



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**RIESGOS LABORALES EN EL PROCESO DE
CUIDADO A LA PERSONA ADULTA: PERCEPCIÓN DE
LAS ENFERMERAS**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MGTR. ENF. IRENE MERCEDES ZAPATA SILVA

ASESORA:

DRA. ENF. YOLANDA RODRÍGUEZ NUÑEZ DE GUZMÁN

LIMA – PERÚ

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**RIESGOS LABORALES EN EL PROCESO DE
CUIDADO A LA PERSONA ADULTA: PERCEPCIÓN DE
LAS ENFERMERAS**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MGTR. ENF. IRENE MERCEDES ZAPATA SILVA

ASESORA:

DRA. ENF. YOLANDA RODRÍGUEZ NUÑEZ DE GUZMÁN

LIMA – PERÚ

2016

**RIESGOS LABORALES EN EL PROCESO DE CUIDADO A LA PERSONA
ADULTA: PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS**

MGTR. ENF. IRENE MERCEDES ZAPATA SILVA

JURADO EVALUADOR

Dr. Fredy H. Polo Campos.

Presidente

Dra. María Elena Gamarra Sánchez.

Secretaria

Dra. Carmen Gorriti Siappo.

Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios, Señor y Guía de cada proyecto a favor de la vida.

A la Dra. Yolanda Rodríguez Núñez; por su constante apoyo y guía en la elaboración de la tesis.

A la Dra. Flor Contreras Castro, Directora de la Unidad de pos grado Universidad Peruana Unión por su continuo estímulo en el avance y culminación del estudio.

A la Dra. Magda Núñez Vargas; por sus sabias enseñanzas e indicaciones para la culminación de la tesis y asesoría en la elaboración del informe final.

A las autoridades del Hospital Nacional Guillermo Almenara, por las facilidades brindadas para la ejecución de la investigación.

A las enfermeras del servicio de medicina interna, quienes con su generosa participación hicieron posible este logro.

LA TESISISTA

DEDICATORIA

Con amor, a mis padres Luisa y Eulalio, mis hermanos: Yenne Isabel, Liliana, Tomás Eduardo y Juan Carlos, quienes alentaron siempre en mí, el deseo de superación y sentido de entrega.

A mi esposo Leoncio e hijo, Jean Pierre, por su acompañamiento y comprensión desprendida en las largas jornadas de trabajo, para la culminación de la tesis.

In memoriam a mi hija Emily, quien llenó mi vida de ilusión y amor, por veinte años y permanece en mi memoria con los mejores recuerdos de su infancia y juventud, que estarán siempre presentes.

A todas las enfermeras, compañeras de camino, que inspiraron en mí, la búsqueda de mejores rutas en el cuidado de sí y participan siempre con coraje y confianza en la construcción de las mejores opciones de vida laboral.

LA TESISISTA

RESUMEN

El estudio trata de la percepción de la enfermera sobre los riesgos laborales en el proceso de cuidado a la persona adulta, en el servicio de medicina interna del hospital Nacional Guillermo Almenara. Los objetivos específicos fueron: describir el proceso de cuidado que realizan las enfermeras, analizar los riesgos laborales percibidos y discutir las implicancias de los mismos para la enfermera y la institución. Fue una investigación cualitativa mediante etnometodología; realizado con 11 enfermeras (os). Los instrumentos fueron entrevistas semiestructuradas y observación participante, efectuada entre mayo-julio, 2015. Las categorías obtenidas sobre la percepción de los riesgos laborales se examinaron mediante análisis temático; estas consistieron en: (1) La percepción de los riesgos en el cotidiano del proceso de cuidado. (2) Las implicancias de los riesgos percibidos para la salud física y emocional y (3) La urgencia de superar los limitantes sobre mobiliario insuficiente y equipo obsoleto; el cuidado del cuidador; el valor del cuidado y a quien cuida, para avanzar hacia una cultura preventiva. En las consideraciones finales, la aproximación conceptual del estudio sobre la percepción del riesgo laboral se manifestó como amenaza permanente, con mayor intensidad se evidenciaron los riesgos ergonómicos y psicosociales, agravados por las deficientes condiciones de trabajo. Entre los riesgos emergentes, se configuró el riesgo de ser agredido, muy relacionado con los cambios en el comportamiento del paciente en la última década y la limitada autonomía profesional en el contexto hospitalario. Las implicancias del riesgo laboral fueron alteraciones del bienestar físico y emocional, requiriendo adoptar postura crítica y fortalecimiento del liderazgo, que asegure mayor compromiso institucional en la promoción de la salud laboral, cuidado del cuidador y valor del cuidado, coherentes con el carácter exigible que otorga la Ley de Seguridad y Salud en el trabajo; estrategia primordial para mitigar una de las mayores disonancias del trabajo en salud, el estrés laboral: el cuidado es, *“trabajo necesario para los seres humanos, con una cuota de desgaste muy alta”*.

Palabras clave: Riesgos laborales, enfermería, hospitalización.

ABSTRACT

The study is the perception of the nurse on occupational risks in the process of care to adult person in the service of internal medicine at Guillermo Almenara National Hospital. The specific objectives were to describe the process of care performed by nurses; occupational risks perceived analyze and discuss the implications thereof for the nurse and the institution. It was a qualitative research using ethnomethodology; made with 11 nurses (I). The instruments were semi-structured interviews and participant observation, conducted between May to July, 2015. The categories obtained on the perception of occupational risks were examined by thematic analysis; these included: (1) the perception of risks in the daily care process. (2) The implications of the perceived risk for physical and emotional health and (3) the urgency of overcoming the constraints of insufficient furniture and obsolete equipment; care caregiver; the value of care and care recipient, to move towards a culture of prevention. In the final considerations, the conceptual approach of the study on occupational risk perception manifested as a permanent threat, with greater intensity ergonomic and psychosocial risks, aggravated by poor working conditions were evident. Among emerging risks, the risk of being attacked, closely related to changes in the patient's behavior over the last decade and the limited professional autonomy in the hospital setting was configured. The implications of occupational hazard were alterations of physical and emotional well-being, requiring adopt critical stance and strengthening the leadership, to ensure greater institutional commitment to the promotion of occupational health, care for the caregiver and value of care, consistent with the required character granted the Law on Safety and Health at work; essential to mitigate one of the largest dissonances health work, work stress strategy: care is "necessary for humans working with a market share of high attrition."

Keywords: Occupational risks, nursing, hospitalization.

RESUMO

O estudo é a percepção da enfermeira de riscos profissionais no processo de atendimento a pessoa adulta no serviço de medicina interna na Guillermo Hospital Nacional de Almenara. Os objetivos específicos foram para descrever o processo de atendimento realizado por enfermeiros; Riscos percebidos ocupacional analisar e discutir os implicaciones das mesmas, para a enfermeira e a instituição. Foi uma pesquisa qualitativa utilizando etnometodologia; feita com 11 enfermeiros (I). Os instrumentos foram entrevistas semi-estruturadas e observação participante, realizado entre maio a julho, 2015. As categorias obtidas na percepção de riscos ocupacionais foram examinadas por análise temática; Estes incluíram: (1) a percepção de riscos no processo de cuidados diários. (2) As implicações da percepção do risco para a saúde física e emocional e (3) a urgência de superar as restrições de mobiliário e equipamento obsoleto insuficiente; cuidar do cuidador; o valor de cuidado e recipiente de cuidado, de avançar para uma cultura de prevenção. Nas considerações finais, a abordagem conceitual do estudo sobre a percepção de risco ocupacional que se manifesta como uma ameaça permanente, com maior intensidade e ergonómicos riscos psicossociais, agravada por más condições de trabalho eram evidentes. Entre os riscos emergentes, o risco de ser atacado, estreitamente relacionado com mudanças no comportamento do paciente durante a última década ea autonomia profissional limitado no ambiente hospitalar foi configurado. As implicações de risco ocupacional foram as alterações de bem-estar físico e emocional, exigindo adotar postura crítica e fortalecimento da liderança, para garantir maior compromisso institucional para a promoção da saúde no trabalho, o cuidado com o cuidador eo valor dos cuidados, de acordo com o caractere desejado concedida a Lei de Segurança e Saúde no trabalho; essencial para atenuar um dos maiores dissonâncias de saúde trabalham, estresse no trabalho estratégia: cuidado é "necessária para os seres humanos que trabalham com uma quota de atrito elevado de mercado."

Palavras-chave: Riscos Ocupacionais, enfermagem, hospitalização.

ÍNDICE

	Págs.
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Resumo	ix
Índice.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problematización e importancia	2
1.2 Objeto de estudio	11
1.3 Pregunta de estudio.....	12
1.4 Pregunta orientadora.....	12
1.5 Objetivos del estudio	12
1.6 Justificación y relevancia del estudio	12
II. REFERENCIAL TEORICO-CONCEPTUAL.....	16
2.1 Abordaje empírico	17
2.2 Referencial contextual	23
2.3 Referencial conceptual	34
2.3.1 La enfermera y el proceso de cuidado	34
2.3.2 La vulnerabilidad y riesgo, relevancia en el contexto del cuidado.....	39

2.3.3 Las condiciones de trabajo y la salud ocupacional.....	60
2.3.4 Percepción de los riesgos laborales en el cotidiano del cuidado	65
2.4 Referencial teórico sociológico	71
III. METODOLOGÍA.....	81
3.1 Tipo de investigación.....	82
3.2 Método de investigación.....	83
3.3 Procedimiento de recolección de datos cualitativos	87
3.4 Sujetos de investigación	92
3.5 Escenario de investigación	93
3.6 Procedimiento para la recolección de discursos	94
3.7 Procesamiento de los datos	94
3.8 Consideraciones éticas y de rigor científico	97
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	100
4.1 Presentación de resultados.....	101
4.2 Análisis y discusión de resultados	104
V. CONSIDERACIONES FINALES.....	146
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	152
ANEXOS.....	161

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Problemática e Importancia

A lo largo de la historia, la recuperación de la salud ha evolucionado profundamente, de modo paralelo a la transición demográfica de las civilizaciones y creciente complejidad del déficit de salud que fue afectando a los seres humanos. Del mismo modo, por el efecto de fenómenos sociales tales como la globalización de la economía mundial y con ella, la internacionalización de las comunicaciones y apertura de fronteras, se dio mayor impulso a la innovación tecnológica en el campo de los servicios de salud, configurando a los establecimientos de salud en diversos niveles, como escenarios indispensables para la solución de problemas de las personas cuya salud se encuentra comprometida y amerita variados medios de diagnóstico, tratamiento y cuidado de Enfermería.

El proceso de cuidado de enfermería en el servicio de medicina interna, involucra una compleja gama de actividades centradas en un esfuerzo permanente por prevenir complicaciones, fomentar la pronta recuperación y rehabilitación de la salud de la persona, procurando mejores niveles de salud y calidad de vida. Lograr tal cometido requiere trabajar en condiciones de trabajo saludables, que además de potenciar el desarrollo personal, permitan un equilibrio entre la productividad y el control de los factores de riesgos laborales que amenazan la integridad del trabajador e interactúan de modo constante en el ambiente de trabajo (1).

El interés por la salud en el trabajo entre las enfermeras es producto entre otros, de la evolución histórica de la profesión; en sus etapas iniciales el riesgo laboral era minimizado o ignorado en la medida que se anteponía toda acción

destinada a garantizar la recuperación del paciente a la preocupación por el cuidado de sí mismo (2). A la par del desarrollo científico tecnológico, las enfermeras identifican nuevas exigencias en la realización de procedimientos específicos que demandan conocimiento y habilidades especializadas en el uso de equipos, administración de fármacos y cuidados directos que invaden la corporeidad del paciente exponiendo al trabajador al contacto con fluidos corporales, mayor carga física y mental, durante la jornada laboral (3).

Las enfermeras han sido partícipes de las gestas de todo trabajador en materia de control de los riesgos en el ambiente laboral; cada vez ha sido mayor el esfuerzo y el compromiso en planteamientos concretos a nivel gremial, a fin de acceder a mejores condiciones de trabajo: descanso post guardia, días libres por desempeño en áreas de exposición radiológica, jornada de seis horas en áreas de hospitalización, vacaciones remuneradas, campana de flujo laminar en la preparación de citostáticos y otros; teniendo en mente la relación compleja, incierta y recíproca entre el trabajo y la salud; es innegable en este momento de la historia, que el proceso de cuidados de la persona enferma, moviliza al trabajador en su totalidad: cuerpo, intelecto y emociones vividas en la interacción entre el contexto de trabajo y las demandas de cuidado humano en los servicios hospitalarios (4).

Esta realidad de conquistas y retos se hace más concreta al considerar que además, en el trabajo cotidiano que realizan las enfermeras en los hospitales, son tangibles algunas características comunes a estas organizaciones: desarrollan actividades variadas, complejas, permanentes y singulares en servicios que funcionan las 24 horas del día de los 365 días del año, de modo poco visible y por ende,

alejados de la inclusión en la agenda de evaluación periódica, que revise las políticas respecto a la situación de salud de este grupo ocupacional (5).

La magnitud de esta situación es más comprensible si se valora que de los 59,2 millones de trabajadores de salud contratados en el mundo, la región de las Américas concentra más de 21 millones laborando en servicios de salud, habiéndose estimado que cada año mueren dos millones de trabajadores como resultado de accidentes, enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, siendo además el 8% la tasa global de trastornos depresivos asociados a los riesgos ocupacionales. En el Perú, las enfermeras que laboran en el Sector Salud, son 24,279 (2009) y de este total, el 57% se desempeña en servicios hospitalarios públicos y privados (6).

Este gran contingente de enfermeras que brinda su servicio en las organizaciones de salud, se desempeña en el día a día, ante la presencia de innumerables riesgos laborales en el proceso de cuidado. Esta situación abarca no solo el contacto con material biocontaminado, también están la carga física relacionada con los cambios posturales y movilización requerida por el paciente, la frecuente e inadecuada razón pacientes por enfermera; elementos que adicionados a la simultaneidad de demandas por parte del equipo de salud, la familia, compañeros de trabajo y personal administrativo, incrementan la carga mental de este grupo profesional (7).

Por la experiencia acumulada durante treintaicuatro años de labor en el área de la salud, consideré necesario valorar el trabajo realizado por enfermería en turnos rotativos, con guardia periódica ejercida por la mayoría de ellas, durante más de 20 años continuados, la constante manipulación de fármacos potencialmente tóxicos, el empleo de electricidad en el uso de equipos aunado al monitoreo de pacientes con

sistemas de alarma constante; todos ellos elementos que pueden ocasionar enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo. La evaluación de los riesgos laborales no puede ser de manera alguna una actividad estática, necesita efectivizarse de modo dinámico, contando con la perspectiva de quienes experimentan el riesgo y la forma como los afecta, a fin de tener la posibilidad de identificar oportunidades de intercambio en propuestas de mejora y/o fortalecimiento de las condiciones para un proceso de cuidado óptimo, saludable para el paciente y la enfermera (7).

Los aspectos descritos se vinculan también al desempeño de las profesionales de enfermería en más de un establecimiento de salud, hecho extendido en las últimas décadas por la precarización de las compensaciones económicas y la mayor flexibilidad laboral, propias de las políticas gubernamentales en el nuevo contexto internacional, donde se hace hincapié en la eficiencia productiva mas no en las necesidades del trabajador como persona sujeta de derechos (8). Si además esta situación se acompaña de desconocimiento o cierto grado de relativización de los riesgos laborales y sus consecuencias, es mayor la exposición y con ello la posibilidad de llevar a cabo actos inseguros que pueden vulnerar la salud y el bienestar del trabajador (9).

Entre los estudios sobre la preocupación por los riesgos laborales (10), a que están expuestas las enfermeras en el Proceso de cuidado, se evidencia cada vez mayor consenso respecto a grupos de riesgos: por un lado aquéllos alusivos a los accidentes punzocortantes y adquisición de enfermedades infectocontagiosas por contacto con fluidos biocontaminados; riesgos de lesión física-mecánica asociados a elementos ergonómicos y un tercer grupo derivado de la carga psicosocial,

manifiestos en comportamientos que indican desgaste emocional, estrés y aún despersonalización en las profesionales enfermeras (11).

Al profundizar en el conocimiento existente sobre los riesgos laborales y la evaluación de los mismos desde la percepción de las enfermeras, la autora del presente estudio constata a través de su trayectoria académica y en la gestión de los servicios de enfermería, el modo como las enfermeras candidatas a Especialización en áreas clínicas y administrativas, abordan con mayor frecuencia, los tópicos ligados a la seguridad del paciente y en menor proporción, la percepción de los riesgos laborales y seguridad del propio trabajador, concentrando el foco de los estudios en torno a los efectos de los accidentes con material punzocortante.

No obstante en el estudio de Santos N y Mauro M (12), se identifica el modo como ciertas características de infraestructura, tales como espacio insuficiente para el trabajo; sistemas de almacenamiento inseguro, tal como objetos pesados ubicados en zonas altas sin aseguramiento; ventilación inadecuada en los locales de trabajo; mantenimiento preventivo insuficiente; exposición a sustancias químicas que irritan las vías respiratorias; la falta de instrumentos para tareas donde se moviliza cargas pesadas; se constituyen en factores de riesgo que elevan no solo la tasa de accidentes, sino que son causa de agravios a la salud de la enfermera en las esferas física y cognitiva.

La información descrita es similar al entorno en que se realiza el cuidado en diversas instituciones del Perú y en el escenario donde se realiza la investigación. Las condiciones están dadas, no obstante, las indagaciones sobre las impresiones de las enfermeras al respecto son aún insuficientes, existiendo vacíos en el conocimiento de los aspectos subjetivos e intersubjetivos de la situación.

La percepción del riesgo por parte de la enfermera está ligada al modo de enfrentar las diversas formas de exposición; según su modo de percibir el riesgo realizará determinado comportamiento de autoprotección, adoptando esta conducta en la cotidianidad de su quehacer. Por la individualidad de cada persona pueden tener impresiones diferentes sobre la proximidad de ciertos riesgos e ignorar otros, que es necesario conocer. Lo que las enfermeras identifican como riesgos y las consecuencias potenciales que avizoran para el ejercicio profesional y su salud, es lo que realmente importa en la toma de decisiones que realizan al actuar, hecho que hace necesario profundizar en la percepción del riesgo en su trabajo (13).

En este contexto cabe destacar que el proceso de cuidado que realiza la enfermera en el servicio de medicina interna, por ser parte de una Organización hospitalaria altamente estructurada en los niveles estratégicos, tácticos y operativos, es predecible en gran medida, está normado, es de acción múltiple, simultánea y compleja, por cuanto la tensión y el riesgo son hechos permanentes. Las prioridades de acción están en función de las demandas del paciente, la premura de la información requerida es frecuente, media también de manera importante la disponibilidad de equipos, recursos materiales y equipo humano para alcanzar seguridad y calidez en el servicio brindado a la persona cuidada (14-15).

Desde esta mirada, desconocer la percepción de los riesgos laborales (16), desde la perspectiva de la enfermera, equivale a ignorar un campo de posibilidades relacionado con las motivaciones, el sentido de las reglas que ellas asumen, las acciones que priorizan para protegerse, el significado de tal exposición para su bienestar, así como las posibles soluciones elaboradas en su trabajo cotidiano y desde este conjunto de creencias compartidas a través del lenguaje, las reflexiones

socializadas entre ellos, encontrar elementos para descubrir nuevos saberes y significados sobre las resonancias o disonancias de los riesgos laborales, como base del planteamiento de propuestas de mayor efectividad en las políticas de salud y seguridad en el trabajo.

La evaluación de los riesgos laborales desde la percepción de las enfermeras, se inserta en la línea de pensamiento que relaciona estrechamente el entorno del trabajo como condición para alcanzar las metas de promoción de la salud del trabajo, hito impulsado por la OMS (15), quien declara el período 2006-2015, como la “Década de la Salud del Trabajador”. En la Unión Europea desde 1996 se inicia la preocupación por el estudio de los riesgos laborales desde la percepción de los actores involucrados, enfocados inicialmente en las obligaciones de los empresarios para con el trabajador; en los EE.UU de Norte América, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), investiga los riesgos presentes y propone soluciones para empleados, empleadores y agencias federales, siendo responsable de la ejecución de Programas en cada Estado, destinadas a mejorar la seguridad y salud de los trabajadores (16).

En América Latina y El Caribe, los estudios sobre la evaluación de los riesgos ocupacionales avanzan progresivamente (17). Respecto a la participación de los trabajadores, son todavía poco visibles, principalmente por la influencia sobre el Sector Salud, de las políticas de reestructuración productiva y el modelo de gestión del cuidado de la salud que prioriza la medicina tecnológica, mercantil y un perfil de profesional liberal, con efectos en el deterioro de la salud del trabajador (13). Prima hasta entonces la mirada del riesgo propia de los especialistas, sin mayor empeño en reconstruir el conocimiento de los riesgos laborales desde las experiencias y

entendimiento de los trabajadores, quienes lidian con la vida, la muerte y el sufrimiento mañana, tarde y noche y ponen de esta manera en juego, su proyecto de vida (18).

Parafraseando a Merhy (19), el acto de cuidar seres humanos es el alma de los servicios de salud, porque su finalidad no es la cura sino la producción del cuidado, por medio del cual se pretende alcanzar la recuperación de la salud. Queda claro que al reconocer que, con el tiempo en el cuidado de la salud, se multiplicaron las tecnologías y los modelos de acción, está ratificando el innegable hecho por el cual las enfermeras enfrentan riesgos derivados de tal complejidad que es preciso conocer y afrontar; por la naturaleza cambiante del cuidado humano, ellas están inmersas en las innovaciones tecnológicas y las variantes en los modelos de atención.

Se acepta que es usual que, en los hospitales, no se acostumbre cuestionar o indagar cómo se perciben los riesgos laborales, se asume que todo está controlado por la existencia de normas y equipos de protección persona (20). Contrariamente se reporta que, en Argentina, el 26% de los médicos y enfermeras perciben sus condiciones de trabajo como malas y muy malas y un 39% las considera regulares; 58% de las enfermeras perciben que las tareas son complejas y que los ritmos, la intensidad y la carga de trabajo por turno, es alta; 70% de las enfermeras experimenta con frecuencia carga emocional alta y 62% percibe elevada carga física (21-22).

La situación de la salud de los trabajadores en el Perú, (23), no es tan explícita como en otros países. Se mantiene la falta de atención casi generalizada sobre la importancia de trabajar en un ambiente seguro y saludable; es todavía escaso el contar con profesionales especialistas en salud laboral; hay retraso en la implementación de mecanismos para traducir los hallazgos científicos en políticas de

prevención efectivas y es lenta la capacidad de respuesta institucional para desarrollar un ambiente seguro y saludable. Penosamente se compete entre instituciones al momento de invertir en iniciativas de salud laboral frente a otros retos socioeconómicos y políticos (23, 29).

Entre los avances logrados por el Ministerio de salud, se han documentado los esfuerzos para evaluar periódicamente la salud del trabajador y al reconocer los elevados riesgos que ha creado la nueva tecnología en salud, se ha implementado la iniciativa del control médico periódico a manera de vigilancia de la salud del trabajador, con énfasis en salud cardiovascular, respiratoria, detección de cáncer en sus formas más frecuentes, detección de TBC pulmonar y en el último quinquenio, se vigila también la salud mental (29).

En el Hospital nacional Guillermo Almenara, las condiciones de trabajo se relacionan con la antigüedad de su estructura física, las múltiples modificaciones realizadas al ampliar la cobertura de atención al asegurado y los cambios propios de la gestión. La Unidad de Salud Ocupacional reporta entre 1998-2012, el riesgo biológico mayor que existe por la exposición a patógenos sanguíneos en accidentes percutáneos, siendo de 2-30% para el virus de la hepatitis (23).

De un total de 4,182 accidentes producidos en el periodo referido, el 41.8% fueron punciones accidentales, siendo los dedos de la mano la zona más afectada, en un perfil de trabajador de grupo etáreo predominante de 30-49 años, con un tiempo de servicios de 20 a más años (22). El 16.2% de los accidentes se producen en servicios de medicina, 23.8% en sala de operaciones y el 13.7% en emergencia. Los accidentes generan 4,960 días de incapacidad, correspondiendo el 48.3% a caídas que sufre el personal por encontrarse los pisos muy mojados y con cera. Otro

problema frecuente está dado por el incremento del problema de dorso lumbalgia vinculado al trabajo con sobrecarga física y los episodios depresivos (23, 87).

Para toda persona con experiencia considerable de haberse desempeñado en unidades hospitalarias, es posible percatarse que se trata de trabajo riesgoso y cuyas características están pre determinadas por las necesidades mismas del cuidado de la persona.

Las consideraciones y resultados descritos, motivaron a la autora del presente estudio a ahondar en el conocimiento de la percepción de los riesgos laborales tal como son experimentados por las enfermeras que realizan el cuidado a la persona adulta en el contexto descrito.

La elección por esta problemática, se vincula a la trayectoria profesional realizada en Enfermería; con 34 años de actividad constante en servicios de alta complejidad, en las áreas asistencial, docente y de gestión. Del mismo modo como representante de la Profesión en el Colegio de Enfermeros por tres años donde pude conocer los avances y retrocesos en salud laboral de las enfermeras, que afianzaron el interés por este estudio.

Para lograr las respuestas que permitan construir el conocimiento perseguido desde la perspectiva de las enfermeras, se formuló el siguiente objeto de estudio:

1.2 Objeto de estudio

El objeto de estudio trata de la percepción de las enfermeras acerca de los riesgos laborales durante el proceso del cuidado de enfermería a la persona adulta en el servicio de medicina del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

1.3 Pregunta del estudio

A fin de nortear el estudio se planteó las siguientes interrogantes:

¿Cómo percibe Usted los riesgos laborales en el cuidado que realiza a la persona adulta en este servicio?

¿Cómo repercuten los riesgos laborales en su salud?

¿Qué consecuencias tienen los riesgos que percibe donde labora?

1.4 Pregunta Orientadora

¿Cómo percibe usted los riesgos laborales en el proceso de cuidado de enfermería a la persona adulta en el servicio de medicina interna del hospital nacional Guillermo Almenara?

1.5 Objetivos del estudio

- Describir la percepción del proceso de cuidado de enfermería a la persona adulta en el servicio de medicina interna del hospital Guillermo Almenara.
- Analizar la percepción de los riesgos laborales de las enfermeras durante el cotidiano del proceso de cuidado de enfermería a la persona adulta en el servicio de medicina interna del Hospital Guillermo Almenara.
- Analizar las implicancias de los riesgos laborales percibidos por las enfermeras en el proceso del cuidado a la persona adulta en el servicio de medicina interna del hospital Guillermo Almenara.

1.6 Justificación y relevancia del estudio

La relevancia del estudio acerca de los significados que las enfermeras otorgan a la existencia de los riesgos laborales que ellas mismas identifican en su

diaria labor, radica en la magnitud de la labor realizada por un importante contingente de enfermeras que labora en el ámbito hospitalario público y privado a nivel mundial, quienes ven comprometida su seguridad en el proceso de cuidado.

Se trata de un acercamiento a un núcleo importante de creencias y significados construidos en su trabajo cotidiano, cuidando personas que han perdido seriamente la salud; los mismos que fundamentan su actuar desde una perspectiva antropológica, social y filosófica, que enmarcan el desarrollo de la cultura de protección y prevención de daños a la salud. Desde esta mirada, la evaluación del riesgo percibido así como las repercusiones identificadas por el trabajador para su salud y la institución, son bases para la gestión activa de la seguridad y salud en el trabajo asimismo para la enseñanza de las futuras enfermeras.

El estudio adquiere especial interés dado que las prácticas, costumbres, valores y creencias inmersos en el cuidado que brindan las enfermeras, forma parte de la cultura de sus miembros y atraviesa la acción dirigida no solo hacia el paciente sino hacia sí mismas, promoviendo de manera sutil, actitudes y comportamientos de prevención y control de los riesgos laborales, con capacidad para insertarse de manera sostenible en la cultura de seguridad y calidad en el cuidado, aspectos que conllevan aportes a la función asistencial.

La reflexión sobre la percepción de las enfermeras acerca de los riesgos laborales en el proceso de cuidado, representa un punto de partida en la comprensión de su comportamiento de adhesión a las medidas de autoprotección y control de las tasas de accidentabilidad, muy elevadas respecto a riesgos biológicos, ergonómicos y psicosociales, comportando potencial de abordaje desde la gestión de riesgos a cargo del área de salud ocupacional.

Considero que es posible la creación de oportunidades para la integración de abordajes del riesgo laboral tanto desde la perspectiva epidemiológica a cargo de los responsables de salud ocupacional y desde la percepción de las enfermeras, como actores sociales responsables del cuidado de sí mismas y de la persona cuidada; riesgos a que se expone la enfermera en la unidad socio cultural de cuidado hospitalario de manera real, superando así la óptica puramente normativa.

Explorar los valores y creencias existentes en torno a la seguridad y salud laboral, es la base para el éxito de las estrategias preventivas, dado el costo para las instituciones que afrontan el subsidio de prolongados períodos de incapacidad, por lo que se espera co construir desde el conocimiento subjetivo e intersubjetivo de las enfermeras participantes en el estudio, a fin de lograr ampliación y profundización del saber existente sobre la percepción de los riesgos ocupacionales como insumo para los responsables de la Gestión hospitalaria, quienes pueden llevar a cabo algunas intervenciones de tipo participativo, que incorporen aspectos culturales vinculados al comportamiento preventivo, con capacidad de incrementar la adherencia a las medidas de protección para la salud del trabajador y con ello alcanzar mayor eficacia en el control del riesgo.

La ejecución del estudio responde a necesidades sentidas por la enfermera en el proceso del cuidado, porque la presencia del riesgo laboral abarca el cotidiano de la singularidad de necesidades de la persona cuidada y de quien cuida; por ser el paciente sujeto del cuidado y fuente potencial de los riesgos, es una exigencia ética para la enfermera conocer más de su comportamiento para dirigir del mismo modo sus esfuerzos, hacia el cuidado de sí misma. La enfermera puede ser la mano que calma el dolor y alivia la incomodidad, la mirada que da afecto y esperanza o

simplemente estar ausente por haber perdido la salud y restar la posibilidad de sanación a quien lo necesita.

CAPÍTULO II
REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL

CAPÍTULO II: REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Abordaje empírico

A partir de la búsqueda realizada, se encontró las siguientes investigaciones relacionadas con el presente estudio a nivel internacional:

López MJ (21), en su tesis doctoral, Consecuencias psicosociales del trabajo del personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de Gestión de Recursos Humanos, Murcia 2009; parte del supuesto que en una organización sanitaria, la enfermera está en apertura al entorno y dirige sus acciones al ser humano en permanente interacción; todo cuanto corresponde al manejo de la tecnología, aspectos socio culturales y políticas laborales, efectuadas en la organización, derivan en consecuencias para su salud, satisfacción y calidad de vida. Consigna entre sus conclusiones que, la existencia de mayor personal con contrato temporal, los turnos diarios de mañana, el exceso de carga laboral y el difícil acceso a la formación continuada, son motivo no solo de insatisfacción laboral, sino de alteraciones en el ritmo del sueño, signos de agotamiento y otras dolencias gastrointestinales; comentan mantener los nervios a flor de piel y sentirse con frecuencia malhumoradas, el mayor ratio de pacientes por enfermera, compromete además el rendimiento y la calidad asistencial.

Nunes MB (3), en su investigación doctoral de tipo cualitativa, Riesgos ocupacionales existentes en el trabajo de los enfermeros que laboran en la Red Básica de Atención a la Salud del Municipio de Volta Redonda, Rio de Janeiro 2009; con el objetivo analizar los riesgos ocupacionales percibidos por las enfermeras que laboran en Atención Primaria de la salud, releva que el trabajo de las enfermeras emerge con las categorías de intenso, diverso y desgastante, llegando al estrés; las

demandas laborales se incrementan por las interacciones intra y transdisciplinarias que exigen cada vez mayores competencias para el cuidado. El trabajo en red exige monitoreo en la solución de problemas con enfoque de riesgo y vulnerabilidad. El trabajo de la enfermera exige hacer gestión paralelamente a la asistencia de las personas enfermas; tomar decisiones junto al equipo interdisciplinario, planificar los servicios móviles; calcular las necesidades de personal, capacitar personal, proveer recursos materiales para las actividades del cuidado. La complejidad de acciones técnicas, políticas, éticas y sociales y el incremento de responsabilidades conducen a las enfermeras al estrés laboral.

Santos N y Mauro MY (12), como parte de la investigación sobre Innovaciones en la gestión de las condiciones de trabajo en salud para hospitales del Sistema Único de Salud en el Brasil 2009; presentan entre los resultados, la existencia de un ambiente desfavorable para la realización de las actividades de las enfermeras, que pueden comprometer su estado de salud, consideró que el estudio realizado, era un diagnóstico para la revisión de las políticas de seguridad y salud y el camino para transformar la realidad en ambientes menos insalubres y de mayor satisfacción para los pacientes y profesionales.

Ribeiro M y Pereira SN (22), en la investigación cualitativa mediante grupos focales, Repercusiones de los accidentes con material punzocortante para las enfermeras, Brasil 2009; luego del análisis temático precisa dos facetas importantes: repercusiones desfavorables para la salud del trabajador caracterizado por sentimientos de temor, desesperación, vergüenza, preocupación, ansiedad e inseguridad y otro grupo de repercusiones favorables en la conducta del trabajador, generado por la necesidad de redoblar el cuidado durante la manipulación de los

elementos punzocortantes; el análisis de las consecuencias conlleva la necesidad de fortalecer la adopción de prácticas seguras por vulnerar la salud física y emocional del trabajador.

Casas M (23), en su estudio multicéntrico acerca de las Condiciones de trabajo y Salud de los trabajadores de Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, financiado por la Organización Panamericana de la Salud 2009; tuvo como objetivo conocer la percepción de los trabajadores sobre los problemas generados por el empleo en salud, los riesgos a que están expuestos y los planes que existen para atenuar dicha exposición. Mediante métodos cualitativos y entrevistas en profundidad a informantes clave en dos hospitales de diferente complejidad: el hospital nacional docente San Bartolomé de Lima y el hospital de Tarapoto en la Región de Salud de San Martín; ejecutado con 14 directivos, 20 médicos, 12 enfermeras y 8 técnicos de enfermería. Entre las consideraciones finales, señala la existencia de una percepción desfavorable común en personal directivo, profesionales de la salud y técnicos, acerca de las condiciones de empleo y salud de los trabajadores del Sector. Es preocupante la situación por el escaso desarrollo de la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Gran parte de la percepción de riesgos en el área de trabajo por parte de médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, se asocia a la calidad y disponibilidad de equipos y mobiliario con que laboran, identificando obsolescencia, inoperatividad e insuficiente abastecimiento; respecto a la percepción de malestares en su salud, describen las lumbalgias, fatiga física y mental; las condiciones de higiene y seguridad en los servicios donde se desempeñan la consideran de tipo regular. En el hospital San Bartolomé señalan además, la existencia de riesgo delincencial en los alrededores del hospital además de riesgo

acústico por el tránsito vehicular y las frecuentes marchas y agresiones por protestas de tipo social. Otros tipos de riesgos señalados por los trabajadores consisten en estar sometidos a relaciones autoritarias con mal vínculo entre jefes y colaboradores, riesgo de aplastamiento y asfixia por carencia de salidas de emergencia para evacuación, ser víctima de agresión física por los pacientes o familiares por problemas no resueltos o desborde emocional.

De Souza C, et al. (24), en la investigación, Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del Personal de Enfermería, Brasil período 2001-2010; encontraron tres categorías de análisis textual: los factores de riesgo ergonómico, las consecuencias de estos riesgos para los trabajadores y la prevención de los riesgos; los resultados dan cuenta que en la organización del trabajo de las enfermeras, existe sobrecarga en algunos segmentos corporales que se convierten en la causa principal de ausentismo y periodos de incapacidad. En la reseña analítica de las categorías sugieren medidas de capacitación para la adopción de posturas correctas e inversión en modernización de los equipos que representen mayor esfuerzo físico para los trabajadores.

Carrión MA, López F, Alpuente L (25), en el estudio cualitativo Factores psicosociales de riesgo en profesionales de enfermería realizado en Catalunya, en 22 enfermeras de un centro de Atención Primaria, considera finalmente que, los factores de riesgo psicosocial detectados se refieren tanto a elementos del contexto como al contenido de las actividades laborales. La percepción de los riesgos en cuanto al contenido de trabajo comprende: sobrecarga laboral no reconocida, presión asistencial e interrupciones; escaso espacio físico, falta de instrumentos adecuados y de condiciones ergonómicas en el lugar de trabajo; horario excesivo y trabajo

rutinario no definido. Respecto al contexto de trabajo predomina el desequilibrio entre los objetivos a lograr y los recursos disponibles; las relaciones interpersonales con los compañeros y la implicación personal con el paciente, son referidos por las enfermeras, así como la insatisfacción por el estancamiento profesional.

Brú M (26), en su tesis de maestría, Evaluación del riesgo biológico en el puesto de enfermería de la Unidad de cirugía torácica del Hospital clínico de Valencia 2011; reconoce que los riesgos de enfermeras y técnicos de enfermería provienen del contacto físico y emocional establecido con los pacientes. El riesgo de contraer una Tuberculosis pulmonar, hepatitis B y C, el VIH, las lesiones musculares ocasionadas por la carga de trabajo; la ansiedad, versatilidad del trabajo, la turnicidad y otros. Encontró que el mayor número de incidentes se produce en las áreas médicas y quirúrgicas, incluye el riesgo de agresión por parte de pacientes y familiares, quienes, ante la impotencia para resolver problemas, no se contienen más y atacan al trabajador de salud.

Delclós et al. (27), en el estudio cualitativo Condiciones de trabajo y salud en trabajadores de Centroamérica 2012; realizado mediante grupos focales, concluye que de un total de 131 participantes, solo el 60% tenía contrato de acuerdo a ley, la jornada laboral, el salario, el acceso a la seguridad social y las relaciones de género y trabajo, representan importantes factores de riesgo de pérdida de la salud y es muy evidente la precarización del trabajo y las remuneraciones.

A nivel Nacional se encontró el siguiente trabajo:

Campos K, Cubas C, Mendoza J (28), en la investigación Percepción de las enfermeras en torno a los estresores laborales en Centro quirúrgico del Hospital

Agustín Arbulú Neyra de Ferrenafe 2011; tuvo como objetivo, identificar, analizar y comprender la percepción de las enfermeras en torno a los estresores laborales, de corte cualitativo y con abordaje según la fenomenología de Husserl. Las categorías emergentes del estudio fueron: inadecuado afrontamiento personal con el equipo quirúrgico; malestar por ambiente inapropiado físicamente; disconfort de la enfermera al no poder equilibrar el área asistencial con su vida personal; inadecuadas condiciones laborales que originan agotamiento físico y emocional; disgusto ante situaciones inesperadas en el paciente; se tuvo en cuenta que la percepción de las enfermeras está influenciada por su entorno socio laboral, las preferencias y necesidades culturales, además de los rasgos de su mundo interno.

En el Perú, existen otros estudios vinculados al objeto de estudio, de corte cuantitativo y en su mayoría similares en el abordaje del síndrome burnout; en este sentido aún siendo un conjunto de manifestaciones de estrés avanzado, no es directa y únicamente la única dimensión de los riesgos laborales percibidos.

La revisión realizada ha permitido una mayor comprensión de la amplitud y complejidad de los riesgos a que está expuesta la enfermera. Respecto al objeto de estudio es evidente el predominio de la perspectiva cartesiana ligada al enfoque epidemiológico centrado en la clasificación y prevención bajo medidas altamente normadas; sin embargo, apenas se ha analizado la necesidad de abordar el problema del riesgo desde el paradigma hermenéutico, por lo que fue una tarea estimulante la profundización en diferentes aristas del estudio planteado.

2.2 Referencial contextual

En relación a los logros en la seguridad y salud en el trabajo para empleadores y empleados, no puede dejar de analizarse la regulación interna y externa existente en el contexto global y nacional de cada país y sociedad en que vive. En este sentido la visión de cada gobierno respecto a los determinantes de la salud laboral, es trascendental en las decisiones que tome respecto a las acciones a realizar para promover entornos seguros para el trabajador. Solo en la medida en que los gobernantes adopten políticas ligadas a la comprensión de la pérdida de la salud laboral como resultado de las desigualdades, desatención de las condiciones de trabajo y comuniquen esta visión a las organizaciones donde se desempeñan diferentes grupos de trabajadores, será posible la evaluación sostenida de los riesgos ocupacionales y las medidas de protección de la salud del trabajador.

Aspectos relevantes de la regulación interna y externa de la seguridad y salud en el trabajo:

A partir de 1,919 la OMS da cuenta del empeño de la OIT, organismo que aprobó cerca de 190 acuerdos que constituyen directrices de obligación legal internacional acerca de condiciones laborales como horas de trabajo, derecho a asociación para los trabajadores, inspecciones del trabajo, descanso por maternidad, salud y seguridad, compensaciones, exámenes médicos y otros. Sin embargo, una vez aprobados estos convenios requieren ratificación de los países miembros como expresión de la voluntad política de implementar estrategias y reportar los avances; de manera sorprendente no se cumplen estos aspectos en la gran generalidad de países, habiéndose detectado que algunas naciones en vías de desarrollo han ratificado la mayoría de acuerdos (29).

Esta situación necesita ser revisada y encauzada dado que aún no incluyendo medidas punitivas los acuerdos y recomendaciones de la OIT, para quienes incumplan los estándares descritos, se trata de una responsabilidad que corresponde a la observancia de los Derechos Humanos y a la consistencia mínima que puede esperarse entre quienes adoptan el respeto por la vida como opción del desempeño laboral y social de todo ciudadano (29).

La opción para impulsar estrategias por la promoción de la seguridad y salud del trabajador, ha seguido una larga trayectoria evidenciando mayor fuerza y concreción desde la mitad de la centuria pasada, cuando en 1,950 se materializa la conformación del Comité de Salud Ocupacional entre la OIT y la OMS, pasando por los logros de los convenios de la OIT que generan políticas con asidero legal para la prevención de accidentes, la existencia de servicios de salud ocupacional, la prevención del estrés laboral, la utilización de los ambientes de trabajo para impulsar estilos de vida saludables y recién a partir del año 2,002 se logra mayor generalización del empeño en el cometido de la salud laboral, con la Declaración de Barcelona, que promueve en Europa, las Buenas Prácticas para contar con espacios de Trabajo saludables (29).

Se adiciona favorablemente en el año 2,005 el reconocimiento de que hombres y mujeres se ven afectados de diferente manera por los espacios de trabajo, en el Acuerdo de Bangkok realizado en Seúl. Es en Italia, donde a partir de la Declaración de Stresa, se reconoce que la salud de los trabajadores está determinada no solo por los riesgos tradicionales y emergentes, sino también por las desigualdades sociales: el nivel de empleo, el ingreso, el género y la raza.

Desde la publicación del Plan Global de Acciones para la Salud de los Trabajadores realizado a iniciativa de la OMS (2007), es cuando se definen con mayor vigor la perspectiva de sostenibilidad cinco aspectos vitales: el diseño e implementación de políticas para normar la salud de los trabajadores, la protección y promoción de la salud en el lugar de trabajo, la promoción del acceso a los servicios de salud ocupacional, la urgencia de contar con evidencias que justifiquen las acciones y la incorporación de la preocupación por la salud de los trabajadores, en el conjunto de políticas existentes en cada país (30).

Considero indispensable enfatizar que, antes de pretender efectivizar la implementación de estas políticas, es indispensable el involucramiento del trabajador, quien dada su experiencia en diferentes condiciones de trabajo y desde sus creencias y convicciones compartidas en su vida cotidiana, aprende el sentido de enfrentar determinados riesgos, la manera de protegerse y plantea prioridades de naturaleza práctica e indispensable en su desempeño ocupacional, el verdadero éxito de las políticas laborales no se logra por el hecho de decretarse, sino en la medida que se actúa con la participación de los actores sociales inmersos en la exposición a los riesgos laborales.

Cabe destacar que teniendo en cuenta los focos de preocupación por los riesgos laborales, la evolución descrita revela la transición de un enfoque netamente laboral de Salud Ocupacional que alude a la responsabilidad del empleador, la necesidad de procesos de negociación y contempla solo las enfermedades profesionales; hacia un nuevo enfoque del problema de la salud del trabajador como problema de Salud Pública que abarca el interés por la seguridad laboral más allá del lugar del trabajo, involucrando a todos los actores sociales como responsables de los

resultados de la salud ocupacional, bajo el análisis del influjo de los determinantes sociales, donde las características del ambiente de trabajo; los factores sociales, dados por las condiciones de empleo, inequidades de género, raza, edad, relaciones empleador/empleado; las prácticas de trabajo relacionadas con la salud: comportamiento individual, dieta, hábitos, actividad física y el acceso a los servicios de salud según disponibilidad de seguros (31).

Coincido enfáticamente en defender, que la protección de la Salud es un derecho que no está sujeto a negociación y que sin embargo se mantiene en la esfera de la defensa personal y la improvisación de los recursos necesarios y escasos en provisión. Diversos aspectos contemplados en los dispositivos legales continúan a nivel de la declaración, mostrando al parecer la existencia de una débil conciencia que impulse a la transformación de las condiciones de salud laboral del trabajador.

A nivel Internacional como producto del Plan Global de Acción para la salud de los trabajadores 2008-2017, se ha generado amplio debate respecto a la necesidad de encaminarnos hacia un empleo justo y decente, capaz de reducir la exposición a condiciones peligrosas, estrés laboral y comportamientos dañinos a la salud, además de reafirmar la salud del trabajador como elemento primordial para la productividad, competitividad, sustentabilidad de las organizaciones y economía de las naciones en el orbe. Las aspiraciones planteadas tratadas previamente por la OMS como parte de la Agenda hemisférica, reclaman trabajar en tres pilares: la promoción de oportunidades, el acceso a bienes y servicios esenciales y la prevención/protección para incrementar la cobertura de trabajadores protegidos (32).

Sin embargo la promoción efectiva de los derechos fundamentales en el trabajo sigue siendo dificultada por el cambio de regímenes laborales, el crecimiento

de la desatención al sector informal, el heterogéneo nivel de ingresos y las fuentes de financiamiento que no revelan compromiso serio para materializar las mejoras necesarias en la promoción de salud del trabajador.

En el Perú, desde 1,997 con la Promulgación de la Ley General de Salud, se regula la obligatoriedad del Estado correspondiente a velar por las condiciones de higiene y seguridad que deben reunir los ambientes de trabajo, considerando que deben ser acordes a la naturaleza de la actividad que se realiza sin distinción alguna e igualmente precisa que debe garantizarse la protección del ambiente dentro de los estándares que establezca la autoridad competente para preservar la salud de las personas (33).

En este campo ha sido prolongada la espera para llenar el vacío normativo con la llegada del D.S N° 009-2005-TR que inicialmente normó el campo privado. La evaluación realizada respecto a la efectividad para cumplir con tales estándares, da cuenta del reconocimiento de una mayor capacidad sectorial en EsSalud y MINSA, con desempeño aún deficitario en el dominio del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Ley General de inspección de Trabajo y Defensa del Trabajador y el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (34).

A este nivel de los avances en materia de seguridad laboral, ha sido evidente que no todos los funcionarios responsables de los establecimientos y dependencias, promuevan el cumplimiento de los deberes institucionales normados, tampoco se han asumido plenamente los derechos de los trabajadores en el logro de las metas; es meritorio sí el avance en la conformación de los comités de seguridad y salud en el trabajo que en alguna medida ayudaron a despertar el interés del personal de salud por su propia seguridad.

Durante la aplicación del D.S N° 009-2005, no se logra todavía promover la evaluación integral de los riesgos a los que se encuentran sometidos los trabajadores de salud ni son escuchadas sus propuestas para corregir las condiciones de riesgo que podrían ocasionar accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Representan fortalezas en esta etapa respecto a la evaluación y control de los riesgos laborales: la voluntad política institucional, el desarrollo de instrumentos de registro así como el desarrollo de instrumentos de seguimiento de los problemas de salud del trabajador; persisten como debilidades, la ausencia de políticas de Estado, el conocimiento insuficiente y la difusión de las normas básicas (34).

La normatividad hacia el gran sector público se hace realidad después de seis años, con la Promulgación de la Ley de Seguridad y salud en el trabajo, Ley 29783, donde se reconoce que los accidentes y enfermedades profesionales afectan el derecho a la vida y la salud de muchas personas, con impacto negativo en las actividades productivas y desarrollo económico y social del país. Enfatiza su objeto destinado a promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país y propone en orden a lograr su cometido: la prevención de riesgos por parte de los empleadores, la fiscalización y control del Estado, la participación de los trabajadores y sus organizaciones sindicales (35).

Entre los alcances novedosos de esta Ley en el Art.33, se encuentra que son de registro obligatorio de Seguridad y Salud en el Trabajo, el monitoreo de agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales y factores de riesgo disergonómico, se estima que establece las normas mínimas en materia preventiva frente a riesgos laborales.

En este propósito llama la atención la búsqueda de mayor empatía entre el empleador y los trabajadores, la persistencia por asegurar los medios de retroalimentación en Seguridad y Salud en el Trabajo, el deseo de impulsar mecanismos de reconocimiento personal a quienes se esfuerzan por evaluar y controlar los riesgos existentes; bajo estos nuevos enfoques se estipula la obligación de realizar 4 capacitaciones al año, incluir en el contrato laboral, las recomendaciones sobre seguridad y salud en el trabajo, además de plantear que la capacitación debe realizarse durante la jornada laboral (35).

De manera favorable, se incluye la obligación de indemnizar al trabajador por daños a su salud e integridad, además del otorgamiento de licencia con goce para los integrantes del Comité de Seguridad; declaraciones que necesitan ser vigiladas estrechamente como medida de garantía en el aseguramiento de la creación de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con claro establecimiento de políticas y objetivos (35).

En este contexto es saludable reconocer que la Ley 29783, contempla la realización de auditorías periódicas para comprobar si la SST ha sido aplicada y da buen resultado en la prevención y control de los riesgos laborales; empleadores y empleados participan en todas las fases de la auditoría, por lo que se propone su activa intervención en las decisiones tomadas, así como garantizar que los trabajadores sean consultados antes de que se ejecuten cambios en las operaciones, procesos y la organización del puesto de trabajo, con repercusión desfavorable en la salud del trabajador (35).

La Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, explicita los mecanismos para asegurar la implementación de medidas concretas de Seguridad y Salud en el

Trabajo, se crea el Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y con él se inicia en abril del 2013, la definición de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; nueva instancia cuyo objetivo es prevenir los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y reducir los daños potenciales para el trabajador, ampliando no solo aquellas situaciones que sean consecuencia del trabajo, sino también la ocurrencia de eventos que guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo que éstos realizan (35).

El análisis desde los principios que sustentan esta política, exige aseverar que en diversos establecimientos de salud, se dista mucho el cumplimiento del principio de la prevención, porque no se establecen los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores, en el sentido que persisten deficiencias en el mantenimiento de la Planta física que dan lugar a actos contra la seguridad del trabajador, ruidos excesivos y falta de gestión de espacios de referencia para transferir unidades cuando éstas requieren refacción; los trabajadores deben continuar realizando sus labores en medio del polvo, el ruido y el acúmulo de enseres, más la inseguridad de los equipos de trabajo en condiciones provisionales.

Tampoco se cumple el principio de la gestión integral que permite que la promoción de la seguridad y salud en el trabajo, se incorpore a las políticas de gestión general de toda la unidad productora de servicios; una proporción significativa de enfermeras que labora en el ámbito hospitalario no tiene acceso a incluir su necesidad de mejoras para la tecnología del cuidado, requiere equipos para la movilización de pacientes obesos y por ser recurso nuevo su solicitud queda postergada indefinidamente, viéndose obligada (o) a sobredemanda de esfuerzo físico, con elevado riesgo ergonómico.

En razón de lo expresado, se propone mayor apertura y compromiso en el cumplimiento de los principios de universalización, participación y diálogo social, en la escucha atenta e irrestricta de las sugerencias de los trabajadores quienes desde el ejercicio cotidiano, en este caso del proceso de cuidado, experimentan los efectos de las condiciones de trabajo en espacios de poca visibilidad para quienes gestionan los servicios y por ende los riesgos laborales.

A la luz de la normatividad existente en materia de evaluación y prevención de riesgos laborales, se torna indispensable también la urgencia de desarrollar con mayor amplitud, el fortalecimiento de capacidades y con ello el uso de metodologías avanzadas que den soporte y sostenibilidad al cambio en el comportamiento individual y grupal de los trabajadores, especialmente en un esfuerzo periódico por conocer de manera integrada, la percepción del riesgo tanto de modo objetivo como desde el significado construido de modo subjetivo por el personal de salud sobre la manera como afecta su salud y en qué medida consideran tener control sobre los riesgos relevantes.

En este contexto es muy importante, involucrar a la enfermera (o), en el desarrollo de investigaciones que permitan no solo conocer la problemática relacionada con la Seguridad y Salud en el Trabajo, sino también proponemos la necesidad de realizar propuestas en la línea de Investigación-Acción, que permitan crear mejores condiciones para una práctica transformada capaz de fortalecer en el trabajador la corresponsabilidad en el cuidado de sí mismo y la cooperación en la construcción de los entornos saludables impulsados por la OMS y la OIT, cuando declaran que el camino es lograr trabajo decente, entendido como tener una

ocupación que satisface por sus resultados y por las condiciones en que se realiza, sintetizado en la frase: Trabajo decente es trabajo seguro(36).

Es saludable reconocer que gracias a la Ley N° 28806, Ley General de Inspección del Trabajo (37), se contemplan las infracciones administrativas, fijando pena privativa de la libertad para quienes incumplen con la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. En tal virtud es deseable generar espacios de vigilancia activa del cumplimiento de la ley y transparentar las dificultades existentes como una nueva vía de avanzar hacia la creación de una cultura de seguridad laboral para las enfermeras.

En Seguridad y Salud en el ámbito organizativo hospitalario, es pertinente acotar, que el proceso de cuidado demanda variedad de roles asociados a distintos saberes y prácticas desarrollados por las enfermeras según el escenario de cada especialidad y nivel de complejidad; se realiza también paralelamente a los esfuerzos por incorporar al personal en formación, las futuras enfermeras, hecho que aumenta las responsabilidades. No se puede desconocer la existencia de estilos de dirección de tipo vertical, también el modo como subyacen las competencias de poder entre personal técnico y administrativo, sin llegar a una cabal comprensión del objetivo central que es el paciente y esto requiere crear mejores condiciones para que la enfermera cumpla su misión, hecho que lleva a desencuentros, falta de acuerdo y pérdida del sentido de sinergia entre los miembros del equipo de trabajo.

Aún en medio de propósitos tan significativos para la salud de los seres humanos, el contingente de enfermeras (os), que integran el Sistema de salud vigente, participa de estrategias donde es notable la insuficiente gestión de las personas, el débil abordaje de situaciones conflictivas y la desmotivación creciente del potencial humano. Las últimas reformas aún insistiendo en la preocupación por el

recurso humano y la protección de su salud, dejan traslucir las inevitables consecuencias de la flexibilización laboral que conlleva menor estabilidad y alta percepción de desprotección social, terreno fértil para los problemas de salud laboral.

La proporción de enfermeras estables es casi la tercera parte del total de la fuerza laboral en el país y unido a ello, la precarización del empleo, redefinición de procesos y responsabilidades, con jornadas más extensas, determina déficit de atención al trabajador, déficit de comunicación entre jefes y trabajadores, alta carga laboral e incremento de los riesgos para la salud en el trabajo (15).

Por todo lo expresado, se propone para hacer efectivas las políticas de trabajo saludable, asignando los recursos necesarios para llevar a cabo planes de acción consecuentes con las prioridades en materia de prevención de riesgos laborales en Enfermería. La decisión de cerrar las brechas respecto al déficit de personal, puede ser de ayuda para el fortalecimiento de la capacidad para cuidar de sí en un entorno laboral saludable. Esta acción requiere respeto a los valores nucleares de la organización: derecho a la salud, solidaridad y equidad, teniendo siempre presente que la protección a la salud del trabajador requiere inversión en el cuidado del capital humano y mejor organización de los servicios, como único modo de alcanzar mayor convergencia en los esfuerzos para la promoción de la salud en el trabajo y el afrontamiento de los riesgos laborales.

Definitivamente es preciso internalizar que sin políticas no hay lugar a estrategias de mejora y si éstas dos existen, son los planes concretos, los instrumentos que permiten materializar los justos anhelos del trabajador en salud.

2.3 Referencial conceptual

2.3.1 La enfermera y el proceso de cuidado.

La enfermera es la profesional de la salud autorizada para brindar cuidados al ser humano; el cuidado es la esencia de su quehacer y sin lugar a dudas es consustancial a la existencia humana (38-41). En ampliación de lo expresado, Heidegger M, conceptualiza el cuidado como un modo de ser del hombre, parte de una dimensión originaria, ontológica e irreductible; desde la raíz latina del término cuidado cogitare-cogitatus, significa cuidar en el sentido de pensar, prestar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo, celo, atención y buen trato; todas ellas características que integran una actitud equivalente a la cura, por lo que el ejercicio de la profesión representa una forma de entrega, de dar y dar de sí más allá del plano biológico y social, involucra también el plano del afecto por quien se cuida, marcando el núcleo de la interacción enfermera-paciente (42).

La perspectiva heideggeriana, se sinergiza en la visión de Watson (43), para quien, la enfermería es la ciencia humana del cuidado inseparable de su práctica y fundada en principios y valores humanísticos que se realizan de manera interpersonal, abarcando los cuidados instrumentales referidos a la atención de las necesidades físicas y biológicas, tales como la higiene personal, la medicación, algunos procedimientos técnicos y los cuidados expresivos dados por la paciencia, dedicación y respeto mutuo.

El profundo significado del cuidado como esencia del ser y quehacer de la enfermera constituye el referente máspreciado para el cumplimiento de las declaraciones contenidas en los documentos legislativos. Quienes se dedican por

profesión a promover la vida en los distintos espacios del mundo, en contextos socio culturales y políticos, superando los horarios y las carencias, no pueden ser mirados como ciudadanos que a quienes se pueden postergar sus derechos y tolerar situaciones inseguras y potencialmente dañinas para su salud, porque para quien cuida, realizar el proceso de cuidado es un modo de estar sano, seguro, satisfecho y no vivir en el temor que paraliza.

En consonancia con los principios de la autora, son especialmente relevantes dentro de los factores cuidativos que explicitan la fundamentación de la visión humanista del cuidado, la necesidad de mantener la sensibilidad hacia uno mismo y los demás para expresar y permitir al otro, la expresión de sentimientos positivos y negativos que surgen en la interacción y que solamente cuando se toma conciencia, es posible crecer y mejorar el estado de salud y bienestar.

Desde el factor de apoyo y protección en las esferas mental, física, sociocultural y espiritual, Watson al considerar que la persona está unida al universo, el entorno que propicie la enfermera, solo proporcionará bienestar cuando se promueva la mejora en la perspectiva física, psíquica, sociocultural y espiritual, comprende la toma en cuenta de la comodidad, intimidad, entorno limpio y estético (43). Un entorno de cuidado para Watson, permite el desarrollo del potencial de la persona y facilita la elección de la mejor acción posible en un momento determinado; no obstante, en la práctica el logro de esta relación intersubjetiva y transpersonal solo puede asegurarse a través de un proceso sistematizado que asegure la satisfacción de las necesidades humanas.

En estrecho nexo con la visión integradora de quien cuida presentado por la autora, existen importantes elementos que argumenta Waldow VR (38) cuando

fundamenta de manera contundente y comprensiva que el proceso de cuidar “es la forma en que se da el cuidado”, manifiesto en multiplicidad de actividades que implican conocimiento, habilidad e interacción, siendo más visible en el contexto hospitalario. En él la enfermera se desempeña en el ambiente organizativo, compuesto de las dimensiones física, administrativa, social y tecnológica; precisa que los dos primeros elementos son de tipo estructural, mientras que el aspecto social involucra el mundo afectivo propio de las interacciones y el mundo tecnológico abarca tanto el equipamiento cuanto el saber hacer, dado por las guías de cuidado y otros documentos normativos.

Desde tal perspectiva (38), es deseable que en cada una de estas dimensiones, la dirección hospitalaria o quien haga sus veces, se preocupe por brindar condiciones seguras, proveer material y personal, siendo sensible a las necesidades de quienes trabajan para que cumplan su labor con bienestar. Importa no solo las expectativas del cuidado por parte del ser cuidado, sino las características importantes en la persona cuidadora, señalando la importancia de su conocimiento, experiencia, habilidad técnica, motivación y pensamiento crítico; aspectos que facilitan los fines del cuidado y su crecimiento profesional. En tal sentido se logra precisar que los recursos que posee la enfermera para interactuar de manera firme, acertada y segura en un entorno laboral diversificado en actividades y riesgoso por naturaleza.

Sin embargo, aun siendo la enfermera un ser vulnerable ontológicamente, por su naturaleza humana, se encuentra más dotada que otras personas en el entorno del cuidado, acerca de recursos para hacer frente a las consecuencias que conlleva el proceso de cuidado de cada persona como ser único, en un entorno peculiar y con un futuro particular (44).

Es pertinente tener en cuenta que Enfermería evolucionó hacia el ejercicio de una profesión de carácter autónomo, en el sentido que su desempeño no depende de otras profesiones, la esencia de su quehacer está definida, integra el sistema de cuidados de la salud en todos los niveles de complejidad y en cada espacio de respuesta donde se necesita entregar cuidados al individuo, familia y comunidad (39-40).

En el entorno total del sistema de salud, los enfermeros y enfermeras comparten con los demás profesionales y de otros actores del sector público, las funciones de planificación, organización y evaluación, para lograr la prestación de servicios de salud eficaces, eficientes, equitativos y seguros (5, 39).

El ámbito de acción propio del profesional de enfermería es la gestión del cuidado, a cuyo fin debe poseer las competencias necesarias y generar de manera permanente espacios para la mejora continua. La Ley del Trabajo de la enfermera (o) en el Perú (45), y su Reglamento (46), reconocen como áreas de competencia y responsabilidad, la defensa de la vida, la promoción y cuidado integral de la salud, su participación conjunta en el equipo multidisciplinario de salud y considera entre sus funciones, la de brindar cuidado integral, explícito en el Reglamento de la Ley que en el artículo 4 declara que el cuidado integral de enfermería, es el servicio que brinda a la persona en todas las etapas de vida, desde la concepción hasta la muerte.

Es conveniente diferenciar epistémicamente proceso de cuidado y proceso de enfermería. Mientras Waldow precisa entre otros aspectos, que el proceso de cuidado comporta acciones desarrolladas por la enfermera para y con el ser cuidado, fundamentadas en conocimientos científicos, habilidades, intuición, pensamiento crítico y acompañadas de comportamientos y actitudes que persiguen promover,

mantener y recuperar la dignidad e integridad humana, Benavent MA, Ferrer E y Francisco del Rey C, argumentan que el proceso de cuidado comprende la forma de pensar y realizar el cuidado en estrecha interacción entre quien cuida y el ser cuidado (38-39).

En ambos enfoques destaca que siendo el cuidado una forma de ser y estar con la persona cuidada, tiene características existenciales y relacionales, por lo que es imposible reducir el cuidado al accionar de la enfermera.

En tal sentido, Kerouác S et al (40), confirman que se trata de una forma propia de pensar y de ser en torno al ser humano, su entorno y la salud, guiados por ese pensamiento. En un sentido abarcante, Collière MF (41) adiciona que el proceso de cuidado comprende una secuencia de acciones que se inicia en un momento determinado pero que no tiene fin, abarca desde el nacimiento hasta la muerte y se vive en constante variación.

El fin del proceso de cuidados es conseguir el máximo de bienestar de las personas a quienes se cuida. Para lograr algunos aspectos tangibles de este fin, se identificó a través del tiempo, la necesidad de contar con un método o esquema deliberado de trabajo, que permitiera a las enfermeras sistematizar las intervenciones destinadas a valorar la situación de salud de la persona y su contexto, establecer un juicio clínico llamado diagnóstico de enfermería que jerarquizara los principales problemas de la persona en una situación clínica determinada. Sobre este juicio se elabora el plan de acciones, que una vez ejecutado es evaluado y mediante un proceso permanente de comunicación y retroalimentación, asegura la continuidad del cuidado clínico del paciente; se trata del método para materializar e integrar las dimensiones relevantes del cuidado (39).

Al respecto, es necesario considerar que el Proceso de Cuidados de Enfermería constituye “Una trayectoria progresiva que contiene tres dimensiones: propósito, organización y flexibilidad”. Esta conceptualización trata de direccionar el actuar de la enfermera, mediante la organización de información de la persona a cuidar, provee una estructura secuencial para la intervención profesional e intenta reducir la improvisación con flexibilidad porque el centro del cuidado de enfermería es el paciente y su entorno (39).

2.3.2 La vulnerabilidad y el riesgo, relevancia en el contexto del cuidado

Existen tres conceptos interrelacionados: vulnerabilidad, fragilidad y riesgo, en primer lugar, ahondaremos en la díada fragilidad-vulnerabilidad.

Fragilidad-vulnerabilidad

De manera acertada, Ávila, Aguilar y Carranza (47) describen la fragilidad como un estado de vulnerabilidad con desenlaces desfavorables; comprende no sólo componentes físicos, sino también la función cognoscitiva, características psicológicas y factores sociales; equivale a una condición que abarca el riesgo de discapacidad o dependencia. Cuando se es frágil no se resiste las agresiones del medio ambiente, heridas o enfermedades agudas; es una situación que puede conllevar a deterioro en espiral en el estado de salud o bienestar del individuo.

En la argumentación realizada por los autores antes citados, se aprecia que el reconocimiento de nuestra fragilidad es importante, dada la condición humana de desarrollar previsibilidad; afirman que es posible vivir inteligentemente la fragilidad sin aplicar ciegamente modelos tecnológicos a lo humano, sintetizado en la frase, “Lo que uno es, es superior a lo que uno hace”; se infiere que es más aceptable

admitir que podemos equivocarnos y que es posible también aprender de modo colaborativo para una mejor interacción en el entorno donde vivimos o trabajamos. Esto significa que es posible para el trabajador, superar la fragilidad porque el conocimiento de su realidad y condiciones en que debe laborar, le permiten tomar decisiones en favor de su seguridad.

En una mirada complementaria, el Ministerio de Salud del Perú (48), identifica en la fragilidad un estado caracterizado por el deterioro de las reservas fisiológicas del individuo que lo hacen vulnerable, modificando su capacidad de respuesta al medio ambiente.

En tanto la vulnerabilidad es una condición universal para el ser humano, es ontológica porque se inserta en la constitución del ser humano (44) y es también parte de la finitud del ser por nuestra naturaleza caduca y contingente (42). La existencia misma está expuesta a los peligros, amenazas, enfermedades, agresiones y muerte; el hombre tiene límites férreos que no puede sobrepasar dentro de un orden dado por la vida misma y la vida en el trabajo.

Desde una perspectiva social amplia, ha de considerarse importantes aspectos referentes a enfoques de cuanto significa vivir en una sociedad llena de contingencias y el modo como el entorno e interacciones organizativas, pueden incrementar la vulnerabilidad de la enfermera en diversas dimensiones de su existencia personal y laboral.

La teoría de la Sociedad del Riesgo

Desde una visión macrosocial, Beck señala que el concepto de riesgo comprende una forma de calcular consecuencias imprevistas, mediante métodos que

hacen previsible lo imprevisto (49). Es una suerte de conciencia sistemática del proceso de modernización, en lo referido a las autoamenazas que este contiene para sí; la fuente de las amenazas a la sociedad no se encuentra en los entornos de la actividad social, sino en las mismas operaciones sociales, siendo las amenazas producto de la autoconfiguración de la Sociedad Industrial a la Modernidad reflexiva, entendida como aquella que recepciona rápidamente y de manera incontrolable los efectos de los procesos tecno económicos, sin planificación, disolviendo cada vez más los fundamentos y tradiciones pre industriales, con énfasis en el progreso y desarrollo perdiendo de vista la amenaza ecológica.

El riesgo se constituye en una categoría conceptual que permite entender daños, sin embargo, no cualquier daño sino aquel que afecta a la naturaleza y procede de la intervención del hombre en el proceso de la civilización. El concepto de riesgo engloba para Beck, tanto el daño ocasionado a la naturaleza como el agente causal dado por el proceso civilizatorio. Aspectos relevantes en el enfoque de Beck están ligados a la consideración del riesgo en el horizonte temporal del futuro por lo que la posibilidad de su previsión es inherente (49).

Tanto la naturaleza como la respuesta frente al riesgo evoluciona en el devenir histórico social; los riesgos que acontecen en la sociedad, son creados por el hombre y dada la complejidad de los mismos, solo pueden ser identificados y cuantificados, mediante tecnicismos. Ante estas dificultades se ha de vivir en permanente preocupación; además del aspecto subjetivo, la comunicación intersubjetiva del riesgo y la experiencia social de vivir en un contexto de riesgo, este autor considera que solo el sistema político mediante sucesivos procesos de sensibilización a

distintos grupos y sistemas de la sociedad, puede reducir los riesgos inherentes a la dinámica de la modernidad (49).

Adicionalmente en la perspectiva descrita, se estiman seis parámetros de la Sociedad del Riesgo, que incluyen: la omnipresencia del riesgo y la emergencia de una conciencia de riesgo colectivo; el segundo hace mención a las diferentes formas de interpretación del riesgo, el mismo que engloba riesgos naturales y riesgos tecnológicos; la proliferación de los conceptos de riesgo que obstaculizan una comunicación eficaz; la orientación reflexiva del riesgo a nivel individual e institucional; la relación inversa entre riesgo y confianza que relaciona negativamente el papel de la tecnología y finalmente, la política de riesgo que liga a éste con el poder, conocimiento y valores de libertad, igualdad, justicia, derechos y democracia.

En *La Sociedad del Riesgo* se describe a la sociedad no asegurada por desplazarse en el eje riesgo/seguridad, no puede lograr la seguridad porque las amenazas son incuantificables, incontrolables e indeterminables; se preocupa por la dificultad de definir los estándares de responsabilidad, seguridad, control, limitación de daños, entre otros. Según este enfoque la Sociedad del Riesgo, no es una opción elegida, sino producto del auto despliegue de los procesos de modernización y de la omisión que se hace de sus peligros y consecuencias; en este sentido, los servicios de salud forman parte de esta sociedad que no obstante no sigue la misma lógica expectante por la naturaleza misma del ser humano como sujeto del cuidado (49).

Es relevante este aspecto en la medida en que el objeto del presente estudio es la enfermera y sin embargo en su quehacer es a veces más consciente de la vulnerabilidad del paciente con olvido o postergación de sí misma. Una condición de

gran valor es que no solo es consciente de su vulnerabilidad, sino que es capaz de reflexionar sobre esta condición y tratar de buscar soluciones para combatir el cansancio, la inseguridad, el desaliento o los efectos de las condiciones de trabajo en su salud (49).

Al implicar la vulnerabilidad, el tornarse quebradizo y estar amenazada la integridad, los términos fragilidad y vulnerabilidad se interrelacionan estrechamente; el ser humano como unidad orgánica y estructural, goza de integridad corpórea, psicológica, social y espiritual y sin embargo está en constante amenaza de agresión, pérdida y ultraje, que ameritan la búsqueda de estrategias de protección.

La vulnerabilidad de la enfermera se manifiesta en su quehacer cotidiano; el sujeto del cuidado con quien y para quien despliega sus conocimientos, habilidades y actitudes, está ahí junto a ella como cuidadora, a la espera de entablar una relación respetuosa, de interés genuino e incondicional; es la condición para abrir el diálogo, mostrar empatía y transmitir a la persona cuidada la fe y esperanza que necesita frente a la pérdida de salud, el dolor, las expectativas futuras, el proyecto de vida interrumpido de manera brusca o crónica.

Cuidar como una forma de ser y estar junto al paciente, adquiere una dimensión completamente relacional, que insume tiempo por la serenidad y tino con que se necesita abordar a la persona (38). Las variables clásicamente valoradas: edad, procedencia, antecedentes, sistemas de apoyo disponibles, género, estado civil y otros, solo tienen sentido si conservamos el equilibrio entre las esferas del vivir como persona cuidadora: bienestar, seguridad, recursos, equipo humano que acompañe en el esfuerzo y el saber que pertenecemos a una organización que nos valora, que

respeta nuestra identidad y reconoce nuestra contribución en el conjunto de esfuerzos del equipo de salud.

Frente a esta realidad, considero indesligable abordar desde la perspectiva filosófica y ética, la necesidad de revisar la forma como se realiza el cuidado quien realiza el cuidado, es decir la salud de la enfermera, no solo desde el reconocimiento de la vulnerabilidad existencial sino también como la ética natural inherente al trabajador de salud y por él.

Heidegger (42), argumenta este aspecto de modo contundente: *Estar en el mundo* es ponerse en relación con todos los seres circundantes, con los cuales se relaciona, obtiene su sustento y se expone a las eventuales desventuras que existen en el mundo. El cuidado también consiste en preocupación y angustia, por aquellas respuestas que pueden darse en el organismo de quien cuida con amor, celo y solicitud, las mismas que pueden derivar en daños para la propia salud del cuidador, en cuanto que es también un ser humano, permanentemente expuesto y sometido a constantes riesgos.

Saberse vulnerable ocupa un lugar especial en enfermería; quienes cuidan profesionalmente, sienten la necesidad de cuidar y ser cuidados como exigencia permanente. La vulnerabilidad alcanza a la enfermera por ser mortal (44), experimenta cansancio, estrés, vivencia de fracasos, soledad, impotencia. La práctica de cuidar requiere cuidar de sí, la fragilidad de la condición humana declarada en la frase *Somos seres para la muerte*, pone de relieve que *Estar en el mundo* y *Estar junto a otros*, para la enfermera, equivale a estar más cerca que otros trabajadores en el mundo del riesgo, cuidar al paciente en el ámbito de la hospitalización, es tener presente que en la misma interacción laboral y cuidativa, existen elementos que

pueden amenazar la vida, la salud de la enfermera. Del mismo modo que interesa promover, recuperar y dar calidad de vida a la persona cuidada, interesa cuidar de quien cuida, “tomar en cuenta los riesgos que puede correr, los éxitos que puede alcanzar y el destino de su vida” (53).

Siguiendo la perspectiva de Heidegger (42) para quien el cuidado es una realidad existencial, representa Estar *en el mundo- cuidar* como preocupación y superar la angustia, no solo en el sentido del presente sino también en la perspectiva futura; integrar la preocupación por el propio ser y el ser del otro a quien se cuida.

En consecuencia, es una exigencia del proceso de cuidar, asumir que solo es posible cuidar correctamente del otro, si quien cuida se sabe debidamente cuidado y es competente en el proceso del cuidado. No obstante, para la enfermera, la capacidad de ser autónoma la hace responsable de la actitud de apertura, desvelo por la salud y la seguridad del paciente sin descuidar su propia vitalidad. Necesita responder ante sí y ante la entidad laboral por el mantenimiento de su integridad corporal, el equilibrio mental y emocional indispensable para cuidar de otros.

De este modo, reconocerse vulnerable (44), conlleva a la adopción de una actitud crítica, asertiva y realista para consigo mismo y los demás. El descanso físico bajo la forma de pausas y períodos adecuados de sueño, son reparadores de la energía invertida, los días libres deben ser disfrutados en actividades recreativas, socioculturales y estimulantes, con capacidad para retroalimentar la alegría y el entusiasmo que amerita la interrelación con quienes necesitan altas dosis de fe y esperanza en su recuperación.

Cuidar la mente, despejar cuotas significativas de tensión y armonizar las relaciones con la familia y amistades, son elementos de humanización de la propia cuidadora. Es verdaderamente lesiva la actitud de convertirse en una máquina de trabajo saturando sus tiempos y espacios en la lógica de tener recursos que más tarde serán usados para recuperar la salud perdida (11).

Aspectos igualmente relevantes para un desempeño eficaz y seguro, está dado por el esfuerzo por mantener y acrecentar las competencias profesionales y humanistas es otra forma de promover el cuidado de sí mismo; es necesario no solo conocer los límites del cuidado seguro sino también desarrollar estrategias para afrontar debida y oportunamente las condiciones de trabajo de donde emergen los riesgos laborales; una capacidad para afrontar la presión de la carga física y mental de trabajo o el desarrollo de habilidades para dotar a los procesos del cuidado de una organización adecuada y segura o adaptarlos a los recursos existentes, puede favorecer condiciones beneficiosas para el control de los riesgos existentes de manera constructiva y solidaria con los pares (20).

Considero muy saludable este grado de desarrollo y compromiso de la enfermera en hospitalización, quien aun con muchas tareas a perfeccionar, se muestra más consciente de las necesidades que surgen en una amplia gama de problemas y necesidades de los pacientes a quienes brinda visible e invisiblemente sus cuidados; evidencia mayor conciencia de su percepción sobre la vulnerabilidad humana de quien cuida más no necesariamente tiene conciencia de su propia vulnerabilidad ante las situaciones presentes en el entorno y los agentes que potencialmente dañan su salud.

En torno a la vulnerabilidad-riesgo

Cardona (50), explica que, a pesar de las múltiples percepciones confusas sobre ambos, la vulnerabilidad se enfoca también como la capacidad reducida para adaptarse a determinadas circunstancias; una persona no es vulnerable si no está amenazada y no existe amenaza para quien no está expuesto, de manera que constituyen situaciones mutuamente condicionantes; cuando se propone medidas de prevención-mitigación ante situaciones de vulnerabilidad, lo que realmente se intenta es reducir el riesgo.

La vulnerabilidad se posiciona como una forma de predisposición o susceptibilidad física, económica, política o social, por la que se puede sufrir un daño, en caso de que un factor desestabilizador se presente sea este natural o de tipo antrópico (50). Ampliando este enfoque, se precisa la existencia de nueve dimensiones de la vulnerabilidad que agregan valor al entendimiento de esta condición y abarca: la *vulnerabilidad física*, por la que los seres humanos se ven afectados cuando las condiciones de la planta física y otras relacionadas con el ambiente de trabajo, son deficientes o muy precarias; la *vulnerabilidad ambiental*, en la que estamos inmersos por el deterioro de los ecosistemas; la *vulnerabilidad social*, que alcanza los diferentes grados de organización del trabajo; la *vulnerabilidad política*, que comprende el grado de autonomía que pueden tener los trabajadores para el manejo de los recursos necesarios para su trabajo y la toma de decisiones; la *vulnerabilidad cultural*, por la que se estima que las prácticas de protección dependen de la cultura a la que pertenecen y con la cual se identifican; la *vulnerabilidad ideológica* que comprende el papel de las creencias respecto a lo que acontece en el hoy y las consecuencias futuras; la *vulnerabilidad educativa*, dada por

el conocimiento o no de las causas y efectos de los eventos no deseados en materia de seguridad; la *vulnerabilidad económica* que consiste en la medida en que este factor limitante puede condicionar determinados comportamientos y la *vulnerabilidad institucional*, que abarca todas las dificultades institucionales para efectivizar la gestión del riesgo y no llevar a cabo acciones de mitigación.

La enfermera participa casi de la totalidad de las dimensiones expuestas sobre la vulnerabilidad. Como profesional de la salud ejerciendo en el contexto hospitalario no escapa al influjo del entorno sociopolítico económico e ideológico que enmarca la vida y decisiones organizacionales, únicamente en el aspecto cultural y educativo se encuentra más fortalecida dado el impulso de la gestión en materia de capacitación y observancia por las buenas prácticas de bioseguridad durante la última década.

A fin de presentar con suficiente amplitud la conceptualización y trascendencia del riesgo, partiremos de los aspectos básicos hasta los enfoques que explican la envergadura del objeto de estudio. El constructo riesgo, se reconoce como término polisémico, procede del latín *riscu* o del español *risco*, que significa peñasco, escarpado, aunado a la idea de peligro o la posibilidad de ocurrencia de un daño. Etimológicamente se origina del latín: “*el que corta*”, más adelante en la época medioeval en el lenguaje náutico *riscum* significaba “*peñasco*”, peligro del mar o “*peligro oculto*”, significado que perdura en la teoría epidemiológica (51).

Históricamente el concepto de riesgo ha evolucionado a través de diferentes latitudes, tiempos y civilizaciones. En Europa Occidental su significado se asociaba a las potenciales pérdidas o ganancias en juegos de Azar; en el transcurso de la Segunda Guerra Mundial en el campo de la Ingeniería el tema se orientó a la necesidad de estimar daños derivados de la manipulación de materiales peligrosos;

posteriormente en biomedicina, se requirió análisis previos para dimensionar los riesgos en el uso de la tecnología y procedimientos de la atención de la salud (51).

Vera, Varela, Macía (52), mencionan que el estudio del riesgo ha estado en el debate de diferentes disciplinas: la Economía, la Antropología, la Psicología, Sociología, las Ciencias ambientales y de la Salud, la Política, entre otras. Con mayor fuerza desde la década de los 60' por el auge de la energía atómica, sus usos y consecuencias.

Cabe señalar que los enfoques varían notablemente entre la concepción tangible del riesgo propio del Positivismo, el riesgo conceptualizado como una construcción social amparado por la línea de pensamiento relativista cultural, que sostiene que ningún riesgo es riesgo en sí mismo. Relevando la consideración del riesgo dentro de los extremos epistemológicos y paradigmáticos, el riesgo emerge como constructo, paradigma, concepto, teoría o macro teoría. El estudio del riesgo constituye un elemento integrador en diversas esferas de la vida humana y en la toma de decisiones desde la perspectiva social (51).

El concepto epistemológico de riesgo, surge en el lenguaje epidemiológico británico a inicios del siglo XX, Ayres (52), señala su aparición hacia 1920, a modo de actualización tecno pragmática del interés en conceptos relativos al espacio público de la salud, en particular antecede a la canalización de acciones en favor de la población que requería ser evaluada para controlar la mortalidad y disminuir la morbilidad. El riesgo es concebido como un indicador de una amenaza a la salud pública, a los estados y ciudades, pasando rápidamente a ser matematizado en proporciones entre el número de afectados y el número de expuestos, entre otros.

El concepto de riesgo expresa “la probabilidad de ocurrencia de un evento mórbido o fatal” (51), sin embargo en esta aseveración la idea de probabilidad puede ser vista de manera intuitiva, subjetiva u objetiva, con algún grado de incertidumbre no mensurable o de modo objetivo, racional, en base a técnicas probabilísticas de incertidumbre mensurable. Abordaje que comprende posteriores enfoques para el estudio de los factores de riesgo, a modo de marcadores que apuntan a la predicción de resultados futuros en la salud, con tres rasgos decisivos: una praxis del control técnico, una construcción del comportamiento colectivo y una semántica de la variación cuantitativa.

En síntesis, el abordaje del riesgo es de naturaleza interdisciplinaria, puede abarcar diferentes facetas: riesgo como peligro latente u oculto en el discurso social común; riesgo individual como concepto práctico de la clínica; riesgo poblacional como concepto epidemiológico en sentido estricto; riesgo estructural en los campos de la salud ambiental u ocupacional o como peligro estructurado (52); riesgo contingencial en el continuo salud enfermedad y las posibilidades de prevención/protección.

Los avances en el abordaje del riesgo desde la epidemiología y la sistematización del conocimiento existente, permite identificar el comportamiento de elementos comunes que persisten en el ámbito del cuidado hospitalario, los mismos que interactúan con el personal con mayor frecuencia determinando efectos variables en su salud y bienestar. No todos son igualmente frecuentes y generan mayor familiaridad, sin embargo el personal por su conocimiento y experiencia, logra identificar su presencia con relativa rapidez; el desempeño laboral en un entorno de trabajo permanente, facilita su conocimiento. Ellos son:

Riesgos relacionados con contaminantes medioambientales (51)

Pueden ser de tipo físico, químico y biológico, puede tratarse de elementos o sustancias peligrosas presentes en el ambiente laboral, que pueden ocasionar enfermedades, incapacitar o producir la muerte.

Los riesgos químicos, son importantes porque están presentes en todos los campos laborales, pueden actuar individualmente o en forma de mezclas; pueden ser de naturaleza orgánica e inorgánica, natural o sintética y pueden incorporarse al aire en forma de polvos, humos, gases o vapores, produciendo efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos (51).

Los riesgos químicos mediante sustancias pueden ingresar al organismo por diferentes vías: digestiva, pulmonar y dérmica, a través de la manipulación o inhalación. La acción tóxica deriva del tiempo de exposición, la magnitud de la dosis recibida, la susceptibilidad individual de la persona expuesta. En el equipo de enfermería que labora en el ámbito hospitalario los riesgos químicos están representados por la manipulación de soluciones concentradas como el Iodo, hipoclorito de sodio, fármacos como citostáticos, asimismo el personal está expuesto a la emanación de diversos desinfectantes utilizados en los procesos de descontaminación de superficies, pisos y paredes

Los riesgos físicos: están constituidos por toda entidad inmaterial o un mínimo de ésta, capaces de producir efectos adversos en el organismo al estar presentes en el medio laboral con posibilidad de producir daño a la salud del trabajador. Son principalmente el ruido excesivo, las vibraciones, temperaturas extremas y/o radiaciones.

El ruido es definido por el Observatorio de Condiciones de trabajo, como *“un sonido inarticulado, desagradable o no, que se propaga en un medio elástico; según su graduación puede producir trastornos fisiológicos, psicológicos o perturbar una actividad”*; es el riesgo de mayor exposición en los puestos de trabajo de tipo industrial y también en las unidades de cuidado hospitalario: los timbres de llamado, intercomunicadores, alarmas de los monitores, perifoneo, llamadas telefónicas, equipos de aspiración, de ventilación mecánica, coches de transporte, sirena de las ambulancias, etc. (51).

Dentro de las alteraciones fisiológicas están el aumento del ritmo cardiaco, la vasoconstricción, aceleración del ritmo respiratorio, reducción de la actividad cerebral y otros cambios psicológicos como la agresividad, ansiedad, disminución de la atención y dificultades para conciliar el sueño, situaciones que en conjunto resultan ser estresantes. La Ley de prevención de riesgos laborales en España, estipula la evaluación de riesgos auditivos, que se estima representa el 4% de las enfermedades profesionales en España y cerca del 32% en la Unión europea (57).

La acción de los riesgos por vibración mecánica está dada por movimientos oscilatorios de las partículas de los cuerpos sólidos respecto a una posición de referencia, que se transmiten a través del cuerpo entero o de las manos. Ocurren cuando la persona permanece sentada en un asiento, camilla u otra superficie vibrante, generalmente durante exámenes o transporte.

Los daños a la salud derivados de las vibraciones mecánicas son principalmente de tipo vascular periférico, neurológico y músculo esquelético; dependen de la frecuencia, dirección, tipo y amplitud, la naturaleza de la actividad, la postura del individuo, zona de transmisión, duración de la misma y distribución en el

tiempo. Se estima que del 1,7% al 3,6% de los trabajadores están expuestos al riesgo por vibración mecánica (51).

Uno de los riesgos frecuentes en el trabajo en unidades hospitalarias, es el llamado discomfort térmico, generado cuando el personal se expone a temperaturas muy elevadas o muy bajas en su puesto de trabajo condicionando un estrés térmico.

En Enfermería es frecuente ante la presencia de incubadoras, centrales de esterilización, áreas con calefacción y otras condiciones propias de las unidades de pacientes en estado crítico, que pueden ocasionar deshidratación, lipotimias y hasta shock por calor; la exposición a frío intenso son peor toleradas por el organismo pudiendo llegar a la congelación de los miembros expuestos, disminución del estado de conciencia y/o estado de somnolencia o problemas respiratorios (51).

La exposición a riesgos por radiaciones electromagnéticas es frecuente en el cuidado de la salud; las pruebas diagnósticas y los controles de la evolución de los pacientes requieren el uso de equipos portátiles junto a la cabecera del paciente; las enfermeras permanecen cerca del medio donde se ejecutan estos procedimientos cuya energía se propaga en forma de ondas electromagnéticas o de radiaciones de baja frecuencia de tipo ionizante, imperceptibles para ellas. Las lesiones pueden ser quemaduras, hipertermia, queratitis, cataratas, infertilidad, cefalea, vértigo, depresión, alteraciones en el sistema nervioso central, fotosensibilidad o alteraciones sanguíneas, entre otros.

Riesgos biológicos

Son formas de riesgo derivadas del medioambiente laboral y están constituidos por los contaminantes biológicos, entendidos como “cualquier sustancia

de origen animal, vegetal y microorganismos derivados de éstos, que produzcan un efecto adverso en el ser humano” (52). Son agentes vivos: bacterias, protozoarios, virus, hongos o endoparásitos que pueden ingresar por la vía respiratoria, digestiva, dérmica y parenteral, produciendo diversas patologías infecciosas que dependen del agente causal. Es altamente temido la probabilidad de contraer una Tuberculosis pulmonar, hepatitis B y C, Meningitis meningocócica, VIH, salmonelosis, Candidiasis u otras afecciones víricas o bacterianas.

La protección está regulada por la Ley 29783 que establece en el artículo 17, la existencia del Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el trabajo, el mismo que busca asegurar un compromiso visible del empleador y fomentar una cultura de prevención de los riesgos laborales y promoción de comportamientos seguros entre los trabajadores (35).

Riesgos derivados de la carga de trabajo o ergonómicos.

Según la ergonomía, la carga de trabajo es “el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido un trabajador a lo largo de su jornada laboral”. Pueden convertirse en una potencial fuente de enfermedades o daños, dependiendo de las exigencias del trabajo y las características individuales del trabajador: edad, formación y experiencia.

La carga física de trabajo supone la realización de una serie de esfuerzos estáticos o dinámicos excesivos derivados de la adopción de posturas forzadas, repetitividad de movimientos, falta de pausas en el trabajo, manipulación manual de cargas, que pueden ocasionar tendinitis, bursitis, síndrome del túnel carpiano y lumbalgias o torsiones dolorosas y limitantes.

La carga mental, está determinada por la cantidad y tipo de información que se maneja en un puesto de trabajo, las exigencias de la tarea: ritmo, monotonía, iniciativa, autonomía, claridad de roles; asimismo la estructura de la organización. La carga mental es “el conjunto de requerimientos mentales, cognitivos e intelectuales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral” (51).

En la gestión del cuidado de enfermería, se requiere realizar un correcto análisis de las características del puesto de trabajo y de las actividades que involucra para evitar la carga excesiva y la incertidumbre del trabajador.

Riesgos psicosociales.

El contexto organizativo del presente siglo, se caracteriza por el dinamismo y altos estándares de calidad que requieren y exigen a sus trabajadores mayor adaptación al entorno cambiante y exigente. Los riesgos derivados del trabajo han evolucionado hasta constituir un grupo emergente que eleva la vulnerabilidad de los individuos que laboran.

Según el comité mixto OIT/OMS, los factores psicosociales son complejos y difíciles de entender, son las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de la organización, por un lado, y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, por otra parte; elementos que, a través de la percepción y la experiencia, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción laboral (53).

No todos los trabajadores responden por igual ante tales factores, depende de como se perciba la interrelación trabajadora/condiciones de trabajo, de la adaptación y tolerancia, del entorno sociocultural y la personalidad del individuo. Los factores

potencialmente perjudiciales sobre el trabajador son la falta de autonomía y satisfacción en el trabajo, debido a que limitan la capacidad del individuo para organizar su trabajo, regular su ritmo productivo y dar orden a las actividades encomendadas.

Existen riesgos psicosociales cuando falta apoyo social entre jefes o entre los compañeros de labores; si existe falta de liderazgo, compañerismo o es difícil obtener información, se genera ansiedad, depresión y se producen también manifestaciones de estrés: respuestas físicas y emocionales que revelan falta de adaptación o desproporción entre los recursos de la persona y las exigencias de su puesto. Los efectos en la salud derivados de los riesgos psicosociales afectan tanto la esfera biológica con evidentes trastornos cardiovasculares, úlceras gástricas, dolor en la espalda y otros cuadros de tipo psicosomático.

Riesgo de agresión por terceros

Una forma especial de riesgo laboral menos reconocido y sin embargo real, es la denominada *violencia en el trabajo*; expresada en incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo y que ponen en peligro explícita o implícitamente su seguridad, bienestar y salud. Se define como “agresión o ataque: comportamiento intencionado que daña físicamente a otra persona” (17, 21).

Durante las últimas décadas creció notablemente en el sistema social, las iniciativas de incidencia política bajo la forma de Defensoría del usuario (54), mediante estas estrategias se fue empoderando al ciudadano al punto que sin mayor indagación en más de una circunstancia, los familiares agredieron al personal de

salud en abierto reclamo por una acción u omisión que no correspondía a sus competencias, viendo mellada su integridad ante un público asombrado al inicio pero justificando la acción por considerar que existían motivos razonables para tal conducta agresora, sin tomar en cuenta que el énfasis se coloca en el respeto a los derechos del usuario, mas no en su deber de respetar por igual al trabajador en su dignidad intrínseca de persona.

Riesgos de demanda legal

Durante el desempeño laboral, un profesional de la salud puede verse comprometido en general por actos de negligencia, impericia o imprudencia. Siempre y desde la etapa formativa se hace hincapié en el papel del conocimiento, la actualización y desarrollo permanente de mayores competencias, así como la fiel observancia de los protocolos y guías de cuidado que, aunadas a la responsabilidad y dedicación, aseguren una respuesta plena de profesionalismo en beneficio de aquellos cuyo cuidado se nos confía (45, 46).

En tal sentido, el cabal conocimiento y cumplimiento del Código de Ética y Deontología de la enfermera, forma parte del juramento profesional. No obstante, con el devenir de las transformaciones en todo orden de la vida, se ha hecho tangible una mayor conciencia de los derechos de la salud en gran parte de la ciudadanía, estando más atentos a cualquier desviación que pueda conllevar prejuicios a su salud (11).

En este contexto se ha incrementado las respuestas de las personas usuarias de servicios de salud frente a posibles situaciones que contravienen sus derechos. Uno de los acontecimientos más frecuentes y temidos por la enfermera es la ocurrencia de

caídas de paciente que siendo eventos no deseados pueden presentarse de manera imprevista, en especial cuando los recursos de mobiliario básico del paciente no reúnen las condiciones para evitar tal suceso.

Otro riesgo poco esperado antaño, es ahora el *potencial de suicidio* que presentan algunos pacientes. Hecho difícil de ser detectado aún con la mejor interacción, el libre albedrío de la persona hospitalizada en conjunción con el pronóstico, la situación de crisis que puede estar atravesando en un contexto determinado, pueden conducir a decisiones que, siendo propias del paciente, envuelven el campo de responsabilidades de quien tiene a cargo su cuidado (17, 21).

Entre los principales enfoques teóricos que sustentan el abordaje del riesgo desde fundamentos diferentes, se encuentran:

La Antropología y la teoría cultural del Riesgo

Se desarrolla a partir de los años 80', el postulado central de esta teoría estima que las personas aprenden determinados comportamientos, internalizan creencias, valores y representan las situaciones en función del contexto social y cultural en el cual viven Según la teoría cultural del riesgo, este actuará a modo de amenaza a la individualidad y a los grupos, frente a determinados fenómenos (55)

Es patente el reconocimiento del papel que juegan las creencias y valores compartidos por diferentes grupos y su influencia en la selección de lo que se considera riesgo o no riesgo; de manera que es posible a los diferentes grupos socio culturales realizar elecciones entre “los riesgos que quieren temer”. Los grupos bajo este enfoque intentan dar coherencia a su forma de vivir y sus valores; aspectos compatibles con cuanto acontece en el escenario de un hospital y en el micro

escenario de una unidad clínica, equivale a decidir entre cuando protegerse y cuando no, según la percepción de la magnitud del riesgo inherente a las creencias y valores por ellos sostenidos.

El paradigma psicométrico del Riesgo

Tiene como punto de partida la explicación del modo como operan los mapas cognitivos de las personas que perciben el riesgo frente a distintas amenazas, ampliando el horizonte del tipo de respuesta y ponderación del riesgo que los individuos desarrollan.

Según el paradigma psicométrico del riesgo (55), interesa conocer los mecanismos y procesos cognitivos que subyacen en la percepción del mismo. Por lo general las personas en la resolución de problemas utilizan dos tipos de reglas: los algoritmos y los esquemas heurísticos; algunas veces es fácil tomar decisiones ante situaciones sencillas y en otras ocasiones las personas tienden a comportarse con un exceso de confianza y cometen errores.

En la misma línea, se complementa argumentos que los individuos utilizan como mecanismos para comprender el riesgo: el sistema analítico y el sistema experiencial; en el primero se utiliza parámetros lógicos, toma tiempo y requiere control de la conciencia. En el segundo mecanismo, la comprensión es rápida, intuitiva, es relativamente automática, ha servido a la humanidad desde sus orígenes y se interrelaciona permanentemente con el mecanismo analítico, con la ventaja que tiene como guía a las emociones y afectos.

El modelo Psicométrico se sustenta en una concepción conductual cognitiva, donde los riesgos y la percepción de los mismos están en función de los atributos de

los peligros; enfatiza las percepciones individuales de los riesgos más que aspectos del ambiente socio cultural donde se produce la percepción del riesgo.

Este paradigma intenta operacionalizar los conceptos de riesgo a un plano más sencillo, cuya lógica permita la evaluación de los diferentes riesgos a fin de integrar la teoría con la práctica.

De los argumentos presentados en diferentes dimensiones, se extrae que el riesgo forma parte de un tipo de sociedad donde predomina el intento de dominio racional de cuanto acontece en la vida de los seres humanos, sin embargo dada la inserción y relevancia del riesgo en una sociedad moderna en la que compartimos anhelos y esperanzas, amerita una comprensión y análisis político y social del entramado en que se produce el riesgo, no basta con la diferenciación racional del tipo de riesgos sino como opera en el contexto socio político, económico y legal de las entidades prestadoras de servicios de salud.

2.3.3 Las condiciones de trabajo y la salud ocupacional

El trabajo como actividad humana realizado por la enfermera se expresa en el proceso de cuidar personas; en él transforma sus conocimientos y habilidades en procesos laborales destinados a aliviar el sufrimiento y restaurar los patrones funcionales del sistema humano. Esta actividad si bien contribuye a mejorar la salud, la calidad de vida y a mantener las condiciones para la vida productiva y desarrollo del país, no está exenta de riesgos, dado que las condiciones en que se realiza el cuidado de la persona enferma no siempre reúne condiciones de seguridad.

Las condiciones de trabajo comprenden el conjunto de factores que influyen en la realización de las actividades encomendadas o que forman parte del proceso del

trabajador, en tres aspectos bien diferenciados: las condiciones ambientales, las condiciones físicas en las que se realiza la actividad y las condiciones organizativas que rigen en la institución donde se brinda el cuidado; cualquier situación defectuosa, contribuirá a presentar posibles alteraciones en la salud de quienes realizan el cuidado (51).

En tales condiciones se incluyen elementos presentes en el entorno de trabajo, tales como el ruido, las vibraciones, la iluminación, condiciones climáticas del puesto de trabajo, espacio disponible y disposición adecuada. Existencia de contaminantes biológicos y químicos presentes en el aire en forma de vapores o aerosoles, en fluidos corporales del paciente. Asimismo, se considera la carga de trabajo dada por los esfuerzos, manipulación de carga, posturas, niveles de atención necesarios, etc. (53). En un cuarto grupo se sitúan elementos de la organización del trabajo: duración de la jornada, ritmo, automatización, estilo de mando y participación, estatus social, identificación con la tarea, iniciativa y estabilidad y finalmente son importantes las condiciones de seguridad de los equipos, instrumentos de trabajo, equipos eléctricos, mobiliario, entre otros (26, 51).

Estos aspectos actúan como un sistema complejo e integrado, como factores de riesgo que pueden alterar el bienestar físico del trabajador y aumentar los riesgos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Las alteraciones en la salud de los trabajadores pueden ser específicas y no específicas. Son específicas cuando tienen una relación directa con el trabajo, se trata de lesiones ocasionadas por la actividad: comprende los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Las alteraciones inespecíficas pueden estar relacionadas

con el trabajo, pero no son necesariamente determinadas por él; comprende efectos de la fatiga, el estrés y otros similares (27).

Un accidente de trabajo consiste en una lesión corporal que sufre el trabajador a consecuencia de la ejecución de su labor por cuenta ajena (Para el empleador) o por cuenta propia, siempre y cuando ha previsto cobertura de contingencia profesional, se exceptúan aquéllas que acontecieran mientras se traslada al ir o volver de su lugar de trabajo (35).

Por enfermedad profesional se entiende, el deterioro lento y paulatino ocurrido en la salud del trabajador, ocurrido por exposición crónica a situaciones adversas, producidas por el ambiente en que se desarrolla el trabajo o por la forma en que está organizado. Legalmente en la definición se incluye tres condiciones importantes: que la enfermedad se encuentre en el cuadro de enfermedades profesionales, que el agente causante esté presente en las condiciones de trabajo que realiza y que sea por trabajo por cuenta propia o ajena, tenga aseguradas las prestaciones de incapacidad por una empresa aseguradora (35).

A raíz de las controversias y resistencia de muchos gobiernos para efectivizar el cumplimiento de las normas, la OMS sigue insistiendo en seis áreas importantes que describen la urgencia de continuar los esfuerzos para alcanzar calidad de vida en todas las culturas, ellas son: 1) el área física, donde se debe cuidar la inversión de energía para evitar la fatiga; 2) el área emocional por ser preponderante en toda conducta humana; 3) el logro de un nivel de independencia o movilidad muy deseable; 4) el cuidado de las relaciones sociales por el apoyo que todos necesitamos en algún momento; 5) la atención al entorno que ha de favorecer la accesibilidad a la

asistencia sanitaria y 6) las creencias personales que conllevan los significados que concedemos a los actos de nuestra vida (23).

Antes de contemplar la visión actual de la salud ocupacional y los progresos realizados, se hace necesario revisar la estrecha relación entre el trabajo realizado, el proceso de cuidado y la salud de las enfermeras. Verdaderamente se carece de total neutralidad en esta trama de relaciones entre quien cuida y la persona cuidada; el sujeto destinatario del cuidado es la persona que ha perdido salud, presenta y vive experiencia de cambios desfavorables en su bienestar e independencia en varios patrones funcionales de su vida diaria y en la interacción con la enfermera intercambia sus inquietudes, preocupaciones, sufrimiento, incertidumbre y expectativa para ser ayudado por la enfermera.

Esta profesional conocedora de su misión y fortalecida por sus conocimientos y experiencias pierde de vista su propia vulnerabilidad aun en un medio hospitalario de creciente complejidad, limitados recursos humanos y tecnológicos e inicia la relación enfermera paciente, en un intento de abrir un diálogo basado en la confianza que le permita construir junto al paciente el camino para la recuperación desde el entorno físico, social y emocional que el paciente pueda estar experimentando; en esta relación transpersonal (43) la enfermera pone en juego todos sus recursos personales dejando de lado la preocupación por el cuidado de sí misma. La evolución del cuidado ha perfilado preocupación por la calidad abarcando cada vez mejores atributos: la individualización, la atención al contexto, la creatividad, intencionalidad y el más profundo sentido relacional: comunicación y actitud empática.

Es cada vez mayor la toma de consciencia de la fuerza laboral que constituye el grupo de enfermeras en la prestación del cuidado hospitalario y su rol en la

efectivización de cerca del 60% de los procesos de atención, hecho que impulsa el compromiso internacional por la construcción de espacios laborales saludables y la ejecución de análisis y propuestas concretas para ser valoradas desde la óptica del personal directivo y del propio trabajador.

La OIT teniendo en cuenta que una de sus tareas es la protección del trabajador frente a problemas de salud, accidentes, enfermedades y daños derivados de su actividad laboral adoptó desde 1950, la definición de Salud en el trabajo, precisando la tendencia a la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; la prevención de las pérdidas de salud de los trabajadores causadas por sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en sus puestos de trabajo, frente a los riesgos derivados que puedan dañar dicha salud; la colocación y el mantenimiento de los trabajadores en un ambiente laboral adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas y en síntesis , la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo (53).

Este ideal está aún lejos de realizarse dadas las condiciones de trabajo derivadas de los continuos cambios organizativos y el retraso indefinido en la toma de decisiones que tiene que ver con mejoras sustantivas en las condiciones físicas, equipamiento, mantenimiento y otros relacionados con la seguridad y bienestar laboral, en especial porque la mirada de las enfermeras y su comportamiento continua siendo fragmentado, sin la debida direccionalidad y sinergia y en muchos momentos acrítico y pasivo. Son las cuotas crecientes de poder compartido y un mayor sentido de la interdependencia entre los miembros del equipo de salud, los componentes del liderazgo necesario para un cambio sostenido.

2.3.4 La percepción del riesgo laboral en el cotidiano del cuidado.

La percepción es la clase de suceso a través del cual conocemos el mundo; Forgas (56), por su parte adiciona que consiste en esa búsqueda de respuesta adaptativa o el modo en que el individuo adquiere conocimiento de su medio. De este modo, el conocimiento del medio donde el individuo se desenvuelve lo impulsa a conseguir información del amplio conjunto de energías físicas y psicosociales que estimulan los sentidos del organismo.

Independientemente de las fuentes que sustenten el proceso perceptivo, el interés radica en que luego de las operaciones mentales que implica, la conducta humana individual o en grupo se realiza siempre, en función de las relaciones con su medio y de múltiples condiciones interactuantes en cada momento dado.

En aproximación a lo expresado, Armengou (57), explica que la percepción es un proceso cognitivo, de carácter espontáneo e inmediato, que permite realizar estimaciones o juicios básicos acerca de situaciones, personas u objetos, en función de la información que recibe y procesa un individuo, un trabajador. Existen diversos factores de índole personal: sexo, edad, estado civil, personalidad, estado emocional, estrés, que pueden influenciar la percepción del riesgo conduciendo a las personas hacia un elevado optimismo a por el contrario, cambiando el sentido de vulnerabilidad y por lo tanto exagerar o minimizar la necesidad de su protección. En esencia, el juicio o valor que el trabajador realiza acerca del riesgo determinará su comportamiento.

La percepción del riesgo comprende además (58), una evaluación subjetiva que realiza el individuo denotando la posibilidad de experimentar un accidente o una

enfermedad causados por la exposición a una fuente de riesgo. Sin embargo, Slovic visualiza el riesgo percibido como un constructo multidimensional difícil de definir; para este autor, el riesgo debe describirse a partir de varios atributos o dimensiones (59).

Puede apreciarse que, la percepción del riesgo está muy ligada al concepto del riesgo en sí mismo; puede percibirse en sus características objetivas respecto a los elementos presentes en el ambiente, en los objetos o en las características bajo las cuales se realiza un proceso de trabajo, comprendiendo la valoración de un técnico por la magnitud de las consecuencias que implica cuando se producen pérdidas materiales y humanas, es el llamado riesgo objetivo (60).

A la par del riesgo objetivo, existe la valoración del riesgo como una evaluación subjetiva que realiza el trabajador acerca de la posibilidad de experimentar un accidente o enfermedad en una situación dada, por lo que diversos autores (60), han determinado la existencia del carácter subjetivo del riesgo, éste involucra una consideración intuitiva al nivel del desempeño del novato o principiante y las consecuencias que esto puede acarrear para la seguridad de la persona.

La valoración intuitiva inmersa en el carácter subjetivo del riesgo (58), tiene una connotación de especial interés para el presente estudio porque incluye no solo el nivel de conocimiento o desconocimiento del peligro sino también el grado de control que el individuo pueda ejercer sobre tal riesgo. Es importante también clarificar que en la concepción del riesgo como probabilidad de que se produzca un suceso no deseado, se introduce la presencia del denominado factor de riesgo, que

consiste en un componente muy característico del ambiente o intrínseco al sujeto que aumenta la probabilidad de que aparezca un determinado efecto (59).

Cabe considerar algunos aspectos presentes en la percepción del riesgo; son muy conocidos los aspectos socio demográficos tales como el sexo, la edad, el estado civil, la personalidad, los estados emocionales: el miedo, la ira o el estrés. También aspectos como el referido a que la experiencia del trabajador. Es significativo el reconocimiento de la formación y su favorable contribución a la percepción del riesgo existente en el ambiente de trabajo. En tal sentido depende mucho de la calidad y cantidad de la información recibida y su modo de procesarla.

Señalar que, en el ámbito laboral en general, el comportamiento ante los diferentes riesgos por parte de los trabajadores, depende en parte, de su percepción del riesgo y su trascendencia en el logro de comportamientos seguros, que es un aspecto central en los planes de Salud laboral (60).

En la exposición laboral del trabajador de salud, son innumerables los factores de riesgos presentes en el ambiente, en la tecnología, en los objetos requeridos para los procesos asistenciales y el propio paciente contiene en sus tejidos y órganos, los agentes biológicos que pueden ingresar por diferentes vías al ambiente y al organismo de quien cuida, produciendo efectos no deseados. En su mayoría son riesgos obvios. No obstante, la autonomía para realizar determinados procedimientos está ligada a las demandas de la naturaleza del trabajo y no pueden dejar de realizarse; se refuerza la autonomía del trabajador propiciando el conocimiento organizado mediante normas y guías de actuación, encaminados a la ejecución de actos seguros con resultados previsibles si se cumplen las normas y el trabajador las aplica de modo conveniente. Se tomará en consideración las situaciones imprevistas

dadas por las contingencias propias de una urgencia o cambios significativos en la disponibilidad de recursos humanos o materiales, para llevar a cabo los procesos en condiciones seguras (51).

En un sentido amplio, el riesgo es inherente a la existencia humana. Tomar conciencia de su presencia conlleva a preguntar por los motivos que conducen a las personas a exponerse sin pensar en su evitabilidad y control, por lo que aún en medio del debate respecto a sus enfoques, interesa la consideración del modo como las personas perciben el riesgo.

Al trasladar estos conceptos al campo del trabajo, es comprensible acotar que los riesgos laborales son consecuencia de las condiciones inadecuadas de trabajo; constituyen situaciones que pueden romper el equilibrio físico, mental y social de los trabajadores. Representan la posibilidad de que el trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo; la calificación de su gravedad dependerá de la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo; no obstante su importancia radica en que lo que el trabajador cree que es un peligro es lo que verdaderamente lo es; el riesgo no puede valorarse únicamente desde la mirada objetiva, científica y del experto; es pertinente considerar la mirada de quien enfrenta cotidianamente el riesgo, desde sus experiencias, diálogos e interpretaciones, desde la construcción de significado y las medidas de acción que a lo largo de su trabajo han generado (53, 60).

La aceptación de la validez de distintas visiones, de diferentes imaginarios y subjetividades, no solo tiene una trascendencia teórica y conceptual, sino que se traduce en actitudes, afectos y desafectos, en comportamientos prácticos y en las decisiones que se tomen al enfrentar determinada situación laboral (60).

La percepción del riesgo laboral se relaciona directamente con la forma en que el trabajador interpreta y vive la exposición durante la interacción laboral. Es en el escenario cotidiano de cuidar pacientes donde se produce de manera casi imperceptible, la familiarización con las fuentes de peligro y por ende el diálogo y la construcción de las medidas de control sobre la situación, de manera que puedan ser incorporadas en su desempeño sin mayor dificultad (58, 60).

Durante el proceso de cuidado que realiza la enfermera, las acciones si bien son individualizadas, la intensidad de cada acto de cuidado puede ser en gran parte de naturaleza usual, hecho que contribuye a disminuir la valoración del potencial de peligro con la posibilidad de realizar menor protección en sus acciones.

Asimismo, la percepción del riesgo se entrelaza con su naturaleza acumulativa presente en el cotidiano del cuidado, la exposición a los agentes biológicos presentes en el paciente y en los procedimientos en él realizados, el contacto o inhalación con sustancias químicas y la carga mental inmersa en los actos de cuidado, conlleva como consecuencia la negación del riesgo de contaminación o la minimización de la situación de peligro (51).

Sin una clara conciencia de la exposición al riesgo y las mutuas interrelaciones entre los factores ambientales y organizativos descritos, tanto para el personal directivo cuanto para las enfermeras que realizan el cuidado en las unidades clínicas, no es posible avanzar en la incorporación de un diseño del puesto en condiciones seguras y sostenibles, por lo que la propia trabajadora deberá impulsar la información existente en favor de transformaciones indispensables para la seguridad laboral.

La percepción del riesgo está presente en la actividad diaria; la información acerca de la magnitud del riesgo es importante para que las personas tomen conciencia y valoren de manera adecuada los diferentes riesgos presentes en el trabajo; puede ser excelente catalizador en la transición que va desde la conciencia y aceptación de la situación hasta la decisión de actuar; sin embargo, la decisión de actuar no es lo mismo que actuar, ya que siempre cabe la posibilidad de cometer errores por la elección en la actuación seleccionada o bien por la puesta en práctica de la misma (59).

El conocimiento y la comprensión del riesgo laboral trascienden la esfera de lo meramente científico y tecnológico en manos del experto; el conocimiento profano puede incluir elementos cognitivos y afectivos que ha permitido a un determinado grupo laboral, desarrollar rasgos de una cultura del riesgo con resultados altamente funcionales para fines de protección. En el caso opuesto, la información obtenida desde el plano subjetivo puede proporcionar elementos que, siendo cotidianos, en la conducta del grupo resultan relevantes para la canalización de adecuadas conductas de prevención del riesgo ocupacional.

Respecto a la percepción del riesgo es conveniente puntualizar, que se trata de un proceso cognitivo individual, que se desarrolla en el plano subjetivo; intervienen en su configuración, procesos básicos como la motivación, las creencias y las actitudes, y una vez procesada la percepción, se convierte en evidencia para la persona. En toda situación se necesita tomar en cuenta que el riesgo de la percepción del riesgo, puede darse en el concepto llamado optimismo ilusorio, por el cual cuando la persona percibe el riesgo de manera amortiguada, aumenta su confianza

para enfrentar el riesgo al sentirse poco o nada vulnerable, siendo una situación más peligrosa (59, 60).

2.4 Referencial teórico sociológico:

El marco referencial teórico sociológico que sustenta el presente estudio se realiza en base a los postulados de la teoría de la Sociedad del Riesgo de Beck, debidamente abordado en el acápite anterior, la teoría de la percepción del riesgo de Slovic y la Teoría sociológica de Luhmann, quienes aportan las principales perspectivas para la comprensión del riesgo, sus características, las bases para la gestión, evaluación de los riesgos laborales y promoción de la salud laboral, inmersos en el proceso de cuidados que realiza la enfermera en el contexto hospitalario (38).

Desde 1,980, las ciencias sociales descubrieron la importancia del riesgo y la temática asociada a él; un punto en común como punto de partida fue la constatación de una crisis de integración en las sociedades modernas, producto por un lado de la evolución de la sociedad misma, los efectos tecno científicos y la diferenciación, fragmentación y autonomización de los subsistemas sociales, donde los servicios de salud forman parte del sistema global de salud y por ende no pueden substraerse a todos los fenómenos que acontecen en el conjunto de la sociedad; es decir la experiencia de vivir en medio de situaciones de riesgo es compartida y su significado e impacto se construyen en el marco de un sistema social en común.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, numerosos son los aportes respecto al papel del riesgo, su origen, percepción y control; tanto desde el plano individual como social, que es materia del presente estudio.

La teoría de la percepción del riesgo de Slovic

Slovic (59) en su teoría de la percepción del riesgo, sostiene cuatro premisas que han sido fundamentales en el abordaje de la salud ocupacional a la hora de materializar el ciclo de gestión de los riesgos laborales, entre ellos:

El riesgo es realidad, lo que el trabajador percibe como riesgo realmente lo es, en su contexto de trabajo cotidiano. Implica el significado que construyen los actores sociales desde su experiencia más inmediata en el trabajo. Señala lo que más adelante Luhmann considerará como inevitabilidad del riesgo.

Lo que el trabajador percibe como real es real en el sentido que enfrenta en la experiencia la exposición al agente causal o situación potencialmente peligrosa. El proceso de cuidar personas está ligado a las fuentes de riesgo que en muchas situaciones emerge de los procedimientos necesarios para la recuperación del paciente o las medidas diagnósticas que amerita en un contexto de vida determinado.

Lo que se percibe como real tiene consecuencias reales; un aspecto que será la fuente de sus interpretaciones, de la información compartida junto a otros y de las decisiones que tomará en su práctica. En este aspecto es donde mejor se aprecian las construcciones que elaboran los trabajadores respecto a los efectos del riesgo en su salud, bienestar y realización laboral.

Un último aspecto clave, es la consideración acerca de que no existe comparación entre el valor que conceden los expertos a un determinado peligro y el valor que le otorgan al mismo, los trabajadores. Bajo esta óptica, la percepción del riesgo es una representación particular de cada persona y define la forma en que cada quien maneja el concepto de riesgo en sus actividades cotidianas. Existen riesgos que

son considerados aceptables por los individuos, quienes relacionan su percepción y conducta ante el peligro.

En la perspectiva de Slovic, el riesgo es un constructo subjetivo, definido acorde a las características de la situación que enfrenta el individuo ante la posibilidad de sufrir una pérdida. El concepto comporta la existencia de amenazas para la vida o la salud, con la posibilidad de obtener resultados adversos; la pérdida puede evaluarse de manera potencial, significativa o mediante conciencia de la certeza de que ocurre (61).

La percepción se muestra como proceso selectivo, dinámico y funcional, determinado fuertemente por las características temporales y permanentes de las personas, con posibilidad de distorsiones, algunas veces se sobreestima y otras se subestima determinadas condiciones riesgosas para la salud, obviando la adherencia a las medidas de acción establecidas por la empresa. Como proceso subjetivo, al referirse a las creencias del individuo sobre el estímulo percibido respecto a una determinada situación de riesgo en el trabajo, se generan cogniciones que, en mayor o menor grado, inciden en la ejecución de las conductas de protección (59- 61).

Conuerdo con este enfoque, en el cual Slovic fundamenta que la percepción del riesgo comprende el estudio de las creencias, actitudes, juicios, sentimientos, valores, disposiciones sociales y culturales que tienen las personas frente a los factores de riesgo y las consecuencias que trae exponerse a ello. Esta teoría conserva un gran poder explicativo e interpretativo del riesgo en la concepción de quienes comparten actividades en el seno de la cultura de una organización; aspecto que sigue siendo un excelente punto de partida para la formación, investigación y gestión del riesgo.

En este proceso multidimensional, las personas evalúan el potencial catastrófico, el carácter voluntario o no de la exposición, el grado de confianza o no de quienes intervienen en la gestión, entre otros aspectos que permiten valorar la aceptación o no de la exposición a los factores de riesgo. El riesgo caracteriza un peculiar estado intermedio entre la seguridad y la destrucción. El devenir real del riesgo está directamente relacionado con su mediación; una vez que se conoce la existencia de riesgos posibles, corresponde enfrentar una responsabilidad que adopta la forma de una decisión; el riesgo empieza donde termina la confianza sentida y deja de ser relevante cuando ocurre el accidente potencial (59).

Las conductas de las personas están determinadas por el resultado de una evaluación interna que el sujeto hace del entorno y de sus eventuales consecuencias. Es decir, la conducta está supeditada a la evaluación de sus costes y beneficios. Si los beneficios para la persona y el entorno que genera su conducta, son mayores en relación con los costes asociados al realizarla, entonces la conducta tiende a mantenerse, ya que recibe una fuente de retroalimentación positiva o beneficios, es decir un refuerzo. Sin embargo, la previsión del resultado de una determinada conducta es subjetiva, ya que cada persona evalúa la situación desde sus vivencias, intereses, motivación y expectativas. Entonces se debe también tener en cuenta la posibilidad de que existan distintas versiones o definiciones de lo que cada persona puede considerar como beneficio o costo (61).

A la luz de esta teoría, es posible visualizar que la posible consecuencia de no percibir los riesgos, es un aumento de la posibilidad de sufrir accidentes. Si no se es consciente de que se está ante un riesgo, las personas se exponen al mismo sin adoptar medidas precautorias o de prevención y pueden sufrir daños en la salud. Es el

caso de quien no es consciente de que se puede sufrir un accidente con consecuencias muy graves o mortales si se conduce a una velocidad excesiva y por este motivo muchas personas optan por circular a esa velocidad. Sin embargo, es muy probable que si en alguna ocasión se ha sufrido un accidente no se asuma esa conducta; al menos durante el tiempo posterior más próximo al suceso que se ha experimentado (16, 51).

La sensación de inmunidad ante determinados riesgos que pueden generar acontecimientos y consecuencias negativas, es habitual en algunos entornos laborales o puestos de trabajo, en los cuales las personas consideran que los accidentes y los daños asociados les suceden a otros. Es decir, piensan que no les va a ocurrir nada y por este motivo no asumen y/o adoptan medidas preventivas para el riesgo ni para las posibles consecuencias que los accidentes pueden generar al cumplimiento (16).

Este comportamiento se refleja en la reiterada negativa a la utilización de ciertos equipos de protección individual o de las normas o reglas de prevención de riesgos, tanto en el ámbito laboral como en el extra-laboral. En el momento en que se deja de percibir los riesgos, aumenta considerablemente la probabilidad de que se tenga un accidente, puesto que las acciones de prevención y protección ante los riesgos son menores y se está en una situación de mayor probabilidad de sufrir un daño.

Por otro lado, la aceptación de un determinado nivel de riesgo tiene que ver con el hecho de que se asuman otros riesgos de mayor gravedad de forma obligatoria, es lo que se podría denominar como jerarquía en la aceptación de riesgos. Se aceptan mejor los riesgos que se encuentra por debajo de los que se asumen de forma natural; el umbral de aceptación de riesgo es muy alto, es decir, son muy permisivos frente a

los riesgos “habituales” y reacios para aceptar otros riesgos, por no considerarse adscritos a su actividad laboral y desarrollar su trabajo en situaciones de riesgo mucho menor, como el personal administrativo (60).

Esta situación puede explicar el por qué se pueden generar accidentes y daños con más frecuencia y gravedad en determinados grupos, como consecuencia de una menor percepción de los riesgos, sin considerar el nivel de riesgo real que pudiera tener la actividad. Se señala también que difícilmente un trabajador tomará medidas preventivas de modo propio si no se percibe como sujeto vulnerable (60).

Luhmann (62), en su teoría sobre la Sociología del Riesgo, confirma la argumentación hecha por Beck (49), acerca del concepto de riesgo, entendido como un complejo estado de hechos propios de la vida moderna. Su concepción se desliza también en el eje riesgo/peligro; precisando que en las sociedades no diferenciadas se enfrentaba el peligro, mientras que las sociedades funcionalmente diferenciadas enfrentan el riesgo, porque se pretende un mejor aprovechamiento de las oportunidades y de ahí la importancia de su identificación.

La sociedad moderna es funcionalmente diferenciada, en su interior cada subsistema se autonomiza, genera códigos y programas que ordenan sus funcionamientos específicos. Esta dinámica permite a los integrantes de la sociedad, lograr la estabilidad y proyectarse al desarrollo de sus funciones, con posibilidad de seleccionar opciones de conducta, sin perder de vista la interdependencia entre los subsistemas (62).

Según esta teoría, los servicios que operan en el ámbito hospitalario y los procesos a realizar en favor de la salud de los pacientes, actúan como subsistemas

dentro del gran sistema que representa el sistema global de atención de la salud, en este caso, el sistema de atención de la Seguridad Social en Salud; con la oportunidad de generar sus propias conductas de protección de riesgos.

Bajo esta visión de formar parte de una Sociedad de diferenciación funcional, se comparte la existencia de amenaza de fragmentación y sobrecarga de los subsistemas funcionales, por lo que inevitablemente los actores sociales han de enfrentar la complejidad y la contingencia que conlleva la exposición al riesgo ocupacional (49,61).

Luhmann del mismo modo que Maturana y Morín (62), avizoran que en la visión sistémica radica el esfuerzo por mantener una perspectiva del riesgo laboral no tanto en el plano meramente individual y subjetivo, sino que cobra sentido en el contexto en que el todo abarca las partes y las partes están en el todo; se comprende que existe constante interrelación entre los subsistemas que se relacionan directamente con el proceso de atención del paciente hospitalizado: recursos humanos, infraestructura, equipamiento, mantenimiento, logística, Organización del trabajo; aspectos que determinan la seguridad de los procesos asistenciales y por ende, la calidad de sus resultados.

Desde otra perspectiva sociológica, Luhmann afirma que todo riesgo es una comunicación realizada en un ámbito social, producto de la selección en una sociedad contingente, orientada a reducir la complejidad, pero sin garantía de lograrlo. Es posible controlar la exposición al riesgo aplicando las medidas de protección establecida, pero al interior de los sistemas y subsistemas pueden producirse interferencias (61).

Concede gran valor al componente decisional, solo se puede hablar de riesgo en la medida en que las consecuencias de una acción puedan atribuirse a las decisiones; el riesgo es el conjunto de elementos no resueltos, a pesar de todos los esfuerzos para constituir un determinado orden. Para Luhmann, solo se puede hablar de riesgo cuando se presume que quien percibe un riesgo y lo enfrenta, efectúa ciertas diferenciaciones entre resultados buenos y malos, ventajas y desventajas, utilidades y pérdidas, así como la diferenciación entre probabilidad e improbabilidad de que ocurran estos resultados. Lograr los mejores resultados en la protección del trabajador asistencial pasa por la calidad de la comunicación del riesgo y la asimilación en términos de conocimiento perceptivo acerca de su papel en el escenario laboral (62).

En la visión de Luhmann se enfatiza la simultaneidad de construcción del presente y futuro, el riesgo en el cual se articulan las decisiones, es la forma bajo la cual la sociedad moderna vive su futuro; el riesgo es considerado como una forma de realizar descripciones presentes del futuro desde el punto de vista de que uno puede decidirse por una alternativa u otra. Un accidente se producirá si ahora mismo no se toman las precauciones del caso; la conciencia clara del riesgo precede y preside a la acción o decisión a tomar, puntos extrapolables en sistema conductual preventivo del personal (62).

El autor argumenta que la cuestión del riesgo conlleva novedades, en el sentido que la contingencia temporal genera contingencia social; avizorar una situación de riesgo no necesariamente comporta similitud de percepciones del riesgo; todo depende de las formas con las cuales los integrantes de un sistema social realizan sus propias diferenciaciones. Por ello la importancia de conocer las

interpretaciones construidas por las enfermeras y el mundo de significados que puede representar este conocimiento a la par que el conocimiento existente desde la visión positivista del riesgo hasta el momento.

Mientras Beck asume la percepción del riesgo a nivel individual, Luhmann circunscribe su enfoque a que el riesgo es siempre una construcción y producto de la interacción social, para Luhmann el riesgo es inevitable, forma parte de la condición humana y depende de las contingencias, superando el ámbito puramente individual.

Las teorías expuestas permiten comprender el modo como los seres humanos en sociedad, generamos formas de vivir cada vez más complejas, a pesar de provenir de la década del 60 en adelante, siguen vigentes en la medida que a pesar del predominio de la creencia en torno a la racionalidad técnica, los estudios y reflexiones de la antropología y sociología, aportan la importancia de dar valor a la comprensión intuitiva de los fenómenos humanos que en el caso del riesgo laboral, se insertan profundamente en la multidimensionalidad del sistema de salud y sus subsistemas.

Cada trabajador, sin embargo, se articula inevitable e imperceptiblemente con las grandes redes de comunicación, movimiento económico, iniciativas políticas, ideología de quienes dirigen las organizaciones e intentan responder desde su cotidiano a la misión de cuidar la salud de las personas.

Desde la visión de las relaciones contractuales y perspectivas de trabajo, se accede al mundo laboral conocedor de las funciones a desempeñar y se lleva las expectativas procedentes del conocimiento y habilidades propias del proceso formativo y experiencia adquirida, más no se conoce a plenitud hasta que se vive, las

condiciones de trabajo en que se ha de desempeñar por lo menos 25 a 35 años, en esta complejidad de situaciones, interacciones y exposición, cada trabajador tiene una percepción acerca del riesgo laboral a partir de la que construirá su capacidad de respuesta como individuo con repercusiones personales y organizativas.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1.- Tipo de investigación

Fue una investigación cualitativa, dada la naturaleza social del objeto de estudio. Este enfoque permitió acceder a recursos metodológicos y bases epistémicas para evidenciar los aspectos de la subjetividad e intersubjetividad presentes en la percepción de las enfermeras acerca de los riesgos laborales en el proceso de cuidado.

El estudio cualitativo parte de la premisa relacionada con que el mundo social se construye a partir de las percepciones, significados o símbolos de quienes comparten experiencias desde la subjetividad propia de su vida en el entorno socio laboral, en un esfuerzo por penetrar en su mundo desde una comprensión global, sin fragmentar su visión acerca de las experiencias dialogadas y compartidas de modo sereno y reflexivo (63).

La investigación de naturaleza social comprende el estudio de fenómenos sociales desarrollados en un contexto natural, donde ya se conoce resultados numéricos e interesa más el análisis de sistemas organizativos complejos interrelacionados en comportamientos humanos. A partir de la descripción de los hechos captados en las conversaciones de los informantes, se genera el conocimiento que permite analizar y comprender el significado de los fenómenos en estudio. En adición a los elementos descritos, se lleva a cabo una aproximación mediante técnicas especializadas para obtener de las personas, algunas respuestas en profundidad acerca de sus creencias, valores, sentimientos y conductas, que expresan sin duda la interrelación entre las percepciones manifestadas y las conductas que

adoptan frente a hechos de interés para la comprensión del mundo laboral en que se desempeña la enfermera (64).

El espacio privilegiado para los estudios cualitativos corresponde al objeto de estudio seleccionado; de esta manera se persigue conocer con mayor claridad la percepción de las enfermeras sobre los riesgos laborales en el proceso de cuidado; bajo los principios epistemológicos más apropiados a fenómenos de tipo social priorizando la participación de quienes viven el fenómeno de exposición a los riesgos laborales en el día a día de su labor, es decir la intencionalidad es conocer el mundo de significados existente en sus experiencias que desde fuera son invisibles y que sin embargo mediante esta metodología cobran vigor y posibilitan construir nuevas rutas para las acciones preventivas (65, 66).

3.2.- Método de investigación

De acuerdo al objeto de estudio, se estima de interés para la Ciencia de Enfermería. Se trata de una investigación cualitativa etnometodológica que comprende el estudio de cómo las prácticas que son usadas por los actores sociales de una organización, al actuar en circunstancias particulares y concretas, crean y sustentan un orden social, generado no de manera objetiva o exógena, sino de manera endógena o desde el interior de actividades temporalmente realizadas y ordenadas por ellos (67, 68).

Garfinkel H (69-70), introdujo el estudio de los etnométodos para describir, interpretar y construir las acciones cotidianas, darles sentido, pensar y tomar decisiones. La tarea del etnometodólogo es descubrir la manera como los actores

sociales perciben una situación en la que se aplican determinadas reglas o normas, que constituyen sus recursos de organización y afrontamiento de la realidad (71).

La investigación etnometodológica realiza un abordaje micro social de los fenómenos, asignando mayor importancia a la comprensión que a la explicación; valora las interpretaciones del mundo socio laboral hechas por el actor social, aceptado como sujeto activo en la construcción de la realidad que vive; sostiene que la etnometodología se concentra en el mundo cotidiano, le interesa lo que la gente está haciendo según su buen criterio y de manera natural, para intentar entender como a partir de sus acciones, organizan su desempeño individual y colectivo.

Una interrogante vital en etnometodología es: ¿Cómo la gente da sentido a sus actividades diarias de manera que su comportamiento siga formas socialmente aceptables? El “etnos” es el entendimiento ordinario de cada día, en lo que se pretende hacer o el camino que siguen los miembros de un grupo o unidad de cuidado hospitalario para dar sentido o percibir su mundo social (69).

La finalidad de esta corriente consiste en especificar la esencia de las prácticas sociales dentro de dominios altamente circunscritos o especializados, de conocimiento y acción. Respecto al estudio sobre la percepción de los riesgos laborales es necesario comprender el papel de las enfermeras como actores sociales en la estructuración y construcción de sus prácticas en el proceso de cuidar, en la interacción entre pares y entre quien cuida y la persona cuidada.

El estudio de la percepción de las enfermeras acerca de los riesgos laborales que experimentan en el proceso de cuidar, se enfocó en el conocimiento que ellas tienen acerca de los tipos de riesgo y características que perciben durante la

interacción entre cuidadora y ser cuidado y entre ella y las enfermeras que en el mismo contexto también cuidan; interesa también saber las iniciativas organizadas que adoptan para responder a las situaciones riesgosas; el conocimiento que poseen las enfermeras sin embargo es parte del escenario observable; por ello se afirma que la etnometodología es el análisis de la organización social a partir de las estructuras de experiencia de los actores sociales. La tarea de los etnometodólogos es examinar los modos en que las personas aplican las reglas culturales abstractas como las Normas hospitalarias de Prevención y control de los riesgos laborales, la percepción de sentido común en situaciones concretas, rutinarias, cuyo significado es visto como fin.

La etnometodología se apoya en los siguientes supuestos: ninguna actividad o evento por trivial o insignificante que parezca puede eximirse de la posibilidad de estudio; los actores sociales no hacen presencia simplemente en un escenario social objetivo, ellos construyen los escenarios; es a través de la práctica y solo ahí que el orden, sentido, racionalidad y estabilidad de las acciones sociales, se cumple y es posible; las acciones humanas tienen carácter observable, comunicable; depende de la forma en que los actores sociales las organizan y coordinan y las prácticas humanas tienen carácter contextual: se realizan de manera particular y concreta (67).

La etnometodología ha sido influenciada por la fenomenología, en el sentido de preocuparse por los procedimientos de interpretación que empleamos los seres humanos para dar sentido a nuestras acciones y las de los demás; se concede un papel especial al lenguaje, de donde deriva la característica de reflexividad, por el cual se señala que en el acto del habla es cuando se construye el sentido, el orden y la racionalidad de las acciones (69).

El interaccionismo simbólico aportó a la etnometodología, la importancia de tomar en cuenta el punto de vista del actor social que interactúa en un contexto específico, de este enfoque surge la segunda característica de los estudios etnometodológico, la indexicalidad referida a que todo significado depende del contexto. Solamente en un contexto determinado el lenguaje y la construcción de significados adquiere un sentido concreto (64).

Garfinkel (69), diseña su enfoque de los etnométodos, como el acercamiento directo y permanente con los actores sociales, miembros de un grupo social, de una unidad clínica, donde se observa los métodos propios que las personas utilizan mediante su sentido común, en las circunstancias particulares de su trabajo, en este caso en el proceso de cuidado del paciente y en su comunicación, sustentan el orden social que da lugar a la estabilidad de sus procedimientos.

Asimismo Minayo (70), adiciona que la etnometodología comprende la descripción minuciosa de los objetos que investiga, a modo de una investigación situada, cuidando siempre que existe un entrelazado de marcos de significados de los actores sociales y del investigador, con la ventaja de una gran comprensión social y riqueza de información sin sacrificar en palabras de Harrison en (70), “el significado en el altar del rigor matemático”, ningún conocimiento sobre la acción social realizada en un contexto determinado.

De esta manera, durante el desarrollo del estudio, se tiene en claro que la metodología consiste en valorizar la capacidad reflexiva y cognitiva de las personas que trabajan en enfermería y como interpretan sus objetivos de cuidado de la persona adulta en cada proceso laboral; es a partir de la valoración de estas prácticas de cuidado que ponen en juego, que se ha de buscar el segundo producto de la

etnometodología, cuales son los conocimientos, la teoría que ellos crean respecto a qué son, cuáles son y cómo perciben los riesgos laborales en el proceso de cuidado; es un conocimiento que no corresponde sino a la esfera concreta de trabajo que ellos realizan en una unidad clínica hospitalaria.

3.3.- Procedimiento de recolección de datos cualitativos

Técnica de recolección de datos

En la presente investigación se utilizó la observación participante y la entrevista semiestructurada, dado que la investigadora tiene proximidad a la unidad hospitalaria donde se realiza el proceso de cuidar, interactuando con las enfermeras y experimentando la presencia de los riesgos laborales, de la misma manera que los sujetos de estudio.

Observación participante

Mediante este método fue posible ubicarse como observador de una situación de interacción social: las enfermeras cuidando a la persona adulta, relacionándose como investigador, con la persona adulta hospitalizada, las enfermeras y el personal técnico de enfermería. Una forma en que como observadora quede frente a mis interlocutores en el espacio del cuidado del paciente, participando de su actividad cotidiana en el escenario natural de la Unidad de paciente o en las salas de procedimientos especiales, con la finalidad de recolectar datos en el contexto de la investigación (71).

El sustento de esta técnica radica en la necesidad de la investigación social de relativizar el espacio social de donde proviene, aprendiendo a colocarse en el lugar del otro. De esta manera la proximidad con los sujetos informantes o interlocutores,

se convierte en una virtud, necesidad y no en un inconveniente. Este comportamiento permite al investigador estar más libre de prejuicios porque se desarrolla el estudio no como prisionero de un instrumento rígido sino que a medida que observa va moldeando hipótesis y no trabaja sobre supuestos aceptados con anterioridad (70).

En este proceso, a medida que comparte el quehacer con el grupo, va decantando interrogantes que pueden ser irrelevantes para sus interlocutores, va comprendiendo poco a poco los aspectos que van aflorando poco a poco durante el diálogo y la interacción. Un elemento de apoyo lo constituye el diario de campo que permitió registrar la información sobre los hechos diferentes al contenido de las entrevistas realizadas, incluyendo las reflexiones realizadas tan pronto como fue posible (70- 71).

En este diario de campo, las notas se consignaron con fecha, lugar y duración de la observación realizada; las notas reflexivas y el diálogo relevante se consignaron de modo que se logrará cumplir con los criterios de la etnometodología: indexicalidad y reflexividad. El aporte de esta técnica es muy significativo para capturar el sentido de la información proporcionada por las enfermeras informantes, desde las experiencias de vida laboral, plena de significados (70).

La realización del trabajo de campo mediante la observación participante se llevó a cabo considerando su carácter relacional, específico y práctico: ingresar con sencillez y respeto y salir igual con una imagen merecedora de confianza y de promesas cumplidas respecto a la información y la reserva.

Entrevista semiestructurada

Consiste en una técnica para obtener información mediante una conversación con otra persona para un estudio analítico o descriptivo; implica siempre un proceso de comunicación en el cual entrevistador y entrevistado pueden influirse mutuamente de manera consciente o inconsciente. Lejos de ser un intercambio social espontáneo comprende un proceso, artificioso a través del cual el entrevistador crea una situación concreta, que lejos de ser neutral, implica una situación única dando lugar a ciertos significados que solo pueden expresarse y comprenderse en ese marco de referencia mutua (70).

El paradigma constructivista sostiene que el investigador socialmente situado crea, a través de la interacción, las realidades que constituyen los emplazamientos donde se recogen y analizan los materiales empíricos. La característica de las prácticas interpretativas es que son aplicadas con mayor intensidad para la producción e interpretación de estos testimonios, discursos, etc. En la interacción del entrevistador con el entrevistado se producen señales, palabras y otras informaciones, con la característica de la reflexividad, que comprende la forma como las personas, mantienen la presunción de que están guiadas por una determinada realidad (71). De esta manera fue más factible recopilar los datos del fenómeno social de interés, promoviendo una mayor comprensión de la naturaleza de los aspectos involucrados en la percepción de los riesgos laborales en el proceso de cuidado.

En la entrevista semiestructurada se busca más comprender que explicar, a fin de maximizar el significado del lenguaje intercambiado o expresado; adopta la forma de estímulo/respuesta sin esperar la respuesta objetivamente verdadera sino

subjetivamente sincera, en ella se obtiene respuestas emocionales, dejando de lado la pura racionalidad (70).

El entrevistador crea un clima de confianza planteando preguntas sin un esquema rígido de categorías de respuesta; paralelamente controla el ritmo de la entrevista en función de las respuestas del entrevistado. Le es posible dar a conocer el objetivo y la motivación del estudio; llega a alterar la secuencia de las preguntas añadiendo nuevas si es el caso. Con mucha sutileza el entrevistador permite interrupciones y la intervención de terceros si es conveniente, aclarando el sentido de las preguntas cuando hace falta, conservando una relación equilibrada entre familiaridad y profesionalidad, bajo el estilo de un oyente interesado sin calificar las respuestas (70).

Se procedió a realizar la entrevista personal expresando las preguntas de rigor, permitiendo que el participante se exprese libremente y sin interrupciones; para que los discursos sean narrados en toda su amplitud. Cuando el entrevistado (a) respondía con frases cortas, se procedió a reiterar las preguntas orientadoras o utilizar frases como "¿Qué más?", "Continué"; de tal forma que se logró llegar a la aprehensión de la percepción o significado del objeto de estudio.

Se respetó las respuestas iniciales cuando las personas no se mostraron igualmente dispuestas a la información o evidenciaron temor. Con el máximo esfuerzo de espontaneidad se logró capturar la totalidad de la información verbal y no verbal, haciendo uso de todos los sentidos en busca de la comprensión de lo que hacen en el contexto hospitalario para captar el universo de significados existentes en las experiencias vividas (71).

En la entrevista se puso de manifiesto el lenguaje y una característica importante que se denomina indicialidad y está referida a frases que tienen diferentes significados en diferentes contextos; de esta manera las descripciones hechas por las interlocutoras (es) deben ser interpretados desde su contexto específico. La indicialidad dirige su atención al problema de como los actores sociales construyen una visión de la realidad en ese contexto expresando afirmaciones que explican su forma de ver el mundo en el que viven y trabajan.

Se realizó entrevistas iniciales a modo de piloto, las mismas que permitieron reorientar algunos aspectos metodológicos, progresivamente se fue integrando las notas de campo, las entrevistas, la transcripción y análisis de las mismas, con objeto de reajustar el proceso de la investigación cuando el proceso lo requirió. La duración de la entrevista fue entre 30-40 minutos, fue grabada previo consentimiento escrito de la persona entrevistada. El número de entrevistas realizadas fue de once, según criterio de saturación de la información.

La aproximación a los informantes se realizó buscando el ambiente de mayor privacidad, dado por una oficina utilizada con fines de capacitación, en el horario de mejor disponibilidad y serenidad para las enfermeras, en los turnos de mañana o tarde. En un primer paso, la investigadora se presentó, explicó los motivos y propósitos de la investigación, así como todos los aspectos éticos: el carácter voluntario, ofrecimiento y compromiso de garantizar el anonimato, grabar la información previo consentimiento y que la persona siempre puede retractarse, si en algún momento no está de acuerdo con algo, es decir, tiene la última palabra.

Las estrategias descritas se complementan, mediante la entrevista es posible el registro amplio de la información, el análisis conversacional permite profundizar y

elucidar si la ruta seguida y la información obtenida responde al sentir de las personas y la observación participante abarca el espacio más enriquecedor para la proximidad y captación de la acción social y el orden creado por su conocimiento respecto al objeto de estudio: la percepción de los riesgos laborales en el proceso de cuidado.

El análisis conversacional, tan importante en etnometodología, formó parte del acercamiento previo a la entrevista, posterior a la realización de la entrevista para confirmar aspectos desde la óptica del informante y en situaciones donde la narrativa descrita requiere momentos adicionales para completar o confirmar el contenido de los relatos obtenidos, por ello la interacción permanente es fundamental y se integra de modo continuo en la información recabada para conservar el sentido en el que fueron expresadas las narrativas (70).

Se tuvo especial cuidado en mantener un clima de buenas relaciones, mostrando interés en lo que las enfermeras expresan, es decir llevando a cabo relaciones igualitarias, sin dejarse influenciar por los actores sociales observados a fin de conservar la objetividad necesaria para captar las percepciones de las enfermeras acerca de los riesgos laborales en diferentes momentos del proceso de cuidar.

3.4.- Sujetos de estudio

En la observación participante y entrevistas semiestructuradas los sujetos involucrados fueron las enfermeras que se desempeñan en el servicio de medicina interna en unidades de hospitalización de los pisos IB y IIIB con más de 1 año de experiencia, que se desempeñan de manera permanente y quienes brindan cuidado

directamente al paciente hospitalizado en los sectores de cuidados mínimos, intermedios y complejos, éstos últimos son salas de pacientes delicados. El número de enfermeras consideradas como sujetos de estudio, según criterio de saturación de sus propios testimonios o descripciones, fue en un total de once participantes, durante el año 2015 (Ver Tabla 1, anexo 4).

3.5.- Escenario de estudio

El estudio se llevó a cabo durante los meses de mayo a agosto del 2015 en los servicios de medicina interna IB y IIIB del hospital nacional Guillermo Almenara, entidad de nivel III-2, categoría de Instituto Especializado, que actúa como centro de referencia nacional; se encuentra ubicado en la Avda. Grau N° 800 del distrito La Victoria, el mismo que cuenta con 72 años de existencia al servicio de la población asegurada. El escenario cultural estuvo dado por salas de tipo común para 6 a 10 pacientes, una para 20 pacientes y dos habitaciones de aislamiento, de tipo unipersonal; donde la enfermera realiza el proceso de cuidado y se desliza desde la estación situada al centro del pabellón. En ambos servicios se cuenta con una sala para los pacientes de mayor compromiso en su salud (Dependencia III) con capacidad para 10 camas; salas para cuidados intermedios (Dependencia II y III) con capacidad para 10 camas y salas de cuidado mínimo (Pacientes de dependencia II compensados), con capacidad entre 17 y 20 camas. En los servicios de medicina interna se desempeñan un aproximado de 59 enfermeras en turnos rotativos con guardia cada cinco días.

Los servicios hospitalarios donde se realizó el estudio cuentan con espacios privados que permitieron realizar las entrevistas semiestructuradas. Estas se realizaron en la sala de estar destinado a la Capacitación, en horario concertado con

las enfermeras, una vez que se encuentren serenas para realizar una pausa sin interferir con las actividades de cuidado previstas o necesarias.

3.6.- Procedimiento para la recolección de los datos

Las descripciones fueron obtenidas a partir de las narraciones de los colaboradores en respuesta a la pregunta orientadora: ¿Cómo percibe Usted los riesgos laborales en el cuidado que brinda a la persona adulta en este servicio? Las entrevistas semiestructuradas se realizaron paralelamente a la observación participante, en las enfermeras que cumplieron con los criterios señalados, pertenecientes a los tres servicios de medicina interna del hospital cabeza de la Red Asistencial Almenara. Se realizó la recolección de datos preferentemente en el turno de mañana y durante las primeras tres horas de la tarde, durante los meses de mayo a agosto del 2015.

A modo de entablar el primer contacto con las enfermeras implicadas en el estudio, se empezó el diálogo respetando su turno programado y durante los cuidados que realizaban al paciente en los sectores de cuidado intermedio y generales, con menos frecuencia en los sectores de pacientes delicados; se les explicó de manera individual la finalidad de la entrevista, solicitando su autorización y consentimiento informado para grabar sus respuestas a la pregunta orientadora formulada, asegurando la confidencialidad mediante el anonimato.

Se encontró amplia participación en los diferentes momentos del estudio.

3.7.- Procesamiento de datos

El análisis cualitativo de las narraciones o descripciones se realizó de modo simultáneo a la recolección de la información, cada entrevista fue procesada de

acuerdo a la trayectoria metodológica seleccionada. Previamente se procedió a ordenar los discursos identificando temas, categorías, subcategorías y relaciones, para ir progresivamente extrayendo su significado.

Es una labor minuciosa, compleja y no lineal, a fin de lograr la reducción temática y la interpretación de los datos iniciada en la fase exploratoria y que continúa durante la investigación. El análisis temático, que permite descubrir el núcleo del significado que hay detrás de los contenidos manifiestos en los textos organizados, en un intento de ir más allá de las apariencias de lo que se está comunicando (70).

Además de clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos, cabe puntualizar que cuando se busca la comprensión de significados en el contexto del habla, por lo general se niega y critica el análisis de frecuencias de los relatos, se trata de superar el alcance meramente descriptivo del mensaje, para acceder a una interpretación más profunda

Los datos procedentes de la observación participante y las entrevistas semiestructuradas son datos textuales, por lo que el investigador se enfrenta con un gran volumen de datos a procesar; exigiendo así un análisis juicioso para garantizar la coherencia de las informaciones y tener una visión lo más completa posible del objeto de estudio, en un progresivo refinamiento de la comprensión del fenómeno investigado. Una vez organizados los datos se crearon las categorías empíricas, que al ser examinadas conducen a la identificación de temas o patrones relevantes en relación al fenómeno observado, presente en el tema o unidad de significado que se libera naturalmente después del análisis de un texto.

Desde esta etapa del análisis de la información obtenida y según los objetivos del estudio, fueron construidas las categorías; luego de una lectura inicial, se realizó un pre análisis en un examen detallado de los textos y observaciones recogidas, facilitando la identificación de los temas.

Posterior a la observación participante, se redactó el registro en el diario de campo, se transcribió las entrevistas y se procesó cada resultado, de manera individual: primero acerca del entorno del servicio de medicina interna donde brinda el cuidado la enfermera, la descripción de cuanto acontece con ella y en ella, sus sentimientos, expresiones, creencias y otros aspectos que surgen ante la exposición a los riesgos laborales (71)

Mediante lectura y subsecuente relectura del material obtenido, fue posible efectuar la codificación de las unidades temáticas; se realizó la consolidación de datos de las técnicas utilizadas en el estudio; más adelante se logró fusionar a todas las unidades temáticas codificadas con los números y se identificó según el nombre de cada enfermera participante (70-71).

A continuación, se procedió a agrupar las unidades temáticas importantes y relacionar las unidades convergentes; inicialmente fue de ayuda el subrayado y luego la asignación de códigos numéricos para la clasificación. Primero se llevó a cabo el recorte de las unidades y luego con apoyo del programa electrónico Microsoft Word 2008. Seguidamente se realizó la clasificación de los temas, la agrupación y reagrupación del contenido en categorías y unidades temáticas, construyendo en esta etapa las categorías.

Por categorías comprendemos a los conceptos que abarcan aspectos o características comunes, elementos que se relacionan entre sí en cuanto al sentido que le asignan los interlocutores; significan también grupos de elementos, ideas o expresiones en torno a un concepto.

Finalmente, al comparar los resultados alcanzados con el referencial teórico utilizado y el conocimiento disponible, se identificó la percepción de las enfermeras acerca de los riesgos laborales a que están expuestas en el proceso de cuidado que brindan al paciente adulto, sus implicancias para la salud de la enfermera y la institución donde laboran.

3.8.- Consideraciones éticas y de rigor científico

La aplicación de los principios éticos a la investigación cualitativa, se realiza a lo largo de todo el proceso, desde la planificación del estudio, su ejecución hasta la presentación y la tarea de compartir los resultados con los informantes. Se enfrenta verdaderos retos por la activa participación del investigador y la alta posibilidad de enfrentar situaciones donde no siempre los individuos están dispuestos a cooperar o se resisten a proporcionar la información solicitada.

El esfuerzo de velar por la calidad y objetividad de la investigación, se plasmó en la consideración de los siguientes criterios:

A. Rigor científico

En el control de calidad de la investigación realizada se tuvo en cuenta los criterios de credibilidad y Auditabilidad (65).

Credibilidad

Se siguieron los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtuvo posea el valor de verdad o verosimilitud y cumpla con el objetivo propuesto. Se relaciona también con la capacidad de los seres humanos para establecer comunicación por medio del lenguaje, los pensamientos y emociones, además de las opiniones de los interlocutores, se cumple también con la credibilidad cuando concluido el estudio se devuelven los resultados a fin de que reconozcan en ellos su experiencia vivida.

Auditabilidad

Consiste en la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que es posible cuando cualquier otro lector o investigador puede seguir la ruta del estudio original en el entendimiento de la lógica seguida (66).

B. Ética:

Se consideró tres principios importantes según la Declaración de Belmont:

Principio de Beneficencia

Las enfermeras sujeto del estudio no fueron expuestas a experiencias que pudieran resultar perjudiciales por la información proporcionada durante las interacciones en la observación participante, las entrevistas grabadas, las mismas que son confidenciales y serán utilizadas solo con fines de investigación.

Principio de respeto a la dignidad humana

Previa información amplia y clara acerca de la investigación a realizar y su propósito, cada persona tomó la decisión de participar de manera libre y

voluntaria, en plena convicción de la potestad de rehusarse en cualquier etapa del estudio.

Principio de confidencialidad

La información obtenida de los interlocutores durante la investigación se mantuvo en estricta reserva, no fue reportada en público ni fue accesible a personas no involucradas en el proceso del estudio.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.- Presentación de resultados

La investigación etnometodológica concede relevancia especial a las explicaciones que expresan las personas, acerca de los aspectos más simples y cotidianos que realizan mientras realizan actividades o trabajan; sin embargo, las descripciones realizadas se entrelazan con algunos rasgos del perfil socio demográfico y otras características como su formación y condición laboral, con posibilidad de influenciar las categorías de respuesta expresadas en sus diálogos. En relación a las características de las enfermeras que participaron como sujetos del estudio (Ver Tabla 1, anexo 4), nueve fueron de género femenino y dos corresponden al género masculino. Respecto al grupo etáreo: cinco de los participantes, cuentan con edades entre los 40 a 50 años; cinco, tienen entre 51 a 60 años y solo uno tiene más de 60 años.

Acerca del tiempo de servicios de los interlocutores: tres de ellos cuentan con 11 a 20 años de servicio; cuatro cuentan con 21 a 30 años; de 6 a 10 años que corresponde al grupo con menor experiencia laboral, solamente fue una participante; con 31 a más años de servicio, se encontró tres participantes.

En cuanto a la condición laboral de las enfermeras (os) del grupo de estudio, cinco fueron nombrados en el D.L 276, llamado Régimen de los trabajadores de la Actividad Pública; del mismo modo se encontró cinco enfermeras (os) bajo contrato a tiempo indeterminado en el Régimen de la Ley N° 728, ley de productividad y competitividad laboral y solo una correspondió al Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (CAS-RECAS).

El estado civil de las participantes a predominio del grupo de casados reviste una peculiaridad; cuentan con un número de dependientes muy bajo, entre 1 a 2 con excepción de una sola participante que cuenta con 4 personas bajo su presupuesto y responsabilidad. Característica que de acuerdo a las edades de las participantes indica que han pasado la etapa de la crianza de hijos menores y sus hijos son ya adultos también. El perfil indica que se trata de personas con una experiencia vital sólida y que favorece su concentración y adecuado desempeño durante las jornadas de trabajo.

En cuanto corresponde a las características de formación académica, se trata de cuatro enfermeras con formación especializada en Cuidado Intensivo, Cuidado del Adulto Mayor y Cuidados oncológicos, información que habla favorablemente del nivel de competencias en un área clínica; existen tres colegas con formación de post grado en Maestría, profesionales que poseen potencial de aporte significativo en la construcción de saberes y alternativas para la seguridad y bienestar laboral; solo cuatro de los interlocutores no realizaron ni especialidad ni estudios de post grado.

Teniendo en cuenta el perfil descrito en las enfermeras del estudio y en concordancia con la metodología seleccionada para el análisis, la búsqueda de categorías temáticas permitió acceder a las unidades de significado, las mismas que proporcionaron los aspectos más representativos relacionados con la percepción de las enfermeras sobre los riesgos laborales en el proceso del cuidado (70).

En situaciones donde se presentó la necesidad de confirmar lo expresado por las enfermeras, no hubo reparo en realizar una segunda entrevista para corroborar si el contenido expresado después de la clasificación era lo que realmente ellas querían manifestar acerca de la percepción del riesgo laboral, quedando despejada toda duda.

Frente a la enorme producción de textos sobre el objeto de estudio, se llevó a cabo el proceso de lectura, agrupación y reagrupación de los testimonios obtenidos, utilizando como criterios, las semejanzas, las diferencias y el contenido trascendente en base a la centralidad de los objetivos del estudio.

A continuación de la re lectura reflexiva del material ordenado, se procedió al recorte de los textos conservando su contenido en el lenguaje émico; sobre este material se aplicó el resaltado por colores a fin de facilitar la identificación de las categorías emergentes desde el lenguaje del investigador o ETIC, procediendo al ordenamiento final de las categorías emergentes para su transliteración e interpretación a la luz del referencial teórico antropológico y social descrito (70).

Como resultado del proceso seguido emergieron 03 categorías temáticas que son las siguientes:

1. Riesgos laborales en el proceso cotidiano del cuidado.

Subcategorías:

- Riesgo de contraer enfermedades infecciosas y sufrir punciones accidentales.
- Riesgo por sobrecarga, postura y movimientos repetitivos.
- Riesgo emocional y estrés.
- Riesgo de agresión en el proceso del cuidado.
- Riesgo de implicaciones en demandas legales.

2. Implicancias de los riesgos laborales en la salud de la enfermera.

- Implicancias Físicas.
- Implicancias Emocionales.

3. Urgencia de superar los limitantes por una cultura preventiva.

Subcategorías:

- Mobiliario obsoleto, equipamiento no acorde a las demandas del cuidado.
- Cuidado del cuidador.
- Valor real del cuidado y de quien cuida.

4.2 Análisis y discusión de los resultados

En atención a los objetivos del estudio, emergen tres clasificaciones temáticas o categorías que representan la interpretación de las enfermeras acerca de los riesgos laborales en el proceso de cuidado a la persona adulta en el servicio de medicina interna, las implicancias para su salud y la institución.

Antes de iniciar de lleno el análisis y discusión correspondiente a las categorías temáticas, se analizará el papel que juegan las características del perfil de las informantes.

El perfil de los participantes en el estudio, el predominio de género sigue siendo un rasgo distintivo en la profesión, guarda similitud con el perfil global de enfermeras en el país (6, 75). Desde esta perspectiva puede estar aportando en la percepción de las enfermeras, diversos aspectos del conocimiento intuitivo que caracteriza al pensamiento femenino y la sutileza de sus manifestaciones; sin desconocer el potencial que representa al momento de analizar y crear compromiso frente a la realidad evidenciada, una vez que los resultados finales se socialicen en toda su amplitud.

Las enfermeras entrevistadas corresponden a la etapa adulta media y adulta madura, quienes se vienen desempeñando en el servicio de medicina interna; permanecen en él por la identificación que han generado en el tiempo con la

naturaleza del cuidado que se brinda, el equipo con quien comparten sus creencias, costumbres y valores, en el escenario de un hospital de alta capacidad resolutive. En éste servicio ejercen todavía enfermeras formadas en la ex Escuela Nacional de Enfermeras del Seguro Social fundada después de 1,943 y que tuvo vigencia hasta 1,995. Entidad formadora reconocida por el legado de su elevada disciplina, altruismo y espíritu de servicio (54).

La experiencia laboral adquirida en este grupo de interlocutoras superó los 6 años en solo dos enfermeras, contó entre 11 a 20 y 21 a 30 años se servicios por igual, cuatro participantes y con más de 31 años, se encontró a tres enfermeras entrevistadas. La población de enfermeras con estas características, según Benner (72), puede caracterizarse como perteneciente al grupo de enfermeras competentes, eficaces y expertas. El conocimiento experiencial adquirido durante su práctica en el ámbito del cuidado en el contexto hospitalario, les provee un gran dominio sobre los aspectos procedimentales del cuidado y les permite diferenciar los anhelos profundos del ser cuidado, que como veremos en los testimonios, ingresan muy complicados, portan más de una enfermedad, pero acuden desde el interior del país en busca de solución o alivio a sus dolencias que en otros centros asistenciales no les pueden ofrecer.

Estos aspectos permiten también percatarnos del impacto que puede representar para la salud de las enfermeras, la permanencia en este ritmo laboral de cuidado y el modo como los recursos organizativos y la tecnología pueden ser elementos que soporten el entusiasmo y la entrega diaria a sus labores o limitarlas (6). En la experiencia pastoral en salud referida por Bermejo (11) y Pangrazzi (73),

solamente personal que se percibe tratado con calidad, consideración y respeto, está en condiciones de la reciprocidad que involucra el cuidado.

Con el transcurrir del tiempo, las condiciones laborales tienden a la mayor flexibilidad y engloban sin duda, condiciones de incertidumbre e inseguridad, dado el significado que posee el contar con una fuente de trabajo en la sociedad; en este grupo seis enfermeras gozan de los beneficios del Régimen de la Actividad Pública por el D. L N °276 y seis por Contrato a Plazo indeterminado, bajo el Régimen de la Ley N° 728, ley de productividad y competitividad laboral; en ambos regímenes las enfermeras gozan de los beneficios sociales propios de un trabajo en condiciones dignas. Solamente una enfermera corresponde al Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios (CAS), quienes si tienen recortados los beneficios sociales (74). Esta modalidad contractual ingresó al Sector Salud flexibilizando las relaciones laborales y mostrando la intencionalidad de precarizar las condiciones de trabajo, en un sector donde la fragilidad, vulnerabilidad y el riesgo se conjugan para alterar el bienestar laboral.

La realidad de este micro escenario no revela ser un problema para las enfermeras participantes en el estudio; sin embargo guarda similitud con el panorama nacional de recursos humanos en salud, el mismo que enfrenta distintos niveles de conflictividad y descontento: existen 4,853 enfermeras con contrato CAS, quienes tiene recortado su derecho al mismo período vacacional, goce de gratificaciones, aguinaldo, escolaridad y no gozan de estabilidad laboral; situación que conduce a mayor riesgo para la salud y bienestar y solo 571 enfermeras contratadas en el Régimen N° 728.

En relación al objeto de estudio, la trayectoria metodológica seguida en el estudio identifica rasgos propios de la estructura y orden social compartido por las enfermeras en el micro escenario de un servicio clínico. Se identifica la complejidad vigente en el sistema de salud y las interrelaciones con otros subsistemas: la dotación de personal, el abastecimiento de insumos, el equipamiento y las interrelaciones con los integrantes del equipo de salud.

El cuidado realizado por la enfermera en el servicio de medicina interna aspira a ser dinámico. la enfermera adquiere según su conocimiento pone en juego su capacidad cuidadora intentando desarrollar presencia cuidadora, no obstante, experimenta las limitaciones de ejercer roles multifuncionales, las demandas simultáneas del paciente, la familia y el equipo de salud, sin tener los recursos para simplificar su labor y concentrarse adecuadamente en su quehacer.

La labor realizada es descrita por ellas como trabajo bajo constante presión; siendo el foco de interés el cuidado de la persona con necesidades específicas, comprende interacciones y es en esta naturaleza altamente relacional, que perciben límites e intensificación en el cuidado. Se trata del producto de la incorporación de la población asegurada y la mayor complejidad de las afecciones de la población, que conlleva en la práctica la urgencia de liberar camas mediante el alta o transferencia, apenas la persona hospitalizada se estabiliza. Este clima laboral intenso y demandante es cada vez más el cotidiano de quien labora en EsSalud; en el Seguro Social de Salud, durante las dos últimas décadas (54), es mayor la demanda de atención de los asegurados sin que paralelamente se haya incrementado las condiciones de infraestructura, equipamiento y personal asistencial para llevar a cabo los procesos implicados.

Describen también la trama de interacciones cotidianas por la presencia de la familia, que siendo pilar para el proceso recuperativo, requiere ser escuchada, recibir orientación y cuidado por parte de la enfermera, situación que representa diversidad, desvelo y excelente organización por parte de las enfermeras, tal como lo expresa Waldow en el acápite sobre las variables de la cuidadora (38).

Se enfatiza confirmando la normatividad existente (45), que en el proceso de cuidado la enfermera realiza simultáneamente actividades de gestión y educación, como parte de sus funciones en el contexto organizativo. En síntesis, el proceso de cuidado donde se desarrolla la exposición a los riesgos laborales se desarrolla en una compleja trama de interacciones entre los componentes de la organización hospitalaria. La enfermera interacciona, soluciona problemas concretos de la persona cuidada y del equipo de salud, gestiona recursos y empodera vía educación a la familia y a quien cuida. El ambiente físico y social se conjuga implicando un gran consumo de energía física y emocional, que la impulsa a seguir desarrollando sus competencias y modo de percibir su realidad.

No es en vano que enfermería haya sido catalogada como la cuarta profesión más estresante entre las profesiones relacionadas con la salud (76). Entra en juego no solamente la percepción de responder por la vida de otros, importa mucho lograr varias metas en un tiempo concreto que es el tiempo del turno en que se trabaja, está pendiente de varias responsabilidades simultáneas y continuas, sin que resulte posible jerarquizar en todas las situaciones.

Mientras la enfermera necesita ser empática para con todos e intenta tal comportamiento, nadie es realmente empático con ella. Todos ponen entre paréntesis las urgencias que ella pueda tener e insisten para lograr sus propósitos sin mediar una

actitud de espera; solamente quien permanece cerca puede percibir el rol complejo y desgastante de la profesión, que cobra visos de trabajo deshumanizante en estas condiciones.

En relación a la primera categoría temática, tenemos:

1. Riesgos laborales en el cotidiano del cuidado

Los riesgos laborales en el cotidiano del cuidado de enfermería tienen presencia total, dada la naturaleza del cuidado. Visto que la percepción del riesgo comprende una evaluación subjetiva acerca de la probabilidad de experimentar un accidente o una enfermedad causados por la exposición a una fuente de riesgo. En este sentido, Slovic (59), enfatiza que el riesgo percibido debe describirse a partir de los atributos que los individuos identifican desde la subjetividad de sus experiencias y el modo como construyen el papel que el riesgo juega en sus vidas.

Para la enfermera la presencia de los riesgos es una realidad ampliamente aceptada así como sus potenciales consecuencias; a partir de la teoría propuesta por el autor antes mencionado, el riesgo percibido como real es real y aunado a la percepción de su omnipresencia según Beck U (49), la enfermera percibe en el tiempo y en el espacio la presencia del riesgo laboral en el contexto hospitalario; desde la mirada de Beck, el riesgo laboral es construido por el hombre, quien como miembro de una sociedad diferenciada ha desarrollado tecnología sin predecir totalmente sus consecuencias; desde este punto de vista el riesgo laboral en el proceso de cuidado existe aun no lo desee el trabajador, en base a la conciencia del riesgo existente las enfermeras disminuyen la confianza para realizar sus acciones sin una alta y estructurada previsión.

Del mismo modo, el cuidado transita entre dos extremos paradójicos (19), puede conducir a la persona al desempeño excelente y satisfactorio o dañar su salud considerablemente. El carácter fuertemente relacional y permanente de la acción cuidadora, aunada a las condiciones ambientales desfavorables, puede alterar la homeostasis del trabajador, tornándose el ambiente laboral en un espacio riesgoso para la integridad personal y la salud laboral.

En la conversación realizada con las enfermeras en el escenario de estudios, fue posible reconocer que los riesgos laborales tienen para ellas una connotación peculiar: la persona a quien se brinda el cuidado es una fuente de riesgos particularmente en el aspecto biológico; no obstante, la conciencia del respeto a la dignidad humana motiva a la práctica de la delicadeza y la orientación sobre las acciones a realizar, asegurando que el ser cuidado no experimente rechazo ni aislamiento alguno.

El riesgo es percibido como una amenaza constante por las enfermeras, en razón de uno de los atributos del cuidado: la continuidad, por las demandas permanentes del ser cuidado, ellas permanecen como ningún otro profesional, las 24 horas del día; la mayor parte de las situaciones riesgosas son conocidas por ellas a modo de estímulos que potencialmente amenazan su integridad. Sin embargo, el haber optado por el cuidado como profesión, amerita una respuesta al riesgo percibido también desde la visión profesional, construida a partir del diálogo, creencias y normas elaboradas por quienes realizan el cuidado.

En torno a la percepción de los riesgos más frecuentemente identificados veremos como se expresan en cada subcategoría de modo individual:

a. Subcategoría: riesgo de contraer enfermedades infecciosas y sufrir punciones accidentales

Las consecuencias de la exposición laboral en el cuidado de la persona, se ligan estrechamente a la proximidad e intervención de la cuidadora (or), en la persona cuidada y en su corporeidad. En este sentido miembros de la OPS (78), enfatizan que siendo el cuerpo del paciente un medio de comunicación que comprende las funciones vitales para el mantenimiento y prolongación de la vida, ante la enfermedad puede verse afectado, siendo necesario intervenir en alguno de sus segmentos, órganos o tejidos, en los cuales se encuentran las fuentes de infección; implica para la enfermera la consideración de su vulnerabilidad física, que puede ser potenciada a favor o en contra, según su nivel de formación, experiencia ganada, economía inversora en recursos de protección o la ideología y política institucional.

Coincidiendo con la evaluación del riesgo objetivo en la epidemiología, las participantes identificaron la alta frecuencia de exposición a agentes microbianos presentes en la sangre y otros fluidos corporales, utilizados en el paciente, en la manipulación de instrumental y otros objetos relacionados con los procedimientos necesarios para el cuidado del paciente. Son representativos los siguientes textos:

(...) “Entre una de las situaciones más riesgosas para mí, está el cuidar a pacientes agitados cuando me quedo sola, también cuando debo encontrar un acceso venoso y el paciente no lo permite, puede moverse bruscamente y con ello el riesgo de sufrir una puntura accidental” (Bella sombra).

(...) “Si hay mayores riesgos como salpicaduras, me protejo usando mascarilla con visor o lentes de protección. Tengo cuidado de hacer presente al personal técnico que separe las hojas de bisturí, agujas o pinzas, antes de eliminar campos o ropa

utilizada durante un procedimiento, de este modo protejo a los demás”
(Alstroemeria).

La vía respiratoria, es una de las más comprometidas en el cuidado de la persona adulta hospitalizada. Los procesos de cuidado comprenden intervenciones invasivas donde se conjuga la acción profesional de enfermería, los insumos necesarios para mantener el circuito ventilatorio permeable y respirar eficazmente; aún con el perfeccionamiento tecnológico, la exposición continua siendo alta y el riesgo inminente. La enfermera como todo profesional de salud ha de ser consciente del espacio en el que interacciona a fin de proteger su integridad.

(...) “La aspiración de secreciones orofaríngeas o traqueales es de mucho riesgo, no solo me protejo con los guantes, trato este material en el frasco donde se depositan, con una solución de hipoclorito al 10%” (Cardo).

(...) “Me tocó sufrir serias infecciones respiratorias después de las guardias, ningún antibiótico me daba resultados, el médico me dijo que este patrón de respuesta se presenta en el personal de salud por el tipo de trabajo que realizamos” (Clavelina).

(...) “Son escasos los ambientes para aislamiento, vienen pacientes con tos rebelde y antecedentes de TBC pulmonar, más de una enfermera y médico se han contaminado, me da mucho temor” (Rosa Té).

Al parecer los innumerables aspectos que envuelven los riesgos laborales, dejan translucir sobre todo la responsabilidad respecto a su protección, no obstante, se interpreta también a través de los testimonios, las riesgosas y adversas consecuencias que pueden comprometer el bienestar laboral. El cuidado del paciente cuando está desorientado requiere adicionalmente, personal que apoye durante los procedimientos y sigue siendo el recurso humano, el elemento más escaso.

Confirmando la percepción de las enfermeras sobre el riesgo biológico, la OPS (78), enfatiza que en el cotidiano de la labor hospitalaria, la exposición es constante:

el material procedente de muestras biológicas, de fluidos corporales por procedimientos realizados, instrumental médico quirúrgico, además de exposición a espacios de riesgo por sistemas de aire contaminado, aspectos que involucran una alta responsabilidad para el empleador y el propio trabajador.

La percepción descrita, permite valorar la eficacia de la capacitación, las medidas de evaluación de los riesgos realizada y el grado de adherencia del personal a las normas existentes. A tal fin (51), reporta que entre el 70 y el 80% del personal que labora en las instituciones de salud está expuesto al riesgo biológico.

Desde otro punto de vista, la percepción del riesgo, equivale a una representación mental que hacen los trabajadores de la exposición que viven en su trabajo; la percepción del riesgo se realiza como un proceso abiertamente cognitivo, de carácter espontáneo e inmediato, permitiéndoles realizar juicios en función de las experiencias y conocimientos adquiridos. La percepción del riesgo es relevante cuando se requiere concretar conductas que pueden dar lugar a contraer enfermedades o sufrir accidentes y comprender la medida en que el trabajador se siente implicado (59)

Se trasluce en los testimonios descritos, la temporalidad de los riesgos en cuanto a la posibilidad de sufrir lesiones inmediatas de manera brusca e instantánea, tal como la posibilidad de punciones accidentales; característica que debe conducir en la práctica a la adopción de medidas inmediatas. En los testimonios obtenidos las enfermeras describen la adopción temprana y progresivamente consciente de las medidas contempladas en la normatividad institucional.

La perspectiva de Slovic P (59) coadyuva en la comprensión de las consecuencias funestas de la no percepción del riesgo, que afortunadamente en el estudio realizado se manifiestan de manera favorable. Al ser la conducta de los trabajadores el resultado de la evaluación interna que realizan respecto a su entorno laboral y las posibles consecuencias. Las enfermeras valoran que es mayor el beneficio de controlar el riesgo que omitir acciones y dejar que sucedan los accidentes o la contaminación con gérmenes dañinos para su salud y por ello se protegen.

b. Subcategoría: riesgo por sobrecarga, posturas y movimientos repetitivos

La probabilidad de que peligros relacionados con las posturas obligadas del personal, en cumplimiento de sus funciones, la manipulación de cargas, las flexiones y movimientos repetitivos, pueden causar lesiones a su salud, se denomina riesgo ergonómico (51). Cuidar implica esfuerzo físico, los pacientes a partir de su dolor, incomodidad, gestos de agotamiento al deambular o en una silla, cuando retornan de procedimientos especiales o se encuentran inconscientes, demandas acción, esfuerzo para movilizarlos en diferentes planos de camas, camillas, mesas de examen y otras superficies.

Demanda esfuerzo físico también en el día a día cuando permanece postrado y sabemos que movilizarlo es evitarle lesiones temidas como son las úlceras por presión prolongada. Las situaciones del cotidiano en el cuidado, requieren esfuerzo del sistema músculo esquelético; es indispensable contar con recurso tecnológico y el apoyo propio del trabajo compartido con otros trabajadores. Dalia, Rosa Té, Flor de Retama y Magnolia, hablan con mucha transparencia:

(...) *“Lo que más me preocupa es el esfuerzo físico, tenemos pacientes muy obesos y pasarlos de la cama a la camilla o a la silla de ruedas es difícil. Casi siempre salimos con dolor en la espalda y esto es más serio cuando las camas están malogradas, no funciona el manubrio para subir la cabecera, los frenos no actúan, podemos deslizarnos y caer. Tenemos para movilizar en esta sala cerca de 18 pacientes y solo 5 de ellos colaboran en su movilización, me faltan todavía muchos años de trabajo”* (Calla un momento) (Dalia).

(...) *“Por el estado de gran dependencia del paciente, sustituimos lo que él podía haber hecho, entonces el esfuerzo físico es más intenso, tenemos mayor estiramiento muscular y de tendones; hay riesgo que después se manifiesta en discopatías, los problemas de columna y del sistema músculo esquelético, es necesario empujar usando vigor físico.”* (Rosa Té).

(...) *“El equipo del que disponemos para el cuidado de los pacientes no ha evolucionado con la complejidad de los problemas de salud, es riesgoso trabajar en constante peligro de sufrir hernias, contracturas dolorosas, cualquier movimiento es peligroso, puedo caerme y lesionarme seriamente”* (Flor de Retama).

(...) *“No estamos libres también de sufrir problemas musculoesqueléticos, la mayoría somos mujeres y llegada cierta edad estamos descalcificadas, o bien sufrimos contracturas en la parte de los hombros y nos sentimos limitadas”* (Magnolia).

Confirmando la percepción descrita por las enfermeras y la magnitud de la exposición, Creus (51) señala que, entre el 60-80% del personal de enfermería con una media de 30-40 años, ha referido dolor de espalda al menos una vez durante su vida laboral, agregando con sentido de humor que el adagio de que “el dolor de espalda está incluido en el sueldo” sumado al temor del trabajador de ser tomado como simulador, ha limitado avances en este campo.

Trasladando el aporte del especialista en manejo de riesgos (51), a la realidad descrita, transparenta coincidencias y revela la existencia de condiciones que incrementan el riesgo: las edades de las enfermeras de medicina pasan los 40 años y

el tiempo de servicios que poseen en gran parte supera los 11 años. Razones para que el esfuerzo sostenido y los movimientos reiterativos repercutan en dolencias no solo por la molestia puntual en el presente, sino la preocupación cuando avizoran un futuro con limitaciones: “Me faltan muchos años todavía...” (Dalia).

Es perceptible que las manifestaciones de sobrecarga laboral perjudican al cuerpo directo de la enfermera que cuida, que es consciente de cuanto acontece, debiendo sin embargo continuar con su trabajo:

(...) “En algunos momentos sobre todo cuando falta personal y redoblamos esfuerzos, el riesgo es sufrir dolores musculares y de columna, el traslado de pacientes y la movilización horaria, son riesgos constantes y más se sufre cuando uno quiere hacer todo rápido y no pide ayuda” (Clavelina).

(...) “Realmente no sé que pasa, hay necesidad de renovar equipos, de hacer un mantenimiento operativo mejor. Las camas no tienen frenos, algunas veces les ponemos tacos de madera para evitar que se deslicen si el paciente se apoya en ellas; cuando queremos movilizar al paciente en su cama, no ruedan bien, tengo que hacer un esfuerzo mayor, sufre la columna, la musculatura de brazos y la espalda (Flor de Lis).

Son una serie de factores ergonómicos a los que están expuestas las enfermeras, confirmando los resultados obtenidos por Santos N y Mauro MY (12), quienes enfatizan la asociación entre la antigüedad del local del centro asistencial y la carencia del espacio necesario para la realización de sus actividades, situación que ocasiona contracturas musculares, movimientos con sobre esfuerzo en diferentes planos, posturas forzadas y lesiones de columna vertebral. Estas dolencias reducen la satisfacción laboral, incrementan el ausentismo y revelan déficit en la gestión del riesgo en perjuicio de la salud de los trabajadores.

Similar situación considerada relevante para la salud pública, no solo en razón de su incidencia y prevalencia, sino por el impacto en pérdida de funcionalidad de las personas, discapacidad, ausentismo y retiro prematuro, es el riesgo percibido por las enfermeras, respecto al dolor de columna: En tal sentido en concordancia con nuestro punto de vista, Briceño (79), reconocen la necesidad de incorporar políticas laborales desde una visión sistémica como expresaba Luhmann N (62), porque en la medida que se plasmen las estrategias destinadas a lograr acomodación ergonómica en el puesto de trabajo de enfermería, este riesgo será controlado propiciando bienestar en el trabajo de manera sostenible.

La percepción es muy convergente entre las participantes en el estudio respecto a la permanencia de dolencias por exposición a la manipulación de carga, movimientos repetitivos y trabajo en posturas forzadas. Sin embargo, no podemos dejar de valorar la existencia de una postura pasiva, que evidencia cierto desconocimiento de sus derechos laborales y baja socialización del problema, dispersión de preocupaciones y no concentración de energía necesaria para trabajar de manera proactiva por la transformación de las actuales condiciones laborales, lesivas desde los puntos de vista ergonómicos y amparados por ley.

Contrariamente a esta postura pasiva una de las participantes afirmó categóricamente: (...) *“Una enfermera enferma no es de ayuda, es necesario cuidarla a ella y al paciente”* (Dalia).

Por ello la salud en general y la salud laboral es una responsabilidad compartida, no podemos renunciar a nuestros derechos ni tampoco eludir la responsabilidad de cuidar nuestro propio capital.

c. Subcategoría: riesgo emocional y estrés.

En el contexto laboral de las organizaciones de salud, se han producido cambios en su dinámica, complejizando su actuar e incrementando la fuerza de presentación de algunos riesgos. Después de un largo camino para el reconocimiento de este grupo de riesgos, en la perspectiva de Cifre, Salanova y Franco (80), existen factores psicosociales relativos a las condiciones organizativas, con probabilidad de producir efectos lesivos para la salud y bienestar cuando actúan desfavorablemente.

La percepción de las enfermeras siempre diferente del varón, emerge de modo convergente en:

(...) “Me doy cuenta que no puedo controlar el estrés. Si tuviera que hacer un balance de mi salud en el trabajo, diría que el trabajo en enfermería nos cambia, no tenemos la misma energía cuando empezamos, ver tantas personas sufriendo, me da impotencia, llego a sentir que ni siquiera tengo ganas de divertirme, solo de descansar” (Dalia)

Flor de Lis, da a conocer las manifestaciones del compromiso emocional, que deja huella y es que la trayectoria de esfuerzo físico, alta concentración, estar pendiente de muchas situaciones que esperan información y solución, asimismo el ritmo de las interacciones, se realiza entre 30 y 35 años, se producen entonces efectos evidentes en el mantenimiento del equilibrio mente, cuerpo y eficacia. La susceptibilidad va cambiando con el paso de los años y una no puede sentirse invariable; los cambios son inevitables, negarlo no sirve de nada, identificarlos puede abrir caminos para re aprender nuevos caminos para la salud perdida y evitar el progreso del daño (21). Sus expresiones son:

(...) “Más afectada me siento en la parte emocional, por las exigencias diarias que dejen huellas; notas la irritabilidad, aprendes a llevar el cansancio, el dolor y la preocupación y sigues trabajando” (Flor de Lis).

En el contexto de la prestación de servicios de salud, ha evolucionado notablemente la conciencia de la interrelación trabajo-salud; los efectos de la carga mental, el grado de autonomía en el trabajo, el contenido mismo del trabajo, la claridad de roles, relaciones interpersonales y ambiente de trabajo, son elementos que actúan significativamente en la percepción de compromiso emocional por el trabajo (81).

Asimismo, la lectura de las descripciones realizadas por los interlocutores en este estudio, revelan pérdida del bienestar, interrelaciones carga física-mental-social que genera desajustes, se transtoca el clima o ambiente de trabajo y cambia también el estado de ánimo, disminuye paciencia y la disposición para el trabajo, atributos necesarios para cuidar y seguir cuidando de sí. Existe sin duda una clara situación de desgaste, pérdida de la energía vital en el área emocional expresada de modo transparente por la enfermera entrevistada:

(...) “No soy igual que antes, además el paso de los años, el cuidado de enfermería comprende carga mental, estar alerta, trabajo físico, interacción con distintas personas, cambios de turno y trabajo nocturno con días de descanso alternado que a veces me hace perder la noción del tiempo” (Alstroemeria).

El mundo emocional es inseparable del desempeño laboral, sin embargo, al constituir la asignación del gasto en salud, el 70% del presupuesto, la labor del personal en las entidades hospitalarias, la OPS (78), considera que las decisiones y las estrategias de ayuda en favor de la recuperación, están enfocadas en términos

cuantificables y basados en la eficacia de los procesos biológicos y no los de tipo afectivo. Esta lógica conduce a la generalización de las políticas institucionales y personales de no involucramiento con el mundo afectivo de los trabajadores; el énfasis en la productividad y no en la calidad de los procesos y recursos necesarios para su trabajo. La enfermera atenta a esta realidad y conocedora de sus derechos laborales, desarrollará actitudes proactivas no solo para adaptarse al sistema sino para transformar las condiciones que alteran su equilibrio y bienestar.

Igualmente, los testimonios manifiestan que se ve afectada la vida familiar, las relaciones interpersonales, guardando similitud con otros autores (11), quienes realizaron seguimiento de las manifestaciones de desgaste profesional ligado a factores organizativos; a los aspectos interrelacionados con esta implicación emocional, entra en juego el tiempo que experimentaron estas condiciones de trabajo así como los efectos de este estímulo de modo acumulativo por la edad del trabajador. Siendo cada vez mayor la tendencia en la legislación sobre Seguridad y Salud en el trabajo hacia el reconocimiento del riesgo y la necesidad de su prevención, interesa una actitud abierta y decidida para afrontar en el presente y a futuro el riesgo existente.

Los testimonios confirman la teoría existente respecto al riesgo laboral, en el sentido que, a mayor tiempo de exposición, mayor es el efecto del peligro sobre la salud y bienestar del trabajador; representa un importante aspecto a considerar en la gestión del riesgo, dado que en el ámbito hospitalario existen áreas de exposición más intensa que otras y debe ser considerado en las políticas de conducción de Recursos Humanos (30).

La condición humana de la enfermera desde la perspectiva de Heidegger, en el existenciario de *Estar en el mundo ahí junto a otros*, (42) experimenta cambios en el equilibrio u homeostasis, percibiendo los efectos de la fragilidad, vulnerabilidad ante los estresores del medio laboral y la pérdida de atributos que modifican su respuesta en la interacción con los compañeros de trabajo; el riesgo existe, percatarse de tal situación es la base del control y de la introducción de estrategias de cambio.

El riesgo emocional y sensación de estrés están vinculadas a los efectos de la modalidad de trabajo mediante turnos y la reorganización permanente de horarios para adaptarse y cumplir sus roles de madre, mujer y miembro de una sociedad, en la medida que limita a la enfermera para participar de períodos de descanso reales y suficientes (76-77).

Las claras señales de tensión emocional con sus indicativos de agotamiento, cambios emocionales y conductuales lleva a preguntar: ¿Qué formación continuada reciben las enfermeras de hospitalización? ¿Existen programas orientados a fortalecer sus competencias relacionales? ¿Cómo organizan las enfermeras su tiempo de trabajo y descanso? ¿Disfrutan el descanso vacacional? ¿Qué papel juega la gestión de Recursos Humanos ante este riesgo? Es el espacio para ser cercanos y solidarios entre los profesionales, superar el ámbito legislativo y empezar a generar redes de apoyo tan indispensables en un mundo globalizado donde se acepta empíricamente que el estrés es el mal del siglo (81).

En el ejercicio del cuidado hospitalario, es frecuente el incremento de responsabilidades y carga laboral, cuando existe ausentismo, la labor se recarga y el riesgo es mayor cuando tienen que desplazarse a otros servicios donde carecen de suficiente experticia, la tolerancia de los miembros del equipo puede variar y con ello

la percepción de peligro y exceso de estímulos puede dañar el equilibrio. Se conoce que el estrés laboral es responsable entre el 60-80% de los accidentes de trabajo.

Las lecciones construidas a partir de la percepción de las enfermeras se plasman en los siguientes relatos, en el primero adoptando una postura crítica:

(...) Nadie tiene la culpa de mi cansancio, necesito aprender a manejar el estrés que me produce el trabajo... ” (Flor de Lis).

*(...) “En parte uno se recupera con el sueño, pero el estrés es como si que se acumula; es un **trabajo necesario para los seres humanos pero la cuota de desgaste es alta**” (Alstroemeria).*

La valoración desfavorable de los riesgos laborales realizada por las enfermeras respecto a su bienestar emocional durante el ejercicio del cuidado desde nuestro punto de vista, origina nuevos interrogantes: ¿Qué valor se concede al ambiente organizativo en el sistema hospitalario? ¿La organización del trabajo en enfermería es congruente con una visión holística del ser enfermera? ¿Existe cuidado y respeto por el mundo emocional de la enfermera o mirada es solo como recurso? ¿Qué está haciendo la enfermera por su bienestar emocional?

Desde la visión de Luhmann N (62), frente a la inevitabilidad del riesgo, es muy necesaria la visión sistémica del problema, quienes cuidan forman parte de la red global del cuidado demandando socialmente, sus características evolutivas dinámicas y crecientes en complejidad, solo profundiza el impacto de sus exigencias en los subsistemas del cuidado de la salud. La elección de cómo enfrentar este riesgo es una parte de la corresponsabilidad de cuidar nuestra salud, que de modo alguno exonera a quienes conducen el sistema de acuerdo a ley.

Como resultado de la co existencia humana en sociedades diferenciadas, donde se rompe las pautas de conducta dadas por la tradición y se da paso inexorable al influjo de la globalización, se manifiestan en el ámbito del cuidado hospitalario nuevos riesgos, considerados emergentes, entre ellos:

d. Subcategoría: agresión en el proceso de cuidado

El proceso de cuidados se realiza de manera incondicional, continua y con el propósito de favorecer la recuperación de la persona cuidada con evidente compromiso del estado de salud; no obstante, las respuestas humanas del paciente ciudadano, pueden variar de modo impredecible y llegar a revestir desde el más férreo hermetismo hasta la agresión más violenta. La multidimensionalidad del cuidado comprende también la coexistencia de posibles y variadas reacciones del paciente o de sus familiares, riesgo configurado actualmente bajo la denominación de violencia en el lugar de trabajo (82).

Reacciones que se evidencian en las diferentes experiencias del quehacer cotidiano, expresadas en los relatos siguientes:

(...) “Tenemos pacientes que sufren desorientación y se deprimen al saber que tienen VIH. Intentan agredirnos a veces mordiendo u otras veces intentando golpearlos”. (Rosa Té)

(...) “También pasé momentos difíciles, un paciente me dio una patada tan fuerte en la espalda, me dolió y al día siguiente no podía caminar, tenía un desgarro muscular”. (Magnolia)

Esta percepción de las repuestas de los pacientes, existen además circunstancias que condicionan la violencia de los familiares contra el personal de salud, en particular cuando hay experiencia de pérdida de seres queridos, falta de

información o percepción de desinterés por su problema en la interacción con la enfermera u otros miembros del equipo de salud. El papel de las emociones se lleva a cabo en el marco de estímulo- respuesta en el contexto más inmediato de cuanto acontece en el paciente (81). Como todo ser humano, el paciente o su familiar puede acumular sentimientos basados en las experiencias que construye durante las interacciones en un determinado servicio; ellos poseen información limitada, vivencias temores y expectativas y tienen en su entorno un mundo social y laboral que les pide cuentas de su tiempo y actuar; la experiencia de tener un pariente enfermo es por sí misma una fuente de preocupación.

Cuando la enfermera se pone en lugar de la familia mediante la empatía y valora las expectativas y tensión de las personas con quienes interactúa, evita la movilización de respuestas que destruyen la serenidad, la confianza y la paciencia, que pueden llegar a manifestaciones de agresividad descontrolada y poner en peligro su integridad física. En este sentido, Waldow señala que solo es posible entender a la persona en el contexto de su entorno, la cuidadora empoderada en el conocimiento y experiencia del cuidado de las personas, hace posible el desarrollo de estrategias para controlar su propia conducta, asegurando el uso de los recursos a su alcance para el logro de los fines del cuidado (38). Al respecto Clavelina lo expresa con cierto grado de indignación ante los hechos vivenciados:

(...) “Un riesgo ahora es ser atacado por un paciente o su familiar, el paciente cuando se desorienta y la familia cuando no aceptan la muerte de un ser querido, culpan al hospital y agreden al personal que les informa sobre lo sucedido, porque ningún otro profesional permanece en el servicio”.
(Clavelina)

Más allá de los motivos que circunstancialmente provocasen las reacciones violentas, es preciso considerar que los cambios ocurridos en la intensificación del trabajo desde 1970, el empoderamiento del consumidor y la mayor disponibilidad de información influyó no solo en la preocupación por una mayor productividad de bienes y servicios, en el recorte de los derechos laborales sino en el comportamiento de los pacientes y familiares en el contexto de las organizaciones prestadoras de servicios de salud. Al asumir un comportamiento más demandante y protagonismo frente a sus derechos, intervienen en los procesos laborales, en ocasiones, no solo intentando cambiar las decisiones relacionadas con el tratamiento sino también en aspectos técnicos del cuidado en respuestas cargadas de agresividad verbal y aún física contra la enfermera, ella por su presencia continua en la unidad hospitalaria se encuentra expuesta a los efectos de la ira acumulada en circunstancias en que el paciente o la familia, ha vencido sus límites (80).

Una postura crítica considerando la valoración anticipada que realiza la enfermera cuando identifica tempranamente signos de hostilidad en la familia o en el propio paciente, es la realización oportuna de un juicio, tomar previsiones y gestionar con eficiencia el tiempo que requiere para actuar con dominio intuitivo, a fin de realizar los cambios que permitan canalizar la expresión de los sentimientos hostiles.

El conocimiento práctico obtenido en su experiencia de cuidado durante la trayectoria en el servicio, pone a salvo la integridad de la enfermera si utiliza su experticia pidiendo apoyo en caso necesario para responder con eficacia ante una situación inminente de ser agredida.

Frente a esta realidad es preciso acotar que un entorno laboral no existe naturalmente, es preciso crearlo. Compete la más alta responsabilidad al personal

directivo, aún cuando quienes conocen mejor los riesgos son los propios trabajadores, contar con la percepción de los mismos sobre los riesgos existentes, son aspectos críticos para encaminar los programas de seguridad (82,85).

Otro riesgo cada vez mayor en el ejercicio del cuidado profesional, se está manifestando en las entidades prestadoras de servicios de salud. Se trata de:

e. Subcategoría: implicación en demandas legales.

La condición de salud del paciente y sus propias interacciones en el sistema de vida familiar, social y expectativas, configuran diferentes expectativas para la persona cuidada. Aún con el mejor propósito, comunicación y empatía con el paciente, su autonomía, personalidad y contexto de vida, pueden mediar silenciosamente en las decisiones de interrumpir su existencia.

Desde una perspectiva sistémica, en el cuidado del paciente hospitalizado es impredecible la decisión del paciente de cometer un suicidio; es una experiencia de latente incertidumbre que genera tensión por ser problema potencial poco visible, a menudo encubierto y que cuando se percibe, requiere la pre existencia de políticas y estrategias en equipo para intervenir comprensivamente y persuadir con sutileza al paciente, que sin desearlo está incrementando la situación de riesgo para la enfermera.

El entorno es el contexto en el que las personas vivimos nuestras vidas, más no a manera de un telón de fondo pasivo; es completamente dinámico y no del todo permeable a la conciencia (51). La posibilidad de un suicidio planeado sutilmente por el paciente constituye uno de los riesgos invisibles que sin embargo ha cobrado vidas

y generado zozobra a más de una enfermera. Expresión que Rosa Té manifiesta con cierta zozobra:

(...) “No quiero ni pensar en desfilas a dar declaraciones porque un paciente en mi turno, se quitó la vida y ya hubo más de un intento” (Rosa Té).

Responder por la vida de las personas que se encuentran bajo nuestro cuidado, implica alta y permanente responsabilidad, sin embargo, desde la óptica de Beck, de vivir en una sociedad de riesgo, no es posible dejar de valorar que los principios de la vida en la cosmovisión de las personas han variado. El sentido de la libertad, a la hora de decidir sobre la propia vida no es el mismo de décadas anteriores; el hombre es cada vez menos capaz de soportar la expectativa de sufrir por los efectos de una enfermedad crónica o percibir un pronóstico que interrumpe el proyecto de vida, cuidar desde esta perspectiva es estar consciente de los cambios en el pensamiento humano respecto a la propia vida y salud.

Desde otro ángulo, en la naturaleza del riesgo asistencial, la posibilidad de caídas del paciente, es una realidad en todos los hospitales del mundo; en el sistema de atención de la salud, se dan las relaciones tecnología-control del riesgo; recursos humanos-control del riesgo; no obstante las consecuencias de una sola caída de paciente puede representar la pérdida de la vida, es entonces cuando la fragilidad del paciente ligada a su condición clínica, emerge con todo el realismo e impacto desfavorable tal como lo expresó Slovic (59), si la enfermera lo percibe como real, este riesgo es real y es comprensible el temor de las profesionales involucrados.

Al parecer los actos que ocurren en la interacción del proceso del cuidado repercuten a ambos, dependiendo de su vulnerabilidad ante el hecho:

(...) “Me ha tocado un domingo, mientras estaba canalizando una vía en salas generales, vi pasar un paciente que de pronto intentaba saltar por la ventana desde el tercer piso, casi muero del susto; corrí y pedí ayuda para evitar que se lanzara a pesar que sentía que el peso del paciente me ganaba. ¡Qué horror! Tiré la cubeta y solo pensé el paciente no puede hacerme esto, después van a decir que lo descuidé y estaba atendiendo a otro paciente y en la misma sala por suerte” (Tulipán).

(...) “Pacientes que son ingresados y reciben un diagnóstico desagradable, entran en hermetismo y presentan riesgo suicida, la amenaza es para su vida, pero como responsable de su cuidado debo ser muy acertada para identificar esta situación.” (Bella sombra).

Es así que se confirma, que la expectativa de sufrir diversos daños no solo alcanza al paciente sino también a la enfermera, como partes interrelacionadas de un mismo subsistema de cuidados dentro del sistema total de la salud; durante la práctica profesional no se está exenta de riesgos, por lo que es menester insistir en la necesidad de hacer realidad políticas públicas que aseguren las condiciones de trabajo para la ejecución del cuidado en condiciones seguras.

La posición de la enfermera dentro del equipo de cuidado, la ubica en una posición de alta responsabilidad por cuanto suceda al paciente. Contar con la Ley de Trabajo del enfermero, nos hace responsables de lo que diagnosticamos y de lo que omitimos; esto representa un reto según la OMS (29), quien ha estimado entre 2 a 6% la tasa de suicidio de pacientes producidos durante la hospitalización; la intervención preventiva requiere compromiso moral como expresión del cuidado holístico, respeto profundo por la vida y apoyo en la cultura organizativa, reconociendo y aceptando el riesgo, además de proveer las condiciones estructurales e impulsar los valores de la seguridad en el trabajo en equipo (85).

El influjo de la vida en un mundo tan cambiante ha generado cambios profundos en los estilos de vivir y en el afrontamiento que hacemos de cuanto acontece, en especial ante las dificultades propias de la existencia, donde también fácilmente perdemos el sentido de la vida. Existe rechazo al sufrimiento y aceptar nuestra finitud, este saber que *“somos seres para la vida, pero también somos seres para muerte”* (42), conduce a una angustia oculta cuando pensamos que hemos perdido la salud de modo irreversible.

Cuando se confía el cuidado a la enfermera, ella necesita expandir su consciencia y acercarse sutilmente al mundo subjetivo del ser cuidado tan impenetrable en ocasiones, intentando descubrir temores y preocupaciones; una vez más el saber experiencial es un aliado a la hora de intuir con la finalidad de ayudar oportunamente, sabiendo que el pensamiento y la intencionalidad suicida no solo corresponde a personas con desequilibrio en la salud mental.

La segunda categoría temática respecto a la percepción de los riesgos laborales consiste en:

2. Implicaciones de los riesgos laborales en la salud de la enfermera

La exposición a los riesgos laborales para la enfermera, en unidades hospitalarias es indelible del proceso de cuidado. Coherente con el estudio situado que representa conocer la percepción de los riesgos por parte de la enfermera, es imprescindible ubicar estas construcciones en el marco más profundo del cuidado, entendido desde la visión de Waldow (83), como un “fenómeno que se da en relación al ser consigo mismo y con los otros en el mundo”. Reviste una postura ética por la que antes de cuidar existe la preocupación por el bienestar del otro, sin olvidar que el

cuidado empieza por uno mismo, en medio de las contingencias previsibles y no previsibles.

A lo largo de la historia, estuvo presente este riesgo que adquiere en las últimas décadas mayor protagonismo y preocupación para los profesionales de la salud. Las enfermeras manifestaron una percepción desfavorable de las consecuencias de la exposición a los riesgos laborales, con pérdida de bienestar físico y emocional, representativo, es el siguiente relato:

(...) “Los riesgos laborales significaron para mí, accidente. Me puncé con un catéter contaminado. Busque ayuda médica, psicológica... por eso mi vida cambió, eso me permitió ir calmando mi angustia. Ahora me siento más segura en el uso de las medidas de protección, siento que valoro las situaciones riesgosas antes de empezar mi trabajo, ya no dejo que la cólera o la prisa me lleven a actuar de manera peligrosa, pido ayuda cuando siento dificultades” (Rosa Té).

Transparenta el impacto del accidente sufrido que la motivó a solicitar ayuda y junto a esta actitud revela la reflexión sobre lo acontecido y su trascendencia. Lograr sentirse más segura y adoptar comportamientos más sistematizados, menos emotivos, a modo de adoptar las prácticas seguras. Al respecto Slovic (59), confirma el sentido del testimonio descrito cuando asevera que una vez que ocurre el accidente pierde interés la percepción del riesgo, pues el foco de interés es abordar las lesiones ocurridas.

La enfermera Alstroemeria y el enfermero Tulipán hacen referencia a los efectos del trabajo nocturno que altera su bienestar; es una fuente para mejorar el ingreso económico pero sus efectos no compensan la reacción del organismo. Nuestro cuerpo habla y con el paso de los años las enfermeras perciben la necesidad de revalorar la opción tomada:

(...) *“Me afecta con los años el frío en las guardias nocturnas, siento que necesito estar en mi cama en las noches”* (Tulipán).

(...) *“No me siento igual que antes, cuenta el paso de los años, el cuidado de enfermería comprende carga mental, estar alerta, trabajo físico, interacción con diferentes personas, cambios de turno y trabajo nocturno con días de descanso alternados que a veces me hace perder la noción del tiempo”* (Alstroemeria).

Destacando que la vulnerabilidad física y psicosocial de la cuidadora es tangible al percibir las enfermeras que, con el transcurso de los años, la visión disminuye. Al inicio de nuestra relación contractual e incluso al elegir esta carrera, la enfermera conoce el fin, el contenido de la práctica, los ritmos de trabajo, el método, las condiciones laborales y las recompensas. Aceptarse vulnerable sin embargo no equivale a quedar paralizada (o), o querer retroceder en el tiempo, lo contrario dejaría vacías las entidades formadoras de enfermeras y es necesario visualizar el potencial de cambio que tiene el cuidado cuando se transparenta ante quienes toman decisiones impulsadas desde las bases de los trabajadores.

Una consecuencia dañina a la salud de la enfermera que, sin mostrar gran convergencia, es relevante, está dada por el uso simultáneo de productos químicos sobre la vía respiratoria, al ser inhalados durante los procesos de trabajo. Dificultades que limitan el proceso de cuidado, así como lo expresan las siguientes participantes:

(...) *“Estamos expuestos a todo, para la limpieza ponen soluciones que contienen sustancias químicas muy fuertes y sin querer inhalamos con daño a la vía respiratoria, me doy cuenta que empiezo a toser y siento escozor en la garganta; las condiciones en las que trabajamos no son buenas: se concentra el trabajo de alta demanda, un ambiente reducido, con deficientes condiciones de ventilación y comodidades mínimas”* (Flor de Retama).

(...) *“Uno de los riesgos que no he mencionado es el estar expuesto a los olores fuertes de las sustancias que usan para la limpieza de pisos y paredes,*

concretamente la lejía que utilizan me ocasionó reacción alérgica brusca, presenté edema de glotis, me han catalogado como asma ligada al trabajo; no hay muchas posibilidades de pasar a otro servicio, así que cuando limpian desaparezco hasta que el servicio esté bien ventilado” (Clavelina).

La simultaneidad de los procesos de limpieza inevitables para el cuidado seguro constituye un factor de riesgo seguro. El uso de mascarillas protege, pero la respuesta individual del trabajador es única. Resta hacer conciencia colectiva y hacer fuerza porque en el trabajo se está amparado por ley, el empleador está obligado a buscar mejores alternativas en el uso de productos menos nocivos a favor de un medio ambiente seguro y saludable (78).

Otro efecto perjudicial en la salud de la enfermera es relatado por Tulipán que contrajo una enfermedad infectocontagiosa:

(...) “Saber que me había contagiado fue lo peor, hasta entonces no temía a nada en el trabajo, siempre tomé las cosas con sentido de humor, pero la realidad me ha hecho cambiar. Me afectó mucho en mis sentimientos, vida de pareja, social, y en lo físico, fue un año de limitaciones, molestias gástricas, me sentí aislado y culpable por no haberme cuidado lo suficiente”. (Tulipán).

La severidad de la exposición se relaciona con la complejidad y capacidad resolutoria del centro asistencial; tratándose de un centro de referencia nacional, acuden innumerables pacientes y público en general, las enfermedades no siempre son visibles, por lo que no basta el uso del equipo de protección básico, es obligado en los lugares de alto riesgo el uso de sistemas de tratamiento del aire asimismo el estricto cumplimiento de un régimen de vida que mantenga el sistema personal de defensa muy alto.

Se impone la superación de actitudes pasivas, temores y sentimientos de culpa porque la preocupación no protege, cuando la percepción del efecto del peligro

es catastrófica y los beneficios de la protección son grandes, entonces la percepción del riesgo es inversa: a mayor percepción del riesgo menos confianza y con ello más disposición a la protección (59).

Las implicaciones de los riesgos percibidos en el aspecto emocional están evidenciadas por:

(...) “He sentido más el impacto en el estrés, sentí que me aburría, estaba cansado y como que perdía la paciencia, lo comenté con mis amigos (as) y decidimos divertirnos más a fin de mes en grupo, salir para relajarnos y reparar energías; me di cuenta que regresaba a trabajar con más alegría, con sentido de humor, pensé que sin esperanza y sin fe difícilmente podemos ayudar a los pacientes a quienes cuidamos”. (Cardo).

(...) “Personalmente me siento más afectada en la parte emocional, las exigencias diarias de manera constante en mis años de servicio, dejan huellas. No se ve la presión de trabajo cuando falta personal, no siempre te envían un reemplazo, notas la irritabilidad que te provoca y ves al paciente y reflexionas: “él no tiene la culpa”, piensas que algún día tú puedes estar en la cama de un hospital y te sacudes, aprendes a sobrellevar el cansancio, el dolor y la preocupación y sigues trabajando hasta completar tu turno”. (Flor de Lis)

Permanecen ausentes los atributos ideales en seguridad y salud en el trabajo, en la siguiente paradoja que promueve una reflexión más profunda y cuestionadora:

(...) “Me he gastado mucho pero también estoy feliz de haber trabajado con responsabilidad y cariño a mis pacientes” (Magnolia).

Me pregunto si resulta equiparable en esta percepción el desgaste experimentado con la cuota de satisfacción pasible de obtener, impresiona muy preocupante, como si se la satisfacción mitigara las consecuencias nocivas del desgaste laboral. Se sabe que son las mujeres quienes utilizan más seguido estrategias de afrontamiento frente a los estresores laborales (80). Es de esperar que,

en una profesión predominantemente femenina como enfermería, se afronte los efectos de la organización del trabajo, las relaciones entre compañeros y con el jefe, los efectos del trabajo por turnos, la sobrecarga e insatisfacción por la falta de armonía con la vida familiar y se mantenga la realidad de muchas enfermeras, la primacía del cuidado del otro sobre el cuidado de sí mismo.

La categoría analizada a partir de los testimonios manifiesta carencia de salud laboral; en su cotidiano existe desequilibrio entre su entorno físico, los recursos necesarios y las demandas de interacción en y para el cuidado. Incrementan el riesgo de implicación emocional y de estrés, la permanencia prolongada en el contexto del cuidado, en él existen momentos de mayor intensidad, afectando el sistema nervioso, aparato digestivo, sistema músculo esquelético y órganos de los sentidos, intensificándose el déficit, por la edad y el tiempo de servicios en la institución.

No se presentan enfermedades profesionales, ni accidentes de trabajo recientes, siendo las molestias percibidas, problemas sentidos por las enfermeras. En un intento de acercar a Luhmann al micro escenario donde se realiza el cuidado y se hace sentir sus efectos, se hace más visible la compleja trama de relaciones entre los elementos del sistema de atención de la salud, los procesos de trabajo: el cuidado y los productos obtenidos. En esta complejidad se mantiene o se pierde la salud por lo que es importante revalorar las variables de la cuidadora consideradas por Waldow y en ellas el papel de la formación continuada para forjar conducta promotora de la salud.

Críticamente se aprecia baja motivación y habilidad para hacer uso de los recursos personales, poco estímulo en la gestión, que permita a las enfermeras salir

de la pasividad y conformismo con la realidad laboral y aplicar estrategias que les asegure la calidad de vida a que tienen derecho.

Considero que se trata de ir más allá de la clásica línea de la prevención, se necesita motivar y ayudar a descubrir aquéllos factores organizacionales, laborales y personales, promotores del bienestar como expresión del orgullo producto de dar valor a lo que uno hace y por lo tanto rescatar el poder transformador del cuidado. Es esperanzador el siguiente testimonio:

(...) “Está en nuestras manos como trabajadores, evitar agotarnos en exceso, cuando uno se posterga puede estar acumulando un problema muy serio, si uno no es consciente de sus propias necesidades cómo va a cuidar bien del paciente”
(Margarita).

Armonizar el cuidado del otro con el cuidado de sí mismo, proviene de la visión de filósofos milenarios descritos (83), para quienes cuidar de sí mismo es aplicar el espíritu y cuidar a lo que se es, englobando mejoramiento de sí mismo y perfeccionamiento. Se hace necesario superar la perspectiva de cuidar solo la condición física predominante en el enfoque de los servicios de salud y direccionar nuevos esfuerzos al cuidado de la mente, disfrute del tiempo libre y el campo de los afectos.

Relevando este aspecto, cuidar la salud es conocerse mejor a sí mismo, sus potencialidades, necesidades y limitaciones; comprende también reflexionar sobre los propios valores, además de exhibir comportamientos de solidaridad y amor; aspecto muy afianzado (83), cuando expresa que el cuidado pasa a ser existencial, a ser sentido, practicado, vivido y proyectado, la persona dirige su mirada al ambiente donde se encuentra el otro y esto es, proximidad y a la vez encuentro de vulnerabilidades, convocando al cuidado, en el sentido de tener consciencia de

cuidado como deber de desarrollar el conocimiento del ámbito de cuidar de manera más crítica y sensible. En esta perspectiva existen nuevos caminos para cuidar con autenticidad sin descuidar la propia salud. Es arte, es ciencia y ética en el cuidar (85).

Una tercera y significativa categoría temática respecto a la percepción de los riesgos laborales es:

1. Urgencia de superar los limitantes por una cultura preventiva

Siendo la vida el bien máspreciado para el ser humano, su mantenimiento solo es posible gracias al cuidado y sin embargo persiste la paradoja, de que el trabajo de las enfermeras resulta poco valorado y continúa con escaso reconocimiento social (83). Del mismo modo, Cárdenas (81), confirma que la característica de invisibilidad de la profesión ha perjudicado mucho a la enfermera. Se llega a comprometer la “definición de sus objetivos, a esclarecer cuáles serán sus desafíos y al modo cómo se presentan ante la sociedad en general y al equipo de salud en particular” (83).

Entendido el cuidar como un acto de vida (41), para quien requiere profesionales del cuidado, el foco debiera ser no solo la relación contractual sino la celebración de la materialización de políticas laborales que aseguren la realización del cuidado en las mejores condiciones. Forma que permitiría que la enfermera sea acogida y su labor facilitada al disponer de los componentes de la vida organizativa en términos de infraestructura adecuada, tecnología básica, equipo humano suficiente y otros recursos que forman parte de las condiciones de trabajo para el desarrollo de su labor. En la práctica existe una brecha considerable entre el debe ser y el es del escenario cotidiano del cuidado.

En el presente estudio la percepción de Dalia emerge con las características del universo de trabajo y sus implicancias:

(...) “Es muy variable, casi siempre tenemos los mandiles y las mascarillas simples, los gorros para el cabello, etc. Por temporadas nos faltan los guantes descartables y esto me obliga a realizar varias actividades con los mismos guantes, también nos informan que el ingreso del material adquirido demora y que por favor esperemos. El paciente está frente a nosotras y ¡eso no espera! A veces voy al otro lado del piso y veo la manera de pedir prestado unos guantes; entre nosotras nos ayudamos, pero cuando la escasez es grande, todos esconden el material y nadie te presta”. (Dalia).

El sistema de dotación de material debe ser permanentemente evaluado en la institución para salvaguardar tanto la vida del paciente como de la enfermera.

a. Subcategoría: mobiliario obsoleto, equipamiento no acorde a las demandas del cuidado.

La vulnerabilidad del trabajador puede verse afectada por los aspectos físicos, ambientales, sociales, políticos y culturales existentes en la institución; cuanto más precarias sean las condiciones físicas, menos ágil será la organización y si unido a estos factores, es limitada la autonomía en el manejo de los recursos, más limitaciones experimentarán los trabajadores para conservar la salud laboral.

Desde la visión de Beck (49), el riesgo está ligado al poder político, solo al nivel directivo más alto, es posible direccionar las decisiones relacionadas con quien se cuida y cómo se le cuida en el trabajo. La ley existe, las políticas contemplan la vigilancia por parte del comité de seguridad y la auditoría de la forma como se evalúan los riesgos laborales, sin embargo, parecen persistir las contradicciones entre la declaración del contenido de la legislación existente, los planes internacionales y nacionales adoptados y las políticas puestas en acción, condición que eleva aún más

el riesgo laboral de las enfermeras, tal como se confirma en los testimonios descritos a continuación:

(...) “No hay espacio para colocar el mobiliario y si hubiera un sismo, pacientes y personal tropezarían con todo, no quiero imaginarlo. Se ha dejado que el hospital se quede atrasado en la adquisición de equipo, mobiliario y planta física, tal como el paciente lo necesita”. (Cardo)

(...) “Es necesaria la reposición y adquisición de equipos más modernos, ¿Por qué tenemos que sufrir tanto junto con los técnicos de enfermería? Necesitamos que se compre nuevos equipos de aspiración de secreciones, están reparados ya muchas veces y cuando hay más demanda, tenemos que desplazar de un sitio a otro entre cables y extensiones múltiples, esto no solo es más gasto de tiempo sino peligro de enredarnos y caer aparatosamente, en vez de cuidar al paciente van a tener que cuidar de nosotras”. (Clavelina).

Se revela el comportamiento del universo del sistema de servicios, la incongruencia entre la demanda y los medios para su satisfacción; las incongruencias se dan también en el personal:

(...) “El personal con el que trabajo es diverso, unos conocen las normas y las cumplen, otros conocen las normas, pero no siempre las aplican y según ese comportamiento te ayudan o hacen más riesgosas las tareas” (Dalia).

De esta manera se aprecia que se ha institucionalizado el desabastecimiento de materiales, hay escasez de mobiliario y falta de renovación de equipos; no puede ocultarse que las enfermeras trabajen sin las comodidades básicas: sillas, iluminación adecuada, entre otros.

Se revela también en la percepción de las enfermeras, ausencia de valoración de la cuidadora y de la misión que realiza: no hay cuidado del cuidador enfermero (a), por lo que la afirmación de ser el activo más valioso de la organización permanece en el discurso. Preocupa que habiendo incorporado EsSalud la

humanización como lineamiento de política y que contemple dentro de ella, la salud laboral, las condiciones de trabajo no van en concordancia, es urgente equilibrar la balanza entre la demanda de cuidado y los recursos existentes para efectivizarlo.

Los riesgos identificados por las enfermeras, el estado de los equipos y las consecuencias percibidas en la salud aún sin ser enfermedades profesionales, muestran indicativos de ausencia de salud laboral y la tendencia puede ser más seria si la población asegurada sigue incrementándose y no se invierte en los recursos encontrados deficitarios. La tríada mantenimiento deficiente- premura del paciente- alta dependencia, incrementan no solo la accidentabilidad laboral sino la desmotivación e identidad corporativa.

Implica para la institución, repensar su filosofía sobre el potencial humano que acoge, las metas deseables según su misión, las líneas jerarquizadas de acción, las políticas, el estilo de liderazgo y las estrategias de empoderamiento para los responsables del cambio necesario (5).

Cuanto más precarias son las condiciones físicas, menos ágil es la organización del trabajo, se tiene menor autonomía en el manejo de los recursos y son grandes las dificultades para gestionar el riesgo, en tales condiciones es poco viable la adecuada relación riesgo confianza (49). En el Perú existen contradicciones entre la declaración de la legislación existente, los planes internacionales y nacionales adoptados y las políticas en acción, elevando aún más el riesgo laboral.

Un aspecto medular en el análisis, es la necesidad de buscar espacios de autonomía que el sistema hospitalario obstaculiza por la complejidad de sus procesos, sin ella es difícil poder controlar el ejercicio de sus funciones y por lo tanto

obtener los recursos necesarios. Esta escasa autonomía técnica y administrativa, a pesar de ser necesaria para el paciente no se ve favorecida por la cultura organizacional del sistema de salud (84).

Fernández (84), refiere que se trabaja más en interdependencia, constituyendo una oportunidad que el 60% de enfermeras labore en el sistema hospitalario para el fortalecimiento de las capacidades existentes, en especial la promoción de buenas prácticas organizativas: compartir esfuerzos para la creación de un ambiente laboral saludable inspirado en el respeto al trabajador y en cumplimiento de la ley; clarificar y hacer cumplir el rol de la oficina de recursos humanos y Departamento de logística, contribuyendo al cierre de la brecha de personal y evitar la sobrecarga, como forma concreta de eliminar las inequidades existentes, dar funcionalidad al control de riesgos existentes y fortalecer el liderazgo centrado en las personas a fin que ejerzan un mejor control sobre sí mismas, su ambiente, asumiendo mayor identidad en el equipo de cuidado.

b. Subcategoría: cuidado del cuidador

El profesional de enfermería tiene gran responsabilidad al liderar trabajando para un objetivo institucional común, por su misión de cuidar visualiza claramente la problemática de los servicios, mostrando competencia técnica y humana. En este campo juega un rol preponderante en la construcción colectiva del cuidado al articular ampliamente sus actividades con las acciones propias del equipo de salud, en frases de Stein (85). Los testimonios siguientes hablan por sí mismos:

(...) “Falta una visión más realista y humana, de que no podemos seguir trabajando así, que el mobiliario y el equipo se desgasta y tiene que ser renovado, igualmente el número de personal es insuficiente, son pacientes

muy dependientes y no se puede permitir el pase de todos los familiares, el equipamiento no va de la mano con las necesidades de cuidado de estos pacientes, nos estiramos como el ¡chicle!, pero podemos quebrar nuestra salud”. (Bella Sombra).

(...) “¿Por qué tenemos que sufrir tanto las enfermeras y los técnicos, con camillas que no ruedan y levantando peso sin ningún equipo de ayuda? (Clavelina).

(...) “Les he contado mi experiencia para que aprendan, sabiendo que uno ni siquiera piensa que le puede suceder, no vemos el riesgo de un germen que está al acecho de manera casi pasiva y que en el momento menos pensado puede hacer la diferencia entre ser un trabajador sano y estar contaminado” (Tulipán).

(...) “Los riesgos laborales significaron para mí, accidente, me puncé con un catéter contaminado. Busqué ayuda médica, psicológica... por eso mi vida cambió, eso me permitió ir calmando mi angustia. Ahora me siento más segura en el uso de las medidas de protección, siento que valoro las situaciones riesgosas antes de empezar mi trabajo, ya no dejo que la cólera o la prisa me lleven a actuar de manera peligrosa, pido ayuda cuando siento dificultades” (Rosa Té).

Se constata en estos relatos, que los roles que ejercen las enfermeras producen desgaste, estrés, frustración y síndromes con compromiso psíquico y físico, que se producen de manera simultánea, dando a entender que es necesario y urgente evaluar los lugares de trabajo para mejorar los procesos, la infraestructura y la relación o ratio paciente por enfermera, compatible con la naturaleza de la demanda de cuidado (81).

Es visible que se ha desatendido a la enfermera quien realiza el cuidado, dejando de lado sus derechos como ciudadana y parte de un entorno socio familiar, tan importante como el campo laboral. Las enfermeras son conscientes del

significado profundo e integral que conlleva el afrontamiento de los riesgos laborales. Lavell, en Dos Santos I (86), destaca la interrelación entre los elementos que intervienen en la vulnerabilidad de la persona y que las enfermeras dejan entrever se encuentran aplicando estrategias para cuidar de sí mismas: la exposición, la susceptibilidad, cuando mencionan que procuran llevar estilos de vida saludables o cuando expresan que tratan de descansar para disminuir la condición de fragilidad interna para afrontar la amenaza. En sus relatos emerge la resiliencia o capacidad para resistir o adaptarse de manera oportuna y eficaz con medidas a su alcance.

c. Subcategoría: valor real del cuidado y de quien cuida

La eficiencia y eficacia de los servicios de salud, dependen de la satisfacción, bienestar y calidad de vida de los trabajadores, por ello las autoridades de las instituciones prestadoras de servicios, deben propiciar la inversión en recursos humanos y mantener las condiciones laborales óptimas para su desempeño. Particularmente la calidad del cuidado brindada a la persona usuaria del sistema de servicios de salud, depende de la medida en que es valorado el cuidado y quien cuida. A continuación, Alstroemeria relata inconscientemente consciente una evaluación de los años de servicio llegando a una consciencia que ni ella misma se da cuenta de la magnitud que pudiera haberse evitado, veamos:

(...) “No me siento igual que antes, cuenta el paso de los años. El cuidado de enfermería comprende carga mental, estar alerta, trabajo físico, interacción con diferentes personas, cambios de turno y trabajo nocturno con días de descanso alternado que a veces me hacen perder la noción del tiempo”
(Alstroemeria).

La enfermera es un instrumento fundamental, para que el cuidado ocurra es necesario la consciencia de cuidado, que a la vez engloba discernimiento, intuición,

pensamiento crítico, decisión y sensibilidad. Quien cuida necesita tener salud, concentración, preocupación por quien cuida, por eso pasa a ser la esencia de su quehacer (38).

Desde la visión del micro escenario de las unidades hospitalarias como parte del gran sistema de salud, es necesaria una postura reflexiva. La minusvaloración del cuidado en favor de la tecnología y medicalización de la salud, puede acarrear graves consecuencias entendibles como deshumanización del sistema prestador de servicios de salud; la enfermera como valioso capital humano necesita conservar y desarrollar el verdadero sentido de su profesión; descuidar las condiciones en que trabaja y tensar aún más la cuerda de sus esfuerzos es quebrar su vitalidad, es confundirla en su identidad. Urge de este modo girar la mirada y superar los condicionantes históricos sociales producto del capitalismo neoliberal, la crisis económica crónica para la salud y las restricciones presupuestarias para la mejora de aspectos estructurales y operativos que inciden en la salud laboral de las enfermeras (83).

La realidad analizada genera la necesidad de mayores reflexiones y desafíos para enfrentar día a día; por ello la responsabilidad recae no sólo para las autoridades hospitalarias sino para las propias enfermeras en la búsqueda de la construcción del arte de cuidar y cuidar de sí mismo.

Preocupa sin embargo frente a la envergadura del problema para la salud laboral de las enfermeras, la impresión de estar sobreviviendo, casi mimetizadas y naturalizando los obstáculos, el evidente deterioro de la calidad de vida en la mayoría de las enfermeras, motiva a preguntar ¿Por qué no expresar su voz al interior de los espacios intra y extra profesionales? ¿Cómo desarrollar la capacidad dialógica y crítica entre los pares de enfermería? ¿Cómo están los canales para escuchar esta

realidad y canalizar propuestas a diferentes niveles? ¿Se ha pensado como impacta esta realidad la experiencia formativa de las futuras enfermeras? ¿Tenemos una postura crítica y constructiva?

Preguntas que relevan la necesidad vital de evaluar nuestra postura frente a los derechos que tenemos como ciudadanas, el cuidado como esencia de nuestra profesión tiene un valor intrínseco, nuestra vida tiene que ser valorada como el bien máspreciado para nosotras mismas y para el sistema, solo necesitamos unir pensamientos y voces y trabajar por la implementación de la Ley, la evaluación y control de los riesgos laborales.

De nuestra postura dependerá también el activar líneas de acción transformadora en el campo de la formación de las futuras enfermeras y en la gestión de enfermería, rutas que enaltecen la misión del cuidar y catalizan nuestros esfuerzos por un cuidado de calidad. Desde la experiencia de vivir en una sociedad en permanente riesgo (49), al cual las enfermeras no hemos accedido voluntariamente, sino que existen por la naturaleza del cuidado de modo omnipresente, somos conscientes que la canalización de soluciones para los limitantes en el cuidado del cuidador y la aparente desvalorización del cuidado y de quien cuida, solo existe el camino del abordaje sistémico. El orden social dado por la estructura y las acciones que realizan las enfermeras para protegerse de los riesgos a que están expuestas durante el proceso de cuidados es un hilo común en la vida de muchos trabajadores del Sector Salud, por lo que desde la perspectiva Luhmaniana debe ser enfocado en todos los niveles de la organización y en cada subsistema relacionado.

En el modo de acción del cotidiano de las prácticas que comprende la exposición a los riesgos laborales la percepción del riesgo en el proceso de cuidado

que realiza la enfermera a la persona adulta, se manifiesta a la luz de la teoría de Slovic, como una situación real y que como tal es asumida.

CAPÍTULO V
CONSIDERACIONES FINALES

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES

La aproximación conceptual sobre la percepción de los riesgos laborales en el proceso de cuidado de la enfermera a la persona adulta, se enmarca dentro del micro escenario de un servicio clínico. En este, la enfermera realiza el cuidado teniendo en mente que es un modo de ser con y para la persona cuidada, con la finalidad de promover la recuperación y el logro de la mayor calidad de vida posible, siendo la familia un aliado y el equipo de salud, los compañeros de camino.

El proceso de cuidado en el contexto hospitalario se revela multifuncional, se ha intensificado en el tiempo, por el incremento de la población asegurada y los cambios ocurridos en la sociedad y en el sistema de salud. Principalmente por los efectos de la globalización, la flexibilización laboral y la transición epidemiológica propia de cambios en los estilos de vida de la población.

La percepción de los riesgos laborales por la enfermera, se manifiesta en toda su amplitud. El riesgo es constante, opera a modo de amenaza que se incrementa por la permanencia prolongada y la inseparabilidad de las dimensiones del cuidado instrumental y expresivo o sensible. El paciente es fuente de contaminación por su condición de salud.

Entre las categorías relevantes, se manifiestan con claridad meridiana dos grupos de riesgos: aquéllos más conocidos y frecuentes, dados por el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y sufrir punciones accidentales; seguidas de los riesgos por sobrecarga, posturas y movimientos repetitivos con evidentes molestias en la columna vertebral, seguidos de los riesgos emocionales y estrés ubicados como riesgos psicosociales.

Entre los riesgos emergentes, se percibe el riesgo de ser agredido por el propio paciente o la familia, quienes pueden haber sobrepasado los límites de la tolerancia al sufrimiento, ver amenazada su integridad o por malentendido, resultado que constituye un elemento novedoso en el estudio de los riesgos laborales, donde además se transparenta los cambios ocurridos en el comportamiento del paciente ciudadano después del inicio de la globalización. Un segundo riesgo emergente, consiste en verse implicado en demandas legales principalmente por caídas de paciente con consecuencias funestas o la decisión silenciosa de cometer un suicidio por parte del paciente.

Frente a los riesgos laborales percibidos, las enfermeras realizan dos tipos de estrategias: la aplicación de las precauciones estándar, correspondientes a las normas existentes, revelan que los accidentes ocurridos deben ser tomados como oportunidades de aprendizaje. Un segundo grupo de medidas consiste en la práctica de estilos de vida destinados a fortalecer la alimentación, el descanso y la recreación, constituyendo medidas promovidas por la familia del trabajador y la etapa de formación que deja huellas favorables para el ejercicio profesional.

Son evidentes las implicancias de los riesgos laborales desfavorables para la salud de la enfermera. En la esfera física principalmente constituida por accidentes, manifestaciones de desgaste profesional, compromiso emocional y deterioro de la calidad de vida. Estas consecuencias se vinculan a la naturaleza del cuidado continuo, la organización del trabajo, la escasez de personal, el déficit de apoyo logístico y tecnológico, que comprometen la salud de la enfermera, haciéndole perder inclusive, la alegría de vivir.

La percepción de las enfermeras sobre los riesgos laborales en el proceso de cuidado y sus implicancias, culmina en la identificación de la urgencia de superar los limitantes por una cultura preventiva. En ella se precisan la existencia de mobiliario y equipo obsoleto, la ausencia del cuidado del cuidador y el escaso valor que se concede al cuidado y a quien cuida, aportaciones trascendentales desde la perspectiva de la tendencia internacional de los organismos responsables de la salud laboral del trabajador, bajo la denominación de humanización del ambiente de trabajo.

Las condiciones de trabajo muy desfavorables para la enfermera, contrastan con las declaraciones de formar parte de los derechos amparados por ley y poseer, por tanto, carácter exigible. Se infiere que, sin un compromiso real para insertar en los planes institucionales, estrategias que viabilicen las políticas de seguridad y salud en el trabajo, no es posible mejorar la salud laboral ni las condiciones para realizar el cuidado, decisión equivalente a permanecer en una postura reduccionista y no humanizada respecto al trabajo.

Considero además de haber alcanzado los objetivos del estudio, que se manifiesta plenamente la necesidad indispensable de materializar una revisión crítica de la postura por parte de las enfermeras. Es imprescindible superar la actitud de estar sobreviviendo en medio de un sistema que no contempla las necesidades básicas para brindar el cuidado en su naturaleza multidimensional y esencialmente relacional. Se impone la socialización de la situación existente, fortalecer la autonomía y desarrollar mayores estrategias de interdependencia para promover conductas saludables y mejores condiciones de trabajo.

Las implicancias para la institución, se orientan a asumir plena y responsablemente el cuidado de la cuidadora (or) enfermera (o), ellas (os), son el

60% de la fuerza de trabajo que labora en ámbito hospitalario y su derecho a la vida así lo exige. Continuar sin una atención sistémica a esta situación equivale a perpetuar la inequidad de género por ser una profesión con contingente altamente femenino. Contraviene además el derecho que otorga la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y evidencia una falta de reconocimiento a quienes, a través de la historia, han mostrado compromiso desinteresado con las necesidades del paciente, más allá de todo horario; es impedir que se realice el cuidado de la vida humana en óptimas condiciones.

Pone a su vez como telón de fondo la preocupación por los procesos de formación, en la medida que no refleja en las enfermeras, poseer la suficiente competencia relacional para enfrentar situaciones que consumen energía vital en la interacción con el paciente, la familia, el público y en ellos el contacto con el dolor, el sufrimiento y la muerte inevitable del ser cuidado. Siendo enfermería una profesión de alto riesgo de desgaste o burn out, requiere mediante procesos de formación continuada, el apoyo periódico que le permita usar mejor sus recursos, y el sí mismo, a fin de conservar el equilibrio indispensable para la salud general y por ende la salud laboral.

Desde la perspectiva de la gestión institucional, la misma que privilegia entre sus lineamientos la humanización; la situación percibida y el desabastecimiento casi permanente de insumos y materiales para brindar cuidado seguro acorde a la dignidad humana, amerita una profunda y seria revisión del papel que le compete en la generación del cambio necesario y urgente por la salud laboral de quienes cuidan.

También es importante consignar a modo de reflexión que siendo la salud laboral una responsabilidad compartida entre empleadores y el personal, es menester

un mayor compromiso de la gestión y de los líderes involucrados para generar y llevar a la práctica planes y programas específicos que viabilicen las principales líneas de acción a implementar en el mediano plazo: abastecimiento regular de insumos de protección, estudios sobre productos para limpieza menos nocivos para la vía respiratoria, plan de adquisición de sillas, grúas y camillas de altura graduable que aseguren el manejo ergonómico libre de riesgo en las actividades de mayor frecuencia en el cuidado. Asimismo, es indispensable actualizar y sincerar el Plan anual de dotación de enfermeras y técnicos de enfermería, concordante con el grado de dependencia riesgo y la calidad del cuidado que amerita el paciente hospitalizado.

Desde el plano personal, la ejecución del estudio ha permitido un reencuentro mayor y una nueva oportunidad de elucidar el mundo del cuidado con sus satisfacciones y disonancias, reconociendo que es posible un mayor compromiso en términos de aportar ideas, experiencia, motivación y participación en espacios de diálogo y comisiones para viabilizar la solución de las dificultades percibidas que incrementan el riesgo laboral y reducen su capacidad de aporte a la salud de las personas y a la institución, desde el cotidiano del proceso de cuidados de enfermería.

De este modo entre satisfacciones y avatares, los riesgos laborales percibidos, tienen carácter de amenaza permanente, son conocidos por la enfermera en virtud de su formación y experiencia. Su abordaje requiere una actitud constructiva y responsabilidades compartidas ente las autoridades y los trabajadores.

Referencias Bibliográficas:

1. Organización Internacional del trabajo. Factores ambientales en el lugar de trabajo. [En línea]. Ginebra: OIT; 2001. [Citado el 20 ab 2015]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp_112584 pdf.
2. Castrillón MC. La dimensión Social de la Práctica de Enfermería. Madrid: Editorial Académica Española; 2012.
3. Núñez MB. Riesgos ocupacionales existentes en el trabajo de las enfermeras que se desempeñan en la Red básica de atención de la Salud en el Municipio de Volta Redonda. [Tesis doctoral]. Rio de Janeiro-Brasil: Universidad de San Paulo; 2009. [Citada el 25 agos 2015]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/Marcia> Batista GilNunes.pdf.
4. Spinelli M, Trotta A, Guevel C, Santoro, García S, Negrín G et al. La Salud de los Trabajadores de Salud, 2010-2012. [Informe de investigación en línea]. Buenos Aires: OPS/OMS; 2013. [Citada el 10 jul. 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/imges/gallery/pub69pdf>.
5. Alvarado A. Administración y mejora continua en enfermería. México: Mc Graw Hill; 2012.
6. Ministerio de Salud. Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007-2015. [En línea]. Lima: Dirección General de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 15; 2013. [Citada el 15 may 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/I-15.%20segunda%20Medición>.
7. Pereira M y Gasparina RC. Cansancio emocional en enfermeros de un hospital público. Informe de investigación doctoral. Universidad de Campinas. Sao Paulo-Brasil: Universidad de Campinas; 2013.
8. Castejón E. Evaluación de riesgos. En: Benavides FG, Ruiz-Freitos, García A. Salud Laboral: conceptos y técnicas de Prevención de riesgos laborales. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.

9. Paluci ML, Cardoso HE, Cenzi CM, Rossi FL, Mendes ME. Consecuencias de la exposición ocupacional a material biológico entre trabajadores de un hospital universitario. Sao Paulo. Esc Anna Nery [Revista en línea]. Jan-mar 2014 [Citado el 12 feb. 2015]; 18 (1):11-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-81452014>.
10. Mondelo P, Gregori E, Barrau P, Ergonomía 1: Fundamentos. Universidad Politécnica de Catalunya-UPC. Barcelona: Mutua Universal/ediciones UPC; 1994. Disponible en: <http://www.inpahu.edu.co/biblioteca/imagenes/libros/Ergonomia1.pdf>.
11. Bermejo JC. Salir de la Noche. Barcelona: Ed. Salterrae; 1999.
12. Santos N, Mauro MY. Análisis de los factores de riesgo ocupacionales del trabajo de enfermería, desde la óptica de las enfermeras. Rio de Janeiro. Rev bras. Saúde ocup [En línea]. 2009 s/m. Universidad de Río de Janeiro; 2009. [Citado el 8 feb. 2015]; 35(121): 157-167. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbsolv35n121/17.pdf>.
13. Rodríguez I, Martínez M, López A, El riesgo percibido y la gestión de la seguridad. Rev. Universidad Industrial de Santander. Salud. [En línea]. Ene-Abr. 2015 [Citado el 23 mar. 2015]; 47(1): 134-143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=343839277004>.
14. Flin RH. Sitting in the hot seat. En: Leader and Teams for Critical Incident Management. Cap.1. Chichester: J.Wiley & Sons; 1996: 250-257. [Citado el 8 jun. 2015]. Disponible en: <http://www.massey.ac.n3/trauma/books/flinhtml>.
15. Organización Panamericana de la Salud/OMS. La Política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud. Resultados de la Primera medición de metas regionales de Recursos Humanos 2007-2015 en la Región andina. [Citado 20 de Ago. 2015]. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org>.
16. Hernández M y Lazcano E. Salud Pública. Teoría y Práctica. Instituto Nacional de Salud Pública. México DF: El Manual moderno; 2013.

17. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, sep/dic 2010); 6(3): 275-293. [Citado el 23 mar. 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.art/scielo.php>.
18. Marsiglia RM. Trabajar en salud. Experiencias cotidianas y desafíos para la gestión del trabajo y el empleo. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
19. Merhy EE. Salud: Cartografía del Trabajo Vivo. Buenos Aires: Lugar; 2006.
20. Organización Mundial de la Salud. Salud Ocupacional. [Citado 15 de Jul 2015]. Disponible en: <http://www.hho.int/occupational health>.
21. López MJ. Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de Enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la Gestión de Recursos Humanos. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2009. [Citado 20 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/107821>.
22. Ribeiro M y Pereira SN. Repercusiones de los accidentes con punzocortantes para la enfermera: una construcción a partir de grupos focales. En: *Esc Anna Nery Rev Enferm* [En línea]. 2009 jul.-set; [Citado 20 dic 2014]; 13(3): 523-29.
23. Casas M. Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de Salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
24. De Souza C, Lima JL., Antúnez E et al. Riesgos ergonómicos por lesión, por esfuerzo repetitivo del Hospital de la Universidad Federal. *Enferm, Glob. Brasil* 2011; 10(23). [Citado 4 de Mar de 2014]. Disponible en: <http://Iscielo.isciii.es/scielo.php/pid=51695>.
25. Carrión MA, López F, Alpuente L. Estudio cualitativo sobre Factores psicosociales de riesgo en profesionales de enfermería. *Catalunya: Waxapa* 3; 2010. [Citado el 21 may 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.org.mx>.
26. Brú M. Evaluación del riesgo biológico en el puesto de Enfermería de la Unidad de Cirugía torácica. [Tesis de Maestría]. Valencia- España. Hospital Clínico de

- Valencia; 2011. [Citado 12 de May de 2014]. Disponible en: <http://riunet.upv.es/handle/10251/15522>.
27. Delclós G, Piedra N, Wesseling Y, Rodrigo F, Felknor S, Pinilla J et al. Encuesta Centroamericana sobre condiciones de trabajo y salud. Estudio cualitativo con grupos focales. Portugal-España: Organización Iberoamericana de Seguridad Social; 2012. [Citada el 20 ene 2015]. Disponible en: <http://www.oiss.org/estrategia>.
 28. Campos K., Cubas C., Mendoza J. Percepción de las enfermeras entorno a los estresores laborales en Centro Quirúrgico del Hospital Agustín Arbulú Neyra. En: Ponencia presentada en la VI Jornada de Investigación en Ciencias de Enfermería. Ferreñafe: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2012.
 29. Organización Panamericana de la Salud/OPS. La Salud de los Trabajadores de la Salud 2010-2012. Buenos aires: Centro de Gestión del conocimiento de la OPS/OMS Argentina; 2010. Disponible en: <http://www.iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789>.
 30. Organización Mundial de la Salud. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OPS; 2010. [Citado 15 de ab 2015]. Disponible en: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle>.
 31. Instituto Nacional de Salud. Buenas Prácticas en Calidad de Vida y Salud del Trabajador de Salud. En VII Congreso Científico Internacional del INS. Lima: INS; 2014.
 32. Organización Internacional del Trabajo. Década del Trabajo decente en las Américas 2006-2015. Primer Balance y Perspectivas de la Agenda hemisférica. Décimo Séptima Reunión Regional Americana. Santiago de Chile: diciembre 2010. [Citado 4 de May de 2015]. Disponible en: <http://www.ilo.org/publns>.
 33. Ley General de Salud. Ley N° 26482. Diario Oficial El Peruano, Año XV-N°6232 (20 jul. 1997).
 34. Reglamento de la Ley General de Salud. Decreto Supremo N° 016-2002-SA. Congreso de la República, Normas Legales s/n (22 dic. 2001).

35. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ley 29783. Diario Oficial El Peruano Año XXVIII-N° 11507 (20 agos. 2011).
36. Rodgers G. El Trabajo decente como una meta para la economía global. OIT/Boletín CINTERFOR N° 153. Montevideo: CINTERFOR; 2002.
37. Ley General de Inspección del trabajo. Ley N° 28806. Diario Oficial El Peruano N° 9535 (22 jul. 2006).
38. Waldow VR. Cuidado humano: el rescate necesario. Petrópolis: Vozes; 1998,
39. Benavent MA, Ferrer E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Barcelona: Ed Lexus; 2012.
40. Kerouác S, Pepin, Ducharme, Duquette y Major. Pensamiento enfermero. Barcelona: Mason; 2012.
41. Colliére MF. Promover la vida. Madrid: Mc Graw Hill; 1993.
42. Heidegger. El ser y el tiempo. Buenos aires: Fondo de cultura económica; 1962.
43. Watson J. The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. En: Nursing Science Quaterly; 1977.
44. Torralba F, Roselló. Antropología del cuidar. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 1996.
45. Ley de trabajo del enfermero peruano. Ley N° 27669. Diario Oficial El Peruano- N° 7909 (16 feb. 2002).
46. Reglamento de la Ley del trabajo de la enfermera (o). Decreto Supremo N° 004-2002-SA. Diario Oficial El Peruano s/n (22 jun. 2002).
47. Ávila, Aguilar y Molano. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido. La visión biológica. México. [Citado 11 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>
48. Ministerio de Salud. La fragilidad, diagnóstico y manejo. [Citado 05 de Ene de 2009]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludprimero/>
49. Beck U. La Sociedad del Riesgo. Buenos Aires: hacia una nueva modernidad: Paidós: 1998.

50. Cardona. La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Bogotá: Universidad de los Andes; 2010.
51. Creus A. Técnicas para la Prevención de Riesgos Laborales. Barcelona: Técnicas Mancorbo, 2013.
52. Vera A, Varela L. Macía F. El estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una mirada de los Paradigmas del Riesgo. Cienc Trab. Chile; abril 2010; 12(35): 243-250. [Citado 30 de Mar 2014]. Disponible en: <http://www.research.gate.net/44204605>.
53. Organización Internacional del Trabajo, aportes para una cultura de prevención. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, empleo y Seguridad social; 2014.
54. EsSalud. Memoria institucional. 72 Aniversario de Fundación. Lima. Oficina de Relaciones Institucionales; 2014
55. Almaguer CD. El riesgo: una reflexión filosófica. [Citado el 10 may 2013]. Disponible en <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2009/cdar/los%20estudios/percepcion/riesgo/enfoquepsicometrico.htm>.
56. Forgas R. Percepción. México D.F.: Trillas; 1982.
57. Armengou L, López Fernández E. Percepción del riesgo, actitudes y conducta segura de los agentes implicados en los accidentes laborales. Revista electrónica Gestión Práctica de Riesgos laborales; jun. 2006 [Citado el 12 Mar 2015]; 28:42-47. Disponible en: <http://pdfs.eke.es/8/4/9/2/pd0000018492.pdf>.
58. Puyal E. La conducta humana frente a los riesgos laborales. Determinantes individuales y grupales. Zaragoza: Acciones e Investigaciones sociales; 2001.
59. Slovic P. Percepción del riesgo. Earthscan, London: Earthscan, 2000.
60. Morillejo E, Pozo M. La percepción del riesgo en los accidentes laborales. En: Conferencia por representante de la Universidad de Murcia durante el Curso Internacional sobre Gestión de Riesgos. Hospital Nacional Almenara-EsSalud, Lima; 2000.

61. Kaipl E y Aramburu L. Luhmann o Beck? Acerca del riesgo en la Sociedad Mundial. X Jornada de Sociología Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. [Citado el 3 ago. 2015] 2013. Disponible en <http://www.academica.org/000-038/328>.
62. Luhmann N. Sociología del riesgo. Berlín: Triana, 1998.
63. Alvarez JL y Gugerson G. Cómo hacer Investigación cualitativa. Buenos Aires Paidós educador; 2003.
64. Ruiz JI. Metodología de la Investigación cualitativa. 2ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
65. Organización Panamericana de la Salud: Do Pardo L, De Souza M, Monticelli M, Cometto C y Gómez F. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y Didáctica. Washington D.C.: OPS; 2013.
66. Organización Panamericana de la Salud: Do Pardo ML, De Souza y Carraro T. Investigación cualitativa en Enfermería. Concepto y Bases Conceptuales. Washington D.C.: OPS; 2009.
67. Martínez M. La Investigación cualitativa en educación. México: Ed Trillas; 1998.
68. Vásquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS et al. Introducción a las técnicas cualitativas de Investigación aplicadas en salud. Cali: Universidad del Valle; 2011.
69. Firth A. Etnometodología. Discurso y Sociedad. Universidad de New Castle [En línea]. Dic. 2010; 4(3). [Consultado el 8 jun. 2015]. Disponible en: <http://www.dissoc.org>.
70. Minayo MC. Artesanía de la Investigación cualitativa. Buenos Aires: Ligar editorial; 2009.
71. Bautista NP. Proceso de la Investigación cualitativa. Bogotá: Manual moderno; 2011.
72. Benner P. De Principiante a experto. Merlo Park, CA: Addison- Wesley; 1984.
73. Pangrazzi P. Girasoles junto a sauces. Barcelona: editorial Salterrae; 1999.

74. FORO SALUD. Incidencia política en la Reforma de la Salud. Lima: MINSA; 2014.
75. Colegio de Enfermeros del Perú. Proyecciones del Censo Nacional. Lima: CEP; 2014.
76. Murofuse N, Abranches S, Napoleao A. Reflexiones sobre el estrés y el Burnout y sus relaciones en enfermería. Rev. Lat. De Enf. 2005 s/m; 13(2): 255-61.
77. Meneguini F, Paz A, Lautert L. Factores ocupacionales asociados a los componentes del Síndrome Burnout en trabajadores de enfermería. Rev. Texto y Contexto, 2011 abr./jun.; 20(2): 225-33.
78. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y la seguridad de los pacientes. Washington D.C.: OPS; 2011.
79. Briceño F y Godoy E. Riesgos laborales, nuevos desafíos para la Gerencia. Daena: Internacional Journal of Good Conscience. Abr. 2012; 7 (1): 140-147.
80. Cifre, Salandava, Franco. Riesgos psicosociales de hombres y mujeres. Revista Gestión Práctica de riesgos laborales. Universidad Jaume de Castellón Feb. 2011; vol- 2 (82): 25-26.
81. Cárdenas, Arana, Monroy y García. Cuidado profesional de enfermería. México D.F.: Federación mexicana de Asociaciones y Facultades de enfermería; 2010.
82. Gómez L, Balkin D, Cardy R. Gestión de Recursos Humanos. Madrid: Pearson Educación S.A; 2005. 83. EsSalud. Memoria institucional. 72 Aniversario de Fundación. Lima. Oficina de Relaciones Institucionales; 2014.
83. Waldow VR. Cuidado de Enfermería. Reflexiones entre dos orillas. España: Coord. Editorial Manuel Amezcu; 2014.
84. Fernández J. El mundo de las profesiones en el siglo XXI: perspectivas y enfoques. México D. F.: Universidad Autónoma de Puebla; 2008.
85. Stein D, Stein M, Macedo F, Lorenzini A. El rol del enfermero en el contexto hospitalario: visión de los profesionales de la salud. Cienc Cuid Saúde. 2008; 7 (3): 319-26.

86. Dos Santos I. et. Al. Enfermería y campos de práctica en salud colectiva. San Paulo: Atheneu, 2008.

87. Unidad de Salud Ocupacional. Situación de la salud laboral de los trabajadores 1998-2012. Lima: Hospital Nacional Guillermo Almenara-ESSALUD; 2013.

.

ANEXOS



Anexo No. 1

Entrevista Semi-estructurada a la Enfermera

1.- Introducción

Buenos días, mi nombre es Irene Zapata Silva, me encuentro realizando un estudio que tiene la finalidad de recolectar informaciones acerca de *la percepción de los riesgos laborales de las enfermeras en el proceso del cuidado* que realiza, servirán para revisar las políticas de implementación de las normas de seguridad y salud en el trabajo. Los datos proporcionados por Usted, serán mantenidos en reserva mediante el anonimato.

2.- Instrucciones

Por favor, complete sus datos personales e institucionales y responda con toda la libertad posible a la interrogante del estudio.

3.- Datos Generales:

Nombre: Edad:

Sexo: Estado Civil:

Servicio:

Tiempo en el Servicio:

Situación laboral:

Nombrado () Contratado a plazo indeterminado () CAS ()

Grado Académico: Completo: ... Incompleto: ...

** Especificar: Completo: ... Incompleto: ...

Especialidad (especificar):

.....

Otros (especificar):

4.- Datos Específicos:

1. Cuénteme ¿Qué riesgos percibe Usted en el cuidado que realiza a la persona adulta en este servicio?
2. ¿De qué manera los riesgos mencionados le afectan?
3. ¿Qué otras consecuencias percibe Usted respecto a los riesgos laborales?

¡Muy agradecida por su colaboración!



Anexo N° 2

Guía para el registro de la observación participante

(Para el diario de campo)

Objetivo: recoger información indirecta acerca de los riesgos laborales que las enfermeras perciben en las acciones cotidianas en el proceso de cuidar, los diálogos que establece con sus pares y miembros del equipo de salud, respecto a estos riesgos.

Fecha----- Hora----- Código-----

Reflexiones del observador:

.....
.....
.....
.....



Anexo N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. Información sobre el proyecto de Investigación:

Título: Riesgos laborales en el Proceso del cuidado: percepción de las enfermeras en el hospital nacional Guillermo Almenara I. Lima, 2015.

Los responsables de los procesos de gestión en instituciones sanitarias, están empeñados en implementar las Normas de seguridad y salud en el trabajo, habida cuenta de los altos índices de accidentabilidad existentes entre el personal asistencial y todo aquel involucrado en los procesos asistenciales; Tanto la Organización Internacional del trabajo (OIT) como EsSalud orientan sus esfuerzos para garantizar las condiciones de salud y seguridad en la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales (RAA, 2010). De esta forma, la presente investigación se justifica a medida que responde a las necesidades de indagar por el conjunto de impresiones del trabajador que pueden limitar o garantizar las condiciones para las prácticas seguras entre quienes realizan el cuidado del paciente.

Los objetivos del estudio son: describir y analizar los riesgos laborales percibidos por las enfermeras en el proceso del cuidado y discutir las repercusiones de los riesgos percibidos para la institución y la propia enfermera.

La participación en la investigación se dará por medio de la entrevista y participación en grupos de discusión programados con antelación. El local para la realización de la entrevista o grupo será mantenido en reserva y se garantizará la privacidad de los participantes. Las informaciones serán grabadas en medio electrónico (grabadora digital SONY) y guardados por cinco años, después serán destruidas.

Todas las informaciones recolectadas sobre la identificación personal serán tratadas confidencialmente, mediante seudónimos. Los resultados de este estudio serán usados para fines científicos, más usted, no será identificada(o) por su

nombre, siendo garantizado su anonimato en todos los momentos de la recolección de datos.

El investigador no va a interferir en las rutinas y horarios laborales de los participantes, profesionales de la salud y tampoco en el tratamiento y cuidado de los pacientes a su cargo. El estudio no conlleva ningún riesgo para los participantes, pudiendo presentarse algún tipo de disconformidad en los participantes por los temas tratados. La participación es voluntaria y libre.

Los principales beneficios que se puede obtener están relacionados con la sensibilización de la propia enfermera acerca de la autovaloración de los riesgos laborales y la obtención de la perspectiva de grupo, sobre cuya base es posible construir alternativas en favor del cuidado corresponsable de sí mismo en la implementación de las Normas de seguridad y salud en el trabajo impulsadas por la Institución.

En caso de cualquier duda en relación a la investigación o sobre sus derechos, usted podrá constatarlo en la Escuela de Posgrado, Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Web - www.uladech.edu.pe

II. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

Yo: fui informada (o) de los objetivos de la investigación antes mencionada de manera clara y detallada. Recibí información y aclararon mis dudas. Sé que en cualquier momento podré solicitar nuevas informaciones y modificar mi decisión, si lo deseo. La enfermera: (Investigadora responsable), me aseguró de que todos los datos de identificación personal de ésta investigación serán confidenciales y tendré la libertad de retirar mi consentimiento durante cualquier etapa de la investigación. Declaro además que recibí una copia del presente término de Consentimiento.

Este formato fue leído para:
en Lima, /..... / por
mientras yo estaba presente.

Participante

Asesora

Investigador responsable

En caso de cualquier duda en cuanto a las cuestiones éticas podré entrar en contacto con la Escuela de Postgrado – Doctorado en Ciencias de Enfermería ULADECH.



Anexo N° 4

Tabla 1. Perfil socio demográfico y académico de las enfermeras en el servicio de medicina.

NOMBRE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE SERVICIOS	POSTGRADO / ESPECIALIDAD	ESTADO CIVIL	DEPENDIENTES	CONDICION LABORAL
Dalia	52	F	6	Maestría en Salud Pública	Casada	2	Contrato CAS
Rosa Té	58	F	35	En cuidado del Adulto Mayor	Casada	2	Nombrada
Tulipán	68	M	25	No	Casada	1	Contrato a Plazo Indeterminado
Flor de Retama	40	F	15	Especialista en Cuidado Intensivo	Soltera	0	Contrato a Plazo Indeterminado
Margarita	53	F	31	Maestría en Enfermería y Especialista en Administración y Gestión de los Servicios de Salud.	Casada	2	Nombrada
Cardo	58	M	28	No	Casada	0	Nombrada
Magnolia	58	F	35	No	Casada	4	Nombrada
Clavelina	40	F	17	Estudios de Maestría	Casada	1	Contrato a Plazo Indeterminado
Bella Sombra	45	F	20	No	Casada	2	Contrato a Plazo Indeterminado
Flor de Liz	50	F	25	Especialista en Cuidado Oncológico	Casada	2	Nombrada
Astromelia	45	F	18	Especialista en Cuidado Oncológico	Casada	3	Contrato a Plazo Indeterminado

. Fuente: Guía de Entrevista a enfermeras, realizada por Irene Zapata Silva. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre mayo - agosto 2015.