en buen estado.*
- *Falta computadoras y una red que intercomunique con un nivel Central.*
- *Alternativamente sería importante equipar a esta institución con un pequeño laboratorio de análisis clínicos y un aparato de rayos y ecógrafo móvil.*

- Mantenimiento:

- *No hay mantenimiento de algunos aparatos médicos como estufas de esterilización, y tampoco de otros no médicos como ventiladores de techo, heladeras, etc.*
- *No hay tampoco de la instalación eléctrica.*
- *Falta de mantenimiento integral de la institución.*

- Trabajo en Altura:

- *Solo en algunas circunstancias este trabajo es realizado por personal de mantenimiento, para reparar goteras en los techos.*

- Riesgo de Explosión:

- *Es un peligro latente sobre todo con las estufas de gas con poco mantenimiento.*

- *Los tubos de oxígeno, como en otras instituciones, también pueden ocasionar este riesgo (a pesar de que son controlados y cambiados periódicamente).*

- Riesgo de Transporte:

- *El personal que trabaja en el Centro de Atención, se moviliza en automóvil, colectivo, bicicleta, e incluso caminando, por lo que el accidente “in itinere” es siempre posible.*

e) Catástrofes Naturales y Desequilibrios Ecológicos:

- *Las descargas provocadas por tormentas eléctricas constituye un problema, ya que frecuentemente ocasiona cortes de electricidad, con la consiguiente pérdida de la cadena de frío de las vacunas.*
- *Las temperaturas extremas constituyen también un inconveniente, ya que el calor intenso en verano ocasiona cortes de luz, y esto repercute inmediatamente en las vacunas; y el frío intenso, ocasiona muchas veces, debido al escaso mantenimiento de las estufas, pérdidas de monóxido de carbono, con el peligro que esto significa.*

Las Condiciones de Trabajo:

1) Organización y Contenido del Trabajo:

- *Ritmo de trabajo excesivo (por presentar muchos pacientes) determinados días, sobre todo la médica generalista. (Necesidad de otro médico generalista o pediatra).*
- *Falta de evaluación del desempeño del personal. (No hay premios y castigos por las autoridades).*
- *No hay ascensos del personal.*
- *Nivel de remuneraciones por el trabajo independiente del ritmo de trabajo y/o escalafón del trabajador.*

2. Duración y Configuración del Tiempo de Trabajo:

- *Falta de realización de pausas por la médica generalista durante su trabajo (por exceso de pacientes).*

- *El médico clínico trabaja de noche (en otro trabajo privado) con repercusiones negativas sobre su estado físico, su vida familiar, desorganizando su vida doméstica, y ocasiona problemas en su vida social, además de impedirle actividades recreativas.*
- *El tocoginecólogo y la médica generalista presentan trastornos del sueño y de la visión a causa de la fatiga.*
- *Trabajo precarizado (contrato por Cooperativas-Plan Trabajar y similares), tanto de los enfermeros de la noche como del personal de limpieza; que lo hacen temporario.*
- *Pocos enfermeros para las guardias nocturnas.*
- *Pocas horas de sueño del médico clínico.*
- *El médico clínico y la médica generalista refieren con frecuencia tener sensación de cansancio o fatiga.*
- *Solo el personal de enfermería realiza horas extras o extraordinarias.*

3. Sistema de Remuneración:

- *Sistema de remuneración mensual, con falta de incentivos como productos o servicios gratuitos o a precios subvencionados.*

4. La Ergonomía:

- *No hay sillas con diseños ergonómicos apropiados. (Teniendo en cuenta que la silla debe soportar al empleado en la mejor postura para la tarea. Por ejemplo; algo reclinado para el trabajo en computadora o con ligera inclinación hacia delante para escribir).*
- *Falta de conocimientos sobre la biomecánica del levantamiento de objetos principalmente en el personal de mantenimiento y administrativo.*
- *Poca comodidad térmica, con condiciones ideales de temperatura y humedad para trabajar.*
- *No hay “Estaciones de Trabajo” para Computadoras. (Organización de las mismas para la reducción de dolores y molestias).*

5. La Transferencia Tecnológica:

- *No hay compra de equipamiento, tanto extranjero como nacional.*

6. Modo de Gestión de la Fuerza de Trabajo:

- *Gran parte del personal tiene carácter temporario mensualizado, con las implicancias psicológicas que produce.*
- *Falta de incentivos para la capacitación del personal.*
- *No hay concursos para incorporación y promoción del personal.*
- *Falta de auditoria médica en dicha institución.*

7. Servicios Sociales y Asistenciales:

- *No hay Cooperativas, ni Proveedurías que otorguen facilidades a los trabajadores.*
- *Falta de un “vestuario” para guardar ropa y efectos personales de la gente que trabaja en el Centro de Atención Primaria.*
- *No hay duchas de agua caliente.*

8. Posibilidad de Participación de los Trabajadores:

- *Carencia de Comités Mixtos de Higiene y Seguridad y Condiciones de Trabajo.*
- *Falta de Comités de Empresa o Municipales que intervengan en procesos de modernización y de introducción de nuevas tecnologías.*

Carga de Trabajo:

a) Carga Física:

- *Permanencia de mucho tiempo de pie, de algunos trabajadores como las enfermeras y la médica generalista.*
- *El médico clínico trabaja constantemente con luz artificial.*
- *No hay provisión de ropa de trabajo, ni elementos de protección individual.*

- *Exposición del personal a olores desagradables. (Falta de cloacas).*
- *Exposición a enfermedades de la piel de la gente que trabaja en dicho centro asistencial.*

b) Carga Mental:

- *Ajuste de tensiómetros, y distinto equipamiento médico por el personal que trabaja.*
- *Tensión permanente, especialmente del médico clínico (jefe del Centro de Salud) por el peligro de accidentes y/o siniestros (sobre todo eléctricos).*
- *El médico clínico organiza y controla constantemente el trabajo del equipo de salud.*
- *Apremio de tiempo, sobre todo la médica generalista; por el exceso de pacientes.*

c) Carga Psíquica:

- *En muchas ocasiones, la gente que concurre a sacar número al Centro de Salud, se torna impaciente y discute con el personal (tanto administrativo como profesional).*
- *Poco reconocimiento social, por parte de la gente, hacia el personal que trabaja en la Institución.*

Síndrome de Burn-out:

- *El médico clínico, la médica generalista, y una de las enfermeras (turno tarde), habían sentido en oportunidades, pérdida progresiva de la energía, desgaste, agotamiento y fatiga.*
- *También el médico clínico y la médica generalista habían presentado síntomas físicos y psíquicos, aunque no conductuales, mientras que la enfermera (turno tarde), había presentado estos últimos (como conductas impulsivas y aumento de consumo de café).*
- *El administrativo presentaba algunos síntomas incipientes.*

Estrés Laboral:

- *El médico clínico manifestó situaciones conflictivas (como presiones laborales y en algunas ocasiones falta de colaboración).*
- *Las enfermeras y el médico tocoginecólogo presentaban incertidumbre del futuro laboral.*

Mobbing (Acoso Moral):

- *El médico clínico había sentido en alguna ocasión rechazo en la comunicación.*

e) Diagrama de Causa-Efecto:

Lo desarrolló el Dr. K. Ishikawa en 1960 en Japón, al darse cuenta que el resultado de un proceso no era predecible a menos que se consideraran los factores causales de este proceso y cómo interaccionaban. Identificando las variables o causas que intervenían en el proceso, se podía comprender el efecto que podría resultar de modificar algunos de estos factores o causas. (58)

En el diagrama primero se ordenan todos los factores causales que influyen en un determinado efecto. Está constituido por una flecha horizontal hacia la que convergen otras flechas en forma diagonal, como ramas del tronco principal. Sobre esta convergen otras flechas más pequeñas, o subramas. Para agrupar en ciertas categorías los grupos de causas o factores principales, se coloca el nombre en el comienzo de las flechas diagonales que llegan a la flecha central.

Para comenzar a identificar los factores causales para formar este diagrama, hay que tener claro el problema y es frecuente que los participantes del equipo que van a emplear esta herramienta, comiencen con una sesión de brainstorming (lluvia de ideas) para identificar el problema, y después otra sección que les sirve para anotar los diferentes factores causales del problema.

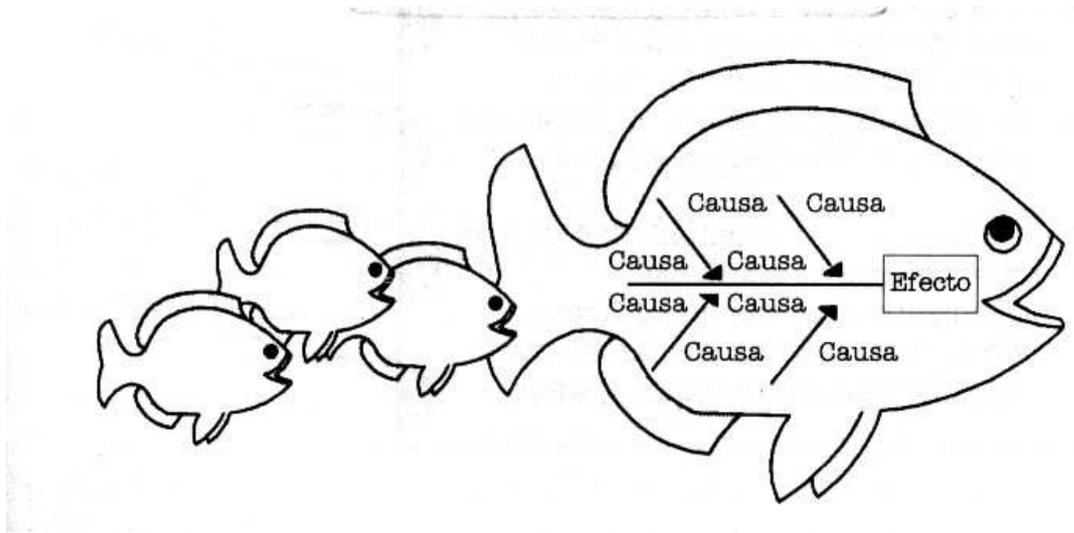
Luego de identificar las causas, hay que agruparlas por categorías, empleando las 6 (seis) flechas diagonales, las cuales pueden ampliarse o modificarse, según sea necesario.

Hay que asegurarse que todos los participantes comprendan cada causa en el momento en que se apuntaba el diagrama. Es importante utilizar las seis preguntas básicas: ¿Por qué?, ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Quién?, ¿Cómo?.

Si una categoría de causas empieza a predominar, sería preferible presentarla, como un diagrama de causa-efecto separado.

(58) Lic. Mario Virgolini. (2003). "Análisis de la Situación Local de Salud". Programa de Educación Médica en Medicina General Familiar, Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.L.P.
Pág. 21.

Diagrama de Causa-Efecto:



Se utilizó este Diagrama con cinco integrantes del Centro de Salud (el médico clínico, la médica generalista, la enfermera de la mañana y de la tarde y el administrativo de la mañana).

Actuó como secretario o coordinador el tocoginecólogo de dicho Centro.

Del mismo modo que los instrumentos utilizados anteriormente facilitó el conocimiento de los distintos factores de riesgo. (Causas).

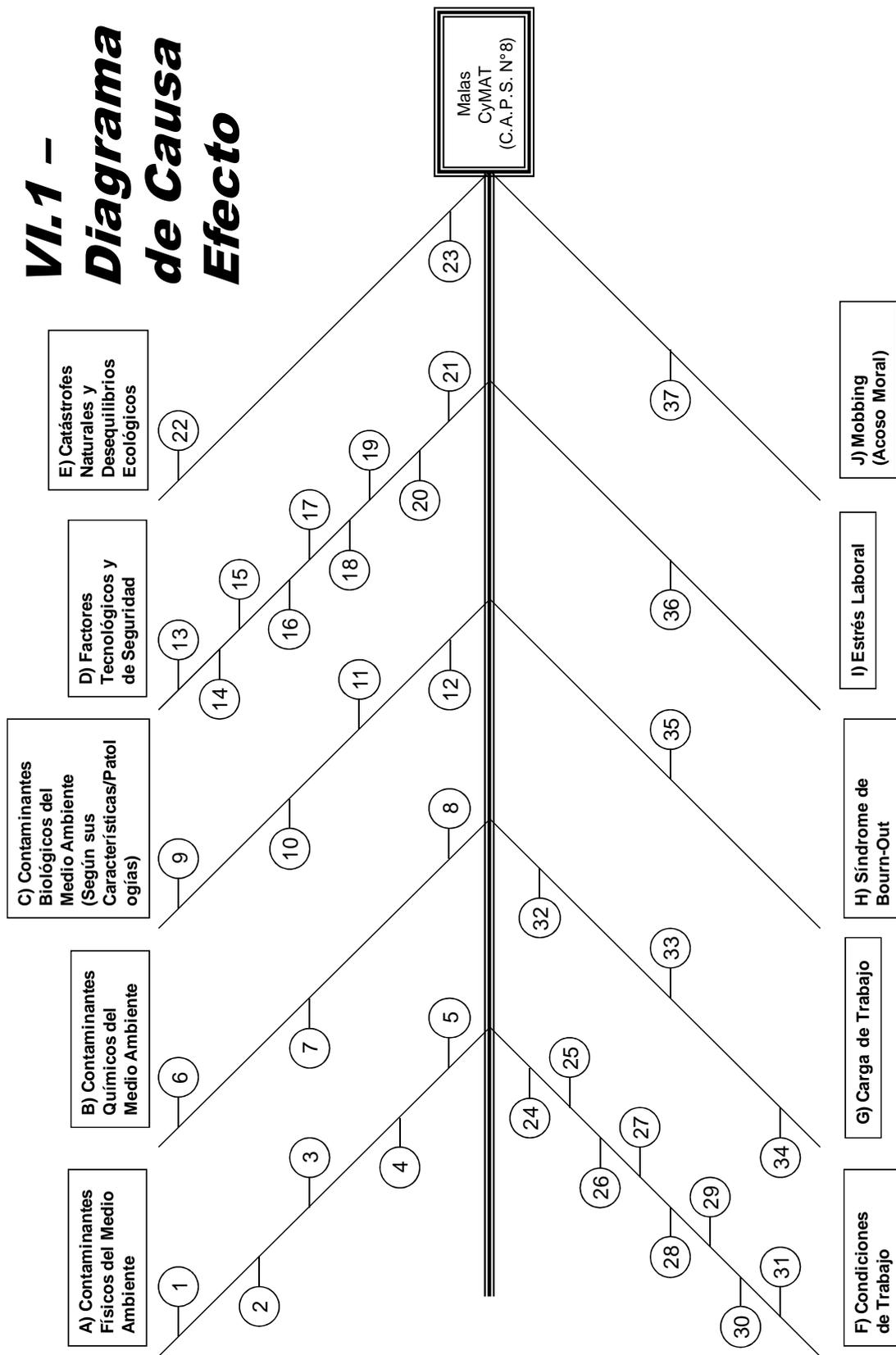
Así mismo se identificaron distintos aspectos de la Carga Física, Psíquica y Mental de los integrantes del equipo de salud; como así también distintos efectos negativos del trabajo. (Causas).

Esto permitió visualizar la totalidad de los mismos en forma integral y como era su influencia en el Problema seleccionado.

El Efecto o Problema consensuado por el equipo de Salud fue "Malas" Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

También al igual que las herramientas utilizadas anteriormente permitió realizar distintas propuestas preventivas; para mejorar las CyMAT.

VI.1 – Diagrama de Causa de Efecto



**VI. 1- CUADRO EXPLICATIVO DEL DIAGRAMA CAUSA-EFECTO:
(C.A.P.S. N° 8)**

<p>A) CONTAMINANTES FISICOS DEL MEDIO AMBIENTE.</p>	<p>1- <u>Vibraciones:</u> (de alta frecuencia)</p> <p>a) Personal de Mantenimiento expuesto con sierras circulares o desmalezadoras.</p> <p>2- <u>Temperatura:</u></p> <p>a) Calor importante durante el verano; posee ventiladores de techo, que en muchas ocasiones no funcionan. (Ausencia de aire acondicionado).</p> <p>b) Frío intenso durante el invierno; las estufas muchas veces funcionan mal. (Falta de mantenimiento). No hay calefacción central.</p> <p>c) Enfermedades Respiratorias durante el invierno de los trabajadores, con importante lucro cesante. (Limpieza y Mantenimiento).</p> <p>3- <u>Iluminación:</u></p> <p>a) Iluminación natural pobre, en el estar médico, y en algunos consultorios como el de tocoginecología y clínica médica.</p> <p>b) Gran cantidad de tubos fluorescentes, y pocas lámparas, con implicancia en la fatiga visual y pérdida de la visión a largo plazo.</p> <p>4 - <u>Humedad:</u></p> <p>a) Paredes con pintura descascarada, sobre todo en el baño de tocoginecología y del estar médico. (Por la humedad de los caños de agua que pasan por la pared).</p> <p>b) Humedad en algunas paredes del consultorio de Atención Temprana.</p> <p>c) Techos con goteras. (Que son subsanados momentáneamente). Por ej: Estar médico, incrementando la humedad al correr el agua por las paredes.</p> <p>5- <u>Radiaciones No Ionizantes:</u></p> <p>a) El sol (con sus radiaciones ultravioletas) afecta sobre todo al personal de mantenimiento. (Actividades al aire libre).</p>
<p>B) CONTAMINANTES QUIMICOS DEL MEDIO AMBIENTE</p>	<p>6- <u>Tóxicos:</u></p> <p>a) Combustión incompleta de algunas estufas, durante meses de invierno, con eliminación de CO. (Sala de Espera , Atención Temprana).</p> <p>b) Falla de válvulas de seguridad de algunas estufas, con peligro de Intoxicación con gas butano. (Consultorio de Tocoginecología).</p> <p>c) Riesgo a sustancias como Ac. Tricloroacético al 90% y Ac. Acético al 3% (de uso ginecológico), debe ser manipulado por personal con conocimiento de su acción, ya que si no se conoce su efecto puede producir lesiones.</p>

<p>B) CONTAMINANTES QUIMICOS DEL MEDIO AMBIENTE</p>	<p>7- <u>Líquidos</u>:</p> <p>a) La sangre es eliminada por la cañería común, al igual que los líquidos que contienen lavandina.</p> <p>b) No hay un recipiente especial para eliminar fluidos generales.</p> <p>8- <u>Vapores y Malos Olores</u>:</p> <p>a) No hay desagües cloacales, y el pozo ciego está casi al límite de su capacidad, con la consiguiente eliminación de vapores y malos olores.</p> <p>b) El agua del tanque está contaminada; ya que su tapa está rota. (Se han encontrado aves muertas en el mismo).</p>
<p>C) CONTAMINANTES BIOLÓGICOS DEL MEDIO AMBIENTE</p>	<p>I.- <u>SEGÚN SU CARACTERÍSTICA</u>:</p> <p>9- <u>Virus, Bacterias, Hongos y Parásitos</u>:</p> <p>a) Personal expuesto cotidianamente a infecciones por H.I.V y Hepatitis B. (Sobre todo enfermería).</p> <p>b) Los recipientes de plástico para la eliminación de residuos patológicos son transferidos a un recipiente de cartón, donde muchas veces se coloca basura que no es material médico. Además es colocado en una silla en el baño del estar médico, con el peligro de contaminación que significa los olores que emana, y los riesgos para el personal.</p> <p>c) No hay en el Centro de Salud un lugar apropiado para la colocación de estos recipientes de “residuos patológicos”.</p> <p>d) Las máscaras de nebulización son reutilizadas (previa desinfección con lavandina), no habiendo de material descartable.</p> <p>10- <u>Picaduras y Mordeduras de Insectos</u>:</p> <p>a) Existencia de arañas (Loxosceles?) con riesgo de picadura al personal.</p> <p>b) Es frecuente la presencia de alacranes en la zona, lo que constituye un riesgo para el personal y la gente que concurre al Centro de Salud para su atención.</p> <p>c) Desinfección del Centro de Salud en pocas ocasiones. (Poco periódicas).</p> <p>11- <u>Mordeduras de Perros</u>:</p> <p>a) La existencia de perros sueltos en la zona, constituye también un riesgo para el personal que acude a trabajar, como la gente que tiene que ser atendida.</p> <p>II.- <u>SEGÚN SU PATOLOGÍA</u>:</p> <p>12- <u>Agentes Comúnmente Peligrosos</u>:</p> <p>a) Inoculación accidental por “inyección”, sobre todo personal de enfermería y de vacunación. (A pesar de las medidas de prevención).</p>

<p>D) FACTORES TECNOLÓGICOS Y DE SEGURIDAD.</p>	<p>13)- <u>Layout</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La puerta de entrada a la administración, se abre para adentro, chocando con las puertas de los muebles y la gente que intenta salir. b) Falta de pasillo que comunique los consultorios entre sí. c) Techos con goteras a pesar de la reparación continua. (Techos muy antiguos). d) El depósito donde se guardan los medicamentos es muy pequeño. (Ex consultorio de clínica médica). e) No hay taller de herramientas y depósito de elementos de limpieza. f) Falta depósito de insumos y de desechos médicos descartables, y de residuos peligrosos. g) La leche en polvo, es almacenada en una biblioteca de administración. (Por falta de un espacio adecuado). <p>14) - <u>Orden y Limpieza</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una sola persona de maestranza, limpia en horas de la mañana el Centro de Salud, pero es insuficiente. (Dado el continuo tránsito de la gente). A últimas horas de la tarde se necesita una nueva limpieza e higiene. (Sobre todo sala de espera, baños y consultorios). <p>15) - <u>Riesgo Eléctrico</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los cables de electricidad, son muy antiguos. (No se han cambiado en su totalidad). A esto hay que sumar el hecho de las goteras en los techos, penetrando el agua en las cañerías de la luz. (“Electrificación de las paredes”). Implicando riesgo para el personal. b) Falta de mantenimiento de artefactos eléctricos. (Estufas de esterilizar, heladeras, etc.). <p>16) - <u>Riesgo de Incendio</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Esta institución tiene mucha madera; y hay mucho material combustible, como cartón, plástico, etc.; a lo que hay que sumarle la falta de mantenimiento de artefactos eléctricos, y el cableado de la luz antiguo. b) Hay un solo matafuego, para todo el Centro de Salud. c) Falta de auditorias de las A.R.T., bomberos, etc., de la institución. <p>17) - <u>Maquinarias y Herramientas</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aparatos médicos (en general), como tensiómetros, estetoscopios, balanzas, etc., en general están en buen estado. b) Falta de P.C. y de una red de intercomunicación con un nivel central. c) Alternativamente sería importante equipar el Centro de Salud con un pequeño “laboratorio de análisis clínicos”, y un “aparato de Rayos x” y “ecógrafo móvil”.
---	---

<p>D) FACTORES TECNOLÓGICOS Y DE SEGURIDAD.</p>	<p>18) - <u>Mantenimiento</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) No hay mantenimiento de algunas “estufas de esterilización”, y aparatos no médicos, como heladeras, ventiladores de techo, etc. b) No hay una revisión y control de la instalación eléctrica. c) Falta de mantenimiento integral de la Institución. <p>19) <u>Trabajo en Altura</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En algunas circunstancias es realizado por el personal de mantenimiento para reparar goteras. <p>20) <u>Riesgo de Explosión</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Es un peligro latente (sobre todo estufas de gas) con poco mantenimiento. b) Los tubos de oxígeno, pueden ocasionar este riesgo. (A pesar de que son cambiados y controlados periódicamente). <p>21) <u>Riesgo de Transporte</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El accidente “in itinere” es siempre posible ya que el personal se moviliza en automóvil, colectivo, bicicleta e incluso caminando.
<p>E) CATASTROFES NATURALES Y DESEQUILIBRIOS ECOLÓGICOS.</p>	<p>22) <u>Tormentas Eléctricas</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Producen descargas, que ocasionan con frecuencia cortes de electricidad. (Con la pérdida de la cadena de frío de las vacunas). <p>23) <u>Temperaturas Extremas</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Calor intenso, en verano ocasiona cortes de luz. (Repercute en las vacunas, con pérdida de la cadena de frío). b) Frío intenso, en invierno, debido al escaso mantenimiento de las estufas, hay pérdida de monóxido de carbono, en algunas estufas.
<p>F) CONDICIONES DE TRABAJO.</p>	<p>24) <u>Organización y Contenido del Trabajo</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ritmo de trabajo excesivo, determinados días, sobre todo la médica generalista. (Por presentar exceso de pacientes). b) No hay evaluación del desempeño del personal. (Ausencia de premios y castigos). c) Falta de ascensos del personal. d) Remuneración por el “trabajo”, independientes del “ritmo de trabajo” y/o “escalafón del trabajador”. <p>25) <u>Duración y Configuración del Tiempo de Trabajo</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Falta de realización de pausas por la médica generalista. (Por exceso de pacientes). b) El médico clínico, trabaja en otra entidad privada, gran parte de la noche, con repercusiones negativas sobre su estado físico, su vida familiar, y social.

<p>F) CONDICIONES DE TRABAJO.</p>	<p>25) <u>Duración y Configuración del Tiempo de Trabajo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> c) El tocoginecólogo y la médica generalista presentan trastornos del sueño y de la visión a causa de la fatiga. d) Trabajo precarizado tanto de los enfermeros de la noche, como del personal de limpieza, que lo hacen temporario. (Contrato por Cooperativas- Plan Trabajar). e) Escasez de enfermeros para las guardias nocturnas. f) Pocas horas de sueño, del médico clínico. g) El médico clínico y la médica generalista con frecuencia refieren la sensación de cansancio o fatiga. h) Solo el personal de enfermería realiza horas extras. <p>26) <u>Sistema de Remuneración:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sistema de remuneración mensual, con falta de incentivos. <p>27) <u>La Ergonomía:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) No hay sillas con diseños ergonómicos apropiados. b) Falta de conocimiento sobre la biomecánica del levantamiento de objetos. (Principalmente personal de mantenimiento y administrativo). c) Poca comodidad térmica para trabajar, con condiciones ideales de temperatura y humedad. d) No hay “estaciones de trabajo” para computadoras. (Organización de las mismas para reducción de dolores y molestias). <p>28) <u>Transferencia de Tecnología:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) No hay renovación de equipamiento. (Tanto nacional como extranjero). <p>29) <u>Modo de Gestión de la Fuerza de Trabajo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Gran parte del personal es “temporario mensualizado” con las implicancias psicológicas que esta situación produce. b) No hay incentivos para la capacitación del personal. c) Falta de concursos. (Tanto para incorporación como para promoción del personal). d) Falta de Auditoria Médica en dicha institución. <p>30) <u>Servicios Sociales y Asistenciales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) El Municipio no tiene Cooperativas, ni Proveedurías que otorguen facilidades. (A los distintos trabajadores). b) No hay “vestuario” para guardar la ropa y demás efectos personales, de la gente que trabaja en el Centro de Salud. c) No hay duchas de agua caliente. d) Falta de mantenimiento de las distintas canillas. (Pierden agua, etc.).
-----------------------------------	---

<p>F) CONDICIONES DE TRABAJO.</p>	<p>31) <u>Posibilidad de participación de los trabajadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Carencia de Comités Mixtos de Higiene y Seguridad y Condiciones de Trabajo. b) No hay Comités de Empresa o Municipales que intervengan en procesos de modernización y de introducción de nuevas tecnologías.
<p>G) CARGA DE TRABAJO.</p>	<p>32) <u>Carga Física:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hay personal como las enfermeras y la médica generalista que permanecen mucho tiempo de pie. b) El médico clínico trabaja mucho tiempo con luz artificial. (Con las implicancias oftalmológicas que ello significa). c) No hay provisión de elementos de protección individual, ni ropa de trabajo. d) Exposición a olores desagradables, (por falta de cloacas) tanto en el consultorio de tocoginecología como en el estar médico (baño próximo). e) Exposición a enfermedades de la piel, del personal que trabaja en el establecimiento. <p>33) <u>Carga Mental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) En ocasiones, ajuste de tensiómetros y equipamiento médico por el personal que trabaja en dicho Centro. b) Tensión permanente, especialmente del Jefe del Centro de Salud (médico clínico), por peligro de accidentes y/o siniestros (sobre todo eléctricos). c) El médico clínico, organiza y controla, en forma constante, el trabajo del equipo de salud. d) Exceso de pacientes, sobre todo de la médica generalista, lo que ocasiona muchas veces “apremio de tiempo”, y las implicancias mentales que esto significa. <p>34) <u>Carga Psíquica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) En varias ocasiones, la gente que concurre a sacar número a dicho establecimiento, se torna impaciente y discute con el personal tanto administrativo como profesional. b) Poco reconocimiento social, por parte de la gente de la comunidad, hacia el personal que trabaja en la institución.
<p>H) SINDROME DE BURN-OUT.</p>	<p>35) <u>Afectación del Personal por este Síndrome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tanto el médico clínico, como la médica generalista y una de las enfermeras (turno tarde), había sentido en oportunidades; pérdida progresiva de la energía, desgaste, agotamiento y fatiga. b) El médico clínico y la médica generalista, presentaron síntomas físicos y psíquicos, aunque no “conductuales”, mientras que la enfermera (turno tarde), presentó estos últimos (como conductas impulsivas y aumento de consumo de café). c) El administrativo presentaba algunos síntomas incipientes.

<p>I) ESTRÉS LABORAL.</p>	<p>36) <u>Presentación del mismo (Estrés laboral) por la gente que trabaja en dicha institución:</u></p> <p>a) El médico clínico refirió situaciones conflictivas (como presiones laborales y en algunas ocasiones, falta de colaboración del personal a su cargo).</p> <p>b) Tanto las enfermeras como el médico tocoginecólogo, presentaban “incertidumbre” del futuro laboral.</p>
<p>J) MOBBING (ACOSO MORAL)</p>	<p>37) <u>Manifestación de Mobbing:</u></p> <p>a) El médico clínico había sentido en algunas ocasiones “rechazo” en la comunicación.</p>

CAPITULO VII

L. Propuestas de Prevención.

Una vez mencionados los distintos riesgos, trataremos de implementar medidas preventivas, para tratar de mejorar las CyMAT del Centro de Salud N° 8 (Altos de San Lorenzo).

Solo se establecerán pautas de solución con los factores de riesgo existentes en dicha institución de salud.

a) *Los Riesgos o Contaminantes Físicos del Medio Ambiente de Trabajo son:*

- Temperatura:

Sería óptimo la instalación de aire acondicionado (frío-calor), o un sistema central, que mantenga una temperatura agradable durante toda la época del año.

- Iluminación:

Utilización de luz artificial adecuada, que no produzca problemas visuales en el personal, ya que la existencia de tubos fluorescentes, constituye un grave problema.

Sería importante la realización de aberturas más grandes que dejen pasar la luz solar en horas del día.

- Humedad:

Es importante la reparación de los distintos caños de agua, principalmente en odontología, y en las proximidades al baño de administración, para evitar este problema.

b) *Los Riesgos o Contaminantes Químicos del Medio Ambiente de Trabajo son:*

- Los Tóxicos:

Es de urgente solución la reparación de estufas que existen en atención temprana y sala de espera, con controles periódicos de las mismas.

La colocación tiro balanceado en la estufa del consultorio de tocoginecología es imprescindible.

Las tareas de control y reparación por parte del municipio son escasas, quedando prácticamente esta labor al personal de mantenimiento del Centro; pero dado que los recursos económicos que se dispone son escasos, es muy difícil su puesta a punto.

- Líquidos:

La utilización de recipientes especiales para la eliminación de todos los fluidos patológicos, teniendo en cuenta todas las normas de bioseguridad hospitalaria.

Sería importante que el municipio contratara una empresa que se dedique a este tipo de actividad y retire dichos recipientes periódicamente, con su eliminación en los lugares correspondientes.

- Vapores y Malos Olores:

La instalación de cloacas, sería lo correcto, pero la zona carece de ellas.

Transitoriamente se debería tratar el pozo ciego, evitando malos olores y vapores, que los días de lluvia se ve incrementado.

La tapa del tanque de agua caliente, se debe cambiar evitando la contaminación de la misma.

En la actualidad solo una canilla funciona para la extracción de agua corriente, estando todo el sistema contaminado. Sería imprescindible la instalación de agua corriente potable en todo el Centro de Atención ya que gran parte del personal y la gente que concurre a dicha institución corre peligro de contraer enfermedades por este motivo.

c) *Los Riesgos o Contaminantes Biológicos del Medio Ambiente de Trabajo son:*

- Según sus características:

- Virus, Bacterias, Hongos, Parásitos:

Es de buena práctica, evitar la eliminación de basura general en el recipiente de cartón con bolsas de plástico rojas, para residuos patogénicos, para ello es necesario la utilización de recipientes adicionales, donde se elimine medicamentos vencidos, guantes ya utilizados, etc. Dejando el recipiente de cartón para colocar los tarros de plástico para material de residuos patológicos solamente.

Explicar al personal de salud, la importancia de la eliminación adecuada de los mismos para evitar complicaciones indeseables.

Se establecerá una comunicación fluida con la empresa encargada de la eliminación de residuos, para que provea de los recipientes adecuados para cada material.

Por otro lado se realizará un depósito especial para la eliminación de este tipo de material patológico.

Se les informará a los pacientes de la necesidad de traer sus propias mascarillas para nebulización, y en caso de no contar con las mismas, se intentará utilizar máscaras debidamente esterilizadas y en lo posible personales.

Ha existido preocupación de que la reanimación cardiopulmonar (RCP) y los primeros auxilios pongan en riesgo de SIDA a los rescatadores, debido a que el HIV se puede encontrar en la saliva. En la actualidad el riesgo parece muy bajo: no se ha publicado casos de HIV como resultado de RCP boca a boca o por dar servicios de primeros auxilios. Sin embargo, muchas organizaciones de seguridad pública (policía, bomberos, paramédicos) usan en EUA de manera rutinaria máscaras especiales para RCP boca a boca.

Es importante que el equipo de salud, esté informado sobre los distintos accidentes a que pueden estar expuestos, como HIV, Hepatitis B, etc. Para ello es importante la realización de cursos periódicos de capacitación.

Se deben tomar en cuenta ciertas medidas para evitar el contacto cutáneo, parenteral o de las mucosas con sangre o plasma o secreciones potencialmente infectadas en los profesionales del equipo de salud, que brinden atención médica a pacientes con HIV.

Los cursos de capacitación en bioseguridad son de importancia crucial en estas instituciones.

Es importante que el personal esté vacunado contra el Tétanos, Hepatitis B, y Gripe.

- Picadura y mordedura de insectos:

Tratar de eliminar basurales próximos al Centro de Salud, estableciendo comunicación y diálogo con las distintas instituciones encargadas de esta función, ya que esto terminaría con la existencia de roedores, alacranes, etc., en la zona.

La realización de charlas con la comunidad para erradicar este tipo de vectores, es un elemento más para combatirlos.

La capacitación del personal del equipo de salud, sobre las distintas patologías que transmiten estos animales, es importante para el tratamiento y posterior derivación en caso de necesidad.

- Animales sueltos:

Es muy frecuente la cantidad de perros sueltos en la zona, con el peligro de ser mordido por ellos, esto ocasiona un riesgo adicional, para el personal de salud que acude al Centro como así también a la comunidad de Altos de San Lorenzo. Es conveniente por lo tanto ponerse en contacto con la Sociedad Protectora de Animales o Instituciones encargadas de esta problemática para evitar, días de trabajo perdidos por el personal, para realizar tratamiento antirrábico.

Existe en un Centro de Salud de tratamiento antirrábico, en el cual son derivados los pacientes ante un accidente de este tipo.

d) *Los Factores Tecnológicos y de Seguridad: (Que están estrechamente relacionados con la organización del trabajo).*

- La disposición de la fábrica, llamada comúnmente “**Layout**”:

La puerta de entrada a la administración es un grave problema ergonómico, ya que la gente que sale o entra se la lleva por delante, por otro lado puede lesionar a la gente que atiende ventanilla, puesto que está próximo a ella. Por lo tanto se debería cambiar la forma de abrir y cerrar la misma, poniendo una puerta deslizable o cambiar su ubicación.

Se debería cambiar las chapas del techo ya que tienen muchos años y cada tanto se producen goteras, con los distintos riesgos, en la electricidad, ya que los caños de electricidad, son inundados por el agua, especialmente en el área de administración y enfermería.

Es importante la instalación de computadoras, preferentemente en red, con un nivel Central, para facilitar las tareas administrativas, ya que el total de planillas a

realizar a fin de mes son muy numerosas y complicadas. A menudo los operadores de computadoras, se quejan de cansancio en cuello, espalda superior, hombros, antebrazos o muñecas, sobre todo cuando las usan más de 4 hs. al día. También sufren fatiga visual o tensión ocular por estar observando mucho tiempo la pantalla. Las instalaciones apropiadas y el uso de una estación de trabajo especial para computadoras reducen las molestias y los dolores.

El diseño apropiado de las sillas de trabajo es otro factor importante. Las molestias comunes que surgen por una forma incorrecta para sentarse son fatiga y dolor en piernas y muslos, y dolor en nalgas, espalda baja o espalda alta. El propósito primario de una silla es brindar apoyo cómodo aunque estable para el peso del cuerpo sin que haya puntos localizados de presión. La silla debe soportar al empleado en la mejor postura para la tarea (p. ej., algo reclinada para trabajo en computadora o con ligera inclinación hacia adelante para escribir). El cambio de la posición del cuerpo, inclinarse a un lado y otras posturas por el estilo, son formas naturales de distribuir las cargas en la columna y mantener la circulación en nalgas y muslos, y el diseño de la silla debe acomodarse a estas variaciones posturales. Si el asiento es demasiado largo (> 41 cm.) el borde frontal presionará el dorso de las rodillas, sobre todo en mujeres pequeñas. Un asiento superficial o con borde delantero algo curvado “con diseño en caída de agua” elimina esta fuerza de contacto para las personas pequeñas. El asiento debe ser lo suficientemente cómodo, pero no tan blando que cambiar de postura o ponerse de pie resulte difícil. El asiento no debe ser tan cóncavo como para restringir los cambios ocasionales de posición. Muchos diseños actuales de sillas tienen artefactos para hacer ajustes (p. ej., controles para deslizar el asiento que ofrecen una gran variedad de profundidades o la selección de diferentes tamaños de asiento) para un mejor acomodo. El diseño del asiento también debe proporcionar suficiente apoyo lumbar como para mantener un grado cómodo de lordosis de la columna lumbar y ayudar a apoyar el peso de la espalda. Una silla debe ajustarse con facilidad mientras el sujeto se encuentre sentado con el fin de brindar diferentes alturas del asiento, altura para soporte lumbar y curva para descanso del dorso. Sin un buen soporte, es muy posible que surja cansancio general y dolor de espalda. La base de las sillas debe tener cinco patas para reducir la posibilidad de que se incline en caso de que el ocupante se estire hacia atrás. Si el ambiente lo permite, la textura del material del dorso y asiento debe ser porosa y algo rugosa o protuberante para permitir cierta circulación de aire entre el material y el cuerpo. Si la silla tiene brazos, deberán ajustarse al empleado o ser ajustables en altura y distancia para proporcionar un buen soporte para el brazo al realizar las tareas de trabajo. Debe tenerse cuidado al seleccionar el mobiliario de tal modo que los descansos para brazos no golpeen partes del escritorio, las mesas de trabajo o los bancos durante el movimiento normal de la silla. Si es necesario ajustar la altura del asiento de la silla de tal modo que los pies de algunos empleados no toquen el suelo, entonces deberá proporcionarse un soporte para pies más grande para evitar que queden colgando. Sin un apoyo sólido para los pies, una silla demasiado alta restringe la circulación de las piernas y dificulta inclinarse hacia adelante. (59)

(59) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 176.

- El orden y la limpieza de los locales:

Se debería construir un depósito para herramientas, para desechos médicos peligrosos y un depósito de insumos y de medicamentos.

Es necesario un empleado más de limpieza para las horas de la noche, después del trabajo diario del personal y la gente que acude al Centro de Salud en horas de la mañana y tarde.

El término “enfermedades relacionadas con edificios” está reservado para problemas de salud que se desarrollan en escenarios no industriales comúnmente considerados no riesgosos, como casas, escuelas y oficinas. La contaminación del aire interior está vinculada a una amplia variedad de materiales de construcción y productos de consumo. El problema completo se exagera por asuntos relacionados con la conservación de la energía que han conducido a disminuir la transferencia de aire dentro de casas, oficinas y otros edificios.

- El riesgo eléctrico:

Solucionar el problema de goteras (cambio de chapas), de esta forma se evitaría la entrada de agua por las cañerías de luz, y a su vez cambiar los cables de luz, dada su antigüedad y deterioro.

Los accidentes eléctricos comprenden hasta el 4% de todos los accidentes industriales mortales.

Los electricistas, los operadores de equipo eléctrico de alta energía y de generadores de energía y el personal de mantenimiento (como hay en nuestro Centro de Salud) son los que están en mayor riesgo de sufrir una descarga eléctrica.

El contacto físico con un circuito eléctrico energizado proporciona una vía para que la electricidad viaje por el cuerpo en búsqueda de una tierra. La conductividad del cuerpo se ve afectada por la humedad de la piel, así como por la humedad de las superficies de contacto (p. ej., pisos). Los factores que influyen en la gravedad de la lesión eléctrica son el voltaje (fuerza eléctrica), amperaje (intensidad de la corriente), tipo de corriente (alterna o directa), duración del contacto, área de contacto, vía de la corriente por el cuerpo y cantidad de resistencia de los tejidos.

La electricidad de corriente alterna es más peligrosa que la procedente de corriente directa. La corriente alterna suele ocasionar tetania muscular y diaforesis, en tanto que la corriente directa produce cambios electrolíticos en los tejidos. Casi todo el daño tisular tiene relación con el calor producido por la corriente eléctrica, y la resistencia de los tejidos se ve influida en gran medida por su contenido de agua. El sistema vascular y los músculos son buenos conductores de la electricidad, en tanto que los huesos, los nervios periféricos y la piel seca tienen mayor resistencia.

La exposición repentina a una energía eléctrica intensa produce no sólo destrucción y necrosis de tejidos por calor y quemadura, sino también despolarización de los tejidos sensibles a la electricidad, como nervios y corazón. Las corrientes alternas con voltajes y frecuencias bajas, como las de los circuitos domésticos (100 voltios [V] y 60 hercios [Hz]), producen fibrilación ventricular. Los voltajes elevados (> de 1000 V) producen parálisis respiratoria. Casi todas las descargas con corrientes que exceden de 10000 V son de tal magnitud que la fuerza eléctrica expulsa a la víctima de la fuente de energía, lo que reduce la lesión eléctrica potencial pero a menudo produce traumatismos contusos.

El efecto tetanizante de los músculos voluntarios es mayor a frecuencias entre 15 y 150 ciclos. Con voltajes elevados, no es usual que haya sujeción sostenida del material conductor porque es probable que el circuito haga un arco antes de entrar en contacto con la víctima, quien resulta expulsada hacia atrás. La corriente por arriba de 20 miliamperios (mA) produce contracción sostenida de los músculos respiratorios del tórax; la corriente alterna de más de 30 a 40 mA induce fibrilación ventricular, en tanto que la corriente directa tiene mayores posibilidades de producir asistolia. Las lesiones por rayos difieren de las lesiones por descargas eléctricas de alto voltaje dado que el relámpago suele implicar una descarga de duración de contacto más breve aunque de voltaje mayor, asistolia más que fibrilación ventricular, lesión del sistema nervioso, una onda de choque característica y afectación patológica de muchos órganos y sistemas.

La exposición a corriente eléctrica produce choque, quemaduras por fulguración, quemaduras por flama o necrosis tisular directa. Las heridas superficiales que cubren la necrosis tisular inducida por el calor suelen ser redondas u ovals, bien delimitadas, con un aspecto de amarillo pardo, relativamente inocuas. Debe buscarse el sitio de entrada y salida para determinar el trayecto que haya seguido por el cuerpo. Según el sitio de contacto y el trayecto, habrá daño a nervios, músculos u órganos mayores, como corazón, cerebro, ojo, riñón o aparato gastrointestinal.

En todos los casos se tomará un ECG con tira de ritmo, y una prueba de orina en tira reactiva para buscar sangre y proteínas, y se comprobará el ritmo y la frecuencia respiratoria. Si se sospecha la presencia de daño orgánico, muscular o nervioso, se indicarán las pruebas diagnósticas apropiadas, como mioglobina en orina, debe medirse la fosfoquinasa de creatina cuando menos durante 24 hs en caso de que haya síntomas musculares o que se sospeche la existencia de alguna lesión muscular. En esta última, la fosfoquinasa de creatina puede elevarse de manera significativa (> 1000) aunque la fracción MB estará por debajo de 3% si no hubo lesión del músculo cardíaco. Pueden presentarse fracturas ocultas por tetania muscular o traumatismo contuso. Los pacientes requieren observación durante varios días porque algunos llegan a tener miositis postraumática con rhabdomiólisis.

Las lesiones eléctricas producen aumento de la permeabilidad vascular que da lugar a disminución del volumen intravascular y extravasación de líquido en la región de la lesión interna. En tal caso, se hará monitoreo estrecho del hematócrito, volumen plasmático y diuresis.

Las complicaciones agudas y tardías del sistema nervioso central y periférico son las secuelas más comunes de las lesiones eléctricas. Las complicaciones cardíacas suelen consistir en anormalidades del ritmo y la conducción, y rara vez infarto. También ocurren complicaciones infecciosas y psiquiátricas.

Las lesiones eléctricas en las industrias (como en este Centro de Salud), pueden prevenirse asegurándose que los trabajadores estén bien calificados y entrenados para seguir los procedimientos de seguridad que implican las instalación, la conexión a tierra y la desconexión de las fuentes de energía. Se debe poner especial atención al trabajo que requiera la manipulación del equipo durante la operación “en vivo”. Debe usarse herramienta y ropa no conductora siempre que sea posible. También deben colocarse barricadas y señales de advertencia alrededor de las zonas de alto voltaje, reforzando estrictamente todos los procedimientos necesarios para alejar a otros empleados de estas áreas. A los trabajadores del equipo de salud se les enseñará las medidas necesarias para retirar a una víctima del contacto de la corriente eléctrica. En lo posible se apagará la fuente de energía.

En caso de no poder hacerlo, podrá recurrirse a algún objeto no conductor, como una cuerda, escoba o alguna prenda de ropa para jalar a la víctima y alejarla de la corriente, al mismo tiempo que se protege al rescatador de ser lesionado.

Antes de dar maniobras de RCP, primeros auxilios o tratamiento, el sujeto debe ser separado de la corriente eléctrica “en vivo”.

De ser necesario, se iniciarán las maniobras de RCP (incluida la desfibrilación externa automatizada), para lo cual el personal debe entrenarse en esta técnica. En vista de la posibilidad de que la víctima haya sufrido lesiones de columna, debe tenerse cuidado extremo durante su manejo o traslado. Se retirará toda la ropa que siga humeante. Si se sospecha que exista una lesión eléctrica mayor, el paciente deberá ser hospitalizado y observado para ver que no presente daño orgánico secundario, alteraciones de la función renal, hemorragia, acidosis y mioglobinuria. Las indicaciones para la hospitalización son arritmias importantes o cambios en el ECG, quemaduras grandes, pérdida del estado de conciencia, manifestaciones neurológicas, síntomas pulmonares o cardiacos, o datos de daño importante en algún tejido profundo u otro órgano. Si hubiere indicación, se dará refuerzo con toxoide tetánico o se administrará la antitoxina. (60)

- El riesgo de incendio:

Realizar charlas de seguridad frente a un incendio, como así también proveer al Centro de Salud de más extintores. Utilizar puertas de forma que faciliten la salida rápida ante un siniestro, como así también dotarla de seguridad frente a este problema. Incorporar información de gente entrenada en este problema. Entablar comunicación con bomberos de la zona para que se otorgue la información adecuada.

Es importante instruir al personal del Centro de Salud, con respecto a la “regla de los nueve” que es muy útil para la evaluación rápida de la extensión de una quemadura. También una lesión que con frecuencia acompaña a las quemaduras es la inhalación de humo. Ante estas situaciones el médico o paramédico deben proceder igual que con cualquier traumatismo recurriendo a los lineamientos del *advanced trauma life support* (ATLS). La prioridad es establecer una vía aérea, identificar la necesidad de intubar a un paciente que aparentemente esté respirando con toda normalidad pero que haya sufrido una lesión por inhalación, evaluar la columna cervical y las lesiones de la y cabeza y estabilizar las fracturas. Al mismo tiempo que las medidas iniciales de reanimación, se inicia la administración de líquidos siguiendo la fórmula de Parkland. Debe removerse toda la ropa y joyería, y efectuar un examen físico completo para evaluar la extensión de la lesión y las lesiones acompañantes.

- Características de las máquinas y herramientas:

Sería conveniente la instalación de un pequeño laboratorio básico de atención primaria, como así también de un pequeño aparato de rayos y ecografía. También sería deseable informatizar al Centro de Salud, con la instalación de computadoras en todos los consultorios y en administración, como así también intercomunicarlas en red con un nivel central.

(60) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 150 a 151.

- El buen o mal funcionamiento de las maquinarias, equipos y herramientas:

Sería una buena medida de prevención, el control periódico y mantenimiento de estufas, tensiómetros, etc. Solo se acude a su arreglo cuando dejan de funcionar.

Muchas veces se cuenta con la colaboración de ONG (Organizaciones no gubernamentales) que prestan su apoyo, en el mantenimiento y arreglo del equipamiento.

También el personal de dicha institución de salud, colabora en muchas ocasiones con la puesta a punto de equipos.

- El trabajo en altura:

Como se mencionó anteriormente no existe este tipo de trabajo en el Centro de Salud, solo es realizado en algunas circunstancias, por el personal de mantenimiento del Centro para reparar goteras o poda de árboles. Es importante para evitar cualquier accidente, la evaluación periódica de este empleado, reflejos, presencia o no de vértigos, etc., ya que puede lesionarse y originar un costo mayor por su atención. Generalmente los empleados que comienzan a trabajar en muchas dependencias públicas se les realiza un examen preocupacional, y no tienen periódicos habitualmente. De cualquier forma sería más correcto la utilización de techistas, o gente entrenada en este tipo de tarea, al igual que en la poda de árboles.

- El riesgo de explosión:

Los tubos de oxígeno son renovados periódicamente, ya que una vez que el oxígeno se ha terminado, son retirados por una empresa terciarizada con la municipalidad, por lo tanto es de esperar que la misma realice los controles periódicos a los mismos para evitar accidentes, pero esto se desconoce en el Centro de Salud. Solo se espera la llegada de los mismos para su intercambio y utilización. No existe en el tubo nada que indique que los mismos son inspeccionados.

Las estufas de gas no tienen mantenimiento, funcionan sin ningún control periódico desde su instalación. Ante cualquier falla se recurre al personal de mantenimiento del Centro para su arreglo. Sería más correcto la inspección de gasistas y gente entrenada en riesgos de incendio para su evaluación periódica.

Es importante el control de los distintos espacios físicos para garantizar un adecuado suministro de aire.

- Trabajos que exigen estar expuestos a los riesgos del transporte:

Gran parte del personal se moviliza en automóvil y en colectivo para acudir al Centro de Salud. No hay controles de los medios públicos (colectivos sin mantenimiento) y los automóviles particulares se desconoce su uso y control periódico de los mismos, ya que son particulares. Esto puede ocasionar accidentes, con el correspondiente ausentismo del personal que trabaja en el Centro de Salud.

e) *De manera complementaria se pueden incluir también los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos:*

- Las inundaciones:

Como se mencionó anteriormente en esta zona es poco probable, debido a que es una zona alta, pero con los cambios climáticos que hoy en día hay en el mundo, no se puede descartar. Para ello sería conveniente la realización de más cañerías de desagüe, por parte del Municipio.

También es importante un estudio de suelo, por parte de las autoridades para evaluar la posibilidad de este problema.

Es importante realizar consultas a Defensa Civil, y saber como actuar, por parte de los integrantes del Centro.

- Los temblores:

Dado que no es una zona sísmica, el Centro no está construido para este tipo de catástrofe. No es de esperar que esto ocurra ya que la ciudad no esta preparada para este tipo de desastre natural. De cualquier forma sería interesante que el personal concurreniera a charlas sobre este tipo de eventualidad, para saber como desenvolverse.

- Descargas provocadas por tormentas eléctricas:

Es un gran inconveniente en la zona, ya que es muy frecuente el corte de energía eléctrica, con el consiguiente problema con las vacunas, ya que pierden la cadena de frío. Para ello es importante tener una heladera de transporte siempre lista y acondicionada, para trasladarlas a un lugar adecuado frente a estas circunstancias.

El Centro de atención carece de generador eléctrico propio, pero puede ser una posibilidad ante los cortes de luz.

- Temperaturas extremas:

Son un inconveniente, tanto en verano como en invierno, no hay un sistema de calor-frío constante, por lo tanto debería instalarse aire acondicionado (calor-frío) o un sistema central, con temperaturas estables para desarrollar las tareas diarias.

f) *Condiciones de Trabajo:*

- Organización y Contenido del Trabajo:

Un problema accesorio, a todos los mencionados es la falta de personal, (falta de asistente social, administrativo - enfermera que cumple tal función-, falta de otro pediatra, etc., esto hace que muchas veces la gente (cliente interno) tenga que cumplir doble función, descuidando su tarea específica o realizándola en hora extras a su trabajo específico, sin ningún tipo de remuneración extra. Por lo tanto es urgente el nombramiento de personal para poder solucionar este inconveniente que sin lugar a dudas repercute en el buen funcionamiento del Centro de Atención.

El ritmo de trabajo excesivo, sobre todo de la médica generalista, hace necesario el nombramiento de otra generalista o un médico pediatra para aliviar este desempeño con exigencias psicológicas importantes.

Al no haber premios y castigos, y ausencia de ascensos del personal, hacen que los integrantes del equipo de salud, no tengan ningún tipo de incentivo, por consiguiente es de vital importancia la introducción de “plus adicionales” al trabajo (Programa Nacer, etc.), como así también volver al sistema de incremento salarial por cargo.

Se deberá reconocer a la financiación de la salud como de alta importancia estratégica logrando el desarrollo de modelos de contribución sobre la base de los principios de equidad financiera, con el fin de apoyar el modelo de desarrollo de la salud y no a la inversa.

Lamentablemente, los paradigmas utilizados en los últimos años han cometido un doble error, aislando el tratamiento de la financiación de la salud de las propuestas organizacionales del sector o desarrollando esas propuestas en respuesta a los lineamientos financieros. (61)

- Duración y Configuración del Tiempo de Trabajo:

La falta de realización de pausas (por exceso de pacientes) sobre todo de la médica generalista, influye negativamente en la salud. Para evitar el agotamiento durante la jornada de trabajo y facilitar la recuperación de la fatiga, y particularmente de la fatiga visual, se debería efectivizar el descanso ocular de 10 a 15 minutos tanto para la generalista como para todo el personal cada dos horas, sin que se puedan acumular con otras pausas, como la del refrigerio, cumpliendo con lo estipulado en el CCT N° 201/92. Se debería flexibilizar los requerimientos en cuanto a la permanencia en el puesto, para que se puedan hacer pausas e interrupciones para ir al baño o a la mayor brevedad; no es razonable continuar con esperas que llegaron en algunos casos hasta 45 minutos, lo que produce efectos negativos sobre la salud. (62)

(61) CIDCAM, CENAS (2006). Hacia la Calidad en Salud. ISSN 1669-8762. Año 2 N° 3/Septiembre 2006. Pag. 9 a10.

(62) Dr. Julio César Neffa (Coord.), Esther Giraudo, Silvia Korinfeld, Nora Mendizábal, Mario Poy, Víctor Vera Pinto. Telegestión: su impacto en la salud de los trabajadores. Pag. 200.

El trabajo precarizado (Contrato por Cooperativas- Plan Trabajar) fundamentalmente de enfermeros de la noche, como del personal de limpieza, hacen temporaria la actividad laboral con la inestabilidad que eso produce, produciendo muchas veces estrés, que hacen muy difícil la tarea de los mismos. Si bien ha habido muchos intentos de “blanquear”, la situación laboral de estos trabajadores, la situación permanece. Sería deseable el pase a planta permanente de los mismos, lo que mejoraría la condición laboral, y evitaría los efectos negativos de estos contratos precarios.

Esta falta de estabilidad hace que falten enfermeros en las guardias nocturnas, al mejorar la situación laboral, se mejoraría también, este faltante.

Las pocas horas de sueño y sensación de fatiga que frecuentemente refiere el médico clínico, hacen que tenga una necesidad imperiosa de recuperación de esta última, que re-estructuran el tiempo fuera del trabajo no solo del trabajador sino también de su familia (necesita reposo al llegar al hogar antes de hacer cualquier otra actividad doméstica, se encuentra resistencia a hacer actividades recreativas luego del tiempo de trabajo, etc.). Esto es en parte a la necesidad de la realidad actual, de trabajar en varias instituciones, se podría mejorar, rentando mejor, la Atención Primaria, evitando que el trabajador tenga que realizar varias actividades en distintos trabajos.

- Sistema de Remuneración:

Hay un sistema de remuneración mensual, pero con carencia de incentivos, esto hace que haya poco estímulo en el personal para realizar tareas extras (por ejemplo talleres de Promoción de la Salud, tareas comunitarias de salud, etc.), que muchas veces por el exceso de demanda de la atención impiden la tarea educativa, que es de vital importancia en la Atención Primaria de la Salud; en consecuencia sería conveniente que a los profesionales que deseen realizar este tipo de tareas, se le proporcione un “plus” extra mensual, o un porcentaje mensual por el trabajo realizado en dichas tareas de importancia para la comunidad.

Hay carencia de provisión de alimentos (como refrigerio) y de insumos administrativos provistos por el municipio (elementos de administración, etc.) que muchas veces los integrantes del equipo de salud, tienen que utilizar, para poder desempeñar su tarea, y en ocasiones son aportados por los mismos para no quedar paralizados. Por consiguiente, sería lógico que se aporte con dichos materiales y refrigerio, para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados, y en parte para el reconocimiento de la labor que dichos integrantes realizan.

- La Ergonomía:

No hay “sillas con diseños ergonómicos apropiados”, y está totalmente comprobado que molestias comunes que surgen por una forma incorrecta para sentarse son fatiga y dolor en piernas o muslos, y dolor en las nalgas, espalda baja o espalda alta. El propósito primario de una silla es brindar apoyo cómodo aunque estable para el peso del cuerpo sin que haya puntos localizados de presión. La silla debe soportar al empleado en la mejor postura para la tarea (por ej., algo reclinada para trabajo en computadora o con ligera inclinación hacia delante para escribir). El cambio de la posición del cuerpo, inclinarse a un lado y otras posturas por el estilo, son formas naturales de distribuir las cargas en la columna y mantener la circulación en nalgas y muslos, y el diseño de la silla debe acomodarse a estas variaciones posturales.

Si el asiento es demasiado largo (> 41 cm.), el borde frontal presionará el dorso de las rodillas, sobre todo en mujeres pequeñas. Un asiento superficial o con borde delantero algo curvado “con diseño en caída de agua” elimina esta fuerza de contacto para las personas pequeñas. El asiento debe ser lo suficientemente cómodo, pero no tan blando que cambiar de postura o ponerse de pie resulte difícil. El asiento no debe ser tan cóncavo como para restringir los cambios ocasionales de posición. Muchos diseños actuales de sillas tienen artefactos para hacer ajustes (por ej., controles para deslizar el asiento que ofrecen una gran variedad de profundidades o la selección de diferentes tamaños de asientos) para un mejor acomodo. (63)

El diseño del asiento también debe proporcionar suficiente apoyo lumbar como para mantener un grado cómodo de lordosis de la columna lumbar y ayudar a apoyar el peso de la espalda. Una silla debe ajustarse con facilidad mientras el sujeto se encuentre sentado con el fin de brindar diferentes alturas del asiento, altura para soporte lumbar y curva para descanso del dorso. Sin un buen soporte, es muy posible que surja cansancio general y dolor de espalda.

La base de las sillas debe tener cinco patas para reducir la posibilidad de que se incline en caso de que el ocupante se estire para atrás. Si el ambiente lo permite, la textura del material del dorso y asiento debe ser porosa y algo rugosa o protuberante para permitir cierta circulación de aire entre el material y el cuerpo. Si la silla tiene brazos, deberán ajustarse al empleado o ser ajustables en altura y distancia para proporcionar un buen soporte para el brazo al realizar las tareas del trabajo. Debe tenerse cuidado al seleccionar el mobiliario de tal modo que los descansos para brazos no golpeen partes del escritorio, las mesas de trabajo o los bancos durante el movimiento normal de la silla.

Si es necesario ajustar la altura del asiento de la silla de tal modo que los pies de algunos empleados no toquen el suelo, entonces deberá proporcionarse un soporte para pies más grande para evitar que queden colgando. Sin un apoyo sólido para los pies, una silla demasiado alta restringe la circulación en las piernas y dificulta inclinarse hacia delante.

En general, las personas prefieren las sillas con altura de los asientos de 38 a 48.3 cm. Para un trabajador con gran movilidad, se prefieren breves periodos sentado en un banco con una altura del asiento entre 53 y 72 cm. por arriba de la superficie de apoyo para los pies. Para personas con movilidad frecuente, se reduce el cansancio de piernas y dorso al apoyarse en un banco o “barra de descanso” cuya altura sea casi igual a la longitud de las piernas, de tal modo que la parte superior del cuerpo no se eleve ni baje en forma repetida al sentarse y ponerse de pie.

Los estudios hechos en oficinistas demuestran reducción en la inflamación de las extremidades inferiores y en la carga acumulada sobre la columna cuando alternan períodos entre sentado y de pie por los menos 2 hs. durante el tiempo de trabajo.

Las sillas o bancos con asientos inclinados hacia delante que no utilizan descansos para rodillas para apoyar las piernas sirven para varios tipos de trabajos y son preferidas por ciertos usuarios. Los asientos con inclinación hacia adelante son

(63) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 175 a 176.

especialmente ventajosos para usuarios que deben estar muy cerca o inclinados sobre su trabajo, como es el caso de aquellos que realizan trabajos de oficina o reparación muy detallada, dentistas, cirujanos y otros por el estilo. Además de tener alturas ajustables y soporte para la espalda, estas sillas tienen un grado de inclinación de ajuste sencillo, con otros métodos para evitar deslizarse de la silla (p. ej., material del asiento de alta fricción, asiento con contorno o en forma de “silla de montar”).

Las sillas reclinables con soporte para la espalda transfieren una parte importante del cuerpo superior de la columna hacia el respaldo y ayudan a conservar la lordosis lumbar. La reclinación de más de 20° de la vertical da lugar a tensión en el cuello, a menos que el campo visual y los controles estén bien colocados y se cuente con respaldo para la cabeza.

Hay muchos tipos y modelos de sillas bien diseñadas. El patrón debe obtener muestras de 2 o 3 tipos de sillas apropiadas para determinada tarea (con soporte de antebrazos ajustable, asiento y respaldo fijo o reclinable, etc.) y que cumplan con los requerimientos para el trabajador (profundidad apropiada del asiento, forma del respaldo, fijo contra deslizable, etc.) y pedirles a los empleados que las prueben cuando menos una semana. Un periodo de prueba más breve suele ser insuficiente porque la impresión inicial a menudo difiere de la satisfacción a largo plazo. Debe tomarse en cuenta la opinión de los trabajadores cuando se vayan a pedir sillas nuevas. Si las opiniones están divididas, lo mejor es ordenar algunas de cada uno de los tipos.

También hay que hacer mención la “falta de conocimiento sobre la biomecánica del levantamiento de objetos”, sobre todo el personal de mantenimiento y administrativos. Aunque el análisis biomecánico detallado del levantamiento es muy extenso, es importante mencionar algunos principios de estos movimientos para ilustrar la actividad muscular básica del cuerpo y sugerir formas para prevenir lesiones. ⁽⁶⁴⁾

Las fuerzas calculadas en la base de la columna (L5-S1) que resultarían de dos diferentes métodos de levantamiento de una carga de 150 newtons (N; unos 15 kg; 0,5 kg = 4,44 N). Cuando el levantamiento se hace con las piernas relativamente rectas (levantamiento en posición agachada), hay una fuerza de presión anterior en L5-S1 de unos 500 N y una fuerza de compresión medular de 1800 N. Cuando el levantamiento se hace con las rodillas dobladas (levantamiento en cuclillas o “levantamiento con las piernas”), la fuerza de presión en L5-S1 es de tan sólo 340 N, pero la fuerza de compresión medular es de 2700 N. Esto supone que la carga es demasiado voluminosa como para colocarla entre las rodillas, como suele ser el caso en la práctica. Una regla de seguridad repetida a menudo es “levantar con las piernas” y mantener la carga cerca del cuerpo, pero un acuclillamiento profundo a veces dificulta, si no es que hasta imposibilita, hacer las dos cosas a la vez. La distancia horizontal desde la columna hasta el centro de gravedad de la carga es mayor en la posición de cuclillas que con el levantamiento agachado. Esto origina que la carga ejerza más fuerza sobre la columna y aumente la fuerza compresiva sobre los discos lumbares más bajos. Los trabajadores tienden a evitar el acuclillamiento profundo al hacer un levantamiento porque esta posición les toma más tiempo, requiere más energía, es dura para las rodillas y a menudo pierden el equilibrio. Los estilos óptimos de levantamiento son los que: permiten mantener la carga lo más cerca posible de la columna; proporcionan una base

(64) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 181 a 184.

ancha de apoyo para un buen equilibrio; permiten al trabajador ver adelante y evitar obstáculos; permiten al trabajador conservar una posición cómoda (“postura neutral”) de la columna, evitando los extremos de agacharse o girar. En lo posible, deben evitarse los giros moviendo los hombros y caderas al mismo tiempo, como una unidad. Se dan varias sugerencias y lineamientos para reducir el riesgo de lesiones al hacer tareas de levantamiento. Con una buena técnica de levantamiento, la columna se mantiene estable aunque deba inclinarse hacia delante. Primeramente hay que probar la carga; solicitar ayuda de ser necesario; planear el levantamiento y la ruta que se va a seguir; mantener la carga lo más cerca del cuerpo; hacer pivote y mover los pies con base ancha de soporte para evitar girar; intentar mantener los movimientos suaves y coordinados; mantener la espalda en línea recta de “la cabeza a la cola”. Entre las sugerencias para un levantamiento seguro. (Modificado y reproducido con autorización de Webb RD: *Industrial Ergonomics*. Industrial Accident Prevention Association, 1982). Tener la visión clara; mantener el levantamiento a la altura entre los hombros y los nudillos; evitar girar: para reducir la necesidad de girar y agacharse al estar cargando o descargando, colocar *pallets* para estibar; evitar levantamientos elevados: guardar los utensillos más ligeros en los estantes más altos, los más pesados entre la cintura y el hombro, y los menos uso, en la parte más baja; evitar agacharse demasiado en un contenedor profundo; proporcionar plataformas de altura ajustable para cajas y *pallets*. En vista de que estas plataformas se inclinan hacia el trabajador, se evitan las inclinaciones de la cintura. Es importante tener en cuenta las fuerzas calculadas implicadas en las cargas de empuje y jalón. Jalar con una fuerza de 350 N (40 kg; el peso del carro por un coeficiente de fricción de rodamiento) a una altura de 66 cm. por encima del piso da como resultado una fuerza de compresión sobre la columna lumbar de unos 8000 N, que está muy por encima del límite recomendado por el NIOSH de 3400N, e incluso del valor más alto (6400 N) que la mayoría de los trabajadores tolera sin lastimarse. Se dan los siguientes lineamientos generales para prevenir lesiones al empujar o jalar cargas pesadas: (1) asegurarse que el área adelante de la carga esté nivelada y sin obstáculos. Si no está a nivel, deberá contarse con algún sistema de freno. (2) Empujar la carga en vez de jalarla. A menudo, esto reduce el estrés en la columna y en la mayor parte de los casos mejora la visibilidad hacia adelante. (3) Usar calzado que proporcione buena tracción en los pies. El coeficiente de fricción entre el piso y la suela del calzado debe ser cuando menos de 0.8 siempre que se vayan a mover cargas pesadas. (4) Al empezar a empujar una carga, se debe fijar el pie trasero y cambiar el peso del cuerpo hacia delante. Si la carga no empieza a moverse una vez que se aplica una cantidad de fuerza razonable, se debe pedir ayuda a un compañero o usar un vehículo de fuerza. (5) Empujar o jalar se facilitan cuando las asas del carro cargado están a la altura de la cadera (91 a 114 cm. para los varones) en vez de estar a la altura de los hombros o muy bajas. Las asas debajo de la cadera son incómodas y difíciles de usar. Dos asas verticales o dos grupos de asas a diferentes alturas permiten a los trabajadores de diferentes estaturas tomar la carga en puntos óptimos.

Pese a estar en la “era de la información”, el manejo de los materiales manuales sigue siendo la principal causa de lumbalgia y lesiones de hombros. Los intentos por incluir estos aspectos en los programas de capacitación dirigidos a los trabajadores han fallado en gran medida. Aunque algunas de estas lesiones se relacionan con resbalones, tropiezos o caídas al estar moviendo un objeto, casi todas ocurren porque la carga

instantánea o acumulada sobre el trabajador simplemente ha excedido su capacidad. Los intentos por establecer límites de seguridad para el manejo de material manual pueden lograrse con cuatro metodologías: 1- Epidemiológica: mediante la identificación de los factores de riesgo al analizar la distribución de las lesiones en una población. 2- Biomecánica: calculando las fuerzas aplicadas al cuerpo a partir de las tareas de manejo del material manual y comparándolas con la tolerancia de los tejidos derivada de estudios realizados en cadáveres. 3- Fisiológica: calculando los requerimientos de energía de las tareas de manejo del material manual comparados con la capacidad aeróbica de los trabajadores. 4. Psicofísica: simulando una tarea de manejo de materiales manuales en un ambiente controlado y registrando la aceptación de los sujetos en cuanto a fatiga o molestias. Esto debe hacerse en sujetos que sean representativos de la población de interés en términos de edad, condición física y sexo. Pueden calcularse los pesos, las fuerzas o las distancias máximas aceptables con esta técnica, aunque por lo general no se llegan a obtener los datos de las lesiones subsecuentes, ya que los periodos de estudio son demasiado breves (lo típico, de un día a una semana).

Hay “poca comodidad térmica para trabajar”, hay que tener en cuenta que una temperatura ambiental o nivel de humedad elevados aumentan la carga cardiovascular en las personas que manejan materiales, y una temperatura baja reduce de manera sustancial la flexibilidad y la precisión de los dedos de la mano. La zona de comodidad térmica se caracteriza por condiciones de temperatura y humedad ideales para trabajar. La zona de comodidad se ve afectada por varios factores además de la temperatura y la humedad. Entre éstos están la velocidad del aire (que produce efecto de enfriamiento), la carga de trabajo, las fuentes de calor radiante y la cantidad y el tipo de ropa usada. En general, la temperatura central del cuerpo no debe variar más de 1 °C en cualquier dirección, y los factores mencionados deben ajustarse para quedar dentro de límites aceptados. (65)

No hay “estaciones de Trabajo para Computadoras”, y organización de las mismas para reducción de dolores y molestias. Para las mismas es necesario ajustar la silla de trabajo, colocación adecuada de la pantalla y los documentos, eliminar el brillo de la pantalla, y la colocación correcta de la posición de los accesorios señaladores (por ej. *mouse*). Una forma atractiva opcional para reducir las posturas inadecuadas de muñecas y antebrazos es con teclados y accesorios señalador opcionales.

- Transferencia de Tecnología:

No hay renovación de equipamiento, tanto extranjero como nacional.

Debido a los avances científicos, los distintos instrumentos médicos como los de ginecología y odontología, van perdiendo vigencia, y es necesario renovar tanto el colposcopio, como el instrumental odontológico.

También la estufa de esterilización, se presenta obsoleta, siendo necesario su recambio.

(65) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 190.

- Modo de Gestión de la Fuerza de Trabajo:

Gran parte del personal en esta Institución de Salud es “temporario mensualizado”, con las implicancias psicológicas que este estado produce. La inseguridad en el empleo es una de las causales de estrés en los trabajadores. Algunas empresas más grandes del mundo están investigando maneras de optimizar la salud humana como una ventaja competitiva, alimentando así el interés propio de la empresa con las cuestiones de salud mental. Uno de los principales ejecutivos de los medios de comunicación de América del Norte, Paul V. Godfrey, dice que las empresas deben tener un programa de salud mental y deben realizar lo siguiente: eliminar el estrés del lugar de trabajo; modificar las presiones que el cambio tecnológico y el acelerado ritmo de vida impone a las personas que trabajan; mejorar la productividad por medio de práctica sanas de gestión; hacer ver a los Gobiernos que existen buenos motivos económicos para aumentar el gasto en investigación sobre salud mental. La salud mental es un huérfano en cuanto a investigación pues recibe menos del 2 por ciento del gasto total en el campo médico en la mayoría de las naciones; indicar políticas de recursos humanos que tengan el propósito directo de mejorar la salud mental en el trabajo; realizar sesiones de información para las juntas directivas de empresas (o responsables del área de salud), en las que se exponga el impacto de la salud mental en el desempeño de la empresa.

La “falta de incentivos” y de “concursos”, hacen que el personal tenga poco estímulo para capacitarse, en la medida que estos últimos, se vayan produciendo incorporaran categorías que se traducirán en una mejora económica para el trabajador.

No hay “auditorías médicas” en dicha institución de salud, por lo tanto es importante incorporar el nuevo paradigma, que consiste en el desarrollo de enfoques modernos de la gestión institucional, donde la autoevaluación participativa y la acreditación son estrategias que se deben utilizar. (66)

- Servicios Sociales y Asistenciales:

El Municipio no tiene “cooperativas” ni “proveedurías”, que otorguen facilidades a los distintos trabajadores. Algunas empresas tienen distintos beneficios para sus empleados, con distintos productos, ya sea alimentarios o no; que constituye una ayuda especialmente para los trabajadores con menos recursos.

No hay “vestuarios”, en este Centro de Salud, para guardar la ropa y demás efectos personales, por consiguiente sería adecuado, la construcción de un lugar para dicha función.

Tampoco hay “duchas de agua caliente”, esto es un verdadero problema especialmente para los enfermeros de turno noche, ya que deben permanecer mucho tiempo, especialmente los días de verano y los días feriados, y constituye una dificultad para el desarrollo normal de las tareas. Sería importante la refacción del calefón ya que de otra manera las mismas no funcionan.

(66) José María Paganini (2006). Hacia la Calidad en Salud. Año 2 N° 3/Septiembre 2006 Pag. 12.

Además “no hay mantenimiento de las distintas canillas”, estas pierden agua, y no hay gente especializada en plomería que recorra los Centros de Salud periódicamente, visualizando los problemas de esta índole y reparándolos.

- Posibilidad de Participación de los Trabajadores:

Hay “carencia de Comités Mixtos de Higiene y Seguridad y Condiciones de Trabajo”, en donde participen los empleados y distintos niveles gerenciales para la solución de los problemas. Los programas de salud y seguridad deben constar de un equipo formado por profesionales de la salud y seguridad laboral, y lo ideal sería que cada empresa (o institución) utilizara un el equipo de tiempo completo o de medio tiempo. Sin embargo la aceptación por parte de los patronos de estos miembros del equipo es muy variable. Existe un largo historial de territorialidad entre los profesionales y trabajadores, a menudo en detrimento del concepto de equipo. Los profesionales en seguridad, cuyo contacto más frecuente es con las gerencias, buscan proteger su territorio y autoridad. Las enfermeras en salud laboral defienden su autonomía y no quieren estar bajo las órdenes de los médicos laborales. Los higienistas industriales suelen ser vistos como proveedores de la patronal de los servicios de ingeniería que son requeridos por ley, en tanto los trabajadores muchas veces se ven mas como entidades gremiales que buscan un interés propio y no grupal, y la parte gerencial como una pérdida del dominio de la empresa. Ante la falta de leyes, las empresas continuarán contratando a los proveedores de salud y profesionales en seguridad que sean más dóciles y rentables; y en evitar en algunos los mismos por razones de costo, pero en detrimento de la salud laboral.

La falta de “Comités de Empresa” o “Municipales” que intervengan en procesos de modernización e introducción de nuevas tecnologías, hace que la salud se vaya deteriorando, ya que no se repone material mas moderno con una visión mas actualizada de la salud, que ponga al sistema en un nivel competitivo de los países mas avanzados del mundo. Estos tienen funciones bien claras de debate sobre la mejor tecnología para la situación y el lugar en donde se desarrollan dichas actividades de atención primaria, obteniendo un nivel de excelencia para dicho municipio y mejorando las condiciones de vida de la población. Dichos comités deben estar integrados con distintos miembros que tengan un conocimiento de los avances mundiales y tecnología de punta. Mejorando con esto la calidad de la atención de la gente. Es importante que los propios trabajadores participen en estos comités para evaluar la viabilidad de las distintas tecnologías y su puesta en marcha, por el equipo de salud.

g) *Carga de Trabajo:*

- Carga Física:

Hay personal como “la enfermera” y “la médica generalista” que permanecen mucho tiempo de pie. La posición erecta prolongada, desempeña en las vérices esenciales, un factor etiológico importante. El ortostatismo ejerce una influencia

agravante en una insuficiencia venosa instalada. Shots halló que el 12,7% de las personas que trabaja de pie, desarrollan várices, disminuyendo al 2,2% en aquellos que lo hacen sentados. El ortostatismo asociado a los ambientes laborales muy calurosos (fundiciones, hornos, etc.), aumenta la circulación superficial, necesaria para eliminar calor corporal. Esta asociación (ortostatismo y calor) puede incriminarse también como factor agravante. (67)

Por consiguiente es importante implementar en estos casos variación de tareas y ejercicios. El diseño de tareas alternas pueden efectuarse cada 20 a 60 minutos, como por ejemplo descanso en el estar médico, búsqueda de fichas en posición sentada, etc. Los ejercicios deben estar diseñados para aliviar el estrés de las posturas inadecuadas, como el esfuerzo estático.

El “médico clínico” trabaja mucho tiempo con luz artificial, con las implicancias oftalmológicas que ello significa. La cantidad de iluminación requerida para realizar una tarea específica sin sentir fatiga visual es función de la dificultad de la propia tarea a la velocidad deseada, de la calidad de dicha tarea y de la agudeza visual del trabajador. La agudeza visual, aunque esté con visión corregida, varía con la edad. También hay límites recomendados de iluminación para diversos tipos de tareas. Por ejemplo la lectura de material impreso, requiere > 200 a 500 Lux. Por consiguiente es importante evitar el deslumbramiento en el sitio de trabajo. El deslumbramiento puede emanar directamente de una fuente de luz brillante o reflejarse en las superficies brillantes de máquinas, mesas de trabajo, ventanas, aparadores, herramientas u otras partes. Se reduce o elimina limitando la luz de la fuente o cubriendo las superficies brillantes con cubiertas opacas o antirreflejantes. Es clásico el ejemplo de una fábrica de vestidos, donde las operadoras de las máquinas de coser se quejaban de cefalea, cansancio y prurito ocular después de haberse instalado lámparas al lado de las máquinas. El propósito de las lámparas era mejorar la visibilidad, pero tuvieron el efecto contrario porque la luz se reflejaba en la madera pulida y en las mesas metálicas usadas para coser, y también en el material cosido. Al cambiar de lugar las lámparas, se eliminó el deslumbramiento y se mejora los síntomas visuales y desaparición de los dolores de cabeza. (68)

No “hay provisión de elementos de protección individual”, ni “ropa de trabajo”. Una forma de proveer seguridad al empleado en situaciones de riesgo es el uso de equipo de protección personal. Estos dispositivos son ideados para proteger a los empleados en caso de que ocurra un accidente o para aislar al empleado de una condición de riesgo (ruido, polvo, vapores, líquidos, etc.) que sea parte de una operación normal. El problema básico con los dispositivos de protección personal es que el individuo debe entender la necesidad de usarlo apropiadamente y mantenerlo en buenas condiciones. En situaciones donde los controles administrativos o de ingeniería aún no son efectivos para eliminar el riesgo, los dispositivos de protección personal deben ser provistos como la última línea de defensa para prevenir lesiones en el empleado. A los médicos laborales se les puede solicitar consulta por el profesional de seguridad acerca de las propiedades del dispositivo elegido o para asistir en la educación de los empleados acerca de la necesidad del equipo. Cualquier programa que provea equipo de

(67) Franco Lisi (1990). Manual de Medicina del Trabajo. Editorial Nemesi. Pag. 556 a 557.

(68) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 190.

protección personal a los empleados debe seguir los mismos procedimientos básicos. Primero, debe ser evaluado el riesgo para asegurar que el equipo será apropiado. Segundo, el mismo equipo debe ser revisado para verificar que cumple con todos los estándares gubernamentales aplicables de manufactura. Los empleados deben ser informados de los riesgos involucrados y ser entrenados en cómo usar el equipo de protección y mantenerlo apropiadamente. Los supervisores deben ser entrenados para asegurarse de que la protección es empleada todas las veces que se requiera. Deben ser colocados avisos de advertencia para informar a todos los trabajadores de la necesidad de protección. El profesional de seguridad, especialmente en el ambiente industrial, es responsable de numerosas inspecciones y del monitoreo periódico. (69)

Exposición a “olores desagradables” (por falta de cloacas) tanto en el consultorio de tocoginecología como en el estar médico (baño próximo). Los ojos, la nariz y la garganta son sensibles a los irritantes químicos (como gases, vapores, polvos y humos), de modo que la irritación de la mucosa origina los síntomas notificados con mayor frecuencia en ambientes laborales problemáticos. Otro tipos de irritantes químicos en el aire de la oficina (consultorio-estar médico) son los productos de la combustión (por humo de tabaco y aparatos que funcionan mal) y compuestos orgánicos volátiles (de los productos de limpieza, suministros y equipos de oficina). Todo esto origina muy comúnmente en los trabajadores rinitis irritante laboral. El tratamiento de esta consiste en reducir la exposición, medidas inespecíficas de sostén (por ejemplo, lavado nasal con solución salina) y a veces, esteroides tópicos. También se ha informado de alteraciones temporales y duraderas en la función olfatoria en trabajadores expuestos a una variedad de sustancias químicas industriales. La disfunción olfatoria por químicos incluye: defectos cuantitativos, incluida la hipoosmia (agudeza olfativa reducida), y defectos cualitativos como, la agnosia olfatoria (capacidad disminuida para identificar olores), como las aliosmias (sensaciones desagradables de olores agradables normales) y parosmias (olores inexistentes). Por consiguiente es importante eliminar los distintos olores, y en el caso concreto del Centro de Salud, la construcción de cloacas que evitarían muchos problemas a los trabajadores.

“Exposición a enfermedades de la piel”, del personal que trabaja en este establecimiento. Aunque la piel humana soporta muchas agresiones de una ambiente hostil, es el órgano que se daña con mayor frecuencia en la industria. Los trastornos de la piel comprenden más de 35% de todos los padecimientos laborales, y cada año afectan a un trabajador por cada 1000. No obstante, la notificación sigue siendo incompleta y la carga financiera para los trabajadores y patrones es sustancial. Casi todos los padecimientos laborales de la piel se deben al contacto con sustancias químicas. Las dermatitis de contacto son muy comunes. También son frecuentes las enfermedades virales, entre ellas la infección viral mas frecuente de origen laboral, es por herpes simple, y afecta a dentistas, asistentes dentales, médicos, enfermeras y técnicos. Está causada por el virus del herpes simple (VHS). Se transmite por saliva y secreciones faríngeas y laringotraqueales contaminadas. El uso de guantes, cubrebocas y lentes protectores desechables reduce el riesgo de infección en estos trabajadores. También la infección por *Candida*, sobre todo *Candida albicans*, es la micosis laboral más común. Su proliferación se ve favorecida por la humedad, la oclusión y la

(69) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 679 a 680.

irritación. Casi todas las infecciones adquiridas en el trabajo ocurren en las manos, sobre todo en las regiones paroniquias y en los espacios interdigitales. Las ocupaciones que requieren uso prolongado de guantes de caucho, como dentistas, médicos y técnicos y personal de limpieza, son los que tienen la incidencia más elevada de este problema. Las medidas de prevención para reducir la incidencia de dermatitis en el sitio de trabajo incluyen: identificación de los irritantes y alérgenos potenciales en el sitio de trabajo; sustitución o remoción de los químicos para prevenir recurrencias; medidas de protección personal; higiene personal y ambiental; educación para promover la conciencia acerca de irritantes y alérgenos potenciales, tanto en el trabajo como en el hogar; detección de salud previa al empleo y periódica a partir de entonces, y controles de ingeniería. Las encuestas en los lugares de trabajo, es un aspecto esencial, a menudo olvidado, en cuanto a la evaluación de pacientes con trastornos cutáneos laborales. La visita se centra no sólo en el sitio de trabajo del sujeto, sino que intenta cubrir también otras áreas. (70)

- Carga Mental:

Cuando hablamos de carga mental -o mejor dicho carga de trabajo mental- nos referimos a los requerimientos y exigencias del puesto de trabajo en cuanto a las actividades de tipo cognitivo, es decir de las que se originan en los mecanismos del pensamiento, teniendo en cuenta el límite de las capacidades mentales.

El “ajuste de tensiómetros”, y otros “equipamientos médicos” por el personal, constituye una ambigüedad de funciones y conflicto de funciones que repercuten en la salud mental de dichos trabajadores, especialmente como un factor estresante negativo. Por otro lado los recursos materiales escasos contribuyen a agravar esta situación. El estrés laboral es un problema de salud laboral de importancia creciente, y una causa importante de pérdidas económicas. Produce discapacidad psicológica y fisiológica manifiesta; sin embargo puede tener manifestaciones más sutiles que afectan el bienestar personal y los resultados de importancia para la organización. El costo de más peso de la enfermedad mental es indirecto y económico. Hay disminución de la productividad, costos de reemplazo y pagos por discapacidad. El estrés tiene causas múltiples. La respuesta al estrés debe verse como una interacción entre factores exacerbantes y modificadores. Casi todos los programas de manejo del estrés se centran en el individuo e intentan enseñar habilidades de adaptación para tratarlo o reducirlo. Estos programas se ofrecen a todos los empleados de una organización, o a los grupos objetivos. Se ha desarrollado una gran variedad de técnicas. La información se transmite por métodos que van desde sencillos folletos para autoestudio hasta la asesoría individual intensiva. Muchos de los programas se basan en sesiones grupales de capacitación. Los intentos educativos involucran la distribución de material escrito, conferencias, seminarios, campañas en carteles y muchos otros métodos. Los objetivos de los programas de estrés para centros de trabajo suelen educar a los empleados acerca de lo que es el estrés y sus efectos, aumentar la conciencia de la importancia que tiene el estrés en su vida y en su trabajo, y enseñar habilidades de adaptación para manejar o

(70) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 309 a 329.

reducir el problema. Estos programas están encaminados a identificar personas que estén en las fases tempranas de estrés, antes de que se convierta en un problema de salud importante. Resulta insuficiente incrementar la conciencia del estrés laboral sin enseñar habilidades específicas para mejorar la capacidad del individuo para manejar una situación estresante. Muchas de las técnicas de manejo del estrés implican enseñanza de técnicas de relajación o meditación; algunas resaltan la actividad física; y otras enseñan al individuo a estar conciente y a manejar las emociones que se presentan con situaciones estresantes. En algunos programas también se resalta la función que tiene el apoyo social que puedan brindar los cónyuges, los amigos y los compañeros.

“Tensión permanente, especialmente del Jefe del Centro de Salud”- médico clínico- por peligro de accidentes y/o siniestros (sobre todo eléctricos). Este estado repercute en el mismo también como un factor estresante. La investigación hecha, sobre todo en los países escandinavos, ha resaltado el desarrollo de criterios de un lugar de trabajo que proteja el bienestar físico y psicológico del individuo, y que permita volverse un experto en sus habilidades laborales. El énfasis se ha puesto en crear un buen ambiente de trabajo y no nada más en uno que carezca de factores estresantes adversos. Las intervenciones en los trabajadores han incluido intentos por mejorar el ambiente de trabajo, reducir la sobrecarga, aumentar la autonomía e incrementar el apoyo social. (71)

El “médico clínico, organiza y controla, en forma constante, el trabajo del equipo de salud”. Un tema común ha sido mejorar el trabajo en equipo. A los trabajadores se les ha dado mayor autodeterminación en la organización del trabajo a través de los círculos de calidad y de equipos de trabajo con responsabilidad compartida en la producción. También ha sido visto un incremento del apoyo social del trabajo en equipo. La rotación de trabajos ha sido una técnica contra el aburrimiento, lo que aumenta el entendimiento de los trabajadores en el proceso total de la producción.

Excesos de pacientes, sobre todo de la médica generalista, ocasiona muchas veces “apremio de tiempo” y las implicancias mentales que esto significa. Esto influye incrementando los factores estresantes en la misma. En la industria hospitalaria, la principal tensión se crea por las demandas conflictivas de una gran carga de trabajo y la necesidad de mantener estándares muy elevados ante situaciones cualitativas complejas. La capacidad para evaluar y medir el estrés en una organización ha surgido como resultado de la aplicación de encuestas en estos ambientes. Aunque son muchos los tipos de encuestas, cada vez se tiene más experiencia con las respuestas individuales agrupadas para crear un perfil de estrés en cada organización. Las diversas escalas de la encuesta sirven de indicador de las fuentes de estrés en la organización. Esta técnica ha sido usada con éxito para dirigir los tipos de intervención necesarios. Por ejemplo, una intervención organizacional en un hospital, como resultado, en parte, de los datos de una encuesta, dio lugar a que disminuyeran los reclamos de compensación de todos los trabajadores. (72)

(71), (72). Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 665.

La técnica de encuesta ha sido aplicada sobre todo para evaluar los factores estresantes para los individuos en una categoría laboral determinada. Se han hecho encuestas de estrés en policías, maestros de escuela, médicos, trabajadores sociales y conductores de autobuses. Con un instrumento validado, estos estudios llegan a ser muy reveladores en términos de la dinámica subyacente del estrés en dichas ocupaciones. Se han intentado muchas intervenciones para el estrés a nivel organizacional, aunque predominan los intentos con los empleados gerenciales y profesionales. En un estudio en trabajadores de una compañía de seguros se demostró que se reducían el ausentismo así como los conflictos y las ambigüedades de las funciones. La intervención consistió en incrementar el establecimiento de objetivos y aclararlos. Varios estudios muestran efectos positivos por el aumento en la participación de los empleados en la toma de decisiones y en el grado de dicha toma de decisiones. También es efectivo incrementar la autonomía percibida del tiempo para reducir el ausentismo y mejorar el desempeño laboral. (73)

El NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*) ofrece algunos lineamientos generales acerca del cambio en las organizaciones para prevenir el estrés laboral:

- Ajustar las cargas de trabajo a las capacidades de los trabajadores.
- Definir con toda claridad las funciones y responsabilidades.
- Diseñar trabajos que tengan sentido, sean estimulantes y permitan a los trabajadores hacer uso de sus capacidades.
- Promover las interacciones entre los trabajadores.
- Facilitar a los trabajadores la participación en decisiones que se refieren a sus tareas y cómo lograr realizar su trabajo.
- Establecer buena comunicación acerca de las cuestiones del sitio de trabajo. (74)

Aunque este tipo de intervenciones es promisorio para la prevención de los efectos del estrés en la fuerza laboral, todavía queda mucho por estudiar y documentar antes de que puedan recomendarse técnicas estandarizadas. Una revisión reciente de las intervenciones para el cambio en las organizaciones, no encontró evidencias convincentes totales de su efectividad en mejorar el bienestar de los empleados, ni en los resultados obtenidos por la organización. No obstante, algunos intentos de intervención han dado buenos resultados. Esta área sigue estando abierta para la investigación futura y para los intentos por evaluar las técnicas que, en forma consistente, hayan dado los mejores resultados. (75)

- Carga Psíquica:

Mientras que la carga de trabajo mental dependía fundamentalmente de los requerimientos cognitivos derivados de la organización de las tareas para quienes ocupan los puestos de trabajo, se va formando cierto consenso para afirmar que la carga

(73), (74), (75). Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 665 a 666.

psíquica, o los aspectos psico-sociales de la carga de trabajo, se relacionan muy estrechamente con el contenido del trabajo.

Se trata esencialmente de los aspectos afectivos y relacionales propios de los requerimientos de los puestos de trabajo en cuestión.

En varias ocasiones, “la gente que concurre a sacar número a dicho establecimiento (Centro de Salud N° 8) se torna impaciente y discute con el personal” (tanto administrativo como profesional). Esto contribuye a incrementar el estrés laboral y a producir cuadros de síndrome de Burn-Out (un tipo especial de estrés laboral e institucional generado específicamente por aquellas profesiones de ayuda y servicio social en las que existe una relación constante y directa con otras personas que son beneficiarios directos de su acción profesional). Entre los factores estresantes comunes en los sitios de trabajo, están los Organizacionales y dentro de ellos las comunicaciones inadecuadas y los conflictos interpersonales. Los efectos del estrés sobre la salud mental se presentan como un fenómeno continuo que varía desde síntomas subjetivos leves hasta la enfermedad psiquiátrica manifiesta. También hay una relación entre el grado de toma de decisiones y la frecuencia de lesiones. La contribución del estrés al abuso de sustancias también da lugar a accidentes. Hoy en día la combinación de demanda insatisfecha y mal humor social es explosivo; generando agresiones y episodios de tensión. Por consiguiente la prevención y el manejo del estrés laboral y Burn-Out es todo un desafío. La evidencia y la experiencia creciente apuntan a la necesidad de soluciones que se centren en los factores de las organizaciones que tengan un papel causal en el estrés laboral. Estas intervenciones suelen involucrar cambios en las empresas dirigidos a uno o varios factores: control de las tareas, definición de funciones, cargas de trabajo, apoyo social en el lugar de trabajo, etc. Casi todos los programas de manejo del estrés se centran en el individuo e intentan enseñar habilidades de adaptación para tratarlo o reducirlo. Una de las medidas que ha contribuido a disminuir la tensión social, en algunas circunstancias, es la permanencia del profesional de las distintas especialidades que van a atender, en ventanilla a la hora de dar números, en la cual establece un diálogo con el paciente y explica la situación de sobrecarga de la demanda; evitando situaciones más conflictivas.

Otro aspecto a tener en cuenta es el “poco reconocimiento social, por parte de la gente de la comunidad, hacia el personal que trabaja en la institución”. Esto hace entre muchos aspectos que se tenga poco respeto por el personal que trabaja en dicho Centro de Atención, tanto a nivel comunicacional como en la colaboración para dicho establecimiento de salud; incrementando los niveles de estrés laboral. Si bien siempre hay excepciones a esto, cada día es más común. El estrés es una parte natural y necesaria de la vida. Nos dice cuando algo no está funcionando bien. Nos motiva a tomar medidas y realizar los ajustes necesarios. Pero mucho estrés es perjudicial. Todo ámbito social donde una persona trabaja es un lugar donde los puntos fuertes y débiles del individuo se expresan en interacción social diaria. Es importante señalar que el estrés que se vive en el trabajo no proviene necesariamente del trabajo en sí. Parte del estrés se trae al lugar e trabajo, proveniente de situaciones personales o de conflictos interiores. La superabundancia de estrés en el mundo de hoy se debe en gran medida a un ritmo de vida en constante aceleración. El cambio continuo, la inseguridad, la confusión y los conflictos internos se reconocen como condiciones de la vida moderna en todo el mundo. Con frecuencia estos conflictos naturalmente llegan al lugar de

trabajo. No cabe duda de que las circunstancias disfuncionales de un lugar de trabajo en particular aumentarán la carga de estrés para todos los que trabajan ahí. Y los lugares de empleo pagan los problemas de estrés en el lugar de trabajo en término de disminución de la eficacia, disminución de los trabajadores, altos índices de recambio de personal y utilidades no percibidas. Es muy clara la relación que existe entre enfermedad, ausencia laboral y pérdida de la productividad. El estrés es una variable independiente que influye en estos últimos tres factores. Ya se comentó el caso del estrés como contribuyente de la enfermedad. No obstante, la ausencia laboral es un fenómeno complejo en el que participa no sólo un padecimiento orgánico, sino también factores de salud mental, motivación, satisfacción con el empleo y otros factores personales y laborales. Algunas investigaciones han demostrado una relación entre los factores estresantes de las organizaciones, como un trabajo de alta demanda y poco control, y el ausentismo consecuente. Sin embargo, los resultados de las investigaciones acerca del estrés y ausentismo han sido mixtos. Algunos señalan que los factores estresantes predicen ausencias relacionadas con visitas al médico, más no de otro tipo. La productividad en el trabajo es una función sensible al estrés. La producción disminuida o retrasada, y el desempeño ineficiente, pueden ser manifestaciones del estrés. La declinación en la producción de una empresa o individuo debe alentar la búsqueda de factores laborales estresantes. Un programa de manejo del estrés promueve el aumento de la asistencia y de la productividad. Esto se ha demostrado con experimentos que aumentan la participación de los empleados en la toma de decisiones. Pero ¿cómo se pueden identificar los problemas que son solucionables? .Y ¿cómo la comunidad puede manifestar mas reconocimiento social?. Una manera sería llevar a cabo una encuesta de la comunidad que asiste al Centro de Salud. Puede ser un medio positivo de comunicar inquietudes y hallar soluciones que tengan como resultado una mayor satisfacción de la gente y de los empleados. Mediante la cual se podrán establecer pautas para alcanzar las inquietudes de la gente que acude a dicha institución de salud.

h) *Síndrome de Burn-Out:*

- Afectación del Personal por este Síndrome:

“Tanto el médico clínico, como la médica generalista y una de las enfermeras (turno tarde) había sentido en oportunidades: pérdida progresiva de la energía, desgaste, agotamiento y fatiga”. Abordar el tratamiento del burn-out es como empezar por el final de la película que termina mal. Con esto se quiere decir que llegar al tratamiento concreto del sujeto que padece este síndrome es haber fracasado en ese proceso que es el trabajo en el seno de una organización, por lo tanto no se pueden pensar estrategias individuales sin estrategias institucionales. Por consiguiente, las medidas para su tratamiento deben ser a dos puntas teniendo como concepto que el tratamiento del “burn-out” es su “prevención” puesto que cuando se presenta ya se quemaron todas las etapas de adaptación individual. Es importante destacar que, si bien la información acerca de la insalubridad del trabajo de cuidadores de la salud es uno de los pivotes de la prevención, este conocimiento tiene el riesgo de descargar en el trabajador la responsabilidad de su cuidado y de las eventuales complicaciones vinculadas al estrés,

tornándolo como sujeto pasivo respecto de la organización-institución en la que está inserto, cumpliendo esa función cuidadora.

“El médico clínico y la médica generalista presentaron síntomas físicos y psíquicos, aunque “no conductuales”; mientras que la enfermera (turno tarde) presentó estos últimos (como conductas impulsivas y aumento de consumo de café)”. “El administrativo presentaba algunos síntomas incipientes”. Existen algunas estrategias de abordaje que ya hemos mencionado anteriormente. a) Atenuación de las circunstancias peligrosas: I) Estrategias de Educación para la Salud, II) Intervenciones a nivel del diseño o estructura del trabajo, b) Provisión de servicios para la superación sana: III) Intervenciones o estrategias grupales, IV) Intervenciones a nivel individual. (76)

i) *Estrés Laboral:*

- Presentación del mismo, por la gente que trabaja en dicha institución:

“El médico clínico refirió situaciones conflictivas (como presiones laborales y en algunas ocasiones falta de colaboración del personal a su cargo)”. Ha habido mucha investigación encaminada a esclarecer las relaciones entre el estrés y enfermedad. Aunque la evidencia epidemiológica que asocia al estrés laboral con varios estados patológicos es buena, los mecanismos fisiopatológicos siguen siendo oscuros, y en la mayor parte de las situaciones, no se ha logrado demostrar una clara relación causal. Como se mencionó antes, la pregunta acerca de la forma en el estrés produce enfermedad ha generado muchos modelos. Además, continúa la investigación para determinar las vías fisiológicas a través de las cuales el estrés produce patología. Se ha hablado de mediadores neurológicos, inmunológicos y endocrinos. A menudo se cita al eje hipotálamo-hipófisis, al sistema nervioso autónomo y a la respuesta de las catecolaminas, como los sistemas sensibles al estrés. Estos y otros mediadores neurológicos, endocrinos e inmunológicos son actores importantes en la cadena de eventos que da lugar a los padecimientos cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinos y a otros en potencia relacionados con el estrés. La prevención y manejo del estrés laboral es todo un desafío. Los intentos por intervenir para controlar el estrés a nivel individual, grupal u organizacional han tenido resultados mixtos. Los programas para el manejo del estrés, tienden a centrarse en soluciones a nivel individual. Otra técnica es brindar a los individuos o grupos de trabajo, capacitación y educación en técnicas de ajuste y adaptación. La tendencia y la experiencia creciente apuntan a la necesidad de soluciones que se centren en factores de las organizaciones, que tengan un papel causal en el estrés laboral. (77)

(76) Salud para Todos. Mensuario de Salud y Acción Social. Editado por Fundación F.E.M.E.H. Año 9. N°91. Abril de 2001. Buenos Aires Pag. 2 a 4.

(77) Joseph LaDou (2005). Diagnóstico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Pag. 662 a 666.

“Tanto las enfermeras como el médico tocoginecólogo presentan - incertidumbre- del futuro laboral”. El peligro del desempleo es otro de los factores estresantes comunes en los sitios de trabajo, considerados de desarrollo profesional. Si bien este factor depende de las autoridades, en la cual el empleado y la organización tienen poco poder de resolución, es importante actuar a nivel individual pero sin dejar de la lado las intervenciones a nivel grupal u organizacional. Es importante intervenir utilizando programas para controlar el estrés a nivel individual, grupal u organizacional. Dentro de los programas individuales, las técnicas individuales para el manejo del estrés están: los ejercicios de respiraciones profundas, ejercicio y actividad física, meditación, ejercicios de relajación progresiva, yoga, etc.; y como habilidades para adaptarse al estrés: entrenamiento asertivo, resolución de conflictos, toma de decisiones y habilidades para la solución de conflictos, establecimiento de objetivos y prioridades, entrenamiento de habilidades interpersonales, manejo del tiempo, etc. Aunque las patronales han introducido programas para el manejo del estrés dirigido a los individuos, son muy pocos los intentos hechos para centrarse en la “organización como el paciente”. El campo de las intervenciones a nivel organizacional es relativamente nuevo. En las técnicas a nivel organizacional, el objetivo es reducir los factores estresantes de la propia organización. Por ejemplo se dirigen intervenciones para modificar las estructuras jerárquicas, aumentar el estilo de comunicación, involucrar a los empleados en la toma de decisiones o aclarar las funciones en el trabajo. El énfasis se ha puesto en crear un buen ambiente de trabajo y no solo en uno que carezca de factores estresantes adversos. Como se ha mencionado anteriormente el NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*) ofrece algunos lineamientos generales, acerca del cambio en las organizaciones para prevenir el estrés laboral.

j) *Mobbing (Acoso Moral)*:

- Manifestación del Mobbing:

“El médico clínico había sentido en alguna ocasión, rechazo en la comunicación”. Para reconocer que nos encontramos frente a una situación de acoso laboral, existen tres elementos determinantes, a saber: ***Rechazo de la comunicación directa con la víctima; Aislamiento; e Intención de causar daño.***

Por consiguiente -en el médico clínico- se había dado el primero de estos tres elementos; en la cual los otros dos elementos pueden estar solapados o difíciles de determinar.

El rechazo de la comunicación directa con la víctima, se pone en evidencia porque existe una negación a la comunicación directa, sin embargo, se habla sobre ella y de ella; aparece la calumnia, la estigmatización.

En cualquier organización humana, puede existir el riesgo de aparición de comportamientos relacionados con el acoso laboral. Una política preventiva eficaz incluirá la evaluación de los riesgos psicosociales en el mismo nivel que la de los riesgos de seguridad e higiene. La gestión de prevención debe dirigirse a la mejora de la calidad de vida laboral, a la vez que se garantiza y defiende la dignidad de las personas en el entorno laboral.

Están dadas las condiciones para el cambio: en el marco teórico, con una

descripción pormenorizada de las obligaciones del empleador y su solidaridad en los casos de no adoptar, en lo inmediato, medidas o acciones apropiadas para corregir las situaciones de violencia. Desde lo práctico, las sanciones disciplinarias y el despido con justa causa para aquel acosador que resulte responsable de los hechos de hostigamiento parecen ser el encuadre adecuado. Desde lo comunicacional, se imponen un contacto fluido con el trabajador o su organización sindical para la denuncia ante el superior jerárquico en la propia organización y modernas técnicas de diagnóstico que permitan detectar el conflicto. Es fundamental también contar con un sistema de indemnizaciones especiales para aquellas situaciones particulares que específicamente contemple la ley, con un procedimiento especial de tutela contra la violencia laboral, que podrá conllevar la suspensión temporal de la relación laboral, lo que no implicará afectación del derecho del trabajador a percibir íntegramente su remuneración. Finalmente, la negociación, que se apoyará en un programa de facilitación diseñado para ayudar y combatir las situaciones de acoso laboral de modo interdisciplinario y con la experiencia de profesionales idóneos en la materia, echará mano a herramientas de programación neurolingüística, pensamiento lateral, creatividad, liderazgo y coaching (enseñando, entrenando) para facilitar y llevar adelante la gestión del mobbing. Dentro de la organización, el acento se pondrá en la prevención que, permite bajar costos y llevar adelante una política de mejora de las relaciones humanas, que conforman el verdadero capital de cualquier organización. Este flagelo del siglo XXI tiene diagnóstico: se está trabajando en su tratamiento, y existen distintas alternativas de paliación, solo hace falta arriesgarse al cambio. (78)

La revista de la OIT, nro. 45, de diciembre de 2002, publica un artículo titulado “Violencia en el lugar de trabajo en el sector de la Salud: presentación de nuevas directrices”; donde pone de manifiesto que la violencia en el lugar de trabajo aflige a uno de cada dos de los 40 millones de trabajadores de la salud de todo el mundo. Ante esta situación, se ha puesto en marcha una nueva iniciativa en el marco de un programa conjunto de organizaciones especializadas en el ámbito del trabajo, la salud y los servicios públicos, con el propósito de ayudar a estos profesionales a combatir el miedo, las agresiones, la humillación e incluso el homicidio en sus lugares de trabajo. En Ginebra, durante una reunión celebrada en la sede de la OIT, en octubre de ese año; el grupo de trabajo conjunto compuesto por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Internacional de Servicios Públicos (IPS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) dio a conocer las “Directrices marco para tratar la violencia laboral en el sector salud”. Esta iniciativa se adopta como respuesta al acuciante problema de la violencia en los hospitales y otros centros de salud de los países en desarrollo y desarrollados de todo el mundo. Las investigaciones realizadas ponen de manifiesto que cerca del 25% de los incidentes violentos en el trabajo se produce en el sector de la salud, y que más del 50% de los profesionales de la atención sanitaria ha experimentado incidentes de este tipo. Vittorio Di Martino, especialista en seguridad y salud internacional, ha estudiado la violencia que sufren las

(78) Viviana Laura Díaz (2007). Acoso Laboral
¿Un flagelo negociable? Editorial Quórum.
Buenos Aires. Pag. 127 a 134.

personas en el lugar de trabajo y afirma que los datos que se conocen hasta el momento son sólo la punta del iceberg. Según este experto, resulta cada vez más evidente el enorme coste que entraña la violencia en el trabajo para las personas, el lugar de trabajo y la comunidad en su conjunto. La violencia en los sectores relacionados con la salud va mucho más allá de las agresiones o las ofensas individuales, pues pone en peligro la calidad de la atención de la salud, la productividad y el desarrollo. Di Martino asegura que en el sector salud, las consecuencias de la violencia en el trabajo repercuten considerablemente en la eficacia de los sistemas de salud, sobre todo en los países en desarrollo. De acuerdo con la Comisión Europea, en las directrices se define la violencia en el lugar de trabajo como los “incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los viajes de ida y vuelta al trabajo, que pongan en peligro explícita o implícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”. Si bien la violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema grave en todos los sectores de servicios, los informes ponen de manifiesto que los profesionales de la salud se encuentran entre los que sufren mayores riesgos: - en los Estados Unidos, los trabajadores de la atención sanitaria se enfrentan a un riesgo 16 veces mayor de sufrir incidentes violentos que los trabajadores de otros servicios. En este país, más de la mitad de las denuncias de agresión en el lugar de trabajo se produce en el sector de la salud; - en el Reino Unido, casi el 40% del personal del Servicio Nacional de la Salud dijo haber sufrido intimidaciones en 1998; - en Australia, el 67,2% de los profesionales de la salud fue objeto de violencia física o psicológica en 2001; la violencia generalizada en el trabajo contra el personal de la salud no se limita a los países industrializados. Más de la mitad de los agentes de salud de Bulgaria (75,8%), Sudáfrica (61%) y Tailandia (54%), así como el 46,7% de los trabajadores sanitarios de Brasil; sufrieron al menos un incidente de violencia física o psicológica en 2001; los estudios también ponen de relieve que la violencia psicológica en el lugar de trabajo, que abarca los abusos verbales, la intimidación y el acoso moral, es más frecuente que la violencia física, y que entre el 40 y el 70% de las víctimas muestran síntomas de estrés considerables; la violencia en el lugar de trabajo afecta a hombres y mujeres de todos los grupos de profesionales y entornos laborales del sector de la salud. Sin embargo, la mayor tasa de incidencia de delitos corresponde al personal de ambulancias, las enfermeras y los médicos. Los grandes hospitales de las zonas residenciales, densamente pobladas o con un alto índice de criminalidad; así como los que se encuentran en lugares apartados, son particularmente vulnerables; - en muchos países escasean los procedimientos de notificación, y no se persigue a los agresores. Las estrategias de lucha contra la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud aún tienen un largo camino por delante, empezando por la sensibilización y la mejora de la comprensión del problema entre el personal de atención sanitaria y otras partes interesadas, a todos los niveles. Las directrices tienen como finalidad ayudar a todos los responsables de la seguridad en el lugar de trabajo, ya sean gobiernos, empleadores, trabajadores, sindicatos o entidades profesionales, y al público en general. (79) En

(79) Francisco Javier Abajo Olivares (2006). Mobbing. Acoso Psicológico en el Ámbito Laboral. Editorial Lexis Nexis. Buenos Aires. Pag. 315 a 318.

particular muestran la manera en que el personal de atención sanitaria puede abordar el problema de la violencia en este sector, examinar los distintos tipos de intervención, lograr la implicación de todas las partes interesadas de una manera coherente, no discriminatoria y respetuosa con las particularidades culturales y las cuestiones de género; determinar, evaluar y disminuir los riesgos a través de medidas preventivas, así como reducir al mínimo las repercusiones de la violencia y evitar que ésta se repita. En las directrices da prioridad al desarrollo de una cultura del lugar de trabajo centrada en la persona y basada en la dignidad, la ausencia de discriminación, la igualdad de oportunidades y la cooperación, que incluyan una declaración sobre formulación de políticas de tratamiento de la violencia en el trabajo, a cargo de los altos directivos de cada centro, así como iniciativas de sensibilización en todos los ámbitos. (80)

(80) Francisco Javier Abajo Olivares (2006). Mobbing. Acoso Psicológico en el Ámbito Laboral. Editorial Lexis Nexis. Buenos Aires. Pag. 315 a 318.

CAPITULO VIII

LL. Estrategias de Mejoramiento.

Establecidas las distintas propuestas preventivas; se utilizará la selección de estrategias para mejorar las CyMAT en el Centro de Salud N° 8 (Altos de San Lorenzo).

Dado que los recursos son escasos, se implementará un análisis de fuerzas para maximizar el impacto.

a) *Introducción:*

La selección de estrategias de mejoramiento tiene como objetivo describir el mejor camino para lograr el resultado esperado. Para ello se aprovecha las fuerzas existentes para maximizar el impacto de las acciones mediante la óptima utilización de los recursos.

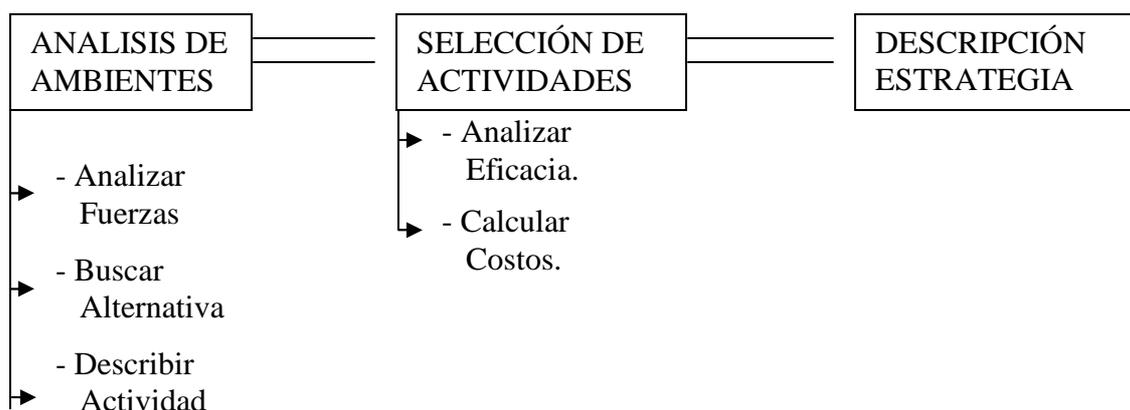
Para tomar entre varias actividades o estrategias para conseguir el mismo resultado, se realizan los siguientes pasos:

Primero tendremos que analizar las **actividades posibles** para lograr el resultado esperado para resolver un problema. (81)

Se realiza **analizando las fuerzas**, tanto internas a la institución, como externas a ella, que van a condicionar nuestra acción. Esto es un paso importante para poder **describir alternativas** creativas.

Después analizaremos la **factibilidad** de estas actividades alternativas para poder lograr nuestros objetivos mediante un estudio de **costo eficacia operacional**. Este estudio consiste, para cada población cubierta, en realizar un análisis de la **eficacia y costos relativos**.

Cuando conocemos el costo/eficacia de las varias actividades posibles, podremos seleccionar las que vamos a desarrollar y **describiremos la estrategia** para lograr el objetivo.



(81) Fred R. Berry, La matriz DOFA, la Gerencia Estratégica, LEGIS, 1988. P. Scholtes, El Manual del Equipo, Joiner, 1991. K. Vanormelingen y A. Narváez, Curso de Gerencia de Calidad Total, Quito, 1993.

b) *Objetivo General:*

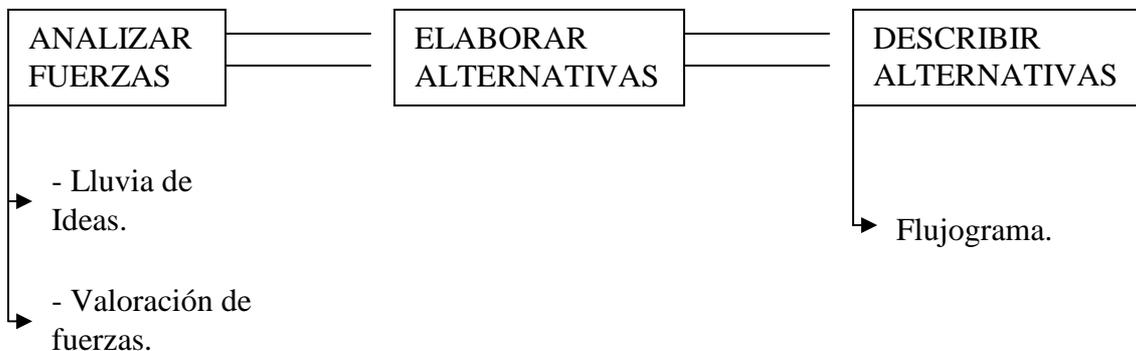
Obtener las mejores alternativas para solucionar los problemas.

c) *Objetivos Específicos:*

- 1.- Describir los pasos necesarios para la selección de alternativas.
- 2.- Realizar el análisis de ambientes aplicando las técnicas de lluvia de ideas para la valorización de FUERZAS.
- 3.- Elaborar las alternativas propuestas utilizando la matriz DOFA (o FODA)- es el acrónimo de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas-.
- 4.- Describir las actividades correspondientes a las alternativas escogidas, de una forma sistematizada y utilizando flujogramas de “arriba-abajo”.

d) *Resultados Esperados:*

- 1.- Listado de fuerzas internas y externas, favorables y desfavorables para cada objetivo específico seleccionado.
- 2.- Llenado de la matriz DOFA (o FODA) con las alternativas seleccionadas.
- 3.- Flujograma descriptivo de las actividades de las alternativas seleccionadas.



Para poder conseguir los resultados esperados, primero se tienen que describir las actividades posibles que tomen en cuenta las fuerzas internas a la institución y externas a ella. Se hará mediante la matriz DOFA (o FODA) y el Flujograma.

e) *Análisis de Fuerzas:*

Para cada resultado, previamente seleccionado en el “Análisis de Problemas”, se necesita analizar con mucho cuidado cuáles son las fuerzas que van a intervenir en pro o en contra, y que nos permitirán conseguir nuestro objetivo o impedirlo.

Cabe recordar que el Problema seleccionado, y consensuado por el equipo de salud fue “*Malas Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*”, en el Centro de Salud N° 8 (Altos de San Lorenzo).

Estas fuerzas pueden ser internas como externas a la institución, como pueden ser positivas o negativas.

Las **fuerzas externas a la institución** son las tendencias sociales, culturales, políticas, tecnológicas o competitivas. Las que benefician a la organización son **oportunidades**, las que son dañinas para ella son **amenazas**.

Las **fuerzas internas a la institución** son condiciones de gerencia, mercadeo, investigación, desarrollo, finanzas, o de producción. Las que nos dan ventajas para conseguir el objetivo son **fortalezas**, las que nos pueden impedir lograrlo son **debilidades**.

f) *Procedimiento:*

Los **pasos** a darse para el análisis de ambientes serán los siguientes:

- Aclarar cuál es el **resultado** que queremos conseguir. Establecido el problema, se tratará de revertir esta situación, tratando de “*Mejorar las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*”.
- Realizar una **lluvia de ideas** para descubrir todas las fuerzas presentes, sin tratar de organizarlas o valorarlas. Se trata de tener una lista de las condiciones internas o externas que afectan nuestras actividades, y no de las actividades mismas. Conforme se mencionan las ideas se las va anotando en el rotafolio.
- **Valorar** todas las fuerzas para saber si son **externas** o **internas**. Si se tienen dudas, se analizará quienes son los actores que actúan sobre las fuerzas. Si se tiene control sobre la condición, quiere decir que la fuerza es interna, caso contrario será externa. Se anotarán en rotafolio.
- **Valorar** si las fuerzas son **favorables o positivas** y **no favorables o negativas**: En este paso, puede pasar que no se esté seguro si la fuerza es positiva o negativa. En este caso, es muy probable que la descripción de la fuerza fue imprecisa, y que se tratan en realidad de ambos tipos de fuerzas. En el rotafolio, se anotará con un signo positivo o negativo el tipo de fuerza.

g) *Buscar Alternativas:*

Para ayudar a descubrir cuales pueden ser las alternativas posibles para lograr el objetivo, y que además tomen en cuenta las fuerzas que condicionen la acción, podemos utilizar la **matriz DOFA**, que permitirá sistematizar la búsqueda.

MATRIZ DOFA o FODA

		INTERNAS	
		FORTALEZAS F1 F2 F3	DEBILIDADES D1 D2 D3
E X T E R N A S	OPORTUNIDADES 01 02 03	Alternativa FO Alternativa: Fortaleza y Oportunidad	Alternativa DO Alternativa: Debilidad y Oportunidad
	AMENAZAS A1 A2 A3	Alternativa FA Alternativa: Fortaleza y Amenaza	Alternativa DA Alternativa: Debilidad y Amenaza

DOFA
Alternativa con más de 2 fuerzas

La matriz se compone de 9 casillas:

- En las dos casillas superiores se indicarán las **fortalezas y debilidades** internas a la institución dándoles una numeración.
- En las dos casillas verticales a la izquierda, se anotarán las **oportunidades y amenazas** externas a la institución con numeración.
- Las cuatro casillas centrales sirven para anotar las alternativas posibles que nos permitan lograr nuestro objetivo, tomando en cuenta las fuerzas condicionantes, se trata de :
 - Alternativa **FO** que utilizan fortalezas de la institución y aprovechan las oportunidades.
 - Alternativa **FA** que utilizan fortalezas y tratan de disminuir las amenazas.
 - Alternativas **DO** que aprovechan oportunidades para tratar de disminuir las debilidades.
 - Alternativas **DA** que tratan al mismo tiempo de disminuir la influencia de las debilidades y de las amenazas.
- No siempre es posible imaginar alternativas para cada una de las situaciones, pero en la medida de las posibilidades, se tratará de imaginar por lo menos una actividad para cada casilla. De la misma manera, ciertas actividades pueden ser centradas en la medida que puedan combinarse **más de dos fuerzas**. En este caso, puede crearse una novena casilla (**DOFA**) en el centro de la matriz para anotar estas actividades.

h) *Pasos Prácticos:*

- **Anotar** las diferentes **fuerzas** analizadas en la etapa anterior en cada una de las casillas superiores y de la izquierda, dándoles una numeración.
- Utilizar la creatividad y la imaginación, pero siendo realistas, al mismo tiempo, se tratará de **imaginar alternativas** que permitan utilizar las diferentes fuerzas.
- **Anotar** estas **alternativas** en las respectivas casillas mencionando cuáles son las fuerzas que se quieren utilizar mediante la numeración.

Puede suceder que en la discusión con el equipo de salud, aparezcan otras fuerzas que no fueron sistematizadas en la lluvia de ideas inicial. En este caso, se las tomará en cuenta, o se les anotará en su debida casilla.

A cada alternativa que se proponga, se analizará si es coherente con su misión, caso contrario, o se revisará la misión, o se descartará la alternativa.

- Para el objetivo propuesto: **“Mejorar las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo”**.

		INTERNAS	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES
		F1 Tiempo disponible del personal. F2 Personal del Centro de Salud con conocimientos sobre CyMAT. F3 Motivación del personal.	D1 Incremento de la Demanda. D2 Pocos recursos económicos propios. (Caja Chica, etc.).
E X T E R N A S	OPORTUNIDADES	Alternativa FO Alt. 1 “Charlas informativas sobre Riegos de CyMAT en el Centro de Salud” F1+F2+F3+O3	Alternativa DO Alt.1. “Mejoramiento de la Infraestructura y de los Riesgos de las CyMAT del Centro de Salud”. O1+O2+D2
	AMENAZAS	Alternativa FA Alt. 1 “Capacitación externa (Industrias y Facultades) sobre CyMAT del personal del Centro de Salud” F1+F3+A1	Alternativa DA Alt. 1 “Campañas esporádicas de la S.R.T., A.R.T. y entidades relacionadas, sobre CyMAT. A1 +D1
		DOFA Alt. 1 “Informarse por los distintos medios sobre CyMAT”. (Libros, revistas, radio, T.V., etc.)	

i) *Descripción de Alternativas:*

Después de haber realizado la sistematización de las posibles alternativas para conseguir el resultado esperado, se realizará una cuidadosa descripción de las actividades posibles, ya que se analizará su factibilidad mediante el estudio de costo-eficiencia en la siguiente etapa.

En este paso, pueden eliminarse por supuesto las alternativas que no sean realistas o factibles (por sentido común), o que no corresponden a su misión, para disminuir la cantidad de alternativas que tendrán que analizarse en una etapa posterior.

Para la descripción de actividades se tomará en cuenta lo siguiente:

- ¿**Qué** actividad queremos realizar?.
- ¿**Quién** va a realizar la actividad?.
- ¿**Para quién** se la realiza?.
- ¿**Dónde** se la realiza?.
- ¿**Cómo** se la realiza?.
- ¿**Cuántas** veces?.

Para sistematizar la información se utilizará el **diagrama de flujo** de arriba-abajo.

Un **diagrama de flujo arriba-abajo** es una descripción de los pasos más importantes de un proceso. Al limitar la cantidad de información que se usa en el diagrama, el flujograma les obliga a concentrar su pensamiento en aquellos pasos que sean absolutamente necesarios para el proceso.

Para construir un diagrama de flujo arriba-abajo, es necesario enumerar primero los pasos principales de cada proceso que se está estudiando. Se deben terminar con no más de seis o siete pasos. Y se escribirán estos pasos a lo largo de la parte superior de la hoja. A continuación se indicarán debajo de cada uno los **subpasos** principales (no más de seis o siete).

Es así que se realizará un “**Flujograma**” de: “*Charlas Informativas sobre Riesgos de CyMAT en el Centro de Salud*”.

FLUJOGRAMA

“**Charlas Informativas sobre Riesgos de CyMAT en el Centro de Salud**”

- **¿Qué** actividad queremos realizar?.

“Charlas Informativas, sobre Riesgos de CyMAT en el Centro de Salud”

- **¿Quién** va a realizar la actividad?.

Debido a que en dicho Centro hay dos especialistas en Medicina Laboral, y uno de ellos (tocoginecólogo) tiene conocimientos sobre los Riesgos de CyMAT, es el más indicado para desarrollar los encuentros de capacitación.

Alternativamente se desarrollarán gestiones para contar con personal capacitado en CyMAT, proveniente de la U.N.L.P. y otras entidades que posean conocimientos sobre esta problemática.

- **¿Para quién** se la realiza?.

Para el equipo de Salud de dicho Centro de Atención Primaria.

- **¿Dónde** se la realiza?.

En el Estar médico, donde se reúne el equipo de atención.

- **¿Cómo** se la realiza?.

Con algunos métodos didácticos, utilizando algunas técnicas educativas como *las Charlas, la Discusión en grupo y la Lluvia de ideas*. Como las mismas tienen ventajas, y desventajas, se implementarán las mismas teniendo en cuenta el interés y la participación del equipo de salud.

La Charla: tiene las siguientes ventajas, es relativamente simple de organizar, se puede usar con grupos, despierta el interés del público y curiosidad, y además se pueden usar diversos oradores. Entre las desventajas: están la participación pasiva de la audiencia, difícil de contar con buenos charlistas, difícil de medir el aprendizaje, y el aburrimiento puede causar deserción. Entre las sugerencias de la misma tenemos: distribuir hojas de resumen, y si es posible ilustrar usando el pizarrón y otras ayudas visuales, es conveniente siempre dejar tiempo para preguntas y discusión final de la charla.

Discusión en grupo: entre las ventajas tenemos: que enriquece el aprendizaje a través del intercambio de ideas y experiencias, desarrolla sentido de solidaridad, cooperación, tolerancia y comprensión, además propicia oportunidades para despejar errores y mitos, con discreción. Las desventajas son: que requiere un moderador capacitado, fácil de caer en disgregaciones. Algunos participantes tienden a monopolizar la discusión. Entre las sugerencias tenemos: hay que definir claramente el problema a discutir, seleccionar buenos coordinadores, y hay que establecer los procedimientos que el grupo debe seguir, hay que cerciorarse de que la participación sea amplia, se debe resumir los resultados de la discusión, y además el grupo debe evaluar la calidad y sugerir mejoras.

Lluvia de ideas: las ventajas son: que ayuda a eliminar discusiones excesivas y digresiones del tema principal, estimula la participación de los tímidos y retraídos, y se ejecuta en poco tiempo. Las desventajas son: que requiere de un coordinador capacitado y con experiencia en el manejo de esta técnica, es más apropiado para audiencias de mayor educación, y no se puede utilizar en grupos numerosos. Entre las sugerencias es importante: asegurarse que el grupo entienda la técnica, reconozca todas las ideas, y es conveniente usarla en combinación con otras técnicas menos directivas. (82)

Se realizarán **fundamentalmente Charlas Informativas, y accesoriamente la Discusión en grupo y la Lluvia de ideas**, cuando las circunstancias lo requieran.

- **¿Cuántas veces?**

Se realizaran varios encuentros, con un mínimo de tres, en donde se intercalarán las Charlas, la Discusión en grupo y la Lluvia de ideas.

Si bien el “Mejoramiento de la Infraestructura y los Riesgos de las CyMAT del Centro de Salud” sería la alternativa más conveniente, está sujeta a los recursos económicos que dispone el municipio, y poco puede hacer el personal de dicho Centro de Atención. Existe la posibilidad de contar con un “Presupuesto Participativo”, pero dichos fondos de cualquier forma son girados por el municipio para las distintas obras que se deban realizar.

Es por ello que dado los “escasos recursos económicos” que se disponen, y con la fortaleza interna de personal capacitado para desarrollar los distintos encuentros, al igual que la motivación del personal y el tiempo disponible de algunos integrantes del mismo Centro de Atención, como así también con la posibilidad de contar alternativamente con personal capacitado en CyMAT de la U.N.L.P. y otras entidades, es que se tomó como más viable las “**Charlas Informativas sobre Riesgos de CyMAT en el Centro de Salud**”.

(82) “Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud”. OPS Serie Paltex, N° 11, Inventario de técnicas educativas, Métodos didácticos pag.: 24,39 y 198.

FLUJOGRAMA

“Charlas Informativas sobre Riesgos de CyMAT en el Centro de Salud”

Programar	Comunicar	Desarrollar Teoría	Realizar Práctica	Informar
Determinar los integrantes del Equipo de Salud que asistirán a los encuentros.	Difundir los temas a desarrollar.	Presentar el/ los tema/s seleccionados.	Preparar material.	Realizar informe de los temas tratados.
Establecer los temas a tratar, sugeridos por el Equipo de Salud.	Informar lugar.	Calcular la duración del/ los encuentro/s.	Enseñar su utilización.	Evaluar resultados de los encuentros y satisfacción de la audiencia.
Fijar cita.		Desarrollar el/los tema/s establecidos. Clarificar dudas planteadas.		

j) *Desarrollo de Pasos del Flujoograma:*

1) Programar:

- *Determinar los integrantes del Equipo de Salud que asistirán a los encuentros:*

No se estableció número de integrantes, ya que se decidió escribir en el pizarrón de dicho Centro de Atención que se iban a desarrollar distintos temas de las Condiciones y Medio Ambiente de trabajo (CyMAT), y que la asistencia era voluntaria, para todo aquel integrante del equipo de salud, en que tuviera interés por dicha temática.

Las “Charlas Informativas” tuvieron mucho éxito, ya que acudió más del 80% del personal de dicha institución.

- *Establecer los temas a tratar, sugeridos por el Equipo de Salud:*

Se consultó con el personal, los temas de más interés, relacionados con las CyMAT, siendo sugerida una charla informativa de las “Condiciones de trabajo”, como así también del “Medio Ambiente y sus Factores de Riesgo” presentes; sobre “Síndrome de Burn-Out”, otra de “Estrés Laboral” y una finalmente de “Mobbing” (Acoso Moral).

- *Fijar cita:*

Los días sugeridos para realizar dichos encuentros fueron fijados los días lunes por la tarde, dado que era el día y turno más adecuado para contar con mayor cantidad de integrantes del equipo de salud.

2) Comunicar:

- *Difundir los temas a desarrollar:*

Los temas a explicar, permanecieron en el pizarrón del estar de la institución hasta la realización de la temática correspondiente, con tres semanas de anticipación, es de aclarar que es un lugar en donde todo el personal, puede enterarse de todo tipo de información. Por consiguiente el equipo de salud en su totalidad tuvo acceso a dicha información.

- *Informar lugar:*

Se desarrollaron en el estar médico y en el consultorio del Jefe de dicho Centro de Salud.

3) Desarrollar Teoría:

- *Presentar el/los tema/s seleccionados:*

Se presentaron los temas seleccionados, con gran interés del personal y participación por los distintos integrantes del equipo de salud, que asistieron a dichas reuniones.

- *Calcular duración del/los encuentro/s:*

Los mismos tuvieron una duración de 45 minutos.

- *Desarrollar el/ los tema/s establecidos:*

Pautados los mismos, fueron desarrollados los días y horas fijadas (14 hs.).

- *Clarificar dudas planteadas:*

Como se mencionó anteriormente la participación de los integrantes del equipo de salud que asistieron a dichos encuentros fue activa y las preguntas muy variadas, en la que surgieron importantes y variadas dudas que fueron respondidas durante y al finalizar las charlas.

4) Realizar Práctica:

- *Preparar material:*

Se realizaron distintos casos clínicos prácticos y se pidió a los asistentes que analizaran los casos con las conclusiones correspondientes.

Además se brindó distinta bibliografía sobre la temática explicada.

- *Enseñar su utilización:*

Se explicaron los distintos Test para medir las distintas problemáticas planteadas, con los distintos ítems, necesarios para su evaluación.

Del mismo modo se trabajó con los distintos casos clínicos, obteniendo amplia participación y satisfacción de los concurrentes.

5) Informar:

- *Realizar informe de los temas tratados:*

Los participantes en los distintos encuentros, realizaron un informe de los temas tratados, en los cuales se puso de relieve, la comprensión de los temas explicados así como también el gran interés demostrado.

- *Evaluar Resultados de los Encuentros y Satisfacción de la Audiencia:*

Dichos encuentros tuvieron un resultado positivo, ya que en todo momento el personal participó activamente y demostró interés por la problemática planteada, así mismo se sintieron muy motivados y plenamente llenó sus expectativas, como fueron puestas de relieve con los comentarios vertidos luego de finalizados los mismos.

M. Partidas Presupuestarias Municipales.

Simultáneamente con los distintos encuentros realizados en el Centro de Salud, las autoridades municipales decidieron establecer mejoras barriales, en distintos puntos de la ciudad, para ello se estableció la modalidad de “Presupuesto Participativo Municipal”, en la cual los fondos los aportaba el municipio, pero con la particularidad de que para ser aprobado, la gente (participación comunitaria), debía establecer prioridades y no la autoridad municipal o legisladores, sino la propia población que es la que ve las necesidades y sabe donde son mas necesarios los recursos.

Para ello se llevaron votaciones, en la cual salió favorecida en el Barrio de Altos de San Lorenzo, la “ampliación del Centro de Salud”, que por consenso del equipo, y la gente de la comunidad, se decidió la construcción de una habitación más para “Atención Temprana”, y un baño para dicho servicio, además se mejoró el estar médico, ya que se pintaron las paredes y el cielo raso fue reparado. También se mejoró el baño público del Centro de Salud, y se realizó un cambio de cables de electricidad que eran muy antiguos.

Los pisos fueron reparados tanto de la sala de espera como del estar médico, y también se cambiaron vidrios que estaban rotos.

Se reconstituyeron chapas de los techos que tenían filtraciones y se realizaron reparaciones donde había goteras.

La inseguridad en la población hizo que se colocaran rejas en las ventanas y puertas de dicha institución, que fundamentalmente protege a los integrantes del equipo y al enfermero nocturno.

Todo esto favoreció que mejoraran en parte las Condiciones, y el Ambiente de Trabajo, que conjuntamente con la capacitación y comprensión de la temática, dada por las charlas de capacitación del personal; fueron las responsables de las mejoras en la calidad de la institución y en forma indirecta en la satisfacción del paciente.

N. Evaluación de la Satisfacción del Paciente.

El feedback es lo que alimenta la eficacia de cualquier cambio de proceso. Reunir el feedback del paciente permite apreciar cómo van las cosas y si los cambios apuntan correctamente. Así no se tomarán decisiones en el vacío.

Para ello se decidió realizar una “encuesta de satisfacción” para la evaluación del cliente externo.

Se evaluó la “Impresión General del Centro Médico”, “La Atención al Paciente”, “Prestación de Servicios”, “Las Instalaciones”, “Intención de retorno al Centro de Atención”, y “Recomendación a otras personas”.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

En una escala del 1 al 5, donde 1 es “inaceptable”, 2 “regular”, 3 “buena”, 4 “muy buena” y 5 “excelente” valore: (Marque con una x la opción elegida).

1) Impresión General del Centro Médico:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

2) La Atención al Paciente:

a) Facilidad de contacto telefónico:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

b) Disponibilidad de la fecha y hora de citación:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

c) Tiempo de espera desde petición de cita hasta consulta:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

d) Recepcionista (actitud, disponibilidad, etc.):

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

e) Procesos administrativos:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

En una escala de 0 a 1, donde 0 es “no” y 1 “si” valore:

f) ¿Siente que el personal está más capacitado en estos últimos meses y mejorado la atención?

0.- 1.-

g) ¿Considera que falta personal en el establecimiento?

0.- 1.-

3) Prestación de Servicios:

a) Actuación del médico:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

b) Información ofrecida por el médico:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

c) Tiempo de dedicación médica:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

d) Actitud del personal de enfermería:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

e) Rapidez en la actuación del personal de urgencias: (Médico, enfermera)

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

4) Las Instalaciones:

a) Equipamiento: (Sillas de ruedas, camillas, etc.)

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

b) Accesibilidad interior y exterior: (parking, barreras arquitectónicas, etc.)

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

c) Limpieza del Centro:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

d) Comodidad de la Sala de Espera:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

e) Dotación de Aparatos médicos e instrumental:

1.- 2.- 3.- 4.- 5.-

5) Intención de retorno al Centro de Atención:

En una escala de 0 a 1, donde 0 es “no” y 1 “si” valore:

a) ¿Tiene intención de volver a este Centro Médico?

0.- 1.-

6) Recomendación a otras personas:

En una escala de 0 a 1, donde 0 es “no” y 1 “si” valore:

a) ¿Recomendaría este centro médico a otras personas?

0.- 1.-

Puntaje de Evaluación:

De 1 a 17: Inaceptable ____.

De 18 a 35: Regular ____.

De 36 a 53: Buena ____.

De 54 a 71: Muy Buena ____.

De 72 a 84: Excelente ____.

Población de la Encuesta de Satisfacción del Paciente:

Se realizó dicha encuesta en la “sala de espera” del Centro de Salud, durante tres días de atención (lunes, miércoles y viernes) a unas de 20 (veinte) personas por día, a una totalidad de 60 personas.

Puntaje de Evaluación obtenido:

1) Buena: 50	23) Buena: 48	45) Buena: 46
2) Buena: 50	24) Buena: 46	46) Buena: 50
3) Buena: 53	25) Buena: 50	47) Buena: 51
4) Buena: 51	26) Buena: 49	48) Buena: 49
5) Muy Buena: 56	27) Buena: 48	49) Buena: 49
6) Muy Buena: 56	28) Muy Buena: 56	50) Buena: 49
7) Buena: 50	29) Buena: 51	51) Buena: 51
8) Buena: 49	30) Buena: 49	52) Buena: 45
9) Muy Buena: 54	31) Buena: 47	53) Buena: 49
10) Buena: 50	32) Buena: 52	54) Buena: 46
11) Buena: 48	33) Buena: 48	55) Buena: 49
12) Buena: 51	34) Buena: 50	56) Buena: 49
13) Muy Buena: 56	35) Muy Buena: 61	57) Buena: 45
14) Buena: 50	36) Buena: 48	58) Buena: 51
15) Buena: 50	37) Buena: 46	59) Buena: 50
16) Muy Buena: 57	38) Buena: 49	60) Buena: 50
17) Buena: 47	39) Buena: 51	
18) Buena: 46	40) Buena: 49	
19) Buena: 50	41) Buena: 49	
20) Buena: 45	42) Buena: 43	
21) Buena: 50	43) Buena: 49	
22) Muy Buena: 59	44) Buena: 52	

Total: Buena: 52
Buena: 86,67%

Muy Buena: 8
Muy Buena: 13,33%

La respuesta fue **52 (86,67%) Buena y 8 (13,33%) Muy Buena**; sin respuestas inaceptables y regulares.

Resultados de la Encuesta de Satisfacción del Paciente:

La gente estaba muy satisfecha y conforme con la atención recibida; con intención de retorno y de recomendación a otras personas.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Se logró concientizar al equipo de Salud (cliente interno) sobre la problemática de CyMAT y comprender el Burn- Out y Mobbing en las Instituciones de Salud.

Fue solicitado más personal, (sobre todo administrativos), para la atención al público, otorgándose los mismos por las autoridades municipales de salud, facilitando la tarea del equipo.

Se facilitaron los turnos y estudios a la gente, con llamados telefónicos a hospitales, mejorando la atención de estos y evitando la demanda rechazada, mediante un trabajo en colaboración con hospitales, en los que se consensuaron pautas y normas para trabajar en conjunto, por otro lado esto disminuyó la carga psíquica de los integrantes del Centro de Atención Primaria.

Se informatizó el Centro de Salud (a pedido del equipo del mismo) y en concordancia con donaciones de P.C. a la Municipalidad, que favoreció el trabajo administrativo.

Se logró trabajar más en equipo, comprendiendo la importancia de la multidisciplina para el abordaje de la problemática de las CyMAT.

Mejóro la Satisfacción de la gente, sobre todo en lo referente a la atención.

CONCLUSIONES:

Es importante mencionar que si bien muchas de las medidas para evitar factores de riesgo en las condiciones y medio ambiente de trabajo y desde el punto de vista ergonómico, pueden solucionarse a veces con medidas simples y sencillas, con un bajo costo, solo muchas veces es cuestión de utilizar el ingenio dando solución a cosas complejas con medidas simples. Hay otras circunstancias en que realmente se necesita la inversión por parte de las autoridades municipales, que ya escapan al presupuesto del personal.

Es importante destacar que muchas charlas dadas por instituciones encargadas de instruir a personal de empresa en catástrofes, bioseguridad médica, industrial, etc., sería muy provechoso para el personal de salud de este Centro.

El trabajo multidisciplinario e interdisciplinario existente en el lugar favorece el enfoque de los problemas de salud, pero el personal es escaso, y los recursos humanos son importantes a la hora de tomar soluciones, por lo tanto sería necesario reforzar algunas áreas como asistencia social, etc.; que hoy están vacantes.

El conocimiento de condiciones y medio ambiente de trabajo, y la solución de los problemas desde una perspectiva ergonómica, favorecen el funcionamiento de las empresas y permite tomar decisiones frente a distintos problemas. Por consiguiente es importante tenerlo en cuenta, a la hora de tomar resoluciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Albiano Nelson F. Toxicología Laboral. Criterios para la Vigilancia de los Trabajadores Expuestos a Sustancias Químicas Peligrosas. Puntual S.R.L., 1999.
- Alvaro José Luis, Garrido Alicia, Torregrosa J.R. (Coordinadores). Psicología Social Aplicada. Mc Graw Hill, 2005.
- Barragán Horacio Luis, Fundamentos de la Salud Pública. Editorial de la Universidad de La Plata, 2007.
- Barragán Horacio Luis, Desarrollo, Salud Humana y Amenazas Ambientales. La Crisis de Sustentabilidad. Editorial de la Universidad de La Plata, 2010.
- Barragán Horacio Luis, Introducción a la Antropología Médica “Un Enfoque”. Cátedra de Ciencias Sociales y Medicina, Facultad de Ciencias Médicas (U.N.L.P.). 2005.
- Cuenca, Gabriela. Clase N° 1: El Mundo del Trabajo, Universidad Favaloro. 2005.
- Chang, Richard Y. Mejora Continua de Procesos. Ediciones Granica S.A., 1994.
- Escobar Nora, Neffa Julio Cesar, Vera Pinto Victor. Riesgos del Medio Ambiente Físico de Trabajo. ¿Perder la salud para ganarse la vida?. Asociación Trabajo y Sociedad. PIETTE-CONICET. Talleres Gráficos Nuevo Offset., 1997.
- Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Hacia la Calidad en Salud. Año 5 N° 11/ Octubre 2010.
- Galliani R.R. Encuestas y CyMAT. Clase Universidad Favaloro. 2005.
- Giraudó Esther-Grupo CYMAT-UTN Gral. Pacheco-Neffa J.C. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT) Manual de apoyo didáctico y guía para la capacitación. Ed. Área de Estudios e Inv. Laborales/ SECYT, CEIL/CONICET, CREDAL/CNRS, Humanitas, 1990.
- Kroeger Axel y Luna Ronaldo (Compiladores). Atención Primaria de Salud. Editorial Pax México, 1992.
- LaDou Joseph. Diagnostico y tratamiento en medicina laboral y ambiental. Manual Moderno, México, D.F., 2005.
- Martí Mercadal J. A., Desoille H. Medicina del Trabajo. Masson, S.A. Barcelona. 2000.

- Neffa Julio César. ¿Qué son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo?. Propuesta de una nueva perspectiva. Área de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales del Trabajo (SECYT), Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CONICET), CREDAL - Unidad Asociada N° 111 al Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). Editorial Humanitas, 1988.
- Neffa Julio César (Coord.), Giraudo Esther, Korinfeld Silvia, Mendizábal Nora, Poy Mario, Vera Pinto Víctor. Telegestión: su impacto en la salud de los trabajadores. Trabajo y Sociedad. CEIL/ PIETTE/ CONICET/ FOEESITRA. Libris, S.R.L., 2005.
- Paganini José María. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud. HSS/ SILOS- 30. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, 1995.
- Paganini José María. Hacia la definición de un nuevo paradigma para equidad y calidad en salud. Hacia la Calidad en Salud. Año 2 N°3/Septiembre 2006.
- Paganini José María. La Calidad: El Gran Desafío. La Acreditación y la Evaluación Externa como Estrategia para la Calidad, la Eficiencia y la Equidad en Salud. Una agenda para los próximos años. Hacia la Calidad en Salud. Año 2 N° 4/ Marzo 2007.
- Queinnec Yvon, Teiger Catherine, De Terssac. Gilbert Trabajo por turnos y salud: Referencias para la negociación. Trabajo y Sociedad. PIETTE/ CONICET, Lumen-Humanitas, Carrera de Relaciones de Trabajo, UBA, 2001.
- Varo Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión Hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos.1994.
- Wisner Alain. Ergonomía y Condiciones de trabajo, Ed. Área de Estudios e Investigaciones Laborales de la SECYT, CEIL/CONICET, Humanitas, Bs.As., 1988.

CONTENIDO:

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
EL PROBLEMA.....	2
MARCO TEORICO.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	10
MATERIAL Y MÉTODO.....	11
RESULTADO ESPERADO.....	11
CAPITULO I.....	13
A. La Concepción Tradicional y La Concepción Renovadora.....	13
CAPITULO II.....	18
B. Factores a nivel “Macro” y “Micro” Social.....	18
<i>Factores a nivel “Macrosocial”</i>	18
1. Factores estructurales.....	18
a) <i>La lógica de producción y de acumulación del capital derivada del modo de producción dominante</i>	18
b) <i>Las formas de organización de la actividad económica</i>	18
c) <i>La estructura del sistema productivo nacional</i>	19
d) <i>El sistema político y la relación de fuerzas entre las clases o grupos sociales</i>	19
2. Las formas institucionales.....	19
a) <i>La estructura y el funcionamiento del mercado de fuerza de trabajo</i>	19
b) <i>Las normas de derecho del trabajo en materia de CyMAT</i>	19

c) <i>Los niveles de remuneraciones directas de los asalariados por una parte, y la distribución funcional de los ingresos por la otra.....</i>	20
d) <i>El sistema de seguridad social y las obras sociales.....</i>	20
e) <i>El sistema de relaciones de trabajo.....</i>	20
f) <i>Las orientaciones ideológicas, las estructuras y las estrategias de organizaciones profesionales.....</i>	20
3. <i>Las Condiciones Generales de vida.....</i>	20
a) <i>Remuneraciones directas.....</i>	20
b) <i>Remuneraciones indirectas.....</i>	21
c) <i>Factores que se refieren al grado de satisfacción de las necesidades esenciales.....</i>	21
<i>Factores a nivel “Microsocial”</i>	22
1.- <i>La naturaleza jurídica del capital.....</i>	22
2.- <i>La dimensión de las empresas u organizaciones.....</i>	22
3.- <i>La estructura de la empresa u organización.....</i>	22
4.- <i>El sistema de relaciones de trabajo dentro de la empresa u organización...23</i>	23
5.- <i>La naturaleza del producto generado o del servicio prestado, así como el volumen de la producción.....</i>	23
6.- <i>El estado y los resultados económicos y financieros de la empresa y su posición en el mercado.....</i>	23
7.- <i>Tipo de tecnología utilizada.....</i>	23
8.- <i>Los servicios y actividades de prevención.....</i>	24
CAPITULO III.....	25
C. <i>El Proceso de Trabajo y sus implicancias.....</i>	25
1.- El Proceso de Trabajo.....	25

D. Las Condiciones de Trabajo y el Medio Ambiente de Trabajo (vigente en el lugar donde se lleva a cabo el proceso de trabajo).....	26
1.- Las Condiciones de Trabajo	26
a) <i>La organización del trabajo</i>	26
b) <i>El Contenido del trabajo</i>	27
c) <i>La duración y configuración del tiempo de trabajo</i>	28
d) <i>Los sistemas de remuneración</i>	28
e) <i>La transferencia de tecnologías</i>	29
f) <i>El modo de gestión de la fuerza de trabajo</i>	29
g) <i>Los servicios sociales y asistenciales (de la empresa y/o de las organizaciones sindicales) para el bienestar de los trabajadores y de sus familias</i>	30
h) <i>La posibilidad de participación de los trabajadores</i>	31
i) <i>La ergonomía</i>	31
2.- El Medio Ambiente de Trabajo vigente en el lugar donde se lleva a cabo el Proceso de Trabajo	34
a) <i>Los Riesgos o Contaminantes Físicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	34
b) <i>Los Riesgos o Contaminantes Químicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	35
c) <i>Los Riesgos o Contaminantes Biológicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	36
d) <i>Los Factores Tecnológicos y de Seguridad:(Que están estrechamente relacionados con la organización del trabajo)</i>	36
e) <i>De manera complementaria se pueden incluir también los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos</i>	38

E. La Carga de Trabajo y sus dimensiones.....	38
1.- La Carga Física y el Esfuerzo Muscular.....	39
a) <i>Estática.....</i>	39
b) <i>Dinámica.....</i>	40
2.- La Carga Mental.....	42
a) <i>Las estructuras mentales.....</i>	42
b) <i>La percepción de las informaciones.....</i>	43
c) <i>Identificación y reconocimiento de las informaciones percibidas.....</i>	44
d) <i>La adopción de decisiones.....</i>	44
e) <i>La actividad o realización de la tarea.....</i>	44
f) <i>La intensidad de la carga mental.....</i>	45
g) <i>Los Indicadores Parciales de la Carga Mental, según el Método Lest.....</i>	47
3.- La Carga Psíquica.....	50
a) <i>El grado de iniciativa.....</i>	50
b) <i>El grado de ambigüedad acerca de los resultados de la tarea realizada.....</i>	50
c) <i>El status social o el reconocimiento social de la actividad.....</i>	50
d) <i>La comunicación.....</i>	51
e) <i>La cooperación.....</i>	51
f) <i>Las relaciones o contacto con los usuarios, clientes y el público en general.....</i>	51
g) <i>La contradicción emergente de la situación provocada por las necesidades (natural o artificialmente generadas) insatisfechas.....</i>	54
h) <i>La responsabilidad en cuanto al manejo de dinero.....</i>	54

F. Las Características Personales de los Trabajadores, Diferencias Individuales y Las Respectivas Capacidades de Resistencia y de Adaptación.....	56
1.- <i>La edad</i>	57
2.- <i>El sexo</i>	58
3.- <i>El estado de salud biológica, psíquica y mental</i>	58
4.- <i>Las capacidades psico-motrices, psíquicas y mentales</i>	59
5.- <i>La información, formación y calificaciones profesionales</i>	59
6.- <i>Las influencias del medio ambiente ecológico</i>	61
7.- <i>La historia personal y profesional de los trabajadores</i>	62
8.- <i>Las aspiraciones y expectativas personales</i>	63
9.- <i>Acerca del Factor Humano</i>	64
G. Los Efectos de las CyMAT sobre la Salud de los Trabajadores.....	66
1.- <i>la fatiga</i>	66
2.- <i>la monotonía</i>	67
3.- <i>el estrés</i>	67
4.- <i>burn-out</i>	70
CAPITULO IV	76
H. Descripción de la Institución.....	76
1.- El Centro de Salud N° 8	76
I. El Espacio Local.....	78
CAPITULO V	79
J. Identificación de Factores de Riesgo.....	79
a) <i>Los Riesgos o Contaminantes Físicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	79
b) <i>Los Riesgos o Contaminantes Químicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	85

c) <i>Los Riesgos o Contaminantes Biológicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	88
d) <i>Los Factores Tecnológicos y de Seguridad:(Que están estrechamente relacionados con la organización del trabajo)</i>	89
e) <i>De manera complementaria se pueden incluir también los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos</i>	93
CAPITULO VI	95
K. Utilización de Herramientas de Calidad.....	95
a) La Observación.....	95
b) La Entrevista.....	96
c) La Encuesta.....	100
d) Tormenta de Ideas o Brainstorming.....	147
e) Diagrama de Causa-Efecto.....	157
CAPITULO VII	167
L. Propuestas de Prevención.....	167
a) <i>Los Riesgos o Contaminantes Físicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	167
b) <i>Los Riesgos o Contaminantes Químicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	167
c) <i>Los Riesgos o Contaminantes Biológicos del Medio Ambiente de Trabajo</i>	168
d) <i>Los Factores Tecnológicos y de Seguridad:(Que están estrechamente relacionados con la organización del trabajo)</i>	169
e) <i>De manera complementaria se pueden incluir también los riesgos provenientes de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos</i>	175
f) <i>Condiciones de Trabajo</i>	176
g) <i>Carga de Trabajo</i>	183

h) <i>Síndrome de Burn-Out</i>	190
i) <i>Estrés Laboral</i>	191
j) <i>Mobbing (Acoso Moral)</i>	192
CAPITULO VIII	196
LL. Estrategias de Mejoramiento.....	196
a) <i>Introducción</i>	196
b) <i>Objetivo General</i>	197
c) <i>Objetivos Específicos</i>	197
d) <i>Resultados Esperados</i>	197
e) <i>Análisis de Fuerzas</i>	198
f) <i>Procedimiento</i>	198
g) <i>Buscar Alternativas</i>	199
h) <i>Pasos Prácticos</i>	200
i) <i>Descripción de Alternativas</i>	202
j) <i>Desarrollo de Pasos del Flujograma</i>	206
M. Partidas Presupuestarias Municipales.....	208
N. Evaluación de la Satisfacción del Paciente.....	208
RESULTADOS OBTENIDOS.....	213
CONCLUSIONES.....	213
BIBLIOGRAFÍA.....	214