

Participación: una apuesta para cuidar de los que cuidan la salud

Participation: a Proposal to Care for Health Caretakers

Participação: uma aposta para cuidar dos cuidadores da saúde

ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ*, ELIANA CASTRO SILVA**

Resumen

El sector de la salud no ha sido ajeno a los efectos propios del modelo económico globalizador que ha contribuido a las actuales condiciones de precarización y flexibilización laboral en dicho sector.

Objetivo: identificar cómo se desarrolla el principio de participación y empoderamiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo, en el caso de instituciones de salud.

Métodos: estudio de caso, descriptivo y transversal, realizado en tres hospitales de tercer nivel de atención de Bogotá, previo aval ético de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Resultados: predominaron bajos porcentajes (30%) de respuestas afirmativas relacionadas con la participación del personal en las actividades de salud y seguridad de las instituciones. Solo un 8,5% afirma que existen incentivos para partici-

par; el 21,2% confirma la existencia de grupos de apoyo o asesoría para estos procesos, y el 23,6% asegura que los trabajadores disponen de tiempo dentro de la jornada de trabajo para realizar actividades de salud ocupacional.

Discusión: políticas organizacionales y de contratación del personal obstaculizan el ejercicio de la participación de los trabajadores.

Conclusiones: frente al tema de participación en estos procesos de salud y seguridad en el trabajo, el personal de la salud revela desconcierto así como un alto nivel de escepticismo, debido a la falta de resonancia que tienen en las directivas para apoyar la mejora de las condiciones de trabajo. Se deben emprender acciones colectivas desde la organización que involucren al trabajador de la salud en el desarrollo de actividades que favorezcan una efectiva promoción de la salud en los lugares de trabajo.

Descriptores: instituciones de salud, personal de salud, promoción de la salud, planificación participativa, participación de los empleados, organización y administración.

Palabras clave: educación superior, salud laboral, enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Abstract: The health sector has not been alien to the effects inherent to the globalizing economic model that has contri-

* Enfermera, doctora en Enfermería, profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. aimunozs@unal.edu.co Bogotá, Colombia.

** Diseñadora industrial, especialista en Higiene y Salud Ocupacional, magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo, profesora asistente, Facultad de Ingeniería y Administración, Universidad Nacional de Colombia, sede Palmira. ecastros@unal.edu.co, Palmira, Colombia.

buted to the current conditions of precariousness and labor flexibility in that sector.

Objective: To identify how the *principle of participation and empowerment* of health promotion at the workplace, in the case of health institutions, works.

Methods: Descriptive and transversal case study, performed in three hospitals providing third – level care in Bogota, under previous ethics' approval of the Nursing School at the *Universidad Nacional de Colombia*.

Results: Low percentages of positive responses (= 30%) related to the involvement of staff in health and safety activities of the institutions predominated. Only 8.5% stated that there are incentives to participate, 21.2% signed the existence of support groups or counseling to support these processes, and 23.6% stated that workers have time during their working day for Occupational Health – related activities. *Discussion:* organizational policies and recruitment of staff hinder the exercise of employee participation.

Conclusions: As for the issue of *participation* in these processes of health and safety at work, health staff revealed puzzlement, as well as and a high level of skepticism, due to the lack of resonance said programs have on the administration to support improving working conditions. Collective actions should be taken from the organization level, involving the health worker in pursuing activities to promote effective health promotion at the workplace.

Key words: higher education, occupational health, nursing.

Resumo

O setor da saúde não escapa dos efeitos próprios do modelo econômico globalizante que contribui para a geração das atuais condições de precariedade e flexibilização no trabalho nesse setor.

Objetivo: identificar como se desenvolve o *princípio de participação e empoderamento* da promoção da saúde nos locais de trabalho, no caso de instituições de saúde.

Métodos: estudo de caso, descritivo e transversal, realizado em três hospitais de terceiro nível de atenção de Bogotá, com o aval ético prévio da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia.

Resultados: as porcentagens predominantes de respostas afirmativas relativas à participação do pessoal nas atividades de saúde e segurança das instituições foram baixas (= 30%). Apenas 8,5% afirma que existem incentivos para participar; 21,2% confirma a existência de grupos de apoio ou assessoria para apoiar estes processos, e 23,6% assegura que os trabalhadores dispõem de tempo no dia de trabalho para fazer atividades de saúde ocupacional. *Discussão:* políticas organizacionais e de contratação do pessoal impedem o exercício da participação dos trabalhadores.

Conclusões: frente à questão da *participação* nestes processos de saúde e segurança no trabalho, o pessoal da saúde revela desconcerto assim como um alto nível de ceticismo, por causa da falta de ressonância que eles têm nas diretrizes para apoiar o melhoramento das condições de trabalho. É preciso iniciar ações coletivas desde a organização que incluam o trabalhador da saúde no desenvolvimento de atividades que beneficiem uma efetiva promoção da saúde nos locais de trabalho.

Palabras chave: educação superior, saúde do trabalhador, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La riqueza conceptual que formula la estrategia de la promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT) (1), revelada desde hace aproximadamente dos décadas (2), ha permitido ampliar la perspectiva de análisis sobre salud y seguridad en el trabajo y, a la vez, ha contribuido con la exploración de nuevas formas que posibilitan la implementación de soluciones concretas y efectivas en los escenarios laborales. Dentro de esto, la participación, si bien no es el único requisito, “es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud” (3).

En principio, la PSLT se entiende como un proceso integral y sistemático que, sobre la base de una política de salud y bienestar responsable y comprometida socialmente, con el objetivo de generar ambientes de trabajo saludables, establece un conjunto de acciones y metodologías tendientes a crear condiciones para lograr una praxis que contribuya a fomentar valores positivos de la salud en los trabajadores; caracterizada además por su apertura a la participación, la intersectorialidad y la multidisciplinariedad que involucra diversas acciones sociales contextualizadas, de manera que permite a las personas incrementar el control y tomar decisiones sobre su salud para mejorarla.

Por consiguiente, dada la importancia que reviste el uso de estrategias de gestión integrales para fomentar la salud y la seguridad de los trabajadores, acorde con la concepción de condiciones de trabajo promovidas por la Universidad Nacional de Colombia que destaca la incidencia de factores intralaborales, extralaborales e individuales sobre la realización de una tarea, de forma tal que determinan el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores y su capacidad laboral, se desarrolló un estudio en hospitales de tercer nivel adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, durante el segundo

semestre de 2009, cuyo propósito fue revisar la aplicación práctica de los principios que fundamentan la estrategia de la PSLT (4, 5) y que, entre otras cosas, permitió describir las formas de participación de los trabajadores de la salud, cuyo resultado se presenta en este documento.

En esencia, este artículo centra su atención en el principio de *participación y empoderamiento* por su relevancia para el bienestar del trabajador y la productividad de la organización, cuya revisión se focalizó en las instituciones de salud, teniendo en cuenta que en estos espacios, además de cuidar la salud de otras personas, se deben asegurar las condiciones de salud de los trabajadores.

Se entiende, entonces, la *participación* como un mecanismo que permite a las personas involucrarse en procesos de toma de decisiones y fomenta, además, el sentido de pertenencia en su colectivo, para lo cual es condición *sine qua non* el *empoderamiento*, categoría que, vista desde una perspectiva comunitaria como la que refiere Carvalho (6), posibilita el desarrollo de las capacidades propositivas de las personas, así como de sus habilidades para promover y proteger la salud en y desde sus sitios de trabajo.

Este principio refiere la necesidad de brindar mayor seguridad y confianza a los trabajadores para tomar decisiones que impliquen su salud y desarrollar habilidades para promover iniciativas sobre el tema. Por tanto, la participación es un aspecto relevante para el desarrollo del Programa de Salud Ocupacional (PSO) que incluye, según Ruiz-Frutos, unos niveles necesarios para hacerla efectiva, como: la información, la consulta, la negociación y la codecisión; además de una regulación que brinde condiciones de igualdad entre la diversidad de personas involucradas en dicho ejercicio.

Ahora bien, conforme a la definición aún vigente que la OMS establece sobre hospitales (7), estas instituciones de salud han “incorporado la capacidad de compaginar tres funciones básicas: *asistencia, docencia e investigación*” (8), lo cual amplía el rango de variables y categorías en el sistema de trabajo, haciendo más complejas las relaciones que allí se establecen. Además, tal como lo describen Osorio y Paredes, “durante los últimos años los hospitales han estado inmersos en un proceso continuo de adaptación, fruto de fuertes presiones sociales y políticas,

cuyo objetivo es mejorar los niveles de calidad asistencial y reducir los costes operativos” (9), de tal suerte que, en el marco del modelo neoliberal y globalizador, que desconoce la dinámica de actuación de estas instituciones y, asimilándola a las de otras actividades económicas, buscan el éxito comercial imponiéndoles modelos administrativos totalmente descontextualizados, con efectos evidentes como la *flexibilización laboral*, establecida como una estrategia para la competitividad internacional que incide en las formas de contratación y que para el caso colombiano se oficializó con normas como la Ley 50 de 1990 y la Ley 789 de 2002.

Es necesario recordar que el sector salud corresponde a la actividad económica de *servicios*, concebida como “variadas actividades tanto personales como colectivas con grados diversos de institucionalización y forma heterogénea de desarrollo” (10) y que, al respecto, “en la producción de servicios, el resultado final no es la obtención de un valor de trueque sino la producción de valores de uso que faciliten o permitan el consumo de otros valores de uso que se concretan en la efectiva utilización de las mercancías o del trabajo. Lo anterior ubica al sector de los servicios, como parte de la esfera del consumo individual dirigida a la manutención, reposición y reproducción de la fuerza de trabajo” (11) y, en consecuencia, lo destaca de otros sectores productivos y ratifica su importancia como motor social.

Experiencias de salud y seguridad en el trabajo en algunos países europeos (12) han evidenciado la aplicabilidad de la estrategia de promoción de la salud, impulsando la red de hospitales promotores de salud, involucrados en el cuidado a pacientes, sus familiares, además de los trabajadores de la salud (13). Sin embargo, para el caso de las instituciones de salud de tercer nivel de atención, clasificadas así por el alto grado de complejidad de los procedimientos e intervenciones que realizan y según su capacidad instalada, tecnología y el personal involucrado en la prestación del servicio, tan solo la idea de concebirlas como hospitales promotores de la salud se dificulta en un contexto político y social como el de América Latina y en especial del colombiano, razón por la cual se puede afirmar que la figura de hospitales promotores de salud no existe en el país.

Por otra parte, con mucha frecuencia se refiere la importancia de los procesos de *participación y*

empoderamiento de la población, como fundamento para que sea posible el diálogo social (14) indispensable para afrontar situaciones de inequidad y precarización como las de hoy, caracterizadas por factores que influyen en forma crítica la salud (15, 16). De igual manera, se hace un insistente llamado para aprovechar las posibilidades que ofrece la estrategia de la PSLT y lograr *el fortalecimiento de la teoría y la práctica* (17), a fin de ampliar la base de “pruebas científicas” necesarias que permitan sustentar políticas y acciones en torno de la promoción de la salud en los lugares de trabajo, las cuales deben difundirse a niveles de la comunidad y de intercomunidades, considerando aspectos políticos, sociales y culturales.

METODOLOGÍA

Este trabajo hace parte de una tesis concluida del programa de Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo, de la Universidad Nacional de Colombia. Corresponde a un estudio de caso, descriptivo y transversal, realizado en tres hospitales de tercer nivel de atención de Bogotá, que accedieron a participar voluntariamente en el mismo. Se seleccionó este enfoque metodológico por su coherencia y pertinencia para observar la aplicación práctica de la “promoción de la salud en los lugares de trabajo”, toda vez que corresponde a las características definidas por la estrategia, como es el análisis contextualizado de la situación de estudio. Los formatos para la recopilación de la información durante el trabajo de campo, se definieron tomando como referencia algunos estándares de calidad, guías, y cuestionarios desarrollados por organizaciones como la OMS (18-21), la OPS (22), la OIT (23), el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (24) y otras comunidades interesadas en el tema (25, 26). Para el caso, fue necesario traducir algunos documentos que se encontraron en inglés, como el de *Directrices regionales para el desarrollo de lugares de trabajo saludables* de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental de la OMS; de igual manera se contó con la autorización del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, de España, para la aplicación del cuestionario correspondiente a la nota técnica productiva 639.

Para el proceso de validación de instrumentos se realizó un panel de expertos, el cual generó observaciones como la importancia de considerar las formas de

contratación del personal vinculado, involucrar los resultados obtenidos con la participación de los trabajadores y la aplicación de indicadores específicamente relacionados con el ejercicio de la participación de los trabajadores, entre otros. Posteriormente, se realizó una prueba piloto en una institución de salud con características similares a las del objeto de estudio, para garantizar que el lenguaje utilizado en los cuestionarios fuera adecuado, además de verificar el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Para describir la participación y el conocimiento de los trabajadores en aspectos relacionados con la promoción de la salud, se tomó la decisión de calcular el tamaño de la muestra para la población trabajadora total, incluyendo a trabajadores vinculados de planta, y por contrato directo, a la institución. De esta manera se calculó el tamaño de la muestra por institución utilizando el procedimiento para estimar proporción, explorado para un error del 7% y un nivel de confianza de 0,95, de lo cual resultó un promedio de 170 personas a encuestar por institución.

Finalmente, se utilizó la técnica de muestreo sistemático para seleccionar las personas a quienes se les aplicó el cuestionario “Participación de los trabajadores en promoción de la salud en los lugares de trabajo”, tomando como marco muestral el listado de trabajadores suministrado por la oficina de personal o de contratación de cada institución. En términos generales, los instrumentos se aplicaron a trabajadores con vinculación de planta o de contrato directo con la institución, mayores de 18 años, con capacidad para suministrar información.

Aun cuando el procedimiento definido permitía trabajar muestras aleatorias y probabilísticas, la condición de alta rotación del personal contratado en las instituciones, no favoreció esta situación, razón por la cual para esta población la muestra, aunque aleatoria, no fue probabilística.

La información recopilada se consolidó en una base de datos desarrollada en formato Excel y se analizó utilizando técnicas estadísticas para obtener frecuencias simples y desviaciones estándar. En cumplimiento de los compromisos adquiridos con los participantes del estudio, el manejo de la información aseguró, en todo caso, las medidas necesarias para garantizar no solo la

veracidad de la información suministrada sino también la confidencialidad de su origen.

RESULTADOS

Las preguntas de los cuestionarios presentaron como opciones de respuesta: Sí, No o NS para reportar afirmación, negación o desconocimiento del enunciado, respectivamente, con lo cual se buscó verificar el conocimiento de los trabajadores sobre procesos relacionados con salud y seguridad en el trabajo e indagar sobre algunos mecanismos de participación facilitados en la institución.

Aunque, por el tipo de estudio, el análisis de los resultados se hizo para cada caso en particular, es decir por institución, con el ánimo de enriquecer la discusión se realizó un análisis conjunto para reconocer patrones comunes y establecer las conclusiones apropiadas.

El gráfico 1 muestra los perfiles institucionales, generados de acuerdo con la proporción de respuestas afirmativas obtenidas para cada uno de los ítems señalados en el cuestionario que se aplicó, cuyos enunciados y resultados globales se presentan en la tabla 1.

Los perfiles permiten observar un comportamiento similar de respuesta afirmativa respecto de las preguntas que implicaron participación de los trabajadores en todos los casos; esto si se tienen en cuenta los picos mínimos y máximos reportados para algunas preguntas.

Para una mejor comprensión del comportamiento del sector analizado, con los porcentajes obtenidos en cada pregunta, se calculó el promedio de las tres instituciones vinculadas, como se refleja en la tabla 1. En esta se destacan, en color gris oscuro, algunos resultados considerados críticos por el bajo porcentaje de respuesta positiva (30%) y por su influencia igualmente negativa en los procesos de participación del personal y, por otro lado, aunque no con la misma frecuencia, se observa un porcentaje alto de respuesta afirmativa (= 60%) cuyos casos se resaltan en color gris claro.

Ante todo, se observa, con un nivel importante de respuesta positiva, que la relación del trabajo con la vida extralaboral (pregunta 33) es *buena*. Esto refleja la vocación de servicio del personal asistencial vinculado al sector salud, toda vez que es notoria la satisfacción por la tarea social desarrollada, aun cuando las condiciones de trabajo, tanto organizacionales como

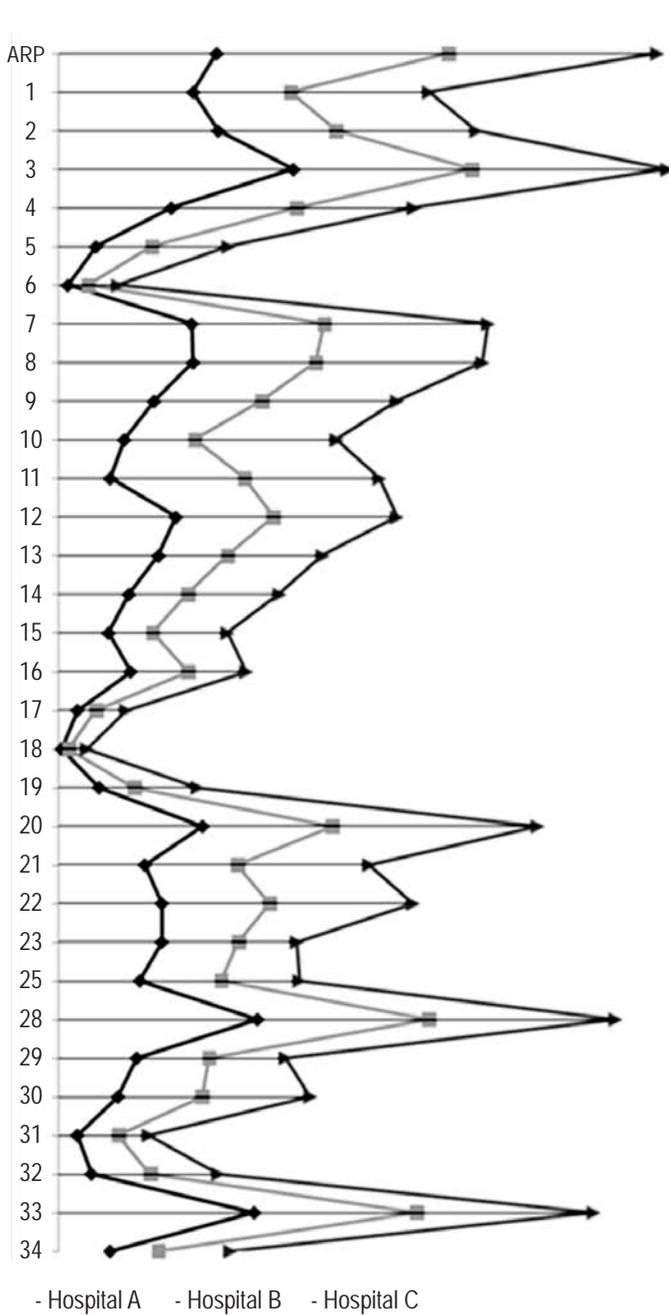
inherentes a la actividad, son difíciles para estos trabajadores. Al respecto, un estudio sobre las relaciones laborales en ese sector (27), reporta que la calidad en la prestación del servicio así como la relación médico-paciente no se ven afectadas por cuanto prima la ética profesional, lo cual hace suponer que los usuarios no identifican las condiciones laborales de las personas que los atienden.

Estos resultados contrastan visiblemente con los reportados para enunciados que indagan por la preocupación que muestra la institución por:

- | | |
|--|-------|
| – Conocer de las necesidades laborales de sus trabajadores. | 21,3% |
| – Conocer de las necesidades extralaborales de sus trabajadores. | 7,5% |
| – Conocer sobre la motivación y satisfacción de los trabajadores para realizar su labor. | 11,3% |
| – Hacer un reconocimiento satisfactorio al personal por la labor que realiza. | 20,1% |

En tal sentido, según lo referido por los participantes, se generan sentimientos de inconformidad y desmotivación en el personal, que predisponen negativamente a los trabajadores a participar y, por tanto, disminuye el espíritu de compromiso con la institución, lo que en últimas redundará en detrimento de la calidad de vida (28) de los mismos. Esta situación concuerda con los hallazgos de Ferreira y Freitas (29), de los cuales se reporta que, a pesar de los salarios, el significado del trabajo para este sector es dignificante y satisfactorio por cuanto posibilita la ayuda al prójimo, aunque se explicitan las fallas y el deseo de reconocimiento y valorización del mismo.

Para los casos de estudio, la participación constituye un principio corporativo que busca la integración del talento humano y de la comunidad en la planeación, la ejecución, la evaluación y el control de la gestión institucional y su responsabilidad en el éxito de la empresa. Por tanto se involucra, entre los deberes de los funcionarios, participar en la ejecución, la vigilancia y el control de las actividades de Salud Ocupacional (SO) por medio de sus representantes ante el Comité Paritario de Salud Ocupacional (Copaso) así como en las funciones de los coordinadores del PSO se incluye la participación activa en las reuniones y procesos relacionados con la salud y la seguridad de los trabajadores. Se reconoce, entonces, el desarrollo de una participación abierta y con una



Pregunta	Caso A %	Caso B %	Caso C %
ARP	59,4	87,2	78,1
1	50,6	36,7	51,9
2	60,0	44,4	52,5
3	88,2	67,2	73,1
4	42,4	47,2	43,8
5	14,1	21,1	28,8
6	3,5	7,8	11,3
7	50,0	50,0	61,3
8	50,6	46,1	62,5
9	35,9	40,6	50,6
10	24,7	26,7	53,1
11	19,4	50,6	50,6
12	44,1	36,7	46,3
13	37,6	26,1	35,6
14	26,5	22,2	34,4
15	18,8	16,7	28,1
16	27,1	21,7	21,9
17	7,1	7,2	11,3
18	1,2	2,8	6,9
19	15,3	13,3	23,8
20	54,1	48,9	76,9
21	32,4	35,0	49,4
22	38,8	40,6	53,8
23	38,8	28,9	21,9
25	30,6	30,6	29,4
28	74,7	64,4	70,0
29	29,4	27,2	28,8
30	22,4	31,7	40,6
31	7,1	15,6	11,3
32	12,4	22,2	25,6
33	73,5	61,1	66,3
34	19,4	18,3	26,9

Gráfico 1. Perfil institucional según porcentaje de respuesta afirmativa reportada. Fuente: autoras.

motivación que involucre el proyecto de vida del trabajador con el proyecto de la institución.

Con relación a este punto, la importancia manifestada sobre la participación no alcanza a reflejarse en el proceso mismo de la formulación de la política, de tal manera que, con mayor frecuencia (67%), se reporta a la legislación nacional como el principal mecanismo

para apoyar dicho proceso y, aunque un 50% de las respuestas obtenidas en el cuestionario 4 sustentan la participación de los trabajadores en este asunto, el estudio no logró elementos o acciones verificables de esta situación.

Total, al revisar los resultados, el 29,9% de los trabajadores afirma haber participado en actividades de salud

Tabla 1. Porcentaje de respuesta positiva, promedio de instituciones.

N.º	Enunciado	% respuesta Sí (promedio)
ARP	¿Sabe usted a cuál ARP (administradora de riesgos profesionales) está afiliado?	74,9
2	¿Usted conoce, al menos en parte, la política de salud ocupacional de su institución?	52,3
3	¿Existe un programa de salud ocupacional en su institución?	76,2
4	¿Usted considera que el espacio o los espacios donde desarrolla su labor son adecuados y seguros?	44,5
5	¿Su institución se interesa por saber de las necesidades laborales de sus empleados?	21,3
6	¿Su institución se interesa por saber de las necesidades extralaborales de sus empleados?	7,5
8	¿Su institución ofrece servicios adecuados de salud a sus trabajadores?	53,0
9	¿Su institución ofrece servicios de recreación a sus trabajadores, así sea a través de otras organizaciones?	42,3
10	¿La institución cuenta con espacios adecuados y seguros para utilizar en sus momentos de alimentación?	34,8
11	¿Dentro de su jornada de trabajo están definidos momentos de descanso?	40,2
12	¿Se desarrollan actividades de educación, capacitación y entrenamiento para los trabajadores en temas de salud ocupacional?	42,3
13	¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento del ambiente físico de trabajo en la institución?	33,1
14	¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales en el trabajo?	27,7
15	¿Existen grupos de apoyo o asesoría para el personal en este tipo de actividades?	21,2
16	¿Se da tiempo, dentro de su jornada de trabajo, para realizar actividades de salud ocupacional?	23,6
17	¿Se ofrece algún tipo de incentivo a empleados que participan o aportan para la mejora de condiciones de trabajo o de salud?	8,5
19	¿La institución permite la participación de otras personas (pacientes o visitantes) para que aporten o sugieran ideas que contribuyan con el mejoramiento de las condiciones de trabajo?	17,5
20	¿Se da información, educación o capacitación a pacientes y visitantes sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades?	60,0
21	¿Su institución participa en actividades con la comunidad (grupos) de la localidad en la que está ubicada?	38,9
22	¿La información o el conocimiento que le brinda su institución sobre salud ocupacional le sirve para aplicarla en su vida cotidiana, con su familia o su comunidad?	44,4
23	¿Usted ha participado en actividades relacionadas con salud ocupacional en su institución?	29,9
25	¿En su institución, usted participa aportando o sugiriendo ideas que contribuyan con el mejoramiento de las condiciones de trabajo?	30,0
29	¿A usted se le informa sobre las actividades que se adelantan en su institución para mejorar las condiciones de trabajo?	28,5
30	¿Está establecido un mecanismo para que usted notifique factores de riesgo o peligros sobre salud ocupacional? (Ej.: iluminación, orden y aseo, vapores, fallas eléctricas, ventilación, organización del trabajo, etc.)?	31,6
31	¿La institución se preocupa por conocer sobre su motivación y satisfacción para realizar su trabajo?	11,3
32	¿Usted se siente satisfecho por el reconocimiento que recibe por la labor que realiza en la institución?	20,1
33	¿Cómo se relaciona su trabajo con su vida extralaboral?	67,0
34	¿Considera que el programa en salud ocupacional da buenos resultados en su institución?	21,5

ocupacional, las cuales incluyen pausas activas, campañas de vacunación, manejo de residuos peligrosos y participación en simulacros, entre otras, y tan solo el 8,5% cree que la institución ofrece algún tipo de incentivo a los empleados para que aporten a la mejora de sus condiciones.

Las razones manifestadas para justificar ese bajo nivel de participación son:

- Falta de tiempo.
- Desconocimiento de tales actividades.
- Sentimientos de discriminación por tipo de vinculación (planta y contrato).
- Trabajar en el turno de la noche al cual, según refiere el personal, "no llegan estas actividades".

La falta de tiempo manifestada tiene coherencia con el bajo resultado obtenido (23,6%) sobre disponibilidad de tiempo, dentro de la jornada laboral, para realizar actividades de salud ocupacional; situación con mayor énfasis para el caso del personal asistencial por la forma como se organiza el trabajo y las exigencias solicitadas en la prestación del servicio. Por lo cual, según lo expresado por los encargados de coordinar los programas de salud ocupacional en las instituciones de estudio, se han explorado alternativas relacionadas con el cambio de horarios para charlas y capacitaciones, buscando lograr una mayor asistencia de los trabajadores, sin que dichas

propuestas mejoren la respuesta de los trabajadores. Al respecto, resulta muy interesante observar que muchos de estos empleados asimilan el tipo de vinculación por contrato como una mordaza que impide el ejercicio de la participación activa.

Con relación a las *formas de participación* en estas actividades, los resultados del total de trabajadores que afirman participar (29,9%) se discriminan y presentan en el gráfico 2.

Como se muestra, el manejo de necesidades extralaborales o de tipo personal reporta muy baja frecuencia, lo cual concuerda con los resultados de las preguntas 6 y 31 del cuestionario aplicado; esto alude a la reproducción de un modelo tradicional con el que se gestiona la salud ocupacional, donde se procura cuidar la seguridad del trabajador por un periodo y un espacio establecidos según la jornada de trabajo.

Tal como lo evidencian algunos estudios, la participación de los trabajadores en este sector es no solo relevante para mejorar condiciones relacionadas directamente con su salud y su seguridad, sino también para entender el potencial de accidentes y ocurrencias de errores que afectan al usuario en los servicios de salud; así, se presenta la experiencia de los talleres desarrollados específicamente para ayudar a mejorar el diseño de empaques de

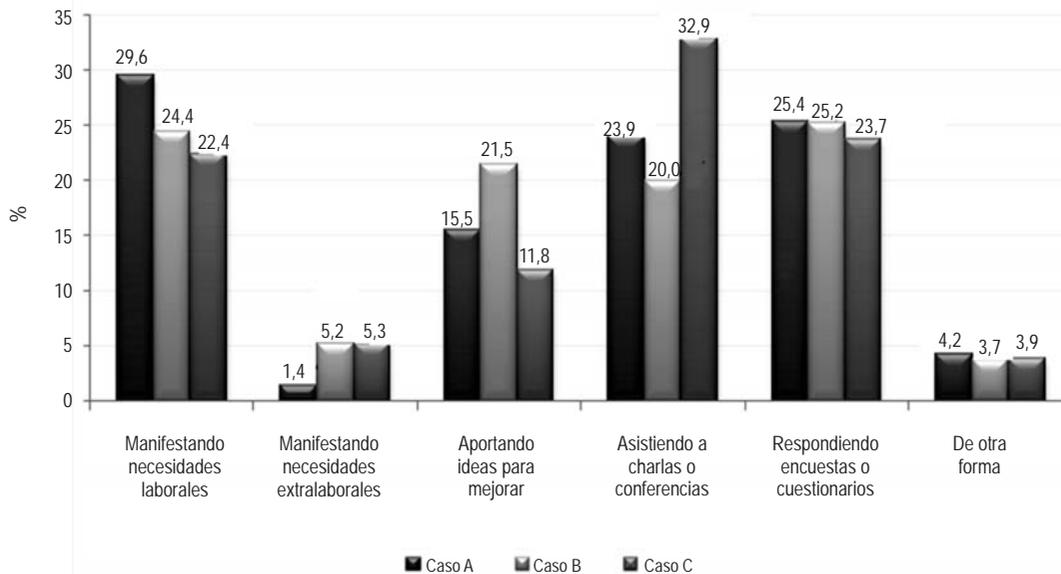


Gráfico 2. Formas de participación en actividades de salud ocupacional. Fuente: autoras.

medicamentos y, con ello, a reducir la probabilidad de errores en la medicación (30).

Por otra parte, aunque el porcentaje de participación aportando o sugiriendo ideas para corregir algún inconveniente es también escaso (30,2%), los medios utilizados para realizar estos aportes se presentan en el gráfico 3, los cuales se discriminan como proporciones del total de casos reportados afirmativamente.

Con relación a la *participación organizacional*, referida por Ruiz-Frutos como la que se hace directamente sin mediaciones y representa microdecisiones, los resultados del gráfico 3 reflejan la importancia que tienen las reuniones con el personal como espacios para participar, sobre todo si dichas reuniones son del área de trabajo, caso para el cual la forma más utilizada es la *comunicación verbal* dirigida a los jefes o coordinadores de sección.

Llama la atención el bajo porcentaje (10,6%) que aprovechan los representantes de trabajadores como medio para sugerir mejoras; esto supone, por un lado, el desconocimiento de esta alternativa y, por otro, la falta de representatividad de los delegados ante instancias decisorias de la institución. En otros términos, “los trabajadores reconocen ampliamente que la negociación por empresa es obsoleta” (27, p. 52) teniendo en cuenta las condiciones que generan las nuevas formas de organización de las instituciones de salud, los modos de contratación de personal, etc., situación para la cual se propone la

creación de sindicatos de industria que convoquen y unifiquen los esfuerzos de tantas agrupaciones fragmentadas en el sector, como, para el caso, se informó de la existencia de catorce asociaciones sindicales funcionando en una sola institución.

Entre otras opciones de participación, se reseñaron las charlas, la intranet, la comunicación o solicitud directa al *área de mantenimiento*, y solo en algunos casos se aprovecha lo que sugieren los pacientes, aspecto que es comunicado directamente al superior o a los demás compañeros de trabajo. Excepcionalmente, se reportó la participación a través de concursos que involucraron a todos los trabajadores de la institución, pero de estas actividades, realizadas en forma esporádica, no fue posible ubicar registro alguno que permitiera revisar las dinámicas aplicadas.

En este estudio se destaca la valía de los espacios de reunión por cuanto, colectivamente, apuntan a entender los problemas en el cuidado de salud, a aprender de las experiencias de los trabajadores y pacientes (positivas y negativas), a identificar obstáculos y posibles áreas para mejorar y priorizar los problemas resultantes con implicaciones de diseño y a identificar oportunidades para una intervención eficaz. Similarmente, en los resultados de este estudio se refleja la importancia que tienen las reuniones con el personal como espacios para la participación, sobre todo si dichas reuniones son del área de trabajo, caso para el cual la forma más utilizada es la

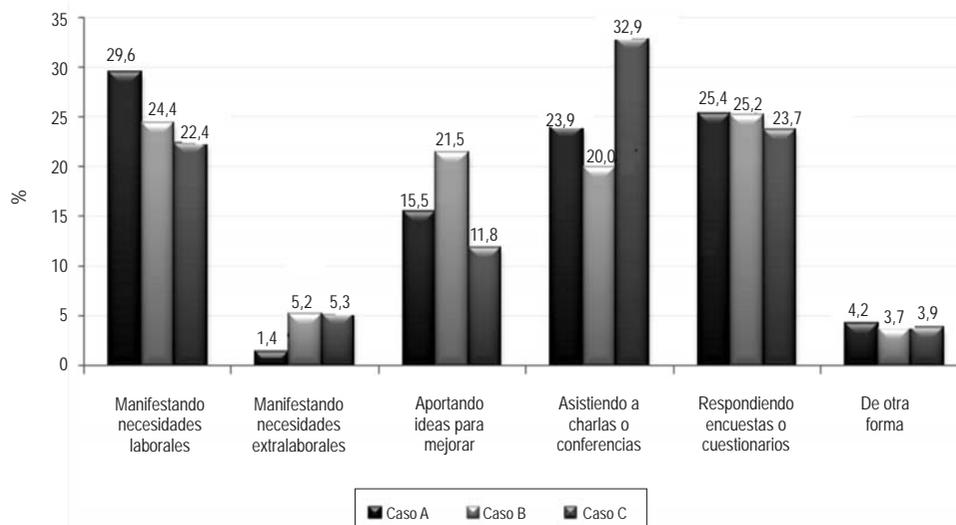


Gráfico 3. Medios de participación en actividades de salud ocupacional.

comunicación verbal dirigida a los jefes o coordinadores de sección.

Sin embargo, los datos arrojados sugieren las limitaciones conceptuales sobre el campo de aplicación de la PSLT en todos los niveles de la organización, por cuanto las formas más representativas de participación tienen que ver con actividades de capacitación, diligenciamiento de encuestas y presentación de necesidades de tipo laboral. Aun cuando esta última situación se presenta como una de las más frecuentes, los trabajadores no la perciben como una iniciativa que refleje preocupación de la institución por sus colaboradores.

Ahora bien, entendido el *conocimiento* como un elemento garante de la participación, una de las preguntas que registra alto porcentaje de respuesta (76,2%) tiene que ver con *saber si existe* programa de salud ocupacional en la institución; no obstante, dicho porcentaje se ve disminuido al preguntar si, sabiendo de su existencia, se conoce al menos en parte su contenido. En términos generales, esto significa que solo la mitad (52,4%) de los trabajadores que saben de la existencia del programa conocen algo del mismo, dato que corresponde aproximadamente a un 40% de la población total; todo lo cual refleja la falta de participación del personal en la planificación de actividades y, aun más, de un mecanismo inadecuado de información y socialización de las mismas.

Pese a que aproximadamente la mitad de los encuestados (42,3%) confirma que se desarrollan actividades de educación, capacitación y entrenamiento para los trabajadores en temas de salud ocupacional, además de las razones ya manifestadas por los trabajadores para no participar, el bajo nivel de calidad que los trabajadores perciben en estos procesos y el poco aporte personal y profesional que significan, finalmente los llevan a reconsiderar la inversión del tiempo para asistir a dichas actividades y, en consecuencia, al prejuicio con el cual se reciben propuestas de este estilo.

Estos resultados constituyen una causa lógica para la respuesta de los trabajadores a la pregunta: ¿el programa de salud ocupacional da buenos resultados en la institución?, la cual fue valorada afirmativamente por el 21,5% de la población encuestada y evidencia el escepticismo con que buena parte de los trabajadores asumen el

tema en la institución, justificando, entre otros, el bajo nivel de participación en estos procesos.

Ahora bien, según la información reportada por quienes hacen parte del nivel administrativo, la escasez de recursos que se destinan para el funcionamiento de estas instituciones, obviamente, repercute en los destinados para el desarrollo y funcionamiento de planes de salud y seguridad en el trabajo; de tal manera que se encomiendan estos programas a una sola persona por institución, quien además tiene bajo su responsabilidad otras funciones relacionadas, por ejemplo la coordinación del programa ambiental de la institución, el manejo de la oficina de talento humano, etc., condiciones que desbordan la capacidad laboral de los mismos así como de la respuesta del programa.

Para contrarrestar esta limitación, las administradoras de riesgos profesionales proveen algunos asesores en el tema para que apoyen las actividades del coordinador, recurso que resulta insuficiente por la magnitud de estas organizaciones, razón por la cual se excluye a muchas personas del campo de acción de las actividades desarrolladas.

CONCLUSIONES

En efecto, es importante considerar los procesos de salud y seguridad en el trabajo como espacios participativos donde es posible la construcción conjunta de conocimiento y el aporte de las personas involucradas como un elemento con capacidad transformadora, que contribuye a la formulación de estrategias para el mejoramiento de las condiciones de salud, de tal forma que el análisis de la relación salud-trabajo implique un punto de vista dialéctico, necesario para la edificación conjunta de los colectivos.

El ejercicio de la participación involucra, entre otras cosas, *conocimiento, formación, comunicación, cooperación, solidaridad e inclusión*, pero esencialmente un *fundamento político* seriamente comprometido que permita en efecto dicho ejercicio. Desafortunadamente, la política organizacional está influenciada por la que se define en otros niveles externos al sistema de trabajo, constituyéndose en parte de lo que, al hablar de sistemas ergonómicos, se reconocen como *factores peste* (31), dificultando las posibilidades para una real aplicación de la promoción de la salud en los lugares de trabajo.

En términos generales, los datos revelaron una disminución de la capacidad individual que cada trabajador considera tener para participar en actividades como: notificar factores de riesgo, aportar ideas o sugerencias de mejora y hacer seguimiento a intervenciones implementadas; capacidad necesaria para participar en sistemas que, como estos, involucran procesos de mejora continua. Una de las causas principales de este panorama es la falta de formación y de *promoción de una cultura en salud y seguridad en el trabajo* (32), por cuanto prima la idea de que estas situaciones solamente las manejan los que “saben” o “están encargados” del tema en la institución; es decir, que la responsabilidad frente al tema es única y exclusiva de lo que se conoce como *oficina de salud ocupacional*.

Se debe insistir en que la importancia de la formación, la capacitación y los verdaderos procesos de empoderamiento para lograr una efectiva participación no hace referencia solamente a los trabajadores que prestan el servicio directamente; involucra a todas las personas de todos los niveles de la organización, de manera que se asuma la idea de funcionamiento integral del sistema y se empiece a visualizar la sinergia que produce el trabajo integrado por una causa común: el bienestar de las personas que hace posible el funcionamiento de la institución, lo cual, en definitiva, está ligado a la productividad de la misma.

De igual forma, es necesario facilitar esta visión a los demás trabajadores, de modo que contribuya para que adopten una postura proactiva frente a la salud y la seguridad en el trabajo y se desborde el hecho de que la participación se limita a reconocer y comentar sobre peligros en los sitios de trabajo, esperando que estos sean solucionados. Es indispensable crear conciencia sobre el valor de la experiencia de cada persona, para contribuir al mejoramiento de las condiciones; esto hace referencia al concepto de *empoderamiento* que, como dice Astolfo (33), “una nueva manera de pensar y actuar en salud exige una superación de los saberes unidisciplinarios y de las prácticas únicas y excluyentes, hacia saberes transdisciplinarios y múltiples prácticas...”

Se enfrentan hoy formas de contratación de personal que conducen a la externalización de responsabilidades, así como a la alta rotación y exclusión de gran parte de los trabajadores de la institución, de manera

que, a pesar de encontrarse referencias escritas en las instituciones que expresan: “*La política cubre a todo el personal independientemente del tipo de vinculación que se establezca con la institución*”, en términos generales, esto no pasa de tener un impacto teórico que difícilmente se lleva a la práctica. Lo cual ratifica que, en Colombia, mucho de lo implementado en términos de salud y seguridad en los lugares de trabajo, es una respuesta forzada por el cumplimiento de la legislación en ese campo, más que por un legítimo o verdadero reconocimiento del valor que constituye el recurso humano en las instituciones.

Finalmente, lo presentado en este documento hace referencia tan solo a uno de los principios establecidos por la estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo, como es la participación y el empoderamiento, de cuyos resultados se puede dimensionar la difícil tarea que aguarda a todos los interesados en el tema, para visualizar dicha estrategia como una realidad. Pero que, al mismo tiempo, constituye un reto para quienes, inquietos por mejorar la calidad de vida de las personas, abordan la gestión del desarrollo productivo, involucrando una perspectiva integral y buscando formas innovadoras para sortear las dificultades de estos tiempos.

Al respecto, resulta interesante revisar experiencias que presenten y discutan ideas sobre el tema de la participación (34, 35) de manera que permitan un ejercicio de *benchmarking* aplicado a la búsqueda de mejores prácticas para lograr un mayor y más efectivo aporte de los trabajadores a la mejora de sus condiciones de trabajo y de su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OMS. The health - promoting workplace: Making it happen. Geneva, 1998. [Consultado marzo del 2009] In: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.9.pdf.
- (2) Expertos de la OMS. Fomento de la salud en las poblaciones trabajadoras. Serie informes técnicos. 765. Ginebra; 1988. Consultado marzo del 2009] En: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_765_spa.pdf
- (3) OMS. Promoción de la salud: glosario. Ginebra, 1998. WHO/HPR/HEP/98.1. [Consultado marzo del 2009] En: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

- (4) OMS - OPS. Taller Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo para América Latina y el Caribe - Anexo 6. San José de Costa Rica; marzo de 2000 [consultado noviembre de 2008]. En: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf.
- (5) WHO - Regional Office for the Western Pacific. Regional guidelines for the development of healthy workplaces; 1999 [cit., May, 2009]. In: http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSE/occupational_health/data/maa/Healthy+Workplaces+Guidelines.pdf
- (6) Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; [consultado abril de 2009] 20(4):1088-1095. En: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n4/1010.pdf>
- (7) Boix P, Vogel L. Participación de los Trabajadores. En: Ruiz-Frutos, Carlos. Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª Edición. Elsevier. Barcelona. 2007. p.165.
- (8) Expertos de la OMS. Administración de hospitales. Serie de informes técnicos. 1968; 122:4. [Consultado septiembre de 2009] En: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_395_spa.pdf
- (9) Temes JL, Aldeguer V, Díaz J. Manual de gestión hospitalaria. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1997, p. 2.
- (10) Osorio Acosta J, Paredes AE. Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿reinventando la rueda? Rev. Esp. Salud Pública. 2001; 75(3):193-206 [consultado 17 de enero de 2010]. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000300004&lng=es&nrm=iso.
- (11) DANE. Clasificación uniforme de actividades económicas CIIU, Revisión 3, adaptada para Colombia; 1990.
- (12) Nogueira R. Capital y trabajo en los servicios de salud. Citado en Cordeiro H. Empresas médicas. Bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas en la práctica médica. Revista Estudios Sociológicos del Colegio de México. 1984; 2(5).
- (13) Chu C. De una promoción de la salud en el lugar de trabajo hacia la gestión integradora de la salud en el lugar de trabajo: tendencias y evolución. The Global Health Occupational Network. 2003; 6:1-4. [Consultado Noviembre, 2009]. En: http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet6s.pdf
- (14) WHO. Regional Office for Europe. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization; 2007 [cit., Nov, 2009]. In: [http://www.who-cc.dk/library/HPH%20BROCHURE\(PRINT%20VERSION\).pdf](http://www.who-cc.dk/library/HPH%20BROCHURE(PRINT%20VERSION).pdf)
- (15) OIT. Trabajo decente en las Américas: una agenda hemisférica, 2006-2015. XVI Reunión Regional Americana. Brasilia, mayo de 2006, pp. 13, 45. [consultado en febrero de 2010]. En: <http://www.oit.org/public/spanish/standards/relm/rgmeet/16amr/dwork.pdf>
- (16) European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Luxemburgo; 1997, p.1. [cit., May, 2009] In: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/free/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf
- (17) Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok; 2005. [consultado en Septiembre, 2009] En: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- (18) OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México; 2000, p. 22. [consultado en agosto, 2009] En: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>.
- (19) WHO - Regional Office for the Western Pacific. Regional guidelines for the development of healthy workplaces; 1999. [cit., Jun, 2009] In: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/A08C06C4-9152-4F6B-9C15-D76CDF621E1E/O/HealthyWorkplacesGuidelines.pdf>
- (20) WHO - Regional Office for Europe. Implementing health promotion in hospital: Manual and self assessment forms. Ed. Oliver Groene; 2006. [cit., Jun, 2009] In: <http://www.euro.who.int/document/E88584.pdf>
- (21) WHO - Regional Office for Europe. Health promoting hospitals. Copenhagen; 2002 [cit., March, 4, 2009]. In: www.euro.who.int/healthpromohosp
- (22) WHO. Vienna Recommendations for Health Promoting Hospitals [cit., March, 10, 2009]. In: <http://www.euro.who.int/document//IHB/hphviennarecom.pdf>
- (23) OPS. Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud. Manual para gerentes y administradores. Washington, D. C.; 2005.
- (24) OIT. Directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. [consultado en agosto, 2009] En: <http://sobs.org.br/site/wp-content/uploads/2009/08/MEOSH-2001-2.pdf>
- (25) INSHT. Nota técnica preventiva 639: La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad. [consultado en marzo, 2009] En: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Estudios/Proyectos/En_Curso/Subvencionados/RedEuropeaPromoSalud/Ficheros/ntp639.pdf
- (26) Hämäläinen RM. Workplace health promotion in Europe – the role of national health policies and strategies. Finnish

Institute of Occupational Health. Editorial Vammalan Kirjapaino; 2007, pp.73-74.

(27) Hasselhorn HM. Work ability - concept and assessment. Germany: University of Wuppertal; 2008. [cit., Sept, 2009] In: http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/Concept_and_Assessment.pdf

(28) OPS - Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Relaciones laborales en el sector salud. El caso de la ciudad de Cali; julio de 2006, p. 49.

(29) Grupo Whoqol. Evaluación de la calidad de vida. ¿Por qué calidad de vida?; 1994. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996. Referenciado en glosario. OMS; 1998, p. 28.

(30) Goulart BF, Freitas MI de Fátima. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública; 2008 Set; 24(9):2123-2130 [citado fevereiro 28, 2010]. Em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900018&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2008000900018.

(31) Bucklea P, Clarkson PJ, Coleman R, Ward J, Anderson J. Patient safety, systems design and ergonomics. Applied

Ergonomics. 2006; 37(4):491-500 [cit. August, 2008]. In: <http://www.bases.unal.edu.co:2053/science>

(32) García Acosta G. La ergonomía desde la visión sistémica. Colección de textos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.

(33) OIT. Convenio 187 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo; 2006. [consultado en agosto, 2009] En: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C187>

(34) Vélez Arango AL. Marco político y legal de la promoción de la salud. [consultado en febrero, 2010] En: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO2/promocion>.

(35) Robroek S, van Lenthe F, van Empelen P, Burdorf A. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: A systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2009 [cit., January, 20, 2010]. In: <http://www.ijbnpa.org/content/6/1/26>

(36) Eklöf M, Ingelgard A, Hagberg M. Is participative ergonomics associated with better working environment and health? A study among Swedish white-collar VDU users. International Journal of Industrial Ergonomics. 2004; 34(5): 355-366 [cit., November, 15, 2008]. In: http://www.bases.unal.edu.co:2053/science?_ob=ArticleListURL



Del archivo fotográfico del Grupo de Investigación en Historia de la Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.