

Trabajo en el sector salud: implementación de la promoción de la salud en los lugares de trabajo

Working in the health sector: implementation of workplace health promotion

Eliana Castro S¹; Alba Idály Muñoz S².

¹ Diseñadora industrial, especialista en higiene y salud ocupacional, magíster en salud y seguridad en el trabajo, profesora asistente, Departamento de Diseño, Facultad de Ingeniería y Administración, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: ecastros@unal.edu.co

² Enfermera, especialista en salud ocupacional; magíster y doctorado en enfermería, profesora asociada, Departamento de Salud de Colectivos, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: aimunozs@unal.edu.co

Recibido: 28 de julio de 2011. Aprobado: 15 de noviembre de 2011.

Castro E, Muñoz AI. Trabajo en el sector salud: implementación de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(4): 484-493

Resumen

Objetivo: exponer aspectos relevantes para implementar la promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT) en procesos de organización del sector salud, asumida como una herramienta estratégica para gestionar la salud y la seguridad en ambientes laborales. **Metodología:** tras una revisión conceptual sobre PSLT en el 2009, se realizó un estudio de caso sobre el desarrollo de la estrategia en tres hospitales de tercer nivel de Bogotá. Se trata de un estudio descriptivo-transversal aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. **Resultados:** aunque existen programas de salud ocupacional que imprimen el espíritu de la PSLT en su contenido, el nivel de desarrollo no es cohe-

rente con ello. Se analizaron los siguientes criterios: estrategia y compromiso, recursos humanos y organización, responsabilidad social, planificación, desarrollo y resultados, que no fueron bien valorados por trabajadores. **Discusión:** el enfoque tradicional sobre salud ocupacional y la precaria incorporación de los principios de la PSLT en procesos organizacionales se refleja en las acciones desarrolladas y en las expectativas frente al tema; por tanto, es necesario desarrollar acciones desde la política pública y fortalecer la capacidad institucional para garantizar la viabilidad de la PSLT en el sector salud.

-----**Palabras clave:** hospitales, promoción de la salud, salud laboral, administración de personal en hospitales

Abstract

Objective: to discuss issues that are relevant to the implementation of workplace health promotion (WHP) in organization processes of the health sector as a strategic tool to manage health and safety at the workplace. **Methods:** after a conceptual review of WHP in 2009, a qualitative case study on the development of this strategy in third level hospitals of Bogotá was carried out. This descriptive and cross-sectional study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Nursing at the National University of Colombia. **Results:** although there are occupational health programs that convey the spirit of WHP in their content, its level of development is not consistently linked to it. The following criteria were

analyzed: strategy and commitment, human resources and organization, social responsibility, planning, and development and results, all of which were not well valued by workers. **Final considerations:** the traditional approach to occupational health and the poor integration of the WHP principles into organizational processes are reflected in the actions taken and the expectations regarding the subject. Therefore, actions should be taken in terms of public policies to strengthen the institutional capacity to ensure the feasibility of WHP in the health sector.

----- **Keywords:** hospitals, health promotion, occupational health, personnel administration in hospitals.

Introducción

Actualmente, en el mundo del trabajo se afrontan procesos como la industrialización y la internacionalización de los mercados como consecuencia del modelo económico de la globalización, que generan nuevas dinámicas organizacionales y traen consigo gran inestabilidad laboral, mayor inequidad en la distribución de los recursos y, por tanto, desigualdad entre la población, todo lo cual se traduce en necesidades, motivaciones e intereses cada vez más disonantes y, por tanto, difíciles de armonizar con los de los niveles administrativos de las organizaciones.

Tal como argumenta Feo [1], se reconocen varias dimensiones que componen la crisis global (ambiental, alimentaria, laboral, económica, entre otros), en que se generan además patrones combinados de desgaste, riesgos y daños que afectan a la población en general y, especialmente, a la trabajadora. Con esta preocupación, desde el último cuarto del siglo pasado se ha subrayado la necesidad de implementar estrategias de salud en diferentes contextos que contribuyan al desarrollo integral de las personas y, con ello, a generar competencias para su empoderamiento desde una concepción dimensionada como la presenta Carvalho [2], desde la cual se comprende el sentido político e ideológico de la promoción de la salud, haciendo posible el desarrollo de las capacidades propositivas de las personas, así como de sus habilidades para promover y proteger la salud en sus sitios de trabajo.

En tal sentido, se resalta la estrategia de la promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT), derivada de la evolución que han sufrido los conceptos de *salud* y *promoción de la salud* propuestos por la medicina social [3] y organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) [4], cuyas visiones incorporan las *condiciones de trabajo* como uno de los determinantes de la salud, lo que implica el reconocimiento de la salud como una situación integral del ser humano en su vida colectiva, así como también la noción de una responsabilidad compartida sobre los efectos que, sobre la salud, tienen las actuaciones de ese mismo colectivo en la salud de las personas.

Así las cosas, luego de una revisión conceptual relacionada con la PSLT [5], ésta se entiende como:

“un proceso individual y colectivo, integral, dinámico y sistemático, cimentado en una política de Estado y de las empresas, articulado a las necesidades de los

trabajadores. La promoción de la salud en los lugares de trabajo debe involucrar conocimientos, técnicas y abordajes metodológicos que incluyan experiencias de los actores, sectores y diversas disciplinas implicadas en la salud de los trabajadores. La promoción de la salud en los entornos laborales, propende por el bienestar de los trabajadores, la construcción de sus proyectos de vida, así como a los objetivos de la organización” *.

Esta construcción permite identificar la participación de los trabajadores como factor indefectible para el éxito de cualquier programa que promueva la salud en los lugares de trabajo. Asimismo, desde este enfoque se aplica una concepción holística al estudio de la salud y la seguridad en el trabajo, que parte de entender, por una parte, a los trabajadores como individuos con características biológicas, psicológicas y sociales específicas y, por otra parte, los procesos de trabajo en sus componentes fundamentales, para lo cual se examinan las condiciones que contribuyen tanto con la productividad de las organizaciones como con los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo, con el fin de que las acciones adelantadas en estos ambientes se encaminen en pro de la calidad de vida y el bienestar de los trabajadores y sus familias.

Ahora bien, frente al panorama que devela la propuesta integral y globalizadora —como conceptualmente se concibe la PSLT— [6]5, y considerando las oportunidades y ventajas que ofrecen los centros de trabajo para promocionar la salud [6], en el 2009 se realizó una aproximación a la implementación de la estrategia en instituciones de salud de tercer nivel adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, teniendo en cuenta que estas se consideran centros de gran importancia para implementar la PSLT [7] por su potencial para abarcar problemas de salud desde una perspectiva integral y porque constituyen entornos significativos para las personas comprometidas en el proceso del cuidado de la salud. Estas están representadas no solo en la fuerza de trabajo (personal de la salud) sino también en el objeto de trabajo que se explicita en los usuarios directos del servicio (pacientes) a través de los cuales se influye en otros grupos sociales (familiares y amigos).

La forma como se organiza el trabajo hospitalario es *sui generis* y, asimismo, presenta multitud de peligros para la salud de quienes lo realizan; muchos de ellos tienen su origen en las condiciones del medio ambiente físico: manipulación de sustancias químicas, presencia de radiaciones, contaminantes biológicos y físicos, entre otros; además, se suman a esto aspectos relacionados

* Definición estructurada por la línea de investigación en promoción de la salud en los lugares de trabajo de la maestría de salud y seguridad en el trabajo, en constante revisión con el aporte académico de los estudiantes y docentes. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (2010).

con la carga mental, dada la interacción constante con pacientes y sus familias, el estilo de mando y la organización jerárquica del trabajo, que es una característica peculiar en este sector.

Se destaca así que los desafíos que formula el siglo XXI para el mundo del trabajo reclaman con insistencia, por un lado, la integración de la promoción de la salud en el campo de la intervención tradicional de los riesgos laborales [8] y, por otro, la vinculación directa de la salud y la seguridad dentro de la gestión estratégica de las organizaciones [9]. Ello implica reconocer, desde una perspectiva sistémica y de mejoramiento continuo, las complejas relaciones que revisten este propósito, que se asume con una actitud más comprometida por parte de las grandes empresas y que contrasta con la débil percepción de las pequeñas empresas frente al tema, las cuales consideran que el control de los riesgos es responsabilidad de los empleados [10]. En este sentido, las organizaciones del sector salud no son ajenas a estos desafíos.

De forma contradictoria, el sector de la salud que pertenece al sector de servicios, cuya esencia radica en el cuidado de otros, no expresa en su cotidianidad acciones que garanticen adecuadas condiciones de trabajo.

Metodología

Inicialmente, se disgregó el tema central de estudio en núcleos temáticos, tales como salud, promoción de la salud, salud y seguridad en el trabajo, instituciones de salud y PSLT en instituciones de salud, a partir de los cuales se identificaron y aclararon aspectos como definiciones, características, estándares de calidad y normativa relacionados con cada uno.

Para ello, se revisaron bases de datos reconocidas (EBSCOhost, JSTOR, Lilacs y Science Direct), cuyos documentos respondieron a descriptores como health promotion, occupational health, health care sector, worksite health promotion, health institutions, employment health promotion, workers health sector, hospitals, workplace health promotion, occupational health and safety, entre otros, documentos filtrados con la consideración de que fueran arbitrados, de texto completo y producidos en los últimos quince años. También se revisó la producción documental y las políticas establecidas por organismos internacionales y nacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización

Panamericana de la Salud (OPS), la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el Ministerio de Protección Social de Colombia, el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) de Colombia y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS). En todo caso, se procuró ubicar y consultar las fuentes originales de la información. Con base en la información revisada, se definieron los siguientes instrumentos:[†]

- cuestionario para caracterizar la población trabajadora de la institución;
- lista de chequeo para revisar, en la información documental, algunos fundamentos de la PSLT;
- cuestionario para verificar el nivel de desarrollo de la PSLT en la institución;
- cuestionario para identificar los mecanismos implementados para garantizar la aplicación de los principios de la PSLT en las acciones de los programas;
- cuestionario para revisar el conocimiento y la participación de los trabajadores en actividades de salud y seguridad;
- cuestionario para revisar el conocimiento y la preparación de los asesores de las ARP en programas de PSLT.

De acuerdo con lo aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, la aplicación de los cuestionarios se acompañó de un documento para obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

Las instituciones seleccionadas para participar en la investigación respondieron a los siguientes criterios de selección: institución de salud de tercer nivel, legalmente constituida, con sede de funcionamiento en la ciudad de Bogotá, activa y afiliada al Sistema General de Riesgos Profesionales, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y con decisión de participación voluntaria. Así, de un universo de cinco instituciones reconocidas en la base de datos de la SDS, se seleccionaron tres para formar parte del estudio. Para valorar la calidad y el nivel de desarrollo de la PSLT, previa autorización del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT) de España[‡], se aplicó el cuestionario adoptado en la nota técnica de prevención NTP 639 [11].

Es importante destacar que se hizo triangulación de técnicas e instrumentos, lo que permitió el acercamiento a diferentes visiones (administrativos, asesores de ARP, trabajadores, referencias documentales) procurando una apreciación más integradora de la realidad de desarrollo de la PSLT en las instituciones participantes.

[†] Previamente discutidos y evaluados en un panel de expertos y luego sometidos a una prueba piloto.

[‡] Autorización de uso OT 374.09 promulgada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT), (España) para su aplicación en el estudio.

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. Así, para recopilar datos relacionados con procedimientos administrativos y de gestión (cuestionarios 3 y 4), se adicionaron los criterios de cargo o representatividad ante directivos, comités o grupos relacionados con PSLT, mientras que para verificar conocimiento y participación de trabajadores (cuestionario 5) se calculó el tamaño de la muestra para estimar proporción, aplicando un rango de error admisible del 7% y discriminado según tipo de vinculación para hacer un análisis más detallado; de acuerdo con todo esto, se encuestaron en promedio 170 trabajadores por institución. Finalmente, el cuestionario 6 se aplicó a todos los asesores de la ARP asignados en cada institución.

La información recopilada a través de los formatos aplicados se consolidó en una base de datos desarrollada en Excel, versión 2007, y se analizaron los datos utilizando técnicas para obtener frecuencias simples, desviaciones estándar y algunas correlaciones básicas. En cumplimiento de los compromisos adquiridos con los participantes del estudio, se aseguraron las medidas necesarias para garantizar tanto la veracidad de la información suministrada como la confidencialidad de su origen.

Resultados

En los últimos años, la legislación colombiana en riesgos profesionales relacionada con el sector salud ha incorporado el interés por vincular en los modelos de gestión algunas acciones de la PSLT, así como también la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha mostrado mayor interés y sensibilidad para afrontar la problemática del sector, con especial preocupación por el tema del talento humano. Al examinar el nivel de desarrollo de algunos aspectos característicos de la PSLT (como política organizacional, recursos de apoyo, planificación, implementación y resultados alcanzados con la estrategia), y al revisar la aplicación de los principios que la fundamentan (carácter integral, cooperación multisectorial y multidisciplinaria, carácter participativo y empoderador, justicia social y sostenibilidad) [12]; el estudio permitió detallar un escenario laboral de relevancia social caracterizado por un respaldo documental que, en forma ideal, subraya la importancia de implementar estrategias integrales como la PSLT, al tiempo que, desde una perspectiva real y concreta, presenta situaciones que obstaculizan su puesta en marcha, lo que conlleva a que, en la práctica, no se evidencien avan-

ces significativos relacionados con estos procesos. En tal sentido, se destacan los siguientes hallazgos derivados de la revisión documental y del trabajo de campo realizado en los tres hospitales participantes:

Estrategia y compromiso

Gran parte de la normativa declarada en los diferentes niveles geopolíticos, incluido el institucional del sector salud, ha abarcado, además de las responsabilidades colectivas en materia de PSLT, las funciones y algunos criterios para garantizar la puesta en marcha de programas concordantes con la estrategia. No obstante, su aproximación a la práctica no es tan evidente, en principio, por el nivel de compromiso mostrado por los directivos y, luego, porque las políticas mismas no incluyen estrategias puntuales que aseguren su cumplimiento. Para el caso, puede citarse el Plan de Salud del Distrito Capital, 2008-2012, que aunque tiene como área prioritaria la promoción de entornos saludables y la prevención, atención y vigilancia de eventos relacionados con el trabajo, al revisar los objetivos estratégicos no se encuentra ningún objetivo encaminado a dicha área [9].

Las políticas de vinculación laboral aplicadas al sector —sobre todo en contratación temporal⁹⁵ y personal tercerizado (*outsourcing* y cooperativas asociadas)— pueden ocasionar alteraciones de salud por la inestabilidad laboral que se vive en el sector y que constituye uno de los principales obstáculos para implementar adecuadamente la PSLT. Dichas políticas contribuyen también con efectos como el del sentimiento de discriminación para participar en las actividades programadas, la dependencia de las aseguradoras, la externalización de los servicios de salud y bienestar y la disminución de la capacidad institucional para garantizar el desarrollo del trabajo en forma segura, pues la alta rotación del personal, la delegación de acciones de salud y seguridad en el trabajo a las aseguradoras —sin garantizar el control desde la organización— pueden contribuir en el incremento de los accidentes del sector porque no se toman las medidas de bioseguridad específicas, dada las particularidades de la vinculación en las instituciones de salud. Desafortunadamente, “los mecanismos de regulación del Estado sobre este tipo de contratos es incipiente y representa un reto para las entidades reguladoras” [13].

Organización temporal

Los horarios y turnos establecidos en todos los casos de estudio son iguales, sí se tienen en cuenta las intensidades por tipo de servicio prestado (tabla 1).

⁹⁵ La población vinculada en forma temporal se acerca en promedio al 60% del total de los trabajadores y, en la mayoría de los casos, la frecuencia de renovación de esta vinculación se hace mensualmente.

Tabla 1. Organización temporal en hospitales de tercer nivel de Bogotá

| Tipo de servicio | Turnos / días de la semana | Intensidad diaria / horario | Observaciones |
|-----------------------|--|---|---|
| Administrativo | Diurno Lunes a viernes | 9,5 horas 7 a. m. a 4.30 p. m. | Incluye una hora de almuerzo Oficialmente no existen pausas. |
| | Mañana y tarde Lunes a viernes | 6 horas 7 a. m. a 1 p. m. 1 p. m. a 7 p. m. | Este personal cubre los turnos de fines de semana y festivos. |
| Asistencial | Noche Lunes a viernes | 12 horas 7 p. m. a 7 a. m. | En este turno se labora una noche intermedia. |
| | Diurno y nocturno Sábados, domingos y festivos | 12 horas 7 a. m. a 7 p. m. 7 p. m. a 7 a. m. | Se laboran horas extras dependiendo las necesidades del servicio. |

Los hallazgos permiten afirmar que en ningún caso se tienen oficialmente establecidas pausas de descanso para el personal dentro de su jornada laboral; el funcionario toma los descansos cuando su actividad lo permite. Además, para el personal asistencial se considera una hora de almuerzo solo cuando labora jornadas de 12 horas, pero el horario para esta actividad tampoco está definido, por cuanto está sujeto en gran parte a las exigencias del servicio que se presentan en la jornada; no obstante, la inclusión de tiempos para pausas de alimentación y descanso fue valorada en forma positiva por el personal encargado de la gestión (administrativo).

Esta situación de jornadas intensivas y de pausas laborales indeterminadas, propias del servicio ofrecido por estas instituciones, contribuye con una sobrecarga física y psíquica, sobre todo para el personal asistencial, que se agrava cuando trabajadores que suplen a compañeros que no pueden cumplir sus turnos asumen dobles jornadas continuas, ya sea en la misma institución o en otra, motivados en la mayoría de los casos por la necesidad de compensar los ingresos que perciben. Para esta situación no se considera ningún tipo de seguimiento o control según lo indagado.

Incongruencias entre planeación y ejecución

Por más que se mencionan actividades encaminadas a la promoción de estilos de vida y trabajo saludable en los documentos y que algunas políticas busquen mejor calidad de vida, productividad y satisfacción laboral de todos los servidores, tal situación no se refleja en el proceso de implementación de los programas ni al momento de evaluar sus resultados, pues los indicadores utilizados para dicha valoración se siguen limitando a algunos que se preocupan más por analizar las pérdidas productivas de la organización (enfermedad general, ausentismo, accidentes de trabajo y enfermedad profesional) que a otros, con los cuales se puedan reflejar aspectos influyentes en la capacidad laboral y de empoderamiento de los trabajadores (motivación, participación, preocupa-

ciones del trabajador, reconocimiento, compensación, entre otros).

En este sentido, el tratamiento que se da a los indicadores en ningún caso analiza la información discriminada según tipo de vinculación u otra variable que caracterice la población laboral; en cambio, para el análisis de estas situaciones prima la fuente o el factor de riesgo generador del evento. Adicionalmente, se observó un alto nivel de variabilidad de los datos reportados por diferentes fuentes de la misma institución, lo cual da cuenta de la deficiencia en los sistemas de información que apoyan estos programas en las instituciones; por ejemplo: la frecuencia de eventos (enfermedad, accidentalidad, otros) manejados por la oficina de salud ocupacional y la oficina de personal, al igual que el total de trabajadores vinculados a la institución representan datos que variaron de una oficina a otra.

Coordinación con otras dependencias y grupos

Algunos documentos mencionan la necesidad de coordinar y asesorar con otras dependencias de la institución asuntos que incluyan salud y bienestar de los trabajadores; además, la existencia de varias políticas institucionales y sus contenidos permiten deducir la existencia de grupos que apoyan actividades relacionadas, entre los cuales pueden mencionarse, además del comité paritario de salud ocupacional, el comité de emergencias, la brigada de emergencias, el comité de convivencia laboral, el comité de personal, el comité de epidemiología, el grupo especializado en mantenimiento preventivo y correctivo y el comité de gestión ambiental.

La conformación de los grupos incluye, preferiblemente, personal de planta, y para cada uno se encuentran incluso definidos los términos de referencia con sus funciones, entre las cuales se destacan las de reconocer las necesidades del personal, promover la participación de los empleados para mejorar condiciones de trabajo y establecer un puente de comunicación entre diferentes niveles de la institución. Sin embargo, su existencia no

se divulga a la totalidad de los trabajadores, tal como lo confirma el 60% del personal de gestión y el 80% de los trabajadores encuestados, quienes manifiestan no conocer sobre su existencia.

Con relación a la existencia y vinculación de grupos externos a la institución, solo se referencian los asesores y contratistas de la administradora de riesgos profesionales (ARP), quienes apoyan actividades relacionadas con el plan básico legal, el de orden y aseo, el de gestión de residuos hospitalarios y otras actividades de higiene y seguridad para intervenir factores de riesgo psicosocial, biológico y ergonómico. Sin embargo, este apoyo es insuficiente por la magnitud y complejidad de estas organizaciones. Al respecto, cuando se pregunta por las ARP que cubren al hospital, solo se reconoce aquella que oficialmente se contrata para proteger a sus empleados de planta, que por efectos de Ley [14] es también la que cubre a los de contrato; sin embargo, no se reconocen otras encargadas de asegurar al personal tercerizado, como es el personal de vigilancia, nutrición y servicios generales.

Alcance de la cobertura

Pese a que la PSLT insiste en el principio de la participación activa de las personas en sus ambientes laborales, y que procura lograr el empoderamiento de las personas, en sentido amplio los programas sobre salud y seguridad no abarcan mecanismos que permitan la aplicación de este principio en las diferentes fases de implementación de la estrategia, excluyéndose en forma total en etapas como la formulación de políticas y, en algunos casos, en la de planeación y evaluación del programa. De cualquier manera, del total de trabajadores encuestados por institución (170 promedio), el 29,9% confirma que ha participado en actividades relacionadas con salud ocupacional, que incluyen pausas activas, campañas de vacunación, manejo de residuos peligrosos y participación en simulacros, entre otras, y tan solo el 8,5% considera que la institución ofrece algún tipo de incentivo a los empleados para que aporten a la mejora de sus condiciones. Esto último fue ratificado por el 75% de los responsables de la gestión que participaron en el estudio. Las razones manifestadas para justificar ese bajo nivel de participación fueron:

- falta de tiempo,
- desconocimiento de tales actividades,
- sentimientos de discriminación por tipo de vinculación (planta y contrato),
- trabajar en el turno nocturno al cual, según refiere el personal, “no llegan estas actividades”.

Planeación y validez del programa

La planeación del programa de salud ocupacional se basa en el diagnóstico de las condiciones de trabajo y de las condiciones de salud. Las primeras se reconocen mediante la información que aporta el panorama general de factores de riesgo (PGFR), y las segundas, se registran durante el proceso de vinculación del trabajador a la institución, tras establecer el perfil sociodemográfico y de morbilidad con ayuda de exámenes médico-ocupacionales definidos y aplicados según el perfil del cargo. Pese a que aproximadamente el 85% del personal encargado de la gestión institucional manifiesta que el programa de salud ocupacional se fundamenta en el análisis y valoración de las necesidades del personal —para lo cual se realizan visitas de inspección, reuniones colectivas con el personal y reportes de accidentalidad y enfermedad de los empleados—, es notable el poco valor que dan los trabajadores a estos procedimientos, pues solo el 21,3% reconoce positivamente que la institución se interesa por conocer de sus necesidades, argumentando, entre otras cosas, que cuando informan de estas situaciones, lo único que reciben a cambio es la falta de interés y de atención por parte de los directivos.

Por otra parte, la planeación incluye la revisión de manuales de bioseguridad y de otros planes, como el de gestión integral de residuos hospitalarios y el de gestión ambiental, de los cuales los últimos consideran, además del cumplimiento de la legislación existente, el impacto en la vida de la comunidad donde la institución presta sus servicios.

Debilidades

La integralidad que en principio define la estrategia, se ve afectada desde varios puntos de vista a saber: 1) no incluye a toda la población vinculada con los hospitales; 2) no tiene en consideración las necesidades extralaborales de los trabajadores; 3) no establece procedimientos o mecanismos claros para permitir la participación activa de los vinculados, y 4) falta reconocer y concatenar estos programas con la gestión organizacional como un sistema que permita articular esfuerzos para mejorar los resultados de las acciones formuladas.

En resumen, la figura 1 refleja los resultados sobre el nivel de desarrollo de PSLT en la institución, desde la perspectiva del personal comprometido con la gestión institucional. Cabe aclarar que en este punto solo se relacionan los datos de dos de los casos estudiados, pues el bajo nivel de respuesta reportado en el tercero de ellos no permitió validar la información obtenida**.

** De aproximadamente 12 personas seleccionadas para contestar los cuestionarios, solo se obtuvo respuesta de dos funcionarios, cuyas variables de antigüedad de vinculación y forma de contratación son muy diferentes; por tanto, la mayoría de las respuestas son contradictorias.

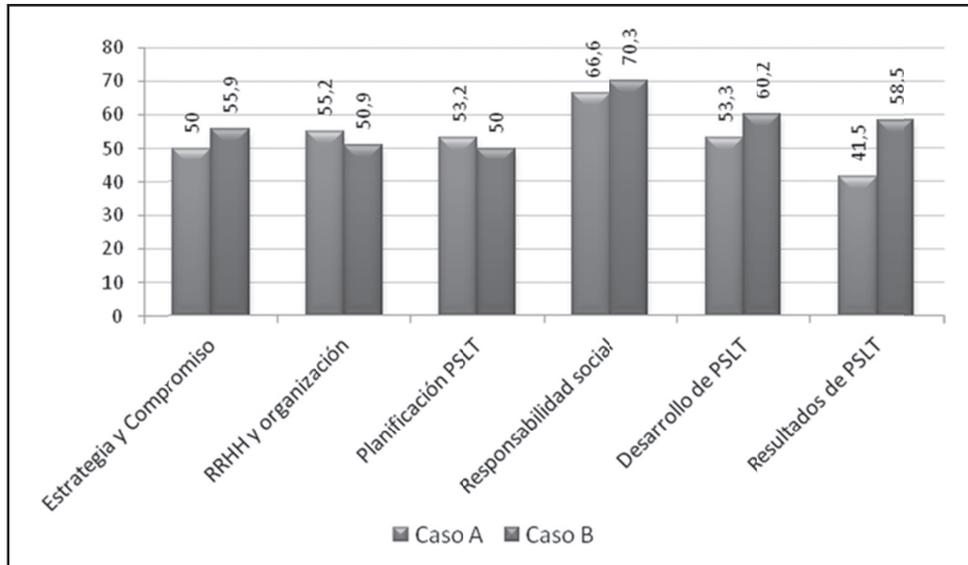


Figura 1. Porcentaje del nivel de desarrollo global de la PSLT por institución

Las tres instituciones fueron valoradas en forma global con aproximadamente 51,5%. El ítem mejor evaluado fue el de la responsabilidad social, aspecto consonante con la función y el servicio que ofrece como organización. En contraposición, las valoraciones más bajas corresponden al primero y al último componente, lo cual tiene sentido si se entiende lo esencial del compromiso y la estrategia de la dirección para el logro de resultados que impacten efectivamente a la población.

En general, el manejo de estos programas comporta un funcionamiento similar para todos los casos estudiados, pues son comunes los condicionantes de tipo político, la gestión organizacional aplicada, los paradigmas conceptuales manejados y los recursos destinados para su puesta en marcha, con lo cual se alcanzan unos resultados de muy bajo nivel para las acciones que promueve la PSLT.

Discusión

Desde el enfoque de sistemas para la gestión en materia de salud y la seguridad en el trabajo [15], la política se considera la base de dicho sistema, con la cual se orienta el desarrollo de la organización. Idealmente, la política debe fundamentarse en mecanismos de consulta tripartita, esto es, con representación del gobierno, empleadores y trabajadores; asimismo, debe garantizar el compromiso del gobierno o de la gerencia para aplicarla.

Por consiguiente, hablar de *política*, con todo el trasfondo que ello implica, no solo es necesario por la importancia que reviste como determinante de las condiciones generales para el funcionamiento de las insti-

tuciones, sino también por el valor que su declaración conlleva como herramienta pedagógica útil para divulgar o fortalecer orientaciones que rijan la actuación de las personas con respecto a una temática en particular. Ahora bien, si la política resulta de importancia fundamental para gestionar efectivamente la salud y la seguridad en los ambientes de trabajo, igual relevancia debe tener el estudio y la selección de los mecanismos que se considerarán para garantizar la aplicación y evaluación de dicha política a través de las acciones que se implementan en los ambientes laborales, de modo que responda al proceso de mejora continua que caracteriza a la gestión actual. Para el caso de estudio realizado, es necesario considerar la mejora de problemas de calidad en los procesos, pues desde el punto de vista documental y de planificación de las actividades, se observa la inclusión de criterios coherentes con la PSLT, pero en la puesta en marcha los resultados obtenidos no impactan positivamente a la población trabajadora.

Ahora bien, no se pueden desconocer las complejas relaciones que se establecen en los ambientes laborales hospitalarios, pues además de la diversidad de actores implicados (pacientes, personal y la comunidad a la que se prestan los servicios), se ha incorporado la capacidad de conjugar tres funciones básicas: asistencia, docencia e investigación; y tal como lo describen Osorio y Paredes, “durante los últimos años 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” [16], de tal suerte que no escapan a los efectos del modelo globalizador, que, al desconocer la dinámica

de actuación de estas instituciones y asimilarla a las de otras actividades económicas, buscan el éxito comercial imponiendo modelos administrativos totalmente inadecuados.

Así, factores externos a la organización de instituciones hospitalarias del Estado —como son la limitada asignación de recursos, que se traduce en aplicación de modelos administrativos de eficiencia operativa, o la prioridad que se da a la calidad en la prestación del servicio asistencial [17] evidenciada en buena parte de la normativa nacional relacionada con el sector salud— hacen que se dificulte la gestión de la salud y la seguridad en forma amplia e integral. Tampoco aporta a este propósito el hecho de que el área encargada de salud y seguridad laboral no se evidencie claramente en el organigrama institucional, pues depende de otras áreas relacionadas con talento humano.

Idealmente, las acciones relacionadas con salud y seguridad en el trabajo deben permear la gestión organizacional en su sentido más amplio. Al respecto, se encuentra formulada una propuesta que intenta alinear la gestión en salud y seguridad con el proceso de gestión estratégica de la organización [9] para alcanzar mejores resultados con las actividades que buscan mejorar las condiciones de trabajo en este tipo de instituciones. En esta dirección, también se proyecta el Sistema de Garantía de Calidad en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales (SGC-SORP), cuando establece como uno de los principios de calidad en la materia “integrar prevención de daños a la salud y calidad a la estructura organizacional y en la vida cotidiana” [18].

Cualquiera que sea la aproximación a la gestión de la salud y la seguridad, la *participación* es un principio que se considera esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. La participación se entiende como una forma de gestión que permite a las personas comprometerse en procesos de toma de decisión y, además, fomenta el sentido de pertenencia en su colectivo; para ello, es condición sine qua non el empoderamiento, categoría esta que, vista desde una perspectiva comunitaria como la que refiere Carvalho, posibilita el desarrollo de las capacidades propositivas de las personas, así como de sus habilidades para promover y proteger la salud en sus sitios de trabajo [2].

Para esto, es necesario que las instituciones mejoren y aclaren los procedimientos y los incentivos otorgados para hacer efectiva dicha participación y abordar o buscar alternativas que optimicen las condiciones de contratación y de organización temporal del trabajo, pues estos se perciben como factores discriminatorios entre la población; y en ese sentido manifiestan que la vinculación por contrato viene acompañada de una mordaza que

imposibilita participar en procesos internos y manifestar necesidades de cualquier tipo en sus lugares de trabajo. Evidentemente, estos procesos deben ir acompañados de actividades de capacitación que permitan ampliar la falta de capacidad sentida de los trabajadores para participar en sistemas que, como estos, incluyen procesos de mejora continua, pues en este estudio, las personas consideraron que estaban más capacitadas para notificar un factor de riesgo o situación peligrosa que para proponer soluciones y, aun menos, para hacer seguimiento a las intervenciones realizadas.

En efecto, es necesario reconocer el valioso potencial de aporte de los trabajadores en las instituciones; fundamentalmente, la experiencia en el desarrollo de la labor, la creatividad individual y las dinámicas de grupo internas pueden llevar al planteamiento de alternativas para mejorar o adecuar las condiciones de trabajo. Es suficiente con hacerlo evidente a los trabajadores e incentivarlos para que sus iniciativas se traduzcan a la realidad.

Con frecuencia, los recursos manejados no permiten responder de modo satisfactorio a las necesidades de los trabajadores, lo cual, entre otras causas, genera el poco protagonismo que hoy tienen los copasos en los procesos de salud y seguridad en el trabajo [19]. Existe entonces la imperiosa necesidad de gestionar recursos o de hacer más eficientes aquellos con los cuales se cuenta, lo que tiene que ver con la organización de redes y grupos de apoyo intersectorial, así como con la conjugación de recursos y actividades que vinculen las ARP, las EPS y las cajas de compensación que cubren a todo el personal en la institución. Al respecto, se intenta aprovechar iniciativas interesantes, como el *benchmarking* o la promovida por la Red Europea de Hospitales Promotores de Salud.

Con relación a la evaluación de los programas, es importante considerar que más allá de exponer apenas datos cuantitativos en términos de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y enfermedades generales, los indicadores deben contribuir a mostrar el desarrollo de diferentes etapas de los programas implementados tanto en estructura como en proceso, y también en resultados que impliquen la capacidad laboral de las personas implicadas, de forma que se pueda tener una visión integral y continua del desempeño de los trabajadores. Por su parte, el SGC-SORP plantea la importancia de implementar un sistema de incentivos como estímulo para jalonar el desempeño de las organizaciones en la administración de riesgos profesionales; para el caso de estudio, este incentivo se reflejó en los procesos de habilitación y acreditación que deben pasar las instituciones.

En términos generales, es importante revisar los elementos que llevan a que los resultados de los programas de salud ocupacional desarrollados en las instituciones

no sean bien valorados por los trabajadores: falta de recursos destinados para su implementación, falta de mecanismos claros de información que permitan establecer la comunicación de doble vía entre directivos y trabajadores, falta de participación de los trabajadores en el proceso, para lo cual se argumentan, además, la falta de incentivos y de tiempo así como el bajo nivel de calidad en las actividades programadas.

Ante este escenario, se destacan el papel y la responsabilidad de los formuladores de políticas públicas y de las personas que administran el cuidado de la salud, quienes, a partir del compromiso y el liderazgo, deben garantizar adecuadas condiciones de trabajo e incluir a todos los trabajadores en el desarrollo, implementación y evaluación de políticas, procedimientos y programas, demostrando así la “capacidad constructiva de la organización” [20] como elemento clave para la sostenibilidad de la estrategia de lugares de trabajo saludables; y, en lo posible, aplicando un enfoque socio-técnico que permita “un rediseño de procesos respetuoso con los valores y cultura de la organización, que promueva, mediante el uso de la tecnología una reestructuración del trabajo, mejorando las condiciones laborales, creando motivación e incrementando simultáneamente la eficiencia” [16].

A pesar de todo, el interés reconocido en estas instituciones por imprimir los principios que fundamentan la PSLT a las actividades planificadas en los programas de salud ocupacional solo se refleja, en la mayoría de los casos, en los documentos que sustentan dichos programas, pues en la cotidianidad organizacional existen muchas variables que dificultan la aplicación práctica de la estrategia y el impacto efectivo que ella pretende. De ahí, recurriendo por una parte al concepto de ambientes favorables [21] y, por otra, a las ventajas de aplicar la promoción de la salud en centros de trabajo, se hace necesario superar la visión limitada de la prevención y la lucha tradicional contra los peligros relacionados con el trabajo para presentar alternativas que permitan aprovechar al máximo la sinergia organizacional y lograr la efectiva salud y seguridad de las personas en sus propios sitios de trabajo.

Referencias

- 1 Feo O. La crisis global. Impacto sobre el trabajo y la salud. En: Memorias III Congreso Internacional Salud y Trabajo. La Habana; Federación Centroamericana y del Caribe de Salud Ocupacional, Cuba; 2010.
- 2 Carvalho S. Os Múltiplos Sentidos da Categoria “Empowerment” No Projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública 2004; 20(4): 1088-1095.
- 3 Sigerist H. The Social Sciences in the Medical School. The University at the crossroad. New York: Henry Schuman Publisher; 1946.
- 4 World Health Organization. Health promotion: a discussion document on the concept and principles of health promotion. Health Promot. Int 1986; 1(1): 73-78.
- 5 World Health Organization. The Health - Promoting Workplace. Making it Happen. Informe de Grupo Científico de la OMS. [internet] Geneva: OMS; 1998. Documento WHO/HPR/HEP/98.9. [acceso 15 de febrero 2009] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.9.pdf
- 6 Organización Mundial de la Salud. Fomento de la Salud en las Poblaciones Trabajadoras. Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1988. Serie de Informes Técnicos: 765.
- 7 World Health Organization. Regional Office for Europe. Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO; 2006.
- 8 European Network For Workplace Health Promotion. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. [internet] Luxemburgo: ENWHP; 1996 [acceso el 20 de marzo de 2009]. Disponible en: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/free/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf.
- 9 Riaño M. Gestión de la seguridad y salud en el trabajo en hospitales públicos Bogotanos de alta complejidad: una perspectiva estratégica. [monografía en CD-ROM]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
- 10 Lin J, Mills A. Measuring the occupational health and safety performance of construction companies in Australia. Facilities. 2001; 19(3/4): 131-139.
- 11 La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad. Nota Técnica Preventiva 639. España Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- 12 World Health Organization - Regional Office for the Western Pacific. Regional guidelines for the development of healthy workplaces. [internet] 1999 [acceso 10 mayo 2009]. Disponible en: http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSE/occupational_health/data/maa/Healthy+Workplaces+Guidelines.pdf.
- 13 Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectivas. Bogotá: El Ministerio; 2008.
- 14 Ministro de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de la Protección Social. Decreto 1931 de 2006: por el cual se establecen las fechas de obligatoriedad del uso de la planilla integrada de liquidación de aportes y se modifica parcialmente el Decreto 1645 de 2005. Diario Oficial Colombiano n° 46298 (13 de junio de 2006). Bogotá: Los Ministerios; 2006.
- 15 Organización Internacional del Trabajo. Marco de Promoción en el ámbito de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Conferencia Internacional del Trabajo- 93ª reunión; Informe IV. Ginebra: OIT; 2005..
- 16 Osorio J, Paredes E. Reingeniería de procesos en los hospitales públicos: ¿Reinventando la rueda? Rev. Esp. Salud Pública [revista en Internet] 2001 [acceso 17 de febrero de 2010]; 75(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000300004&lng=es.
- 17 Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2006.
- 18 Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales. Sistema de Garantía de Calidad de Salud Ocupa-

- cional y Riesgos Profesionales del Sistema de seguridad Social Integral. Documento de trabajo. 6ª Versión. Bogotá: El Ministerio; 2005.
- 19 Mahecha M. Evaluación de la formación y capacitación recibidas por los miembros de los comités paritarios de salud ocupacional de la ciudad de Tunja. En: Memorias III Congreso Internacional Salud y Trabajo. La Habana; Federación Centroamericana y del Caribe de Salud Ocupacional, Cuba; 2010.
- 20 Whitehead D. Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 2006; 14 (1): 59-68
- 21 Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud, Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Documento WHO/HED/92.1. Sundsvall: OMS; 1991.

