

Impacto de las condiciones laborales en la salud de trabajadores de un centro quirúrgico*

Impact of working conditions on the workers' health in a surgical center

Fernando Tomasina^I; Elizabeth Bozzo^{II}; Elizabeth Chaves^{III}; Francisco Pucci^{IV}

^IProfesor Agregado. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República Uruguay.

^{II}Licenciada en Enfermería. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República Uruguay.

^{III}Asistente. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República Uruguay.

^{IV}Profesor Agregado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República de Uruguay.

RESUMEN

Introducción El origen del presente trabajo fue abordar el complejo problema de las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de los trabajadores, desde una perspectiva interdisciplinaria y con la participación de los propios trabajadores.

Objetivos Conocer las condiciones laborales de los trabajadores del Centro Quirúrgico del Hospital de Clínicas, identificar los procesos peligrosos-saludables así como el perfil de salud-enfermedad.

Métodos La investigación se desarrolló en el Centro Quirúrgico del Hospital Universitario. Es un estudio descriptivo con aplicación de técnicas de entrevista y encuesta colectiva con un abordaje cualitativo en el marco de una investigación de participación-acción.

Resultados Entre los resultados más importantes se destaca la carencia de condiciones favorables en cuanto al acondicionamiento térmico, ventilación e iluminación. La existencia de riesgos físicos, químicos y biológicos que determinan

un perfil de carga complejo que interactúa con los trabajadores en toda su integridad, por lo que es visto por ellos como un riesgo elevado para su salud. El perfil de salud-enfermedad percibido corresponde a alteraciones vinculadas a la visión, irritación de piel y mucosas, cuadros alérgicos y problemas osteoarticulares. Como proceso mórbido poco definido pero frecuente se encontró el cansancio. En cuanto a las lesiones agudas se destacaron los accidentes con objetos cortopunzantes y los traumatismos.

Conclusiones En el Centro Quirúrgico se genera un proceso de cambio, iniciado desde la identificación de procesos positivos y/o negativos en relación con la salud, aspecto central en la construcción de estrategias de promoción de la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Salud de los trabajadores, Centro Quirúrgico, investigación participativa, mapa de riesgos.

ABSTRACT

Introduction The origin of the present paper was to deal with the complex problem of working conditions and their impact on the occupational health from an interdisciplinary perspective, and with the involvement of the workers.

Objectives To learn about the working conditions of the surgical center workers in Hospital de Clínicas and to identify the healthy and dangerous processes as well as the health-disease profile.

Methods the research work was carried out in the surgical center of the University Hospital. It was a descriptive study involving interviews and group surveys, with a qualitative approach within a participation-action research context.

Results The most important results revealed lack of favourable working conditions in terms of heat conditioning, ventilation and lighting. Physical, chemical and biological risks determine a complex profile of burden that affects the workers, who considered it as an important risk for their health. The perceived health-disease profile was in line with visual disorders, skin rash, allergic and osteoarticular problems. It was found that tiredness was a poorly defined but frequent morbid process. Regarding acute lesions, accidents caused by sharp implements and traumas were the most outstanding.

Conclusions A process of changes occurred in the surgical center after the identification of positive and/or negative processes in relation to health, which is a central issue in the design of occupational health promotion strategies.

Key words: Occupational health, Surgical Center, participatory research, risk map.

INTRODUCCIÓN

El origen del presente trabajo fue abordar un problema complejo, desde una perspectiva interdisciplinaria y con la participación de los propios trabajadores.

La complejidad de la temática está determinada por el propio objeto de la investigación, las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de los

trabajadores. Esta relación no se puede analizar desde una única perspectiva. De ahí que los objetivos planteados fueron: conocer las condiciones de trabajo de los trabajadores del Centro Quirúrgico del Hospital de Clínicas e identificar los procesos peligrosos- saludables y el perfil de salud-enfermedad.

Marco de referencia

Se reconoce a la salud de la población como un producto social. En los trabajadores, en particular, está determinada principalmente por el trabajo. Desde esta perspectiva el trabajo es una actividad central y exclusiva del ser humano que sustenta su desarrollo y organiza la vida social.¹

Por lo tanto, resulta necesario el estudio de la categoría trabajo para conocer la salud de los trabajadores.

El análisis de las condiciones de trabajo en los servicios de salud es técnicamente complejo y en general poco considerado en las políticas de gestión de los servicios.²

Por tal motivo, existe la necesidad de la triangulación metodológica entendida como la combinación de varias técnicas y procedimientos bajo un riguroso referente epistemológico.³

Por otra parte, "nuevas expresiones" en la salud de los trabajadores como el estrés, el acoso (mobbing) y el síndrome de estar quemado, no son más que nuevos emergentes de la relación entre trabajo y salud.

Estas "expresiones" tienen una fuerte vinculación con la organización laboral y con el contenido del trabajo (paciente sujeto-objeto).⁴

En el sector de la salud la precarización laboral, consecuencia de las políticas de flexibilización y desregulación del trabajo, pueden ser considerados como nuevos estresores para los trabajadores.

En este sentido, el impacto de estas políticas en el hospital universitario es similar a la situación que acompañó a los diferentes procesos de desmantelamiento del aparato estatal en América Latina.

Como bien dice *Jaime Breilh*: "Desde mediados de la década anterior se ha impuesto en los países de América Latina, una estrategia empresarial de remodelación estatal que tiene profundas repercusiones sobre las posibilidades del desarrollo de la Salud Pública".⁵

El Hospital de Clínicas es un gran centro hospitalario, creado en el contexto del desarrollo del Estado de Bienestar Social. Es el único centro de salud universitario del Uruguay, con ingresos que provienen del presupuesto público, correspondientes a la Universidad de la República. Forma a los médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud y presta asistencia médica gratuita a los sectores más desfavorecidos de la sociedad uruguaya.

Debido a la reducción del gasto público, "recortes presupuestales" decididos en las últimas décadas, las condiciones de trabajo del hospital han sufrido un lógico deterioro.

La escasez de recursos obliga a continuas adaptaciones de las rutinas organizacionales, a desafíos diarios de la práctica laboral, tanto para los técnicos como para los trabajadores no especializados.

MÉTODOS

El presente trabajo tiene un abordaje cualitativo, en el marco de una investigación de participación-acción.

Las técnicas aplicadas a partir de un diseño basado en la triangulación metodológica fueron las siguientes:

- Entrevistas a informantes calificados desarrolladas en el mismo lugar de trabajo, abierta, con la utilización de la grabación para su registro.
- Encuesta colectiva: se aplicó una encuesta de llenado colectivo.

Inicialmente se conformaron grupos homogéneos en el centro quirúrgico. El criterio utilizado para la conformación de los grupos fue según categoría laboral (técnicos de enfermería, licenciados en enfermería, auxiliares de servicio general, instrumentistas y practicantes internos de enfermería) e igual turnos de trabajo.

El formulario de encuesta colectiva, fue completado por cada uno de los grupos, con la indicación de que se llenara preferentemente por consenso. Esta técnica se denomina validación consensual, según el clásico modelo obrero italiano de intervención social que permite, desde esta perspectiva, la objetivización de la subjetividad del saber obrero. En caso de no existir el consenso se consigna la opinión por mayoría simple.⁶

A partir del trabajo de los grupos homogéneos, con el llenado de la encuesta colectiva, se elaboró un mapa de riesgos donde se identificaron básicamente los procesos peligrosos a lo que están expuestos los trabajadores. La presentación de la información se consolidó con la elaboración de los procesos peligrosos y de los perfiles de salud-enfermedad de los grupos.

RESULTADOS

El Centro Quirúrgico se ubica en el piso 17 del Hospital de Clínicas, cumple funciones de asistencia, docencia e investigación. La población que atiende son los usuarios del Hospital de Clínicas, es decir personas mayores de 14 años provenientes de Montevideo y del interior del país. La producción, medida en base a número de intervenciones realizadas en año 2004 fue cercana a las 3 000 intervenciones anuales, a razón de 200 intervenciones mensuales y de 10 a 12 diarias. Los recursos humanos con que cuenta el sector son los siguientes: Equipo médico: anestesistas y cirujanos. Equipo de enfermería: licenciadas de enfermería (un jefe, 4 operativas y una en economato), auxiliares de enfermería: (en sala, anestesia, preparación de material-anestesia), internas de enfermería, instrumentistas y auxiliares de servicios generales (mensajería, limpieza y preparación de material).⁴

Proceso de trabajo

En trabajos anteriores,⁷ el Hospital de Clínicas se muestra como una organización compleja. La institución hospitalaria produce, necesariamente zonas de riesgo permanentes, debido a la imposibilidad de lograr una adaptación ajustada a las diferentes y contradictorias necesidades que le exige tanto el medio interno como el externo. La presencia de riesgos sistémicos obliga a que exista, en el hospital, un proceso permanente de selección de riesgos, a partir de la imposibilidad de alcanzar un nivel de riesgo cero. La selección de riesgos se constituye en un proceso de construcción social implícito, donde intervienen los códigos dominantes en la institución y los diferentes intereses y valores de los grupos y segmentos laborales presentes en el hospital. Una de las primeras dificultades que muestra el análisis es que, debido a las transformaciones que se produjeron en el sistema de salud uruguayo, en el hospital parecen coexistir diferentes fuentes de legitimidad: la estructura formal, el conocimiento técnico y el conocimiento práctico, entre otros. La presencia de estas diferentes fuentes de legitimidad parece tener múltiples consecuencias, en algunos casos implica una constante negociación de las reglas de cooperación en el trabajo lo que se traduce en la existencia, en algunos sectores, de demandas contradictorias, en la medida en que no se logran construir reglas de funcionamiento consensuales. Por otro lado, la ausencia de un sistema de autoridad claramente establecido, sobre el cual se asiente la legitimidad de las reglas de cooperación y de autoridad, genera procesos de regulación autónoma entre los trabajadores. Las normas de funcionamiento y las rutinas laborales son creadas y sostenidas, en numerosas ocasiones, por los propios trabajadores, por lo que se crean espacios de regulación que guardan importantes grados de autonomía en relación con las normas establecidas del hospital. Estos espacios de regulación autónoma permiten que el trabajo del hospital, pese a su complejidad, se realice, pero son, al mismo tiempo, un espacio que genera zonas de riesgo permanentes. En las diferentes entrevistas a informantes clave se percibieron conflictos entre grupos de trabajadores del centro, al interior de los grupos y hacia el resto de los servicios hospitalarios.

La jefatura del sector proporcionó una síntesis de las actividades diarias que realizan los trabajadores del sector:

El proceso comienza en el sector de enfermería, vemos las novedades de hospital, después se viene al sector... trabajamos en conjunto, trabajamos en la coordinación, nos cambiamos en el piso 18 y luego entramos al *block*, bueno primero vemos el cuaderno de novedades, se ven los productos materiales, se ve el tema de anestesia, se ven todos los aspectos de coordinación con el personal de sala y la coordinación en cuanto al equipo médico, y siempre hay cuestiones administrativas, estamos coordinando los cursos, las planillas del mes que viene..... Uno de los problemas más complejos que debe enfrentar la jefatura es el problema de la rotación del trabajo y la constitución de turnos fijos. El fenómeno del doble empleo, muy común entre los trabajadores de la salud, y las diferentes cargas de trabajo que tienen los diferentes turnos, generan tensiones y conflictos permanentes entre los trabajadores y entre estos y el personal de jefatura. En este momento estamos tratando de reflotar el sistema de alfombras, todo el mundo quiere la noche y al vespertino no lo quiere nadie, la alfombra es la distribución de días y turnos con las personas, se hace con tiempo para que la persona sepa con antelación, el tema es que acá todos tienen doble trabajo, las instituciones privadas rotan a todo el mundo y eso nos repercute acá, y algunos funcionarios no quieren cambiar nunca y así empiezan todos los conflictos, al final tenemos que rogarle a todo el mundo. Lo más equitativo parece ser lo de la alfombra, también estamos viendo la descripción de tareas y lo que marca la normativa... Si bien existe una propuesta de gestión que intenta ser flexible, el contexto ha limitado el alcance. La percepción de los trabajadores en relación con la organización del trabajo es

negativa, en la medida en que mayoría considera que afecta la salud. En particular, los trabajadores perciben que en el turno vespertino sufren cargas adicionales de trabajo que generan daños a la salud. Allí se acumulan esas situaciones, allí entran urgencias y emergencias, se trabaja a dos salas por vez, la gente se pasa quejando, te vas fundida de aquí..., el vespertino es tierra de nadie, de noche igual, el cirujano opera y se va, es todo muy problemático, respecto a quién pasa el paciente....

También se percibieron dificultades en la relación con otros servicios de la institución, en especial con el sector de mantenimiento y con el lavadero de ropa. En enfermería antes no funcionaba por departamentos, hace 3 años se departamentalizó y hay uno de cirugía, otro de medicina; entonces la directora de nuestro departamento impulsó lo que es la unión de todas las cirugías, eso ha mejorado mucho la relación con los pisos de cirugía, por ejemplo. Hay dificultades con los servicios de apoyo, rayos, centro de materiales, etc. Por ejemplo con mantenimiento... que no se puede mantener así..., lo mismo ocurre con lavadero, por el tema de la ropa, que no es sólo por el tema del sector.

El análisis de las entrevistas permitió observar que también existían conflictos en el grupo de trabajadores del Centro Quirúrgico, de orígenes muy variados. Una fuente permanente de conflictos era la distancia entre las tareas prescriptas para el puesto de trabajo y las tareas que efectivamente debía realizar el trabajador. Tal como han mostrado diferentes autores, "este es un problema típico de cualquier organización del trabajo", pero que en este caso adquiere características específicas debido a las complejidades de las tareas del Centro Quirúrgico y a las condiciones en que se desarrollan:

Hay un problema, sobre todo a nivel de los médicos, por ejemplo la licenciada tiene que estar pendiente que el anestesista vaya a la sala, avisarle que está todo pronto, otra cosa es porque no vino la historia anterior y el paciente viene sin ella, ello implica andar atrás de las historias y esas no son funciones que le corresponden a la *nurse*, otra cosa es coordinar una tomografía y tenemos que hacer las tareas de secretaria que no tenemos que hacer y así perdemos nuestras funciones.

Otra fuente de conflictos eran los procesos de valorización-desvalorización que se establecieron entre las diferentes categorías de trabajadores. Estos procesos tienen su origen en la redefinición de tareas y de competencias que se estableció en la organización del trabajo del Centro Quirúrgico:

Antes había gente que adoraba instrumentar, como que se necesita revalorizar en los que que daron, sienten el cargo con inferioridad y así piensan que hoy sirven al instrumentista. El instrumentista no se luce, en el caso del paciente donde parecemos astronautas. Además el paciente viene desnudo si vos no tenés alguien que te reciba de buena onda..., la enfermera está para contener. La valorización a partir de la tarea, recogiendo los valores históricos de cuidar, servir, en expresiones como el "sentido de servir", parece más valorable el cargo de enfermería que depende más de lo técnico.

Las relaciones de poder implícitas o explícitas que están presentes en las relaciones entre el grupo de enfermeras y el grupo de instrumentistas, eran un obstáculo para la integración de una perspectiva unificada en torno al riesgo. El sentimiento de desvalorización es la expresión de relaciones de poder marcadas por fuertes desequilibrios y por la ausencia de criterios de legitimidad compartidos por todos los grupos del hospital. En este contexto, la cooperación en el trabajo es sustituida por la desconfianza, los conflictos implícitos o explícitos entre los diferentes grupos

laborales y la inseguridad en relación con los riesgos sistémicos. La homologación del título de instrumentista, generado por decisión de las autoridades universitarias, estableció una diferencia entre las antiguas enfermeras y las que accedieron a este título. Este corte se agravó por el hecho de que, en algunos casos, se reconoció y validó el título no a través de estudios formales sino en función de una cantidad determinada de años trabajados, lo que generó fuertes críticas de aquellos que tenían mucho tiempo en la profesión pero no alcanzaron el límite establecido:

Es un tema de reconocimiento del título, pero recién ahora se vio, se agudizó hace poco, se le empezó a dar importancia al tema, en el grupo viene hace tiempo, eso vino mal parido, el tema fue la homologación, no lo dieron parejo para toda la gente que estaba en el *block*,...creo que erraron en los criterios, esto generó conflictos entre los pares, hubo gente con años de estudio y por meses quedaron afuera de la homologación...La diferenciación interna de categorías y el desarrollo de nuevas funciones en la organización del trabajo del Centro Quirúrgico estableció un espacio de competencia y de luchas por el poder entre el grupo emergente y los grupos establecidos con anterioridad. Además la gente que pasó a desempeñar estos cargos, tiene algo en contra de la enfermería, ellos sienten que están compitiendo con las enfermeras, ellas las instrumentistas, su aspiración es quedarse con la gestión del *block*, del economato; otro tema es el programa de las instrumentistas, eso lo estamos viendo, ellos en la carrera quieren aprender a circular, aprender anestesia. Todo esto se homologó en base a la creación de la carrera universitaria, esto pasó hace 3 años, pero generó un conflicto humano.

Las entrevistas mostraron también la tensión clásica que se establece en las instituciones hospitalarias entre las enfermeras y los médicos. Esta tensión se expresa en las dificultades para establecer rutinas de trabajo y espacios de comunicación que complementen y hagan más fluida la relación. Las rutinas de trabajo de los médicos tienen como consecuencia, en opinión de las enfermeras, una sobrecarga de trabajo, en particular en algunos turnos:

Hay una diferencia entre el cirujano general y los especialistas, a un ginecólogo no le interesa el problema del otro, se creen los dueños de la sala, nos afecta directamente, porque sabemos que tenemos capacidad para dos salas, hay un problema entre los médicos, eso lo vemos en el vespertino, la gente no quiere venir a trabajar. Allí se acumulan esas situaciones, allí entran urgencias y emergencias, se trabaja a dos salas por vez, la gente se pasa quejando, te vas fundida de aquí y además no hay mayor colaboración, el vespertino es tierra de nadie, de noche igual, el cirujano opera y se va, el neurocirujano ve solo la cabeza, es todo muy problemático, respecto a quien pasa el paciente, lo termina haciendo el residente.

Estos conflictos también se expresaron en dificultades de coordinación entre la labor médica y el trabajo de las enfermeras, lo que implica que estas tengan que asumir funciones y tareas que no se corresponden con la definición formal de su puesto de trabajo.

La existencia de demandas contradictorias, aspecto que se da especialmente en el trabajo de las enfermeras, generó en los trabajadores respuestas autónomas, que desbordaban las normas técnicas establecidas para el trabajo asistencial y que construyeron espacios regulados por normas establecidas por los propios trabajadores. Estos espacios de autonomía se transformaron en una carga que los propios trabajadores asumieron por necesidad, pero que rechazaban como mecanismo permanente del proceso de trabajo. El interés que tenían los trabajadores en establecer una regulación clara y estable del proceso de trabajo, se fundó en este permanente estado de conflicto que se dieron en los espacios de regulación autónoma. Por otro lado, la falta de comunicación y la ausencia de

confianza dificultaron la traducción entre la lógica técnica de los médicos y la lógica práctica de los trabajadores. El ausentismo crónico es otro de los problemas ligados a la organización del trabajo del Centro Quirúrgico, aunque es también un problema general del funcionamiento laboral de todo el Hospital de Clínicas:

Cuando vimos el aspecto de capacitación, quienes más participaba era enfermería, en sala está la circulante, la instrumentista, en cuanto al ausentismo lo perciben elevado... El que pesa es por certificaciones médicas, por faltas no es importante, la gente es conciente, si se certifican es otra cosa. Por otra parte, el creciente aumento de las exigencias, la falta de recursos y el propio ausentismo, tienen como consecuencia el sobre-trabajo para la mayoría de los trabajadores. El desbalance entre ausentismo y sobre trabajo es un factor de riesgo permanente en la institución en diferentes dimensiones.

Por un lado, el sobre-trabajo amplió las posibilidades de accidentes debido al aumento en la intensidad del ritmo de trabajo y a la fatiga que provoca. La incertidumbre y la desconfianza en las normas institucionales eran también fuentes de riesgo permanente, en la medida en que vuelven cada vez menos predecibles los comportamientos de los individuos en los procesos de trabajo. Al mismo tiempo, el ausentismo crónico era un factor de desarrollo de normas y valores grupales que compensaron esta deficiencia estructural y aseguraron la cohesión del grupo y la posibilidad de cumplir con las tareas.

Este conjunto de normas y valores elaborados autónomamente por los grupos de trabajo del hospital permitió el desarrollo de respuestas colectivas que redujeron los componentes de riesgo sistémico presentes en la organización.

En relación con los aspectos saludables existe un gran sentido de pertenencia hacia la Universidad visualizado en expresiones como:

Se transmiten una gran unión, y la posibilidad de desarrollarse profesionalmente a pesar de las condiciones materiales desfavorables en que se desarrolla el trabajo.

Algunas de las entrevistadas expresaron que visualizaban al trabajo como un constructor de identidades. Tal como se ha analizado para otros casos, existen en toda organización, actitudes individuales o grupales que se desarrollan como respuesta a las situaciones de riesgo.⁸ La cohesión grupal, el desarrollo de fuertes identidades sectoriales o estamentales y la elaboración de normas internas del grupo eran la respuesta colectiva de este conjunto de trabajadores frente a las situaciones de riesgo estructural con la cual convivían a diario. Estos componentes afectivos y normativos permiten que la tarea se cumpla, pese a las condiciones en que se realiza, y que se asegure la continuidad y estabilidad del grupo de trabajadores. Constituye una adaptación colectiva al riesgo sistémico que no puede ser resuelto por la organización. El desarrollo de espacios de regulación autónoma también tiene aspectos positivos: la autonomía que tienen los trabajadores está profundamente asociada a la satisfacción en el trabajo que se encontró entre los trabajadores del hospital. Pese a las exigencias del trabajo y a los bajos salarios, la presencia de desafíos permanentes, eran una fuente de motivación y de cohesión grupal. La elaboración de fuertes valores de solidaridad y de culturas grupales específicas, eran condiciones imprescindibles para mantener la continuidad de la tarea y para enfrentar los riesgos permanentes que están presentes en la institución. Estas culturas de grupo suplían las carencias materiales, organizacionales y cognitivas de los trabajadores y generaron las condiciones para establecer relaciones de confianza en las rutinas cotidianas. Otra dimensión positiva del trabajo, era el interés en capacitarse para desarrollar actitudes y comportamientos más adecuados para la compleja tarea de atender pacientes:

También estamos trabajando el tema del curso de formación, que apunte a combatir la idea de "obrero fabril" que parecen tener algunos trabajadores, esto pasa por no tener como fin al usuario y también hacer pensar que es lo que siente quien está en una cama, que es lo que la gente espera cuando está mal. La falta de formación especializada para los trabajadores de los diferentes servicios considerados, es también un obstáculo al desarrollo de rutinas laborales que reduzcan el riesgo sistémico. Sin embargo, la experiencia laboral y la adhesión a las normas grupales pueden compensar esta falta de formación y constituirse en factores de aprendizaje de la gestión del riesgo. La jefatura de enfermería percibe que el conflicto vivido en el año 2004, contribuyó a que el personal técnico las "viera" como parte integrante del grupo de trabajadores del *block* y "no como patronal". Se generaron espacios de coordinación entre la jefatura y el resto del personal, logrando pautas de trabajo consensuadas. También se percibió la construcción de relaciones de confianza que paradójicamente durante el conflicto actuó como motor de integración interna. En un momento del conflicto los auxiliares las veían a ustedes como patronal, lo hacían como patronal, la visión que se percibía respecto a ustedes es la patronal, hay una separación clara, ustedes estaban preocupadas por la desvalorización de la enfermera llamada tradicionalmente la "circulante", el hecho era sacar la palabra circulante, eso las tenía preocupadas.

La actitud hacia el riesgo estaba fuertemente ligada al desarrollo de relaciones de confianza entre los actores involucrados en su gestión. Tal como señala *Karpik*⁹ la construcción de relaciones de confianza pasa por un período previo de confrontación y negociación. En este proceso son centrales las relaciones que se establecen entre trabajadores y mandos jerárquicos. En este sentido, la construcción de relaciones de confianza se puede entender como un aprendizaje organizacional que modifica la gestión de las situaciones y las situaciones en sí mismas.¹⁰ La organización evoluciona de un contexto de incertidumbre, en el cual las posibilidades son exógenas a quien decide, a un contexto en el cual las posibilidades son construidas por los actores que solventan no solamente cual es la mejor opción sino cual es la lista de opciones posibles. La construcción de relaciones de confianza parece estar asociada a procesos complejos. Se inscriben en contenidos sociales profundos, que requieren de un proceso de aprendizaje organizacional largo y complejo, marcado por el conflicto y la negociación, hasta lograr un comportamiento ajustado a normas consensuadas. En ese sentido, la creencia en la legitimidad de los mandos directos del trabajo es un factor que contribuye positivamente en este proceso.

Construcción del mapa de riesgo

La segunda técnica utilizada fue la elaboración de un mapa de riesgo a partir de los resultados de la encuesta colectiva aplicada a los trabajadores del Centro Quirúrgico. Para la construcción de este mapa de riesgo se formaron grupos homogéneos en los cuales participaron 32 trabajadores pertenecientes a diferentes categorías laborales, de un total de 103, no participaron los médicos. *Luhmann*,¹¹ entre otros, ha marcado la importancia de los procesos de percepción, valoración y selección de riesgos que realizan los actores en los diferentes contextos de las sociedades contemporáneas. La percepción y la valoración que los actores tienen de los riesgos están determinadas socialmente por los valores y las normas del grupo al que pertenecen. Estas actitudes determinan cuales son los riesgos considerados y cuales son las conductas asociadas a la presencia de los riesgos seleccionados. Esto no significa, para *Luhmann*, que el proceso de selección de riesgos sea realizado de acuerdo a criterios técnicos o racionales. Es un proceso en el que

entran en juego los valores, las interpretaciones y los códigos de funcionamiento de los diferentes grupos sociales. La valoración y aceptación del riesgo no es un problema psíquico sino fundamentalmente social. La conducta individual frente al riesgo implica una adecuación a las expectativas socialmente mantenidas por los grupos de referencia relevantes o bien una respuesta que es la consecuencia de procesos de socialización específicos. En este sentido, el mapa de riesgos ofrece un panorama general de cuales son los riesgos más percibidos por los trabajadores, qué valoración realizan de ellos y, de manera indirecta, cuales son los procesos de selección implícitos que se establecen en los procesos de trabajo del Centro Quirúrgico del Hospital de Clínicas. A fin de analizar estos procesos se agruparon en los clásicos factores de riesgos y se caracterizaron según grado de peligrosidad así como daños percibidos y medidas de control ([figura](#)).

Grupo 1. Microclima

En relación con los factores relacionados con el *comfort*, los trabajadores percibieron molestias de moderadas a fuertes con respecto a la temperatura ambiental. Se destacó que la ventilación no es adecuada y se percibió como generadora de malestar psico- físico, malos olores y preocupación por contaminación. Se identificaron problemas en la iluminación del área, en particular por contraste e intensidad no adecuada, que dificultan la tarea. Fueron percibidos trastornos de la visión y cefaleas. Globalmente los grupos consideraron que el microclima físico genera *discomfort*.

Grupo 2. Contaminantes

Se identificaron en los grupos los siguientes contaminantes clasificados según su naturaleza.

Físicos. El contaminante de mayor presencia era el ruido que proviene de diferentes fuentes tales como equipos, aparatos y voz humana, es percibido como permanente en un nivel de peligrosidad considerado como molestia fuerte. Los daños identificados se relacionaban con dificultades en la comunicación y el stress. En relación con las vibraciones, eran percibidas como molestias moderadas para los colectivos de auxiliares de enfermería e instrumentistas. Estas vibraciones, a su vez, dificultaban la concentración. Las radiaciones eran percibidas como un problema importante por aquellos trabajadores que actúan en las salas (instrumentistas, enfermería), por lo que manifestaron que conocían los posibles daños.

Químicos. Con respecto a los contaminantes químicos, las sustancias mayormente utilizadas eran gases anestésicos, desinfectantes y antisépticos, de uso diario. Las sustancias eran identificadas como generadores de molestias fuertes, traducidas como irritación de piel, mucosas y cuadros alérgicos.

Biológicos. Hay una diversidad de exposición a agentes biológicos: bacterias, virus y hongos. El contacto directo era a través de sangre y fluidos corporales lo que determinó una percepción de nocividad para el colectivo. Existió la percepción acerca de la posibilidad de contraer infecciones.

Grupo 3. Carga física

La carga estática se tradujo a través de las posturas que se asumían durante la jornada laboral. La posición más frecuente era la de pie y los brazos en extensión frontal y por encima del hombro. En relación con la carga dinámica, los desplazamientos eran frecuentes dentro del servicio para todos los trabajadores en

una diversidad de distancias. Los desplazamientos fuera del servicio se relacionaron con los colectivos que acompañaban a los pacientes, provisión de material y mensajería. Los daños percibidos por los trabajadores estaban expresados en cansancio, dolores musculares y problemas osteo-articulares. El proceso de trabajo exige manipulación de pesos que oscilaban entre los 3 a 150 kg. que correspondían al manejo de pacientes, aparatos, balones, equipos, mesa de operaciones y atados de ropa sucia. Las distancias de desplazamiento con pesos eran desde 5 a 200 m dentro del servicio y distancias diversas según el sector del hospital al que debían dirigirse. Para el traslado de cargas, se utilizan carros y camillas en general en condiciones deficitarias relacionadas con los rodamientos. La percepción de peligrosidad era entre leve a moderada.

Grupo 4. Carga Mental

La carga mental enfatiza la atención y la minuciosidad como elementos de peligrosidad elevada relacionada con la atención al paciente y el manejo de sustancias. Este trabajo requiere de exigencias relacionadas con el tiempo, en tareas repetitivas que permiten alterar el orden sin dejar de cumplir con lo establecido. El descanso y las pausas pueden ser utilizados por todos los grupos según tipo de proceso de trabajo. Los turnos eran rotativos con excepción de las licenciadas e internas, las rotaciones se conocían de antemano, en general las establece el jefe y/o son de mutuo acuerdo. El ritmo de trabajo se consideró como muy alto, salvo las instrumentistas que lo consideran moderado. Los imprevistos repercutían en todos los grupos retrasando las actividades pautadas. Este tipo de trabajo permitió la relación entre los trabajadores como así también elevar propuestas a la jefatura o compañeros de trabajo. La supervisión era continua en el caso del economato, instrumentistas e internas, y esporádicamente en el caso de auxiliares de enfermería y auxiliares de servicios generales. Mayoritariamente pueden retirarse del lugar de trabajo con autorización, salvo el personal de enfermería. El descanso generalmente se utiliza para la alimentación que se realiza en el comedor y con compañeros de trabajo. La percepción de la peligrosidad era de moderada a alta.

Grupo 5. Seguridad

En relación con las condiciones de seguridad contra incendio, la mayoría identificó los extintores, algunos señalaron escaleras laterales y cursos de capacitación. En relación con la seguridad referida al mantenimiento de equipos y aparatos, este era esporádico y externo. Las condiciones de uso de los equipos era adecuado ya que se usaban para el fin para el que fueron diseñados y algunos identificaron dispositivos de seguridad. El personal al ingreso generalmente es orientado en el servicio por compañeros o persona a cargo, con una duración de entre 3 a 6 meses. El área de trabajo no era percibida como cómoda en los grupos de enfermería y economato por las distancias que debían recorrer. Se identificaron riesgos eléctricos relacionados con la seguridad. El grado de peligrosidad percibida era entre moderada y severa. El tipo de protección personal de uso más frecuentes eran guantes, sobre-túnica y tapabocas. Los accidentes y enfermedades profesionales que se recordaban eran accidentes con materiales cortos punzantes y traumatismos; así como lesiones osteoarticulares.

Sin duda el desarrollo de investigación participativa para el conocimiento de los procesos peligrosos y/o saludables para la salud suponen el primer paso para la elaboración de estrategias de defensa de la salud de los trabajadores. En particular en el Centro Quirúrgico se generó un proceso de cambio, iniciado a partir de identificar los procesos positivos y o negativos en relación con la salud del trabajador, porque resulta ser un elemento central en la construcción de estrategias

de promoción de la salud. Esta última afirmación destaca que en el proceso de promoción es esencial el empoderamiento del trabajador, gestado en la participación en todas las etapas de la investigación. Sin embargo, se debe destacar, como limitante del trabajo, la ausencia de la participación del colectivo médico.

La convergencia entre los conocimientos científico-técnico de la salud ocupacional y del conocimiento práctico y del medio ambiente por parte de los trabajadores, suelen surgir soluciones sencillas para la detección-eliminación y control de los procesos peligrosos laborales, a la vez de fortalecer los efectos beneficiosos identificados en el proceso de trabajo [Tomasina F, Levin R. La salud ocupacional en Uruguay: experiencias de extensión universitaria. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES). Habana,Cuba]. De la información obtenida a partir de la aplicación de las diferentes técnicas es posible construir procesos que actúan favorablemente en la salud de los trabajadores del Centro Quirúrgico y otros procesos que interactúan simultáneamente en forma destructiva. Los aspectos saludables que se destacan se relacionan con el sentido de pertenencia hacia la Universidad que tiene este colectivo.

También se ha destacado como protector, a manera de polo positivo del trabajo, la valorización a partir de la tarea, que recoge los valores históricos del trabajador de la salud, de cuidar y/o servir a otros. Se visualiza al trabajo, en relación con la identidad, como su formador. La percepción de los procesos saludables se expresan mayoritariamente a través de sentimientos de compañerismo, respeto y solidaridad. Dentro del perfil destructivo se destaca la existencia de conflictos entre grupos de trabajadores del centro y hacia el resto de los servicios hospitalarios, que es percibido como generadora de cargas adicionales para el trabajo. En cuanto a las condiciones materiales en que se realiza la actividad, se destaca la carencia de condiciones favorables en el acondicionamiento térmico, ventilación e iluminación. La existencia de contaminantes físicos, químicos y/o biológicos determina un perfil de carga complejo que interactúa con los trabajadores en toda su integridad y es percibido por ellos como un riesgo elevado para su salud. La carga física, en particular vinculada al movimiento, levantamiento y/o traslado de pesos es otra de las condiciones que repercuten negativamente en la salud de los trabajadores. El perfil de salud-enfermedad percibido está definido en alteraciones vinculadas a la visión, que se acompañan de cefaleas. La irritación de piel y mucosas y los cuadros alérgicos son también manifestaciones mencionadas, así como las enfermedades osteoarticulares. Existe la percepción de riesgo de infecciones. Como proceso mórbido poco definido pero frecuente se destaca el cansancio. En cuanto a las lesiones agudas vinculadas al trabajo se destacan los accidentes con medios cortos punzantes y los traumatismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tomasina F. Trabajo precario, desocupación y salud. Psicología y organización del trabajo III. Montevideo: Editorial Psicolibros; 2002.[Facultad de psicología].
2. Tomasina F. La salud ocupacional. Una visión crítica. Psicología y organización del trabajo II. Montevideo: Editorial Psicolibros; 2001.[Facultad de psicología].
3. Betancourt O. Para la enseñanza e investigación de la salud y seguridad en el trabajo. Quito, Ecuador: OPS/OMS; 1999.

4. García O. Los riesgos psicosociales y su prevención: "mobbing", estrés y otros problemas. Madrid, España: Centro Nacional de Nuevas Tecnologías-INSHT; 2002.
5. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito, Ecuador: Centro de estudios y asesoría en salud (CEAS); 1995.
6. Villegas R, Ríos Cortazar V. La investigación participativa en la salud laboral: el modelo obrero. Washington, D.C.: OPS; 1993. (serie Paltex N° 3).
7. Pucci F. Aprendizaje organizacional para la gestión del riesgo. Uruguay: CINTERFOR, Oficina Internacional del Trabajo; 2004.
8. Guardiola A, Mercier D, Tripier P, Tuillier JN. Dérapages déontologiques et risques systémiques Journées. Savoirs et Développement. Lyon: ISH; 1998.
9. Karpik L. Dispositifs de confiance et engagements crédibles. Sociologie du Travail No. 4. Paris; 1996.
10. Argyris C. Savoir pour agir. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel. Paris: Inter Editions; 1995.
11. Luhmann N. Sociología del riesgo. México: Universidad Iberoamericana; 1992.

Recibido: 11 de julio de 2007.

Aprobado: 11 de diciembre de 2007.

Fernando Tomasina. Hipólito Irigoyen 2031 Apto. 504. República Uruguay. E-mail: ftomasina@mixmail.com

*Este trabajo se realizó dentro del marco de las actividades de investigación que desarrolla el Dpto. de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

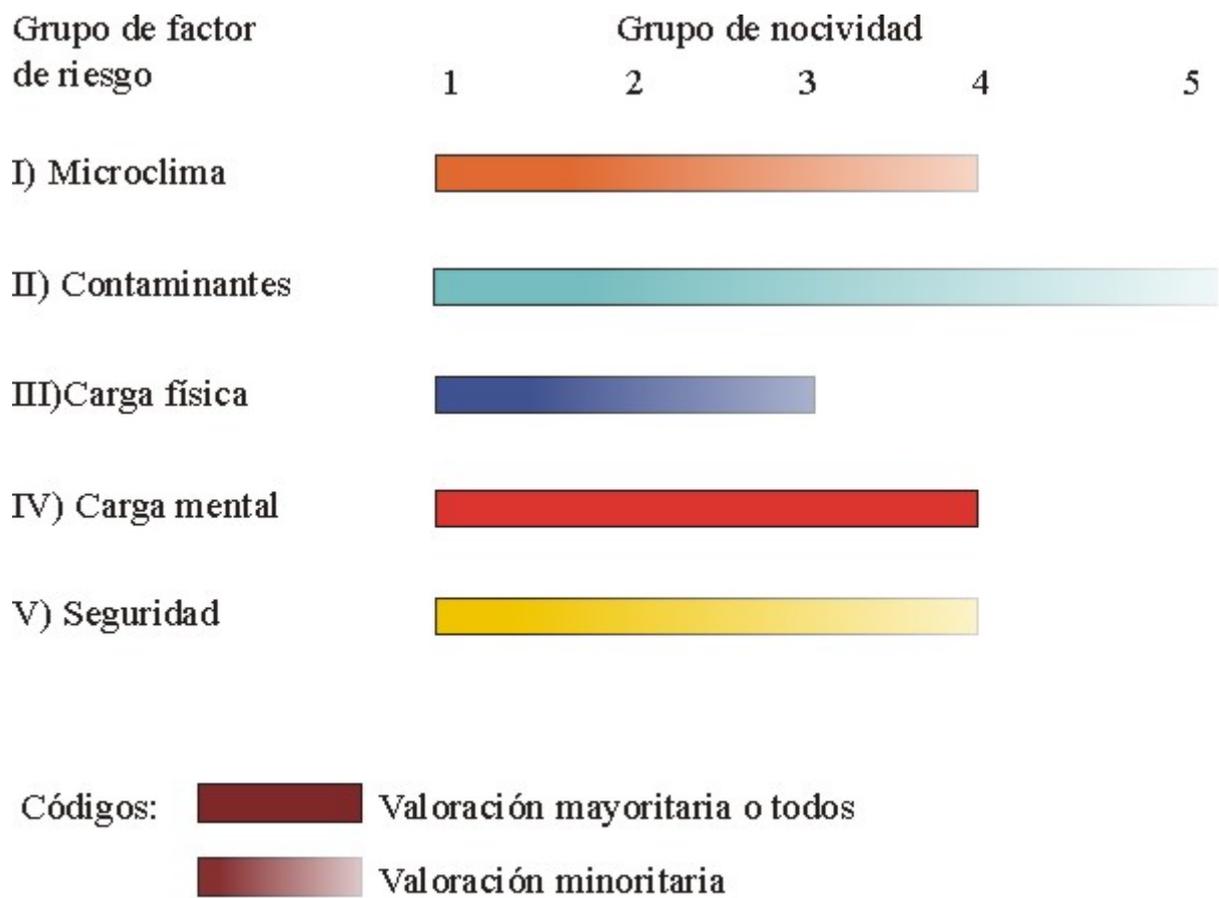


Fig. Mapa de riesgo. Perfil de peligrosidad.