

**Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una
empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente
colombiano**

Adelaida Mayorga Isaza

Ana María Sánchez Ossa

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2013**

**Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una
empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente
colombiano**

Adelaida Mayorga Isaza 1003032

Ana María Sánchez Ossa 1002951

Director:

Jorge Irne Lozada. MD. Mg. SO

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2013**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	9
1. TITULO.....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
2.2 JUSTIFICACIÓN.....	14
2 ESTADO DEL ARTE.....	15
4. MARCO TEÓRICO.....	18
4.1 MARCO CONTEXTUAL.....	18
4.1.1 Contexto histórico.....	18
4.1.2 Entorno de conocimiento mundial.....	18
4.1.3 Inicio en Colombia.....	20
4.1.4 Modelo Organizacional.....	21
4.1.5 Tipos de Modelos.....	22
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	24
4.2.1 Definición condiciones de trabajo.....	24
4.2.1.1 Medio ambiente.....	24
4.2.1.2 Definición de tareas.....	26
4.2.1.3 Organización del trabajo.....	28
4.2.1.4 Trabajo a Turnos.....	30
4.2.1.5 Condiciones ambientales.....	32
4.2.1.6 Condiciones de infraestructura.....	33
4.2.2 Definición del modelo de atención domiciliario en salud.....	35
4.2.3 Actividades del servicio de atención domiciliaria.....	35
4.2.4 Riesgo en la atención domiciliaria.....	36
4.2.5 lesiones prevalentes.....	38

4.2.6 patologías de mayor recurrencia.....	39
4.2.7 Manejo de cargas.....	39
4.2.7.1 GATISO desordenes musculo esqueléticos.....	40
4.2.7.2 Relación entre lesiones y ayudas mecánicas.....	40
4.2.7.3 Uso de dispositivos ajustables.....	41
4.2.7.4 Utilización del Método MAPO.....	42
4.2.8 Entorno conocimiento nacional.....	43
4.2.8.1 condiciones laborales.....	43
5. MARCO LEGAL.....	46
6. OBJETIVOS.....	50
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	50
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
7. METODOLOGÍA.....	51
7.1 TIPO INVESTIGACIÓN.....	51
7.2 AREA DE ESTUDIO	51
7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	51
7.4 TAMAÑO DE MUESTRA	51
7.4.1 Criterios de selección.....	53
7.4.1.1 Criterios de inclusión.....	53
7.4.1.2 Criterios de exclusión.....	53
7.5 VARIABLES.....	54
7.6 RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	55
7.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS.....	56
7.7.1 FASE 1. SOCIALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
7.7.2 FASE 2: SELECCIÓN DE MUESTRA.....	57
7.7.3 FASE 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	57
7.7.4 FASE 4: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	57
7.7.5 FASE 5: PROCESAMIENTO DE DATOS.....	58
7.7.6 FASE 6: ANALISIS DE RESULTADOS.....	58
7.7.7 FASE 7: SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	58

7.8 CONSIDERACIONES ETICAS.....	58
8. RESULTADOS.....	61
8.1 Modelo organizacional.....	61
8.1.1 Factores relacionados con la estructura organizacional.....	63
8.2. Características de los procesos.....	65
8.2.1 Organización del trabajo.....	67
8.2.2 Factores relacionados con la jornada de trabajo.....	69
8.2.3 Factores relacionados con cambios en el trabajo.....	71
8.2.4 Factores relacionados con información sobre el trabajo.....	72
8.3 Características de los puestos de trabajo.....	73
8.3.1 Caracterización del paciente.....	74
8.3.2 Equipamiento y medios de trabajo.....	76
8.4 Demandas físicas.....	78
8.5 Espacios de trabajo.....	80
8.6 Condiciones ambientales.....	82
8.7 Residuos biológicos.....	84
9. DISCUSION.....	89
10. CONCLUSION.....	95
11. RECOMENDACIONES.....	96
12. BIBLIOGRAFÍA.....	98
ANEXOS.....	104

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución Población Por Zonas Geográfica.....	52
Tabla 2. Variables.....	54
Tabla 3. Prevalencia (%) de no cumplimiento de los factores relacionados con la estructura organizacional.....	63
Tabla 4. Prevalencia (%) de no cumplimiento de las condiciones referentes a la organización del trabajo.....	67
Tabla 5. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la jornada de trabajo.....	69
Tabla 6. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con cambios en el trabajo.....	71
Tabla 7. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la información sobre el trabajo.....	72
Tabla 8. Prevalencia (%) de pacientes según el rango de edad.....	74
Tabla 9. Prevalencia (%) de pacientes según el rango de peso.....	75
Tabla 10. Prevalencia (%) de no cumplimiento de equipamiento y medios de trabajo por estratos.....	76
Tabla 11. Prevalencia (%) de ejecución de demanda físicas por estrato.....	78
Tabla 12. Prevalencia (%) de no cumplimiento de espacios de trabajo.....	80
Tabla 13. Prevalencia (%) de no cumplimiento de condiciones ambientales del sitio de trabajo.....	82
Tabla 14. Prevalencia (%) de no cumplimiento en residuos biológicos.....	84

GRAFICOS

Grafico 1. Prevalencia (%) de no cumplimiento de los factores relacionados con la estructura organizacional.....	64
Grafico 2. Prevalencia (%) de no cumplimiento de las condiciones referentes a la organización del trabajo.....	68
Grafico 3. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la jornada de trabajo.....	70
Grafico 4. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con cambios en el trabajo.....	71
Grafico 5. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la información sobre el trabajo.....	73
Grafico 6. Prevalencia (%) de pacientes según el rango de edad.....	74
Grafico 7. Prevalencia (%) de pacientes según el rango de peso.....	75
Grafico 8 prevalencia (%) de no cumplimiento de equipamiento y medios de trabajo por estratos.....	77
Grafico 9. Prevalencia (%) de cumplimiento de demanda física por estrato.....	79
Grafico 10. Prevalencia (%) de no cumplimiento de espacios de trabajo.....	81
Grafico 11 Prevalencia (%) de no cumplimiento de condiciones ambientales del sitio de trabajo.....	83
Grafico 12. Prevalencia (%) de no cumplimiento en residuos biológicos.....	85
Grafico 13. Prevalencia (%) de no cumplimiento en guardianes de seguridad.....	86
Grafico 14. Prevalencia (%) de no cumplimiento en elementos de protección personal.....	87
Grafico 15. Prevalencia (%) de no cumplimiento en prácticas seguras.....	88

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Lista de chequeo de riesgos ergonómicos asociados a la manipulación de pacientes.....	105
Anexo 2. Cuestionarios de riesgo psicosocial intralabor.....	110
Anexo 3. Lista de chequeo para el manejo de residuos sólidos biológico.....	114
Anexo 4. Hojas de vida de los investigadores.....	116
Anexo 5. Consentimiento informado n°1.....	120
Anexo 6. Consentimiento informado n° 2.....	121
Anexo 7. Preguntas para desarrollar por el investigador para el comité de ética.....	123

INTRODUCCIÒN

Este trabajo de investigación responde a la necesidad de conocer las características de las condiciones laborales que surgen de la prestación de servicios de salud domiciliario de una empresa del suroccidente colombiano, teniendo en cuenta las especificidades que caracterizan los diferentes domicilios donde se presta este servicio.

Se encontraron diferentes estudios internacionales que hablan sobre este tipo de trabajo y resaltan los diversos factores de riesgo a los que se exponen los trabajadores asistenciales dado las características ambientales, operativas y organizacionales que enmarcan el servicio domiciliario. En los estudios se observó una prevalencia en el aumento de las incapacidades de origen osteomuscular relacionadas con el oficio.

Los resultados de la investigación permitirán generar recomendaciones de procesos que contribuyan en el control y mejoramiento de las condiciones laborales de los auxiliares de enfermería, minimizando los factores de riesgo y el impacto en la salud del personal que participa en la atención asistencial domiciliaria, generando condiciones mínimas para un ambiente favorable que puedan ser aplicables a nivel nacional a empresas que prestan este tipo de servicios.

1. TITULO

Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente colombiano.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el servicio de atención domiciliaria en salud ha logrado gran importancia en el mercado laboral de nuestro país, convirtiéndose en un aliado estratégico para las entidades prestadoras de salud, permitiendo la movilización de pacientes con una transición rápida de la clínica a la casa, donde se continúa con la prestación de los servicios de salud requeridos.

El centro de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos, proyecta el servicio de atención domiciliario en salud con un crecimiento del 55% entre el año 2006 al 2016, por lo que es la ocupación de más rápido crecimiento de la próxima década. Durante el año 2007, se registraron 27.400 lesiones entre los más de 896.800 trabajadores de salud a domicilio en este país¹.

En Colombia se observa un crecimiento similar en este tipo de servicios y en una de las empresas prestadoras de salud domiciliaria del Suroccidente, Noroccidente y Caribe colombiano, presentó a nivel nacional, al finalizar el año 2009, 785 empleos con un crecimiento respecto al año 2008 del 55%, influenciado por el crecimiento del área asistencial.

En la ciudad de Cali esta empresa presta el servicio de cuidados básicos de enfermería en los domicilios de los pacientes, abarcando los diferentes estratos socioeconómicos. Dentro de las funciones de los auxiliares de enfermería, esta la movilización, baño, alimentación y manejo de medicamentos del paciente, similar a las funciones que se ejecutan en un centro hospitalario. Sin embargo, las condiciones de trabajo que enmarca el servicio domiciliario están determinadas por las condiciones de vivienda, económicas y sociales de la residencia del paciente.

Por otro lado esta empresa registra en el año 2011 una tasa de ausentismo del 10% en una población de 275 auxiliares de enfermería, que equivale a 3412 días con un

¹ COLBERT, Leonora. Trabajadores de la atención domiciliaria, la experiencia de Nueva York. Enciclopedia de la salud y seguridad de trabajo. Nueva York; 2009. Tomo 3 P11.
web. <http://www.mtin.es/es/publica/pubelectronicas/desatacadas/encilo/general/contenido/tomo3/97.pdf>; consulta: 29 abril de 2011.

promedio de 40 solicitudes de incapacidades por mes, de las cuales el 50% corresponde al diagnóstico osteomuscular. Esta información coincide con la publicada en diferentes estudios, donde resaltan el factor de riesgo ergonómico en la labor de enfermería tanto en centro hospitalarios como a nivel domiciliario, siendo el principal motivo de consulta de los trabajadores de esta área.

En Colombia se carece de estudios publicados referente a la caracterización de las condiciones laborales de este tipo de servicio, que permitan desarrollar recomendaciones favorables para la salud de los trabajadores. No hay una información clara con respecto a este tema que conduzca a la identificación de los factores de riesgo laborales, a los que se ven expuestas éstas personas que laboran en un espacio que no ha sido diseñado para una atención de tipo hospitalario, y que pueden afectar las manifestaciones de salud- enfermedad.

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente Colombiano?

2.2 JUSTIFICACIÓN

El servicio asistencial de salud domiciliario, es uno de los sectores laborales que presenta un crecimiento importante no solo en Colombia si no a nivel mundial. Los estudios publicados sobre este tipo de empleo no refieren una descripción completa de las condiciones laborales a las que se ve enfrentado el personal asistencial. En Colombia son pocos los estudios que hablan sobre este tema y en el Valle del cauca no existe estudios publicados sobre caracterización de condiciones labores, que abarque los diferentes entornos en los que las auxiliares de enfermería desarrollan su labor.

Sumado a esto, las condiciones laborales que enmarcan el servicio domiciliario difieren del servicio hospitalario, donde se cuenta con todo el recurso humano, físico y tecnológico para la atención de un paciente. En contraste, en el servicio de atención domiciliaria este tipo de recursos están ligados a las condiciones particulares de cada residencia del paciente y de las condiciones socioeconómicas que lo rodean.

La diversidad del lugar de trabajo genera una multiplicidad de condiciones laborales que a su vez conllevan a diferentes factores de riesgo que pueden incidir en el proceso de salud – enfermedad de las auxiliares de enfermería. La carencia de caracterización de estas condiciones laborales, no permite desarrollar y evaluar intervenciones que impacten positivamente la salud de los trabajadores, por cuanto no se identifican los factores de riesgos a los que se encuentran expuestos.

Es así como surge la necesidad de desarrollar este proyecto que permita aportar al conocimiento de este sector laboral, profundizando en las condiciones ocupacionales que contribuya abrir las puertas a futuras investigaciones donde se puedan cuantificar factores de riesgo y realizar intervenciones, en miras del bienestar laboral de los trabajadores.

3. ESTADO DEL ARTE

A nivel mundial la mayoría de estudios están relacionados con condiciones laborales de cuidadores de pacientes en centros hospitalarios y la relación de dichas condiciones con los diagnósticos de salud, e identificando que la mayor causa de incapacidades son las lesiones osteomuscular generadas por movilización de cargas, postura corporal, movimientos repetitivos y carencia de ayudas.

De igual forma un estudio publicado sobre identificaciones de condiciones laborales de auxiliares de enfermería que prestan servicio de atención domiciliaria en salud, menciona que los principales factores de riesgo son; trabajo en solitario, falta de capacitación, escasa formación, insuficiente supervisión de las labores, trabajo en viviendas deterioradas, ubicación de viviendas en vecindarios de alto riesgo, dolores de espalda, lesiones osteomuscular producidas al incorporar los pacientes².

En general diez de las investigaciones consultadas a nivel mundial sobre el trabajo de la auxiliares de enfermería y las condiciones laborales, coinciden que la principal causa de incapacidades es el diagnóstico osteomuscular ocasionado por las condiciones laborales en las que el personal presta sus servicios, diferentes a las de los centros hospitalarios donde se cuenta con la participación de un trabajo en equipo y en algunos casos según la patología del paciente cuentan con dispositivos mecánicos.

En Colombia un estudio sobre condiciones laborales de desempeño y de salud en Santafé de Bogotá mostró al comparar el tipo de contratación en hospitales públicos y privados las auxiliares vinculadas a instituciones públicas presentaron indicadores de salud más cercanos a nivel del riesgo que las vinculadas a instituciones privadas, concluyendo que es necesario enfatizar sobre variables moderadoras como la unidad de trabajo, el tipo, la enfermedad del paciente, las condiciones ambientales a las que

² COLBERT, Leonora. Trabajadores de la atención domiciliaria, la experiencia de Nueva York. Enciclopedia de la salud y seguridad de trabajo. Nueva York; 2009. Tomo 3 Disponible en internet:
Web.<http://www.mtin.es/es/publica/pubelectronicas/desatacadadas/encilo/general/contenido/tomo3/97.pdf>; consulta: 5 abril de 2011.

están expuestas como (ruido, luz, temperatura, cargas pesadas, hacinamiento, exposición a sustancias químicas, apoyo a la demanda del servicio,) permitiendo generar posibles investigaciones .

Sin embargo, a nivel del departamento del valle no se cuenta con estudios sobre caracterización de condiciones laborales de la atención domiciliaria en salud que permitan estandarizar los procesos operativos y garantizar un óptimo desarrollo de la labor sin causar daño a la salud de las auxiliares de enfermería.

En general, los estudios referenciados en el marco teórico muestran un común denominador en el riesgo biomecánico como el principal motivo de incapacidad en la población de auxiliares de enfermería de centros hospitalarios, donde las condiciones laborales son controladas por la institución y el espacio físico ha sido diseñado para este tipo de trabajo.

Lo que se observa en una de las empresas que existen en Santiago de Cali y que presta servicios domiciliarios en salud, es un comportamiento en la tasa de ausentismo del 10% en el año 2011, donde el principal diagnóstico es el osteomuscular, coincidiendo con lo arrojado por los estudios a nivel hospitalario.

Se resalta que en este caso no hay un control de las condiciones laborales por ser un espacio que no ha sido diseñado para la atención de un paciente, y al no existir una caracterización, no se pueden identificar los riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores de esta área asistencial que permita diseñar estrategias que favorezcan el proceso de salud – enfermedad.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO CONTEXTUAL

4.1.1.1 Contexto histórico

El empleo en gran escala de trabajadores de atención domiciliaria se inició en la ciudad de Nueva York en 1975 en respuesta al crecimiento de la población de enfermos crónicos y de edad avanzada, como alternativa a los costosos servicios de las residencias, en muchas de las cuales había largas listas de ese tipo de enfermos en espera de ingresar. El nuevo sistema permitía una atención más personalizada en una época en que las residencias asistidas se valoraban como instituciones despersonalizadas que prestaban una asistencia deficiente³.

4.1.1.2 Entorno de conocimiento mundial

Nueva York: La Hospitalización Domiciliaria, (HD) fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. La razón principal de esta creación de crear esta primera unidad de HD en el mundo era descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación.⁴

³COLBERT, Leonora. Trabajadores de la atención domiciliaria, la experiencia de Nueva York. Enciclopedia de la salud y seguridad de trabajo. Nueva York; 2009. Tomo 3 P11
web.<http://www.mtin.es/es/publica/pubelectronicas/desatacadas/encilo/general/contenido/tomo3/97.pdf>: consulta: 29 abril de 2011.

⁴ COTTA Mitre Rosângela Minardi, La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas, Revista Panamericana de Salud Pública, vol.10 no.1 Washington July 2001, disponible en Internet http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007, consultada el 14 de mayo de 2012 a las 8:00 a.m.

Canadá: A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de HD orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente⁵.

En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto (bautizada Hospital extra-mural que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos⁶

Europa: En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció en la misma ciudad el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia socio sanitaria en domicilio a pacientes con padecimiento crónicos y terminales⁷.

Reino Unido: En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care at Home (Atención Hospitalaria en el Hogar).

Alemania: En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia —con el nombre Ospedalizzazione a Domicilio a comienzos de los años ochenta.

El desarrollo de la HD en Europa ha sido siempre muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente. Con el objeto de contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa From Hospital to Home Health Care (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial⁸.

Implementación y funcionamiento: Variaciones en la hospitalización domiciliaria según los países. Ciertos criterios generales que enmarcan la implantación y el funcionamiento de las unidades de HD en los diferentes países se explican básicamente a partir de dos puntos de vista. En Estados Unidos y Francia, la justificación inicial para establecer la HD fue aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias y humanizar más la atención al paciente. Asimismo, otro objetivo

⁵ Ibid

⁶ Ibid

⁷ Ibid

⁸ Ibid

introducir esta modalidad asistencial ha sido simplemente reducir los costos hospitalario.

En la actualidad las modificaciones de los hábitos sanitarios, sumadas a los intensos cambios demográficos y socio sanitarios (como el incremento de la esperanza de vida de la población y el consecuente y progresivo crecimiento de la población anciana), obligan a buscar nuevas formas de gestión y propuestas de reformas estructurales que faciliten el desarrollo de medidas y reorientaciones en el sistema sanitario.

Como consecuencia, en todo el mundo se han ideado y promovido numerosas opciones institucionales, ambulatorias y domiciliarias de atención de la salud. La HD, una de ellas, está adquiriendo cada vez más importancia en las distintas organizaciones sanitarias y sociales, así como en diferentes sectores de la sociedad (pacientes y familiares, administración sanitaria, profesionales y servicios sanitarios)⁹.

4.1.1.3 Inicio en Colombia

En Colombia el servicio de hospitalización en casa ha sido implementado como un modelo que brinda bienestar a los pacientes dado que cuentan con el acompañamiento de sus familiares y las condiciones propias de las viviendas, que aportan en la recuperación sin ser alternativas propiamente medicas sino que forman parte integral de un sistema de salud interdisciplinario¹⁰

El servicio domiciliario en salud en Colombia, tuvo sus inicios en el año de 1997 donde se unen uno de los principales Centros Médicos, un laboratorio y una EPS, para participar en la creación de Home Care servicio de atención domiciliaria la cual era una franquicia que se tenía solamente en Bogotá y fue pionera en el servicio domiciliario en la ciudad de Cali¹¹.

⁹ Ibid

¹⁰ Ibid

¹¹ OSPINA, Jorge Enrique. Área de Fomento y Protección de la salud unidad de servicios de salud – Unisalud. Monografía. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 16 de Nov 2004 p.20, web. <http://www.monografias.com/trabajos20/atencion-domiciliaria/atencion-domiciliaria.shtml>, consultado el día 05 mayo de 2011.

Las empresas que ofrecen el programa de hospitalización en casa difieren del servicio prestado en los centros hospitalarios, en la integralidad de los beneficios que pueden ofrecer a los pacientes, ya que además de contribuir en su recuperación, logra una disminución de costos para los centros hospitalarios y la satisfacción tanto de las familias como de los pacientes. Esta modalidad no aumenta la sobrevida del paciente pero reduce en gran medida los costos de hospitalización.

Los costos se ven representados en el número de camas diarias que deben tener de manera permanente con pacientes internos. Desde esta perspectiva las evaluaciones que en Colombia se le han realizado a este programa están enfocadas desde el balance de costos, margen de utilidad monetaria para los centros hospitalarios, dejando de lado el impacto que puede causar en la salud de quienes laboran en este programa especialmente las auxiliares de enfermería que son el personal operativo que permanece en asistencia al paciente la mayor parte del tiempo¹².

4.1.4. Modelo organizacional

El modelo organizacional es a la estructura, de los puestos y funciones, los canales de comunicación interna y de toma de decisiones, el estilo de dirección, el modelo de gestión de los recursos humanos. Es un aspecto fundamental del negocio y condiciona totalmente los procesos de producción y por tanto la calidad del producto final o del servicio que se presta. La atención al cliente, la percepción que éste tendrá de la empresa, su imagen e identidad¹³.

¹² RESTREPO Trujillo Carolina, Costo de un Servicio de Hospitalización Domiciliara en Medellín como Alternativa de la Hospitalización Institucional, Trabajo de Grado para optar al Título de Auditor en Salud Universidad CES Medellín, 2007.

¹³STANFORD. NAOMI Administración Moderna, Diseño organizacional: Cómo lograr compañías sólidas. The Economist.2010, consultado el 15 de marzo de 2013 hora 14:00, disponible en internet en:www.esmadruga2.blogspot.com/2012/12/los-modelos-organizacionales.html.

4.1.5. Tipos de modelos

- **Modelo 7-s de Mckinsey**

Modelo de las siete S (por su siglas en inglés) de McKinsey (Desarrollado por Pascale y Athos en 1981; perfeccionado por Peters y Waterman en 1982).

Permite realizar una descripción e identificar la relación existente entre las variables organizacionales, con los siguientes elementos, sistemas, estrategia, estructura, estilo, valores, personal, habilidades.

Deficiencia: ausencia de entrada de datos, rendimiento total, comunicación y procesos de retroalimentación¹⁴.

- **Modelo estrella de Galbraith¹⁵**

Permite realizar una descripción de elementos organizacionales importantes, con los elementos de; estrategia, estructura, personal, recompensas, procesos.

Deficiencia: no considera ciertas variables clave como la entrada de datos y resultados.

- **Modelo de seis casilleros de Weisbord¹⁶**

Constituido por la intervención de elementos de; liderazgo, propósito, estructura, recompensa, mecanismos, auxiliares y relaciones con su entorno

Deficiencia: la concentración solo en determinados elementos puede derivar en el descuido de otros.

¹⁴ Ibid

¹⁵ Ibid

¹⁶ Ibid

- **Modelo de conformidad de Nadler y Tushman¹⁷**

Interviene la participación del desempeño en el proceso de intervención en el sector Informal, mediante la aplicación de organización formal de las tareas y personal.

Fácil de seguir, permite realizar un análisis de lo que comprende la organización “informal” y “formal”.

Deficiencia: limita de elementos puede llevar a confundir o pasar por alto ciertos elementos cruciales.

- **Modelo causal de Burke-Litwin¹⁸**

Incluye ciclos de retroalimentación. Mayor presencia de elementos cualitativos

Presenta: estrategias de estructura, requisitos de tareas, liderazgo, prácticas de gestión, clima de trabajo, motivación, cultura organizacional, necesidad individual y valores.

Deficiencia: Minucioso y difícil de comprender a simple vista.

¹⁷ Ibid

¹⁸ Ibid

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 Definición Condiciones de trabajo

Condiciones de trabajo, se define como el conjunto de variables que orientan la realización de una tarea en un entorno determinando la salud del trabajador en función de tres variables: física, psicológica y social.

Las condiciones de trabajo están integradas por:

Medio Ambiente: Termorregulación, iluminación, espacio, ruido

Tarea: Posturas, Esfuerzos, Manipulación, Contaminantes

Organización: Tiempo, Ritmo, Estilo de mando, Salario¹⁹

4.2.1.1 Medio ambientes

Medio ambiente físico de trabajo: se refiere a factores de medio ambiente natural en el ámbito de trabajo y que aparecen de la misma forma o modificada por el proceso de producción que puede repercutir negativamente en la salud²⁰.

Ruido: El ruido se define como un sonido no deseado e intempestivo y por lo tanto molesto, desagradable y perturbador. El nivel de ruido se mide en decibelios dB. Para mantener una conversación a una distancia normal el nivel de ruido debe estar comprendido entre 60 y 70 dBA, si no se consigue entender lo que nos dicen a un metro de distancia podemos sospechar que el ruido es excesivo. Las personas sometidas a altos niveles de ruido aparte de sufrir pérdidas de su capacidad auditiva pueden llegar a la sordera, acusan una fatiga nerviosa que es Origen de una

¹⁹Prevención del Riesgo Laboral y Condiciones de trabajo. Publicado por; unión General de Trabajadores Europeos, basado en la II Encuesta Europea sobre condiciones de Trabajo, Dublin 1996.

²⁰Ibid pág. 4.

disminución de la eficiencia humana tanto en el trabajo intelectual como en el manual²¹.

Vibraciones: Son oscilaciones de partículas alrededor de un punto en un medio físico equilibrado cualquiera y se pueden producir por efecto del propio funcionamiento de una máquina o un equipo²².

Radiaciones: Son ondas de energía que inciden sobre el organismo humano pudiendo llegar a producir efectos dañinos para la salud de los trabajadores²³.

Condiciones termohigrométricas: Son las condiciones físicas ambientales de temperatura, humedad y ventilación en las que desarrollamos nuestro trabajo. Todo tipo de trabajo físico genera calor en el cuerpo, por ello, el hombre posee un sistema de autorregulación con el fin de mantener una determinada temperatura constante en torno a los 37°C. El confort térmico depende del calor producido por el cuerpo y de los intercambios con el medio ambiente²⁴.

Iluminación: La iluminación es un factor que condiciona la calidad de vida y determina las condiciones de trabajo en que se desarrolla la actividad. Para conseguir una iluminación correcta se deben tener en cuenta que la cantidad de energía luminosa que llegue al plano de trabajo sea la adecuada para la consecución del mismo²⁵.

Contaminantes: Son agentes extraños al organismo humano que puede producir alteraciones a la salud cuando están presentes en el ambiente²⁶.

²¹ Ibid. pág. 5.

²² Ibid. pág. 5.

²³ Ibid. pág. 6.

²⁴ Ibid. pág. 6.

²⁵ Ibid. pág. 6.

²⁶ Ibid. pág. 7.

Contaminantes químicos: Son sustancias que durante la fabricación, transporte, almacenamiento o uso pueden incorporarse al ambiente en forma de aerosoles, gases o vapores y, afectan a la salud del trabajador²⁷.

Contaminantes biológicos: Son microorganismos o partes de seres vivos que pueden estar presentes en el ambiente de trabajo y originar alteraciones en la salud. Los peligros biológicos pueden estar presentes en mucho puestos de trabajo: manipulación de productos de origen animal, cría y cuidado de animales, trabajos de laboratorios y clínicos, y, trabajos sanitarios²⁸.

4.2.1.2 Definición de Tarea

Tareas son las diferentes actividades que conforman y diferencian un puesto de trabajo²⁹.

Carga de trabajo: la carga de trabajo es el conjunto de obligaciones psicofísicas a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral³⁰.

Carga física: Está determinada por una serie de factores como propios del trabajo como; edad, sexo, constitución física y grado de entrenamiento³¹.

Carga: Cualquier objeto susceptible de ser movido³².

Manipulación manual: Cualquier operación de transporte o sujeción de una carga. Depende primordialmente del esfuerzo físico humano³³.

²⁷ Ibid. pág. 8.

²⁸ Ibid. pág. 8.

²⁹ Ibid. pág. 9.

³⁰ Ibid. pág. 9.

³¹ Ibid. pág. 10.

³² Ibid. pág. 10.

³³ Ibid. pág. 11.

Características de la carga: La superficie de la carga no deberá tener elementos peligrosos que generen riesgos de lesiones, la carga deberá tener el centro de gravedad fijo y centrado, si esto no fuera posible, se deberá advertir en una etiqueta o informe al trabajador para que busque un punto de apoyo³⁴.

Esfuerzo físico necesario: El esfuerzo que se realiza al levantar una carga³⁵.

Carga mental: Carga mental que se define como un esfuerzo de carácter cognoscitivo determinado por la cantidad y tipo de información provenientes en forma de las demandas del puesto de trabajo.

Durante la realización de un trabajo que exija un esfuerzo mental se ponen en funcionamiento unas superestructuras del hombre como la atención, la memorización, la abstracción y la decisión. Entre los factores que determinan la carga existen dos tipos de factores:

- **Factores externos:** Son aquellos que proceden del trabajo, es decir aquellos que se refieren al trabajo y los medios de trabajo como por ejemplo:

Reparto de tareas entre un número determinado de trabajadores, cualificaciones y formaciones exigidas.

Estructura del proceso productivo: Máquinas, productos utilizados, tratados y fabricados, y, medio ambiente.

Informaciones recibidas del proceso de productivo: Elementos y tipos, así como complejidad.

Tiempo que dispone el trabajador para procesar la respuesta.

Tiempo que dispone el trabajador para decidir la respuesta.

- **Factores internos:** son aquellos que afectan al trabajador condicionando la respuesta dada a una determinada información; se refieren a características personales del trabajador que inciden e influyen en la salud y vida laboral.

³⁴ Ibíd. pág. 12.

³⁵ Ibíd. pág. 12.

Edad
Nivel de aprendizaje
Características de la personalidad.
Nivel de satisfacción.
Actitud en el trabajo.
Formación.
Estado anímico.
Capacidad sensorial.⁰
Valores socioculturales³⁶.

4.2.1.3 Organización del trabajo

Organización del trabajo, se define como el conjunto de objetivos, normas y procedimientos, bajo los cuales se desarrolla el proceso de trabajo.

Factores de riesgo psicosociales: El conjunto de exigencias y características del trabajo y su organización que, al coincidir con las capacidades, necesidades y expectativas del trabajador inciden en la salud.

Se produce un desequilibrio en el estado del trabajador como consecuencia de la imposibilidad de responder adecuadamente a las demandas del trabajo, al ver frenada sus aspiraciones y expectativas.

Los factores psicosociales capaces de incidir en la vida laboral, podemos clasificarlos atendiendo a distintas variables:

Características de la empresa:

Dimensión de la empresa.

Imagen social de la empresa.

³⁶ Ibíd. pág. 13.

Ubicación de la empresa: Si el centro de trabajo está muy alejado del domicilio social se crean problemas debido a la falta de tiempo para el ocio³⁷.

Diseño del centro de trabajo: El diseño debe tener en cuenta el espacio disponible para cada trabajador, la distribución del mismo y el equipamiento.

El diseño debe ser tal que no deben existir puestos de trabajo aislados que creen claustrofobia y miedo, ni excesivamente abiertos que creen inseguridad; las situaciones de trabajo deben ser tal que permitan la fácil comunicación de las demandas laborales³⁸.

Características del puesto de trabajo:

Consista en una definición de objetivos, y elección de los medios³⁹.

Estructura de la organización:

Asignación de tareas y participación de la toma de decisiones.

Estilos de mando.

Comunicación en el trabajo: la relación con el resto del grupo de trabajo influye en gran medida en la estabilidad del individuo.

Las líneas de la comunicación pueden ser verticales y horizontales, es decir, entre los mandos y sus subordinados y, entre los propios trabajadores. Una deficiente comunicación es un factor de insatisfacción, estrés y conflictos laborales y personales⁴⁰.

³⁷ Ibid. pág. 13.

³⁸ Ibid. pág. 13.

³⁹ Ibid. pág. 14.

⁴⁰ Ibid. pág. 14.

4.2.1.4 Trabajo a turnos

El tiempo de trabajo es uno de los factores que más inciden en la vida cotidiana. Las horas trabajadas y el turno en que se desarrollen tienen incidencia en nuestra vida personal (tiempo libre, vida familiar, horas de descanso y ocio)⁴¹.

Tiempo de trabajo: La jornada de trabajo puede ser partida o continuada, siendo en este último caso, necesarios los tiempos de descanso en jornadas largas.

Las pausas introducidas durante la jornada laboral son uno de los medios más eficaces para combatir tanto la fatiga física como la mental⁴².

Horario de trabajo: el trabajo a turnos y, trabajo nocturno: el horario puede ser fijo o flexible, el trabajo a turnos está muy extendido y lo normal es que sean rotativos que suponen un constante cambio de ritmo de vida que modifica el equilibrio biológico y social dando lugar a la aparición de trastornos cardiovasculares, insomnio, fatiga⁴³.

Consecuencias:

- Alteración de los ritmos biológicos, cambio de los ciclos de sueño
- Alteración de los hábitos alimentarios.
- Alteraciones de la vida social y familiar.
- Acumulación de errores.
- Disminución de los reflejos⁴⁴.

⁴¹ Ibíd. pág. 14.

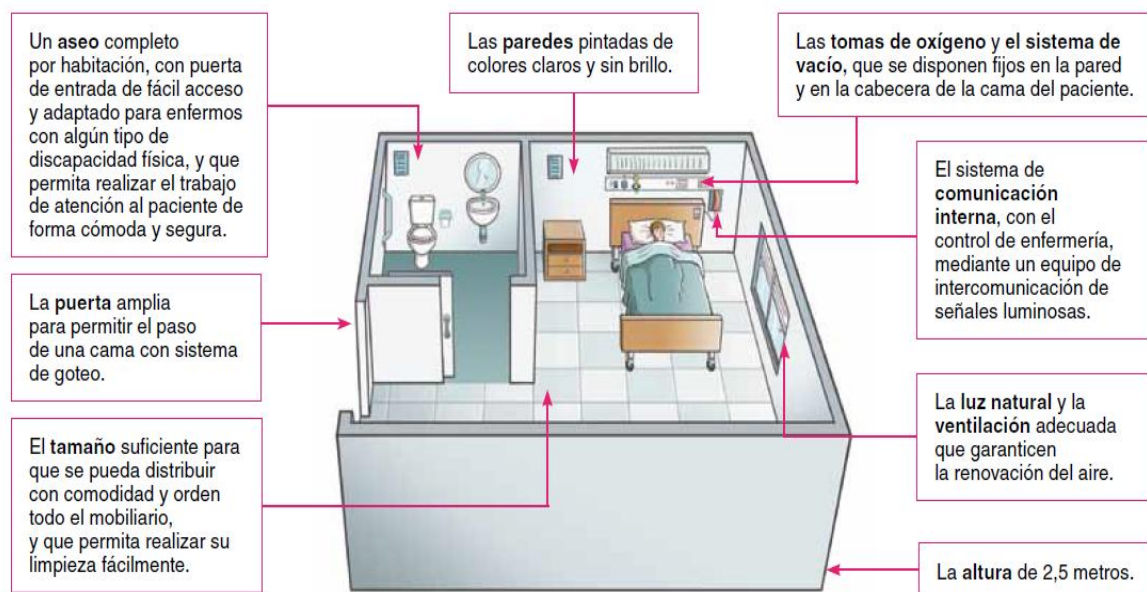
⁴² Ibíd. pág. 15.

⁴³ Ibíd. pág. 16.

⁴⁴ Ibíd. pág. 16.

Condiciones mínimas de una habitación hospitalaria para la prestación adecuada del servicio de enfermería.

Las condiciones adecuadas de trabajo presentan doble finalidad la primera brindar comodidad, seguridad y confort al paciente, la segunda garantizar un lugar de trabajo adecuado para la auxiliar de enfermería que presta el servicio asistencial, un modelo básico de una habitación hospitalaria con un mínimo de condiciones es lo que propone la guía de características básicas de unidad (habitación del paciente)



La figura ilustra algunas de las condiciones mínimas que debe contar una habitación que va a ser utilizada por un paciente⁴⁵

⁴⁵ Movilización del Paciente en Cama, Capítulo 8, Unidad 1 Guía para la Unidad del Paciente, Macgraw-Hill, España 2002. Disponible en internet: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>, consultado junio de 2011.

4.2.1.5 Condiciones ambientales

Dentro de las condiciones laborales se encuentran las siguientes condiciones ambientales:

Temperatura debe garantizar confort aproximadamente entre 20-22°C dependiendo de la zona donde se ubique la unidad del paciente, las viviendas que cuentan con refrigeración como aire acondicionado debe hacer mantenimiento y limpieza periódica para evitar contaminación con bacterias como la Legionella⁴⁶.

Ventilación principalmente se logra abriendo las ventanas y puertas por espacio aproximado de 10 a 15 minutos, en lo posible hacerlo durante el cambio de ropa de la cama y limpieza de la habitación, cuando la corriente de aire es fuerte se recomienda utilizar biombos para que el aire no llegue directamente al paciente, en los casos que se requiera utilizar dispositivos mecánicos estos deben estar en óptimo estado y limpieza.⁴⁷

Iluminación puede ser de dos tipos natural generada por los rayos solares o artificiales generada por iluminación eléctrica en tal grado que no cause incomodidad al paciente⁴⁸.

Ruido la insonorización de la habitación disminuye los db de ruido ambiental, el cual puede causar fatiga física y trastornos nerviosos⁴⁹.

⁴⁶ ALATRISTA Bambarén Celso, ALATRISTA de Bambarén Socorro. Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros, editores Sinco, Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú, dic 2008. Disponible en internet: <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17232/doc17232-contenido.pdf> consultado marzo de 2012.

⁴⁷ Ibíd.

⁴⁸ Ibíd.

⁴⁹ Ibíd.

4.2.1.6 Condiciones de infraestructura

La Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, propone unas condiciones básicas de vivienda en cuanto a su infraestructura que permita disponer de ambiente saludable que brinden seguridad y confort a quienes habiten en ellas bien sea de manera parmente o parcial⁵⁰.

Limpieza e higiene

La infraestructura física y las líneas vitales debe ser fáciles de limpiar y mantener. Es necesario usar materiales durables y que aseguren condiciones de asepsia en los espacios que así lo requieran⁵¹.

Accesibilidad

En todo lugar, se debe facilitar el ingreso y salida del personal, pacientes y visitantes, especialmente de aquellas personas con algún grado de discapacidad.

Los pasos y contrapasos de las escaleras deben ser cómodos, los corredores deben ser suficientemente anchos para permitir el fácil desplazamiento de las sillas de ruedas y camillas⁵².

Paredes

De las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la proliferación de vectores como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades⁵³.

Pisos

Deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Un suelo húmedo o de tierra es el sitio ideal para que vivan muchos parásitos e insectos que pueden poner en peligro la salud⁵⁴.

⁵⁰ VALENCIA Luis, ZEÑA Sandra. Hacia una Vivienda Saludable – Guía para el facilitador. Organización Panamericana de la Salud. Lima Perú. Disponible en internet <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/vivsal.pdf> consultado noviembre de 2011.

⁵¹ Ibid

⁵² Ibid

⁵³ Ibid

⁵⁴ Ibid

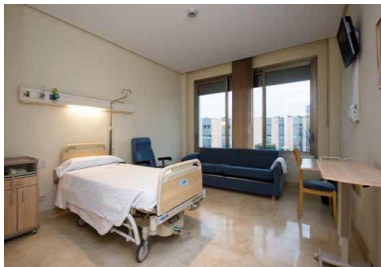
Techos

Deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales tales como ratas o murciélagos que generan enfermedades como la leptospirosis y la rabia.

Su diseño debe permitir el ingreso del sol, luz, iluminación y ventilación para evitar ambientes húmedos y poco ventilados⁵⁵.

Cama

La disponibilidad y comodidad de la cama facilita la atención del paciente, debe estar dotada con la ropa necesaria y se ubica en la habitación con tres de sus lados libres, esto permite el desplazamiento del personal asistencial, se coloca el cabecero contacto con la pared, pero sin quedar debajo de la ventana, ni cerca de la a puerta (para no obstaculizar el ingreso a la habitación el desarrollo del aseo.⁵⁶ .



La figura ilustra la ubicación de la cama.

⁵⁵ Ibid

⁵⁶ Ibid.

4.2.2 Definición del modelo de atención domiciliaria

La definición general del modelo de atención domiciliaria, hace referencia a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo multidisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de los pacientes, que salen de la clínica y requieren continuar su proceso de atención médica en casa, conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida.

El programa se ha posicionado en los últimos años como una estrategia de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional⁵⁷.

4.2.3 Actividades del servicio de atención domiciliaria

En el modelo de atención domiciliaria caben actividades de todo el espectro de los servicios de salud desde el fomento y la protección de la salud, la atención primaria, la prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, enfermedades de alto costo y procedimientos de rehabilitación⁵⁸.

⁵⁷ Ibid., p. 20

⁵⁸ Ibid., p. 21

En lo que se refiere a los distintos aspectos de su funcionamiento (tales como el ámbito sanitario donde se debe desarrollar, su eficacia económica y el de la población atendida), el tema de la atención domiciliaria aparece en muchos estudios como polémico y sujeto a discusiones y controversias.

No obstante, la mayor parte de los autores resaltan la necesidad de una mayor colaboración entre los servicios hospitalarios y extra hospitalarios (atención primaria, ambulatoria y domiciliaria y servicio social) para posibilitar una asistencia continua y eficaz. Dicho de otra forma, es imperativo adoptar una nueva filosofía asistencial que busque modernizar los sistemas.

De igual forma diversos estudios relacionados con el desarrollo laboral del personal asistencial publican que la mayor causa de ausentismo está relacionada con incapacidades por diagnóstico de origen osteomuscular.

4.2.4 Riesgos en la atención asistencial domiciliaria

Los riesgos en la atención asistencial domiciliaria en salud esta influenciados por diversos factores, como lo evidencia un estudio realizado en Nueva York en el cual prevalecen factores como; trabajo en solitario; falta de capacitación, escasa formación, insuficiente supervisión de las labores, trabajo en viviendas deterioradas, ubicación de viviendas en vecindarios de alto riesgo, dolores de espalda, lesiones osteomuscular producidas al incorporar los usuarios, actos de violencia en los domicilios, enfermedades infecciosas, sustancias químicas de uso doméstico, con frecuencia están incorrectamente etiquetados, estrés, suministro insuficiente de guantes, batas y mascarillas.⁵⁹ Es pertinente mencionar que en el contexto real de nuestra región, el servicio de atención asistencial en salud domiciliaria se identifica con los factores de riesgo mencionados anteriormente, pero se carece de su caracterización y documentación que influyen en la salud del trabajador.

⁵⁹ COLBERT, Leonora. Trabajadores de la atención domiciliaria, la experiencia de Nueva York. Enciclopedia de la salud y seguridad de trabajo. Nueva York; 2009. Tomo 3 Disponible en internet:
Web.<http://www.mtin.es/es/publica/pubelectronicas/desatacadas/encilo/general/contenido/tomo3/97.pdf>: consulta: 5 abril de 2011.

A si mismo Borges Romero menciona que el personal de enfermería se expone a condiciones de trabajo de alto riesgo dado que entra en contacto con factores biológicos, químicos, sobre carga física, condiciones sanitarias deficientes, y presión psicológica⁶⁰.

Factor de riesgo biológico: por contactos permanentes con fluidos orgánicos del paciente, sin la medida de protección personal adecuadas.

Factor de riesgo químico: causado por inadecuada manipulación de agentes químicos presentes en detergentes, desinfectantes y los medicamentos.

Factor sanitario: por condiciones de infraestructura deteriorada o carente y en condiciones de asepsia precarias, como pisos, techos, paredes, sanitarios, lavamanos, procedimientos de recolección de desechos hospitalarios.

Factor de riesgo físico: producidas por condiciones de ruido, iluminación, ventilación, temperatura, que no brindan confort al trabajador porque se encuentran en términos extremos.

Factor de carga física: entre los que se puede mencionar la manipulación de pacientes sin ayuda causando dolor de espalda particularmente a nivel de la región lumbar.⁶¹

⁶⁰ Borges, Romero Aismara, Médica Magister en Salud Ocupacional, Docente FCS-UC, Investigadora del CEST-UC, Maracay, Aragua, Venezuela, Ponencia presentada en el marco de las III Jornadas Científicas de Enfermería "Texas Marina Reyes Álvarez". Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/personal/personal.pdf>, consultado febrero 16 de 2011 Del 12 al 15 de Mayo, 1998.

⁶¹ Borges, Romero Aismara, Médica Magister en Salud Ocupacional, Docente FCS-UC, Investigadora del CEST-UC, Maracay, Aragua, Venezuela, Ponencia presentada en el marco de las III Jornadas Científicas de Enfermería "Texas Marina Reyes Álvarez". Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/personal/personal.pdf>, consultado febrero 16 de 2011 Del 12 al 15 de Mayo, 1998.

4.2.5 Lesiones prevalentes

Las auxiliares con mayor tiempo de experiencia laboral presentan lesiones musculoesquelética en diversas partes del cuerpo como extremidades superiores (dedos, muñeca / mano, codo, hombro), y extremidades inferiores (Cadera, muslo, rodilla, tobillo / pie, dedos de los pies), en promedio, más del 30% de las auxiliares de enfermería reportaron dolor o lesiones osteomusculares en un periodo de 12 meses como consecuencia del esfuerzo por manipulación de pacientes, superando el número de incapacidades de auxiliares con menos tiempo de experiencia en la labor.⁶², lo que determina que el alto porcentaje de lesiones osteomusculares están relacionadas con el tiempo de exposición a la labor.

Según GRADY T Holman la alta frecuencia de traslados realizados por las auxiliares de enfermería a los pacientes, durante la atención asistencial es considerado el riesgo de mayor causa de lesiones de espalda, por lo que se recomienda según la patología del paciente trasladarlo utilizando ayudadas necesarias para ejecutar dicha función, dado que diariamente la rutina de traslados es necesaria y se hace desde la cama a la silla, de la silla a la cama, de la cama al baño y en general un amplio número que no se puede dejar de realizar⁶³.

Es así como entre los factores causantes de lesiones en las auxiliares de enfermería se encuentra el número de traslados de los pacientes, con un aspecto en contra que corresponde a la carencia de ayudas bien sean por parte del familiar del paciente o por falta de equipos mecánicos que faciliten la labor y eviten posibles molestias de salud.

⁶² HERNÁNDEZ Luz, Ash Genaidy, SUE Davis and Lin Guo. A study of Musculoskeletal Strain Experienced by Nurses ; Musculoskeletal Research Laboratory, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, USA Ali Alhemoud Techno-Economics Department, Kuwait Institute for Scientific Research, Safat 13109, Kuwait 1998

⁶³ GRADY T Holman. Decision Factors in Patient, Auburn University 2002. Disponible en internet: <http://www.facultyzoo.com/holman/Holman%20-%20Decision%20Factors%20in%20Patient%20Handling%20-%20Utah.pdf> información consultada mayo 23 de 2011, págs. 12, 15,17.

4.2.6 Patologías de mayor recurrencia

Así mismo un estudio realizado en tres hospitales de Italia sobre la influencia de condiciones laborales y la asociación con el alto grado de lesiones por trastornos musculo esqueléticos, publicó que de 1159 auxiliares de enfermería que participaron libremente del estudio observacional el 87% de los factores de mayor correlación con las lesiones osteomusculares son la edad, sexo, grado de intensidad laboral, antigüedad en el cargo, siendo las patologías de mayor recurrencia la hernia discal, lumbalgia aguda, principalmente para quienes llevaban entre 5 y 10 años de labor, con un intervalo de confianza del 95% las mayor frecuencia de molestia con respecto a la muestra control es en las vías cervicales, dorsales y lumbares, en cuanto a la mayor postura se reporta que el 65% de la población estudio se mantiene de pie por más de 4 horas continuas MANRIQUE ⁶⁴.

4.2.7 Manejo de cargas

El INSHT Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en España, teoriza que cualquier actividad de traslado y levantamiento de una carga que presente características ergonómicas inadecuadas y potencialice un posible riesgo principalmente causante de lesiones dorso lumbares para los trabajadores que la manipulan, debe establecerse medidas necesarias para minimizar los riesgos a niveles tolerables, recomendando el uso de ayudas mecánicas, como también mejorar las condiciones de trabajo que permitan un adecuado manejo de las cargas⁶⁵.

⁶⁴ DONATELLA Camerinoa, STRAIN. Job and musculoskeletal disorders of Italian nurses, a Ergonomic Unit, Department of Occupational Health, University of Milan, Italy Occupational Medicine Unit, University of Milan, S. Gerardo Hospital, Monza, Italy, Occupational Ergonomics II, 2001.

⁶⁵ INSHT Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía Técnica de manipulación Manual de cargas, abril 14 de 1997. Disponible en internet: <http://www.uv.es/~cgt/prevencion/CARGAMAN.htm#factores de riesgo>. Consultado abril 22 de 2011.

4.2.7.1 GATISO Desordenes musculo esqueléticos

La OIT define los desórdenes musculo esqueléticos como aquellos desordenes relacionados con el trabajo, que incluyen alteraciones de los músculos, tendones, vainas tendinosas, síndromes de atrapamientos nerviosos, alteraciones articulares y neurovasculares. También se denominan lesiones por trauma acumulativo (LTA) que son lesiones que se han desarrollado gradualmente como resultado de un esfuerzo repetitivo en alguna parte específica del sistema músculo esquelético (GATISO DESORDENES MUSCULO ESQUELÉTICOS)

Por consiguiente los auxiliares de enfermería que prestan servicio asistencial domiciliario en salud durante el desarrollo de su labor diaria, en la mayoría de los casos deben movilizar a los pacientes y de forma directa están manipulando cargas, que de no hacerlo en condiciones apropiadas puede incidir en el proceso de salud-enfermedad.⁶⁶

4.2.7.2 Relación entre lesiones y ayudas mecánicas

STOBBE en (1988) citado por Vieira, en un estudio comparativo de dos grupos de auxiliares de enfermería que prestan servicios asistenciales en pacientes que requieren de alta frecuencia de movilidad, asigno en 1215 días una distribución de ayuda con grúas para el levantamiento de pacientes por cada turno, a un grupo asigno más de cinco levantamientos con grúa y al otro grupo de pacientes con patologías similares distribuyo menos de dos levantamientos con grúa, demostrando con una diferencia del 10% en reportes de lesiones en espalda, que la asociación de la lesión con la frecuencia de ayuda es directamente proporcional a mayor ayuda, menor probabilidad de $p < 0.01$ de dolor de espalda baja⁶⁷ sin embargo en el entorno local de trabajo en el que diariamente laboran las auxiliares de enfermería en su mayoría no cuentan con ayudas mecánicas como grúa o ayudas manuales como el

66

⁶⁷ Vieira Edgar Ramos BSc MSc NURSING AND HEALTHCARE MANAGEMENT AND POLICY Low back problems and possible improvements in nursing jobs PhD Student, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada 2005

STOBBE T.J., PLUMMER R.W., JENSEN R.C. & Attfield M.D. Incidence of low back injuries among nursing personnel as a function of patient lifting frequency. Journal of Safety Research, 1998.

acompañamiento de las familias para el traslado o levantamiento de los pacientes no porque la patología del paciente no lo requiera sino porque se carece de condiciones mínimas de trabajo.

A su vez la utilización de ayudas mecánicas o humanas en la movilización de los pacientes contribuyen en la disminución de lesiones osteomusculares, como se menciona en un estudio retrospectivo realizado en auxiliares de enfermería de un Hospital de Canadá compara la tasa de lesiones osteomusculares en auxiliares enfermería del área de ortopedia y las auxiliares de cuidados intensivos, mostrando que por las condiciones del área laboral, y la carencia en disponibilidad de equipos y de ayudas se reporta la tasa más alta de 4.3% de lesiones en espalda correspondiente al personal asistencial del área de ortopedia, mientras que otras áreas no superan la tasa de lesiones de 3.1%.(5), a su vez este estudio fundamenta la necesidad de establecer parámetros de procesos que contribuyan a garantizar condiciones mínimas de trabajo donde se disponga de ayudas según la necesidad de cada paciente, con la finalidad de facilitar la labor de la auxiliar de enfermería y por consiguiente evitar lesiones en su salud, además que el número de incapacidades conlleva a incrementar el ausentismo laboral incidiendo en los márgenes de utilidad operacional de la empresa.

4.2.7.3 Uso de Dispositivos ajustables

Según CABOORM el uso de equipos ajustables como camas hospitalarias durante la manipulación de pacientes, con el grado de esfuerzo aplicado por las auxiliares de enfermería, demostró a través de mediciones de electromiografía que el ajuste de la altura de la cama mejora la postura corporal de los individuos minimizando el grado de flexión, rotación inclinación lateral y axial, brindado mayor seguridad en los movimientos, además de disminución de tiempo en la tarea evitando sobre esfuerzos. La altura de la cama estándar utilizada fue de 0.515m para auxiliares con estatura promedio de 1.66 m y peso corporal de 61 kg para mujeres y para hombres con estatura promedio de 1.75m y 75 kg de peso corporal, para ambos géneros en la

práctica fue necesario realizar ajuste de la cama (subir, bajar girar) según la actividad, hasta el punto de confort ⁶⁸, en las condiciones actuales a nivel local el porcentaje de la población de pacientes que dispone de camas con sistemas de ajuste en la altura es muy reducido lo que conlleva posiblemente al incremento de lesiones osteomusculares, dado que deben incrementar el esfuerzo para movilizar los pacientes.

4.2.7.4 Utilización del método Mapo

Teniendo en cuenta que son diversos los factores que influyen en la aparición de molestias musculoesqueléticas manifestadas principalmente con dolor de espalda en las auxiliares de enfermería que prestan servicio asistencial en los domicilios de los pacientes, TALONI en Milán Italia en el año 2004 realizó una investigación cuantitativa en personal que realizaba tareas de cuidado a población infantil y en la cual debían realizar diversos movimientos corporales repetitivos con levantamientos de carga, para cuantificar el riesgo de lesión de espalda utilizó el Índice MAPO “Movimento e Assistenza Ospedalizzata” clasificando el riesgo en un periodo de tres puntos: bajo, medio y alto, con el argumento que a mayor flexión del tronco, mayor esfuerzo en la columna cervical y por consiguiente presencia de dolor.



Los resultados concluyeron que los valores del índice dependen de la duración en la posición, el grado de inclinación del cuerpo, el tipo de movimiento con o sin carga. Entre los valores obtenidos de índice de dolor fueron significativos con una $p < 0.05$, también determinaron este método como un instrumento valioso y práctico para calcular de manera cuantitativa y proponer mejoras en las condiciones laborales para

⁶⁸ CABOOR, M. O, VERLINDE, E. ZINZEN, P. VAN ROY, M. P. VAN RIEL and JAN PIETER CLARYS, Implications of an adjustable bed height during standard nursing tasks on spinal motion, perceived exertion and muscular activity, Department of Experimental Anatomy, Faculty of Physical Education and Physiotherapy, Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaan Brussels, Belgium 2000.

reducir o eliminar los factores de riesgo que pueden ocasionar trastornos musculoesqueléticos⁶⁹

La identificación de factores de riesgos en los puestos de trabajo, es una acción primordial que permite, planificación, evaluación y planteamiento de acciones de control que conlleven a disminuir el posible impacto perjudicial para la salud de los trabajadores durante la práctica laboral⁷⁰. Contribuyen a plantear esquemas de fundamentación para posibles medidas de intervención que orienten de manera en el logro de resultados que proporcionen impacto en la salud del trabajador.

4.2.8 Entorno De Conocimiento Nacional

4.2.8.1 Condiciones Laborales

LEGUIZAMÓN cita que en Colombia un estudio realizado en Santa Fe de Bogotá describe algunas de las condiciones de desempeño laboral y salud física- psicosocial, evaluando aspectos como horario laboral (6,8 o 12 horas diarias), institución que trabajan privada o pública y función de la enfermera, mostrando que las auxiliares vinculadas a instituciones públicas presentaron indicadores de salud más cercanos a nivel del riesgos que las vinculadas a instituciones privadas, concluyendo que es necesario enfatizar sobre variables moderadoras como la unidad de trabajo, el tipo, la enfermedad del paciente, las condiciones ambientales a las que están expuestas como (ruido, luz, temperatura, cargas pesadas, hacinamiento, exposición a sustancias químicas, apoyo a la demanda del servicio,) permitiendo generar posibles investigaciones.

⁶⁹ TALONI, Silvia, *Job. and Job. and An Giovanni index for back pain risk assessment innursery activities* TBM Lab. Dipartimento di Bioingegneria, Politecnico di Milano, Italy 2004.

⁷⁰ COLBERT, Leonora. *Trabajadores de la atención domiciliaria, la experiencia de Nueva York*. Enciclopedia de la salud y seguridad de trabajo. Nueva York; 2009. Tomo 3 Disponible en internet:
Web.<http://www.mtin.es/es/publica/pubelectronicas/desatacadadas/encilo/general/contenido/tomo3/97.pdf>: consulta: 29 abril de 2011.

La población objeto de estudio son auxiliares de enfermería con 17 años de experiencia, mostrando que el 49% trabajan horas extras, el 60% no tienen descanso además del tiempo de comida durante la jornada laboral, el 66% trabajo en horario diurno y el 34% en nocturno, en cuanto a las condiciones físicas del desempeño laboral se evaluaron teniendo en cuenta la presencia o ausencia de ruido, calor, frio, luz deficiente, hacinamiento, gases, polvo o humo, pero no se presentaron resultados estadísticos de estos factores que permitieran establecer su relación con la actividad laboral⁷¹ .

Otra investigación llevada a cabo en Colombia Tunja Boyacá entre junio y diciembre de 2005, de tipo descriptivo de corte transversal en profesionales de enfermería del hospital, sobre condiciones laborales y grado de satisfacción, mediante la aplicación de los instrumentos NTP 394 de Jesús Pérez- Bilbao (escala general de Satisfacción laboral), y una encuesta de caracterización demográfica. Evaluando las variables de: sexo, edad, tipo de vinculación, modalidad de contratación, rango de salario, antigüedad, categoría profesional, estado civil, servicio de trabajo, intensidad de horario semanal, condiciones físicas del trabajo, mostrando como resultado que sus edades varían entre 22 y 48 años, el 79% esta de planta, el 64% está contratado a termino indefinido, el 71% tiene 10 años de trabajo, la satisfacción laboral aumenta con los años de trabajo, al igual que las auxiliares que tienen alto grado de conflictos con las familias presenten menos grado de satisfacción laboral, el estudio concluye que el mayor grado de satisfacción laboral lo da el tipo de vinculación cuando es directamente por la empresa y no por intermediarios como el caso de las cooperativas⁷²

⁷¹ LEGUIZAMÓN Luz Consuelo, ORTIZ Gómez Viviola, Condiciones Laborales y de Salud en enfermeras de Santafé de Bogotá, publicado en: International Journal of Clinical and Health Psychology, enero año/ vol. 2, número 001, Asociación Española de Psicología Conductual AEPAC Granada, España PP. 173-182

⁷² HERRERA Amaya, MANRIQUE Giomar, Abril, Fred Gustavo Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería, publicado en Aquichan vol. 8, numero 2 octubre de 2008 PP. 243-256 Universidad de la Sabana Colombia

La carencia de condiciones laborales favorables como acondicionamiento o confort térmico, ventilación e iluminación, presencia de riesgos físicos, químicos, biológicos, presentan impacto en la salud de los trabajadores, y la identificación de estos factores permiten crear estrategias de promoción y prevención.⁷³ .

⁷³ TOMASINA Fernando, BOZZO Elizabeth, BOZZO, Elizabeth; CHAVES, Elizabeth y PUCCI, Francisco. Impacto de las Condiciones Laborales en la Salud de Trabajadores de un Centro Quirúrgico, publicado en la Revista Cubana de Salud Publica vol. 34 numero 2 Ciudad de La Habana abril de 2008.

5. MARCO LEGAL

Decreto 1295 de 1994; por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Del Ministro de Gobierno de la República de Colombia, delegatorio de funciones presidenciales⁷⁴.

Resolución número 2646 de 2008; (julio 17), Ministerio de la protección social, sobre Factores de riesgo psicosocial en el trabajo, determina.

Artículo 3º. Definiciones. La presente resolución adopta las siguientes definiciones, carga física, condiciones de trabajo, persona – tarea, condiciones del medioambiente de trabajo, condiciones de trabajo, estrés⁷⁵.

Ley 9/79

Artículo 81.- La salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socio-económico del país; su preservación y conservación son actividades de interés social y sanitario en las que participan el Gobierno y los particulares

Artículo 84.- Proporcionar y mantener un ambiente de trabajo en adecuadas condiciones de higiene y seguridad, establecer métodos de trabajo con el mínimo de riesgos para la salud dentro de los procesos de producción;

⁷⁴ DECRETO 1295 DE 1994 (junio 22) Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales Ministro de Gobierno de la República De Colombia.

⁷⁵ Resolución numero 2646 de 2008 (julio 17), Factores de riesgo psicosocial en el trabajo. P 2,5,6,10. Ministerio de la protección social, Republica de Colombia.

Artículo 90.- Las edificaciones permanentes o temporales que se utilicen como lugares de trabajo, cumplirán con las disposiciones sobre localización y construcción establecidas.

Artículo 92.- Los pisos de los locales de trabajo y de los patios deberán ser, en general, impermeables, sólidos y antideslizantes; deberán mantenerse en buenas condiciones y en lo posible, secos, para la seguridad de los trabajadores.

Artículo 101.- En todos los lugares de trabajo se adoptarán las medidas necesarias para evitar la presencia de agentes químicos y biológicos en el aire con concentraciones, cantidades o niveles tales que representen riesgos para la salud y el bienestar de los trabajadores o de la población en general.

Artículo 105.- En todos los lugares de trabajo habrá iluminación suficiente, en cantidad y calidad, para prevenir efectos nocivos en la salud de los trabajadores y para garantizar adecuadas condiciones de visibilidad y seguridad.

Artículo 106.- El Ministerio de Salud determinará los niveles de ruido, vibración y cambios de presión a que puedan estar expuestos los trabajadores.

Artículo 107.- Se prohíben métodos o condiciones de trabajo con sobrecargo o pérdida excesiva de calor que puedan causar efectos nocivos a la salud de los trabajadores.

Artículo 108.- En los lugares de trabajo donde existan condiciones o métodos que puedan afectar la salud de los trabajadores por frío o calor, deberán adoptarse todas las medidas necesarias para controlar y mantener los factores de intercambio calórico entre el ambiente y el organismo del trabajador.

Artículo 109.- En todos los lugares de trabajo deberán tener ventilación para garantizar el suministro de aire limpio y fresco, en forma permanente y en cantidad suficiente⁷⁶.

⁷⁶ Ley 9 de 1979, Título III Salud Ocupacional, por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Ministerio de Salud, Republica de Colombia

Resolución N° 4445 de 1996, Por el cual se dictan las normas para el cumplimiento de las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Modificatorios del Decreto 5042 de 1996 y decreto 2240 de 1996⁷⁷.

Resolución 1043 de 2006, Estándar instalaciones físicas.

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones⁷⁸

CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

DECRETO 1011, TITULO II, SOGCS Artículo 3°. Características del SOGCS: Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

⁷⁷ Resolución Número 4445 de 1996. Ministerio de salud. Republica de Colombia

⁷⁸ Resolución Número 1043 De 2006 (del 3 de abril de 2006) Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2° del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006. Republica de Colombia.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico⁷⁹.

⁷⁹ DECRETO 1011 DE 2006 (abril 3) por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En cumplimiento de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001, República de Colombia.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las condiciones laborales de las auxiliares de enfermería de servicio de cuidados básicos, de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente colombiano durante el periodo de junio – septiembre de 2013.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar el modelo organizacional utilizado en el servicio de cuidados básicos de atención asistencial domiciliaria en salud.

Caracterizar los procesos operativos que realizan las auxiliares de cuidados básicos del servicio de atención domiciliaria en salud.

Caracterizar los puestos de trabajo en los diferentes estratos socioeconómicos donde se presta el servicio de atención domiciliaria en salud.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de corte transversal, porque sólo se hace una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio.

Este tipo de estudio es útil para caracterizar el estado de salud de la población en un punto en el tiempo⁸⁰ y con base en los resultados establecer planes de acción para mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo.

7.2 ÁREA DE ESTUDIO

Domicilio de los pacientes que requieran de atención de servicio asistencia en salud.

7.3 POBLACIÓN

Corresponde a los puestos de trabajo ubicados en el domicilio del paciente, donde las auxiliares de enfermería desarrollan su labor.

7.4 Tamaño de muestra⁸¹

Considerando un total aproximado de $N = 204$ servicios esperados de atención domiciliaria (ver grafica de tamaño muestral), una probabilidad máxima de selección **P (50%)**, un margen de error de **del (5%)** y un nivel de confianza del 95%, con base en el Programa Estadístico Epitable 6.04⁸² el tamaño de muestra necesario es de **n = 134**, el cual se observa en la gráfica de tamaño muestral, proporción simple.

⁸⁰ (Mauricio Hernández-Avila, Ph.D.,(1) Francisco Garrido-Latorre, M. en C.,(2) Sergio López-Moreno, M.C.(2))

⁸¹ Carvajal R., Estadística para Análisis Epidemiológico, Editorial Catorse, 2004 p.173

⁸² Versión 6.04. Subrutina EPITABLE: Simple size, single proportion

Grafico tamaño muestral

Tamaño muestral, Proporción simple

Tamaño de la población204

Precisión deseada (%)5

Prevalencia esperada (%)50

Efecto del Diseño1.00

Riesgo ó

() 10%

(•) 5%

() 1%

() 0.1%

() 0.01%

Calcular

Reiniciar

Editar

Imprimir

Salir

Precisión deseada (%)5.0

Prevalencia esperada (%)50.0

Efecto del Diseño1.0

Nivel de confianza95%

Tamaño muestral134

El total de servicios demandados durante el período y el tamaño de muestra seleccionado están distribuidos por zona geográfica, se muestra a continuación:

Tabla 1: Distribución por zonas geográficas

Zona	# Pacientes	Tamaño de muestra
Norte	42	28
Sur	102	67
Oriente	60	39
Total	204	134

Versión 6.04. Subrutina EPITABLE: Simple size, single proportion

Se seleccionó una muestra aleatoria proporcional al tamaño de la zona donde se preste el servicio.

7.4.1 Criterios de selección

7.4.1.1 Criterios de inclusión

- Sitio de atención de pacientes que soliciten el servicio de atención domiciliaria y se les haya prestado el servicio (vivienda del paciente atendido).
- Que el paciente sin restricción de edad, reciba el servicio de cuidados básicos por una auxiliar de enfermería del servicio domiciliario en salud.

7.4.2 Criterios de exclusión

- Que el familiar o acudiente del paciente no autorice la evaluación del puesto de trabajo.

7.5 VARIABLES

Tabla 2: VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE VALOR	METODO DE RECOLECCION
EQUIPAMIENTO Y MEDIOS DE TRABAJO (camas con sistema de ajuste, equipos para traspaso de pacientes).	Condiciones físicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
DEMANDAS FISICAS (transferencias manuales, posturas inadecuadas).	Condiciones físicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
CONDICIONES DEL PACIENTE (edad y peso).	Condiciones físicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
ESPACIOS DE TRABAJO (rampas, barras de sujeción, áreas).	Condiciones físicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO (sistema de turnos, pausas programadas, inducción).	Condiciones Intralaboral	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
CONDICIONES AMBIENTALES (iluminación, ventilación, ruido, químicos, biológicos).	Condiciones ambientales	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
RESPONSABILIDADES Y ACTIVIDADES (actividades relacionadas con la jornada de trabajo).	Condiciones intralaborales	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
CAMBIOS EN EL TRABAJO	Condiciones intralaborales	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
INFORMACION SOBRE EL TRABAJO	Condiciones intralaborales	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS BIOLOGICOS.	Condiciones biológicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
GUARDIANES DE SEGURIDAD.	Condiciones biológicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP).	Condiciones biológicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo
PRACTICAS SEGURAS	Condiciones biológicas	Cualitativa	Nominal	Lista de chequeo

7.6 RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se inició el proceso de recolección de datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Para este propósito se utilizó los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Factores de riesgo Psicosocial intralaboral, propuesto por la Universidad Javeriana y validado por el Ministerio de Protección Social, de libre uso.

De este instrumento se tomaron los siguientes apartes: 1) Condiciones ambientales, 2) Responsabilidad y actividades en el trabajo, 3) Cambios en el trabajo 4) información que la empresa ha dado sobre el trabajo.

- Lista de chequeo de riesgos biomecánicas asociados a la manipulación de pacientes, Mutual de seguridad C.Ch.C., de uso libre.
- Aparte tomado de la Lista de chequeo para riesgo biológico y residuos hospitalarios, ARP SURA, última modificación septiembre de 2007, de uso libre.
- Revisión documental de información relacionada con la empresa prestadora de servicios domiciliarios en salud.

Los instrumentos aplicados por las investigadoras al auxiliar de enfermería que se encuentre de turno en el puesto de trabajo visitado. Se explicó previamente el objeto del instrumento y su forma de diligenciamiento. La firma del consentimiento informado, fue previo a la aplicación del mismo.

7.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La información recolectada se llevó a una base de datos de Excel.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0, una vez importada la base de datos de Excel.

7.7.1 FASE 1: SOCIALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación se socializó ante el programa de la Maestría en Salud Ocupacional de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, ante la empresa de servicio de atención domiciliaria en salud, con sede en la ciudad de Cali y a cada uno de los entes que participan de manera voluntaria de la investigación, incluyendo pacientes, familiares y auxiliares de enfermería que autoricen la evaluación del puesto de trabajo, se presenta el objetivo de la investigación con miras a plantear alternativas de solución a la problemática identificada, la población objeto de estudio, los métodos de evaluación, los resultados y las posibles recomendaciones con el propósito de mejorar las condiciones de salud ocupacional de la población trabajadora.

7.7.2 FASE 2: SELECCIÓN DE MUESTRA

La muestra tomada de la población objeto de estudio, cumplió con los criterios de inclusión que representen las características de la población, la participación fue totalmente libre y voluntaria. De igual forma previamente las personas responsables de autorizar la evaluación a cada puesto de trabajo, conocieron el objeto de estudio de la investigación y los alcances de la misma.

7.7.3 FASE 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado se dio a conocer a las personas responsables de autorizar la evaluación de cada puesto de trabajo por parte de las investigadoras, dejando claro que las personas participantes de la investigación, conocen el objetivo, el alcance y los efectos en la salud, lo cual dejan validado por escrito al firmar el consentimiento informado.

7.7.4 FASE 4: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos de evaluación que se aplicaron fueron validados y aprobados como herramientas de identificación de factores de riesgo en condiciones laborales y han sido utilizados en investigaciones previas que han sido publicadas, minimizando de esta forma la aparición de sesgos por instrumento, así mismo cada instrumento cuenta con su respectiva escala de evaluación⁸³.

7.7.5 FASE 5: PROCESAMIENTO DE DATOS

Se utilizaron medidas de tendencia central y variabilidad para variables numéricas y distribución porcentual y prevalencias para variables categóricas.

⁸³ Lista de chequeo de riesgos ergonómicos asociados a la manipulación de pacientes, Mutua de seguridad C.Ch.C. Santiago de Chile. Tipo de uso libre.

- II MCuestionario de Factores de riesgo Psicosocial intralaboral, propuesto por la Universidad Javeriana y validado por el Ministerio de Protección Social. De este instrumento se tomara los siguientes apartes: 1) Condiciones ambientales, 2) Responsabilidad y actividades en el trabajo, 3) Cambios en el trabajo y 4) información que la empresa ha dado sobre el trabajo. Bogotá. Tipo de uso libre.
- Aparte tomado de la Lista de chequeo para riesgo biológico y residuos hospitalarios, ARP SURA, última modificación septiembre de 2007. Tipo de uso libre.

7.7.6 FASE 6: ANALISIS DE RESULTADOS

Con los resultados de la investigación se espera lograr desarrollar recomendaciones que permitan establecer bases para futuras investigación de intervención y evaluación del efecto.

7.7.7 FASE 7: SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán presentados y sustentados ante la Maestría de Salud Ocupacional de la Escuela de Salud Pública y a la gerencia de la empresa que presta servicios de atención domiciliar en salud.

7.8 CONSIDERACIÓN ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de esta investigación se requirió de la autorización de los pacientes y/o acudientes, que sean responsables de la vivienda donde se encuentra el puesto de trabajo que participa en el estudio. Así mismo se requirió de la participación del auxiliar de enfermería que se encuentra de turno en el momento de la visita.

Para este propósito se siguieron los lineamientos establecidos por la Resolución 8430 de 1993, donde se resalta la necesidad de prevalecer la seguridad de los participantes. De acuerdo con esta resolución, este estudio aplica en la categoría sin riesgo ya que la evaluación se realizara al puesto de trabajo y no a las personas. No existe una probabilidad significativa de afectar el área donde se va a llevar a cabo la evaluación.

La investigación fue realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano. Una de las investigadoras labora en la empresa donde se desarrolló la investigación, no existiendo relación de subordinación de las

auxiliares de enfermería con ella. En los puestos de trabajo donde se hizo la evaluación no reside ninguno de los pacientes que son atendidos por la investigadora.

La segunda investigadora es externa a la empresa evitando el conflicto de intereses. Se contó con el Consentimiento Informado y por escrito de la persona que autoriza el ingreso al puesto de trabajo a evaluar, éste fue firmado por el paciente en caso de presentar las condiciones neurológicas y cognitivas adecuadas, o por el acudiente en los casos de que el paciente este en estado de interdicción o sea menor de edad.

Las investigadoras tienen total autonomía y privacidad en el desarrollo de la investigación, la empresa donde se realizó el trabajo no ha tenido ningún tipo de influencia sobre su metodología.

El desarrollo del trabajo de campo se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización para el acceso a la vivienda donde está ubicado el puesto de trabajo a evaluar, del auxiliar de enfermería que se encuentre de turno y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Facultad de salud de la Universidad del Valle.

Se realizó un primer contacto telefónico con el paciente y/o acudiente solicitando el permiso para la visita en el domicilio y se acordó el horario de tal manera que no interfirió con las actividades prioritarias de cuidado del paciente, resaltando que se tiene un tiempo estimado de 45 minutos para cada visita. Sin embargo, en el caso que se presente una urgencia de atención con el paciente, se dio el espacio que fue necesario o en tal caso se contactó con la auxiliar por fuera de su turno de trabajo. Es preciso aclarar que la visita constó de un tiempo de observación por parte del investigador donde no se requiere de la participación del auxiliar, y otro momento donde fue necesario que se contesten algunas preguntas.

Se explicó con detalle al acudiente, paciente y auxiliar de enfermería que este de turno, el objeto del trabajo y contenido del consentimiento. Luego de ser aceptado el acceso al puesto de trabajo se procedió a la firma del mismo.

En esta investigación para proteger la privacidad de los puestos de trabajo, en los instrumentos que se aplicaron no se registró los datos de identificación como dirección, nombre del paciente, acudiente y tampoco de la auxiliar, solo se especificó el estrato al que pertenece, por lo tanto los instrumentos tienen una codificación. Los resultados obtenidos se utilizaron única y exclusivamente para los propósitos de esta investigación, identificar las condiciones laborales de las auxiliares de enfermería de cuidados básicos, en el servicio de atención de salud domiciliaria; tal cual como lo establece el código internacional de ética de salud ocupacional, donde el principal objetivo es promover un medio ambiente de trabajo sano, seguro y proteger la capacidad laboral de los trabajadores.

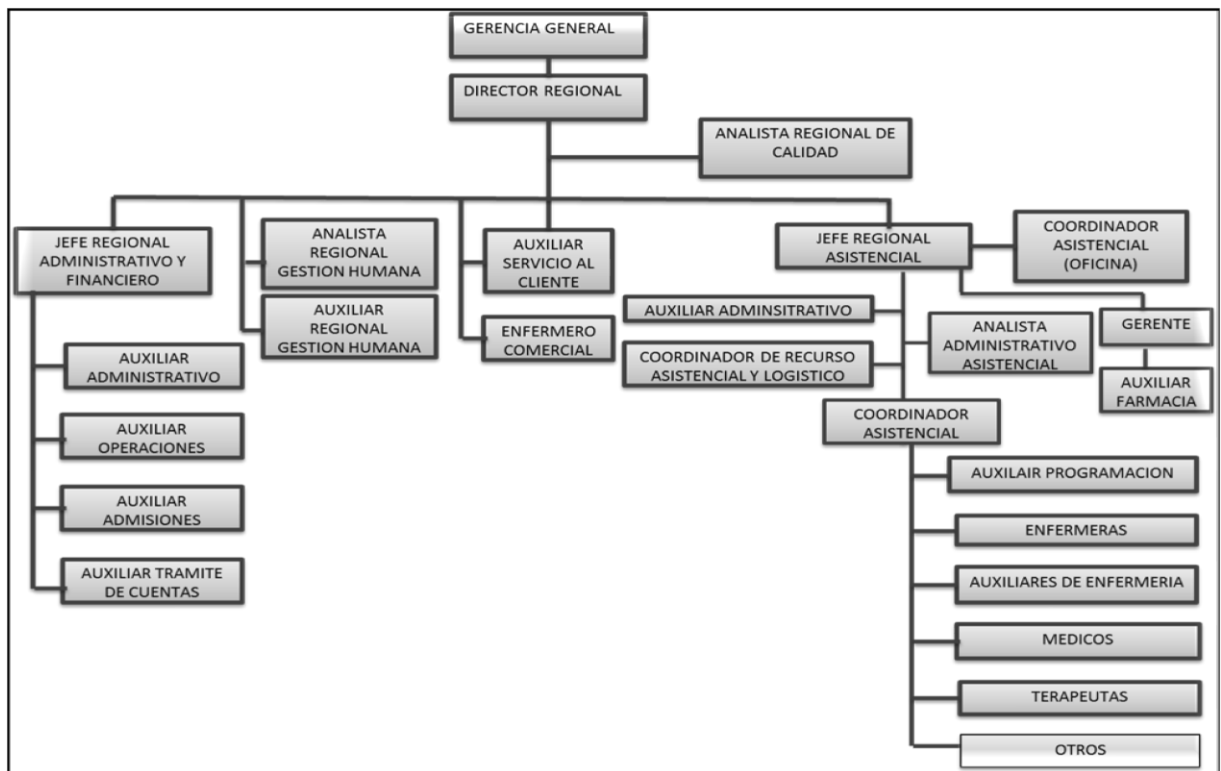
.

8. RESULTADOS

Se realizó revisión documental de la empresa prestadora de servicios de salud domiciliario y se aplicó la encuesta a 134 puestos de trabajo de las auxiliares de enfermería en los diferentes estratos socioeconómicos de la ciudad de Cali.

8.1 Modelo organizacional

En la revisión documental de la empresa prestadora de servicios de salud domiciliario, se encontró un modelo organizacional, estructurado por la gerencia principal de la cual dependen 4 áreas primarias, financiera, gestión humana, comercial y asistencial.



84

⁸⁴Información tomada de: Documentación una empresa prestadora del servicio de salud domiciliaria, marzo 13 de 2013.

Las 4 áreas primarias están conformadas por el Jefe Regional Administrativo y Financiero que es quien vela por el proceso de admisión, liquidación, facturación y radicación de todas las órdenes de trabajo generadas en su regional. El analista regional de gestión humana, se encarga de los procesos de vinculación, desarrollo, bienestar, salud ocupacional, compensación y administración de los trabajadores.



85

El auxiliar del servicio al cliente encargada de la recepción y gestión a los casos de clientes de acción inmediata, debe detectar los focos de insatisfacción en el servicio y brindar apoyo integral al área comercial.

El coordinador asistencial está encargado del control de los procesos asistenciales que garanticen la prestación de servicios de salud con calidad, efectividad y oportunidad, debe garantizar la prestación del servicio de salud domiciliario mediante la programación del total de los servicios requeridos por el usuario.

⁸⁵ Información tomada de: Documentación una empresa prestadora del servicio de salud domiciliaria, marzo 13 de 2013.

El auxiliar de programación está encargado de programar en el sistema el servicio de atención en salud requerido de manera oportuna. Aquí se realiza la programación de los servicios que deben ser atendidos por la auxiliar de enfermería, médicos y terapeutas en los domicilios de los pacientes.

A sí mismo de acuerdo con la información obtenida se evidencio factores relacionados con el modelo organizacional teórico de Mckinsey⁸⁶ el cual se define en sus características la limitación al acceso a procesos de retroalimentación e información pertinente y oportuna, al personal de base.

Los factores relacionados con la estructura organizacional se muestran en la tabla siguiente:

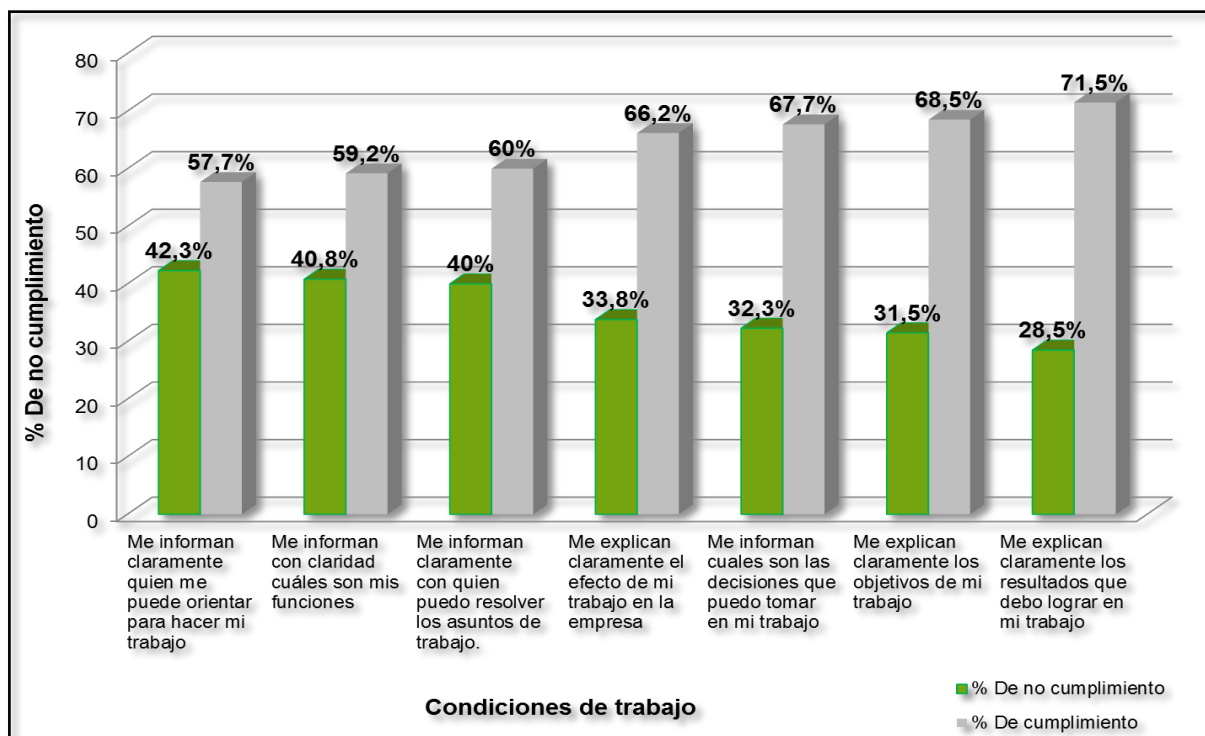
8.1.1 Factores relacionados con la estructura organizacional

Tabla 3. Prevalencia (%) de no cumplimiento de los factores relacionados con la estructura organizacional

Condición	N°	Prev (%)
Me informan con claridad cuáles son mis funciones	53	40.8
Me informan claramente quien me puede orientar para hacer mi trabajo	55	42.3
Me informan claramente con quien puedo resolver los asuntos de trabajo.	52	40
Existe información escrita y accesible de los procedimientos a seguir en relación a traslados y/o transferencias de pacientes.	43	33.1
El equipo de trabajo tiene plena claridad respecto a los procedimientos del área.	34	26.2
Promedio		36.4

⁸⁶ STANFORD. NAOMI Administración Moderna, Diseño organizacional: Cómo lograr compañías sólidas. The Economist.2010, consultado el 15 de marzo de 2013 hora 14:00, disponible en internet www.esmadruga2.blogspot.com/2012/12/los-modelos-organizacionales.html.

Grafico 1: Prevalencia (%) de no cumplimiento de los factores relacionados con la estructura organizacional



Se evidencia que el 40.8% de las auxiliares de enfermería no cuentan con información clara sobre aspectos relacionados con el desarrollo de sus funciones, como tampoco tienen claridad acerca de quién puede dirigiesen para resolver sus inquietudes laborales, siendo estos aspectos de conocimiento e información fundamentales para el adecuado desarrollo de su labor diaria.

8.2. Características de los procesos operativos que realizan las auxiliares de cuidados básicos del servicio de atención domiciliaria en salud.

Referente al modelo operativo, en la revisión documental se encontró que el servicio de cuidados básicos de enfermería se presta siguiendo un manual de funciones específico de la empresa prestadora de servicios de salud domiciliario. Este servicio se presta en los domicilios de los pacientes manejando servicios de 6, 12 y 24 horas, cada turno de cuidados básicos es de máximo 12 horas y la intensidad del servicio depende de la gravedad del paciente. En los servicios de 12 y 24 horas, la auxiliar descansa después de cada dos turnos manejando horarios de 7 am a 7 pm, para el servicio de 6 horas el horario va de 7 am a 1 pm y el descanso se programa 1 día a la semana.

En cuanto a las funciones operativas que la auxiliar de enfermería debe realizar en la atención del paciente, se encontró que se deben ejecutar acciones de tipo administrativo y acciones de cuidado del paciente.

Las acciones de tipo administrativo que deben ejecutarse en la prestación del servicio de cuidados básicos de enfermería, corresponden a prestar el servicio siguiendo la programación que le sea asignada por el auxiliar de programación, hacer inventario de los equipos y medicamentos que existan en el domicilio del paciente, diligenciar adecuadamente las notas de enfermería en la historia clínica del paciente, registrar los insumos y hacer los devolutivos correspondientes, asistir a las capacitaciones designadas por la empresa y entregar oportunamente los soportes de la atención prestada.

Las acciones de cuidado del paciente inician desde el conocimiento de las condiciones clínicas y terapéuticas para la prestación del servicio, toma de signos vitales, actividades de aseo, vestido y alimentación, suministro de medicamentos, educar al familiar sobre el manejo del paciente y garantizar el adecuado manejo de los residuos hospitalarios.

Dentro de las funciones del auxiliar de enfermería se encontró la aplicación de normas de salud ocupacional establecidas para la prevención y/o atención de accidentes o enfermedades de origen profesional.

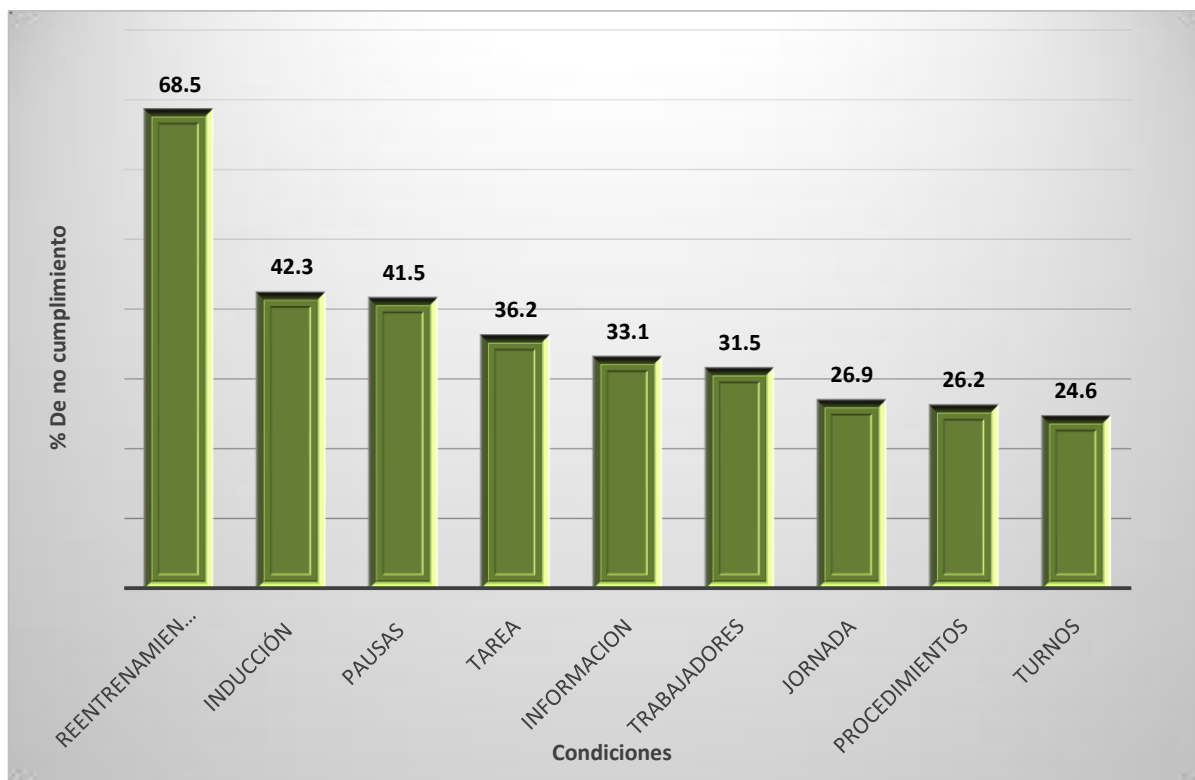
El manual de funciones se encuentra documentado en un programa específico de la empresa prestadora de servicios de salud domiciliario, y para su acceso se requiere de una clave que solo es asignada para los cargos administrativos. El personal asistencial no tiene clave para acceder a este programa y por ende a esta información. No se encontró los protocolos donde se especifica el paso a paso para la ejecución de las actividades que se deben desarrollar en el servicio de cuidados básicos de enfermería.

8.2.1 Organización del trabajo

Tabla 4. Prevalencia (%) de no cumplimiento de las condiciones organizacionales del trabajo.

Condición	N°	%
Existe un tiempo de reentrenamiento de los trabajadores que ingresan posterior al alta de una enfermedad profesional o accidente por sobreesfuerzo.	89	68,5
Se cuenta con un proceso de inducción y capacitación de los trabajadores al ingresar al área.	55	42,3
Existen pausas programadas durante la jornada.	54	41,5
Existen tiempos estipulados para cada tarea durante la jornada.	47	36,2
Existe información escrita y accesible de los procedimientos a seguir en relación a traslados y/o transferencias de pacientes.	43	33,1
La cantidad de trabajadores es suficiente para asistir a los pacientes en transferencias.	41	31,5
Las tareas que realiza cada trabajador son variadas en exigencia durante la jornada.	35	26,9
El equipo de trabajo tiene plena claridad respecto a los procedimientos del área.	34	26,2
El sistema de turnos permite el descanso adecuado entre jornadas.	32	24,6
Total		36,8

Grafico 2. Prevalencia (%) de no cumplimiento de las condiciones referentes a la organización del trabajo



El 68.5% de las auxiliares de enfermería refieren que no reciben un reentrenamiento después de una enfermedad profesional o accidente de trabajo.

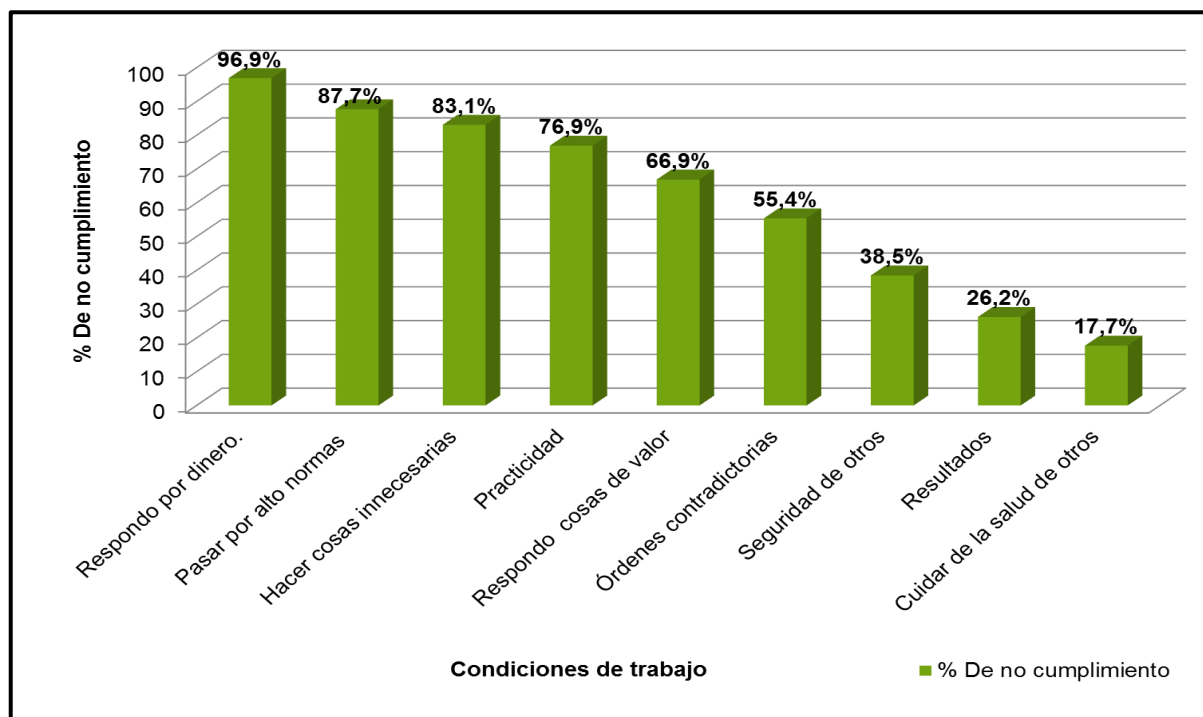
A su vez se evidencia que en una menor proporción (26.2%) de la población encuestada, manifiesta que no tienen plena claridad respecto a los procedimientos de su área de trabajo.

8.2.2 Factores relacionados con la jornada de trabajo

Tabla 5. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la jornada de trabajo.

Condición	N°	%
En mi trabajo respondo por dinero de la empresa	4	96,9
En mi trabajo se presentan situaciones en las que debo pasar por alto normas o procedimientos	16	87,7
En mi trabajo me piden hacer cosas innecesarias	22	83,1
En mi trabajo tengo que hacer cosas que se podrían hacer de una forma más práctica.	30	76,9
En mi trabajo respondo por cosas de mucho valor	43	66,9
En el trabajo me dan órdenes contradictorias	58	55,4
Como parte de mis funciones debo responder por la seguridad de otros	80	38,5
Respondo ante mi jefe por los resultados de toda mi área de trabajo	96	26,2
Mi trabajo me exige cuidar de la salud de otras personas	107	17,7
promedio		61,0

Grafico 3. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la jornada de trabajo



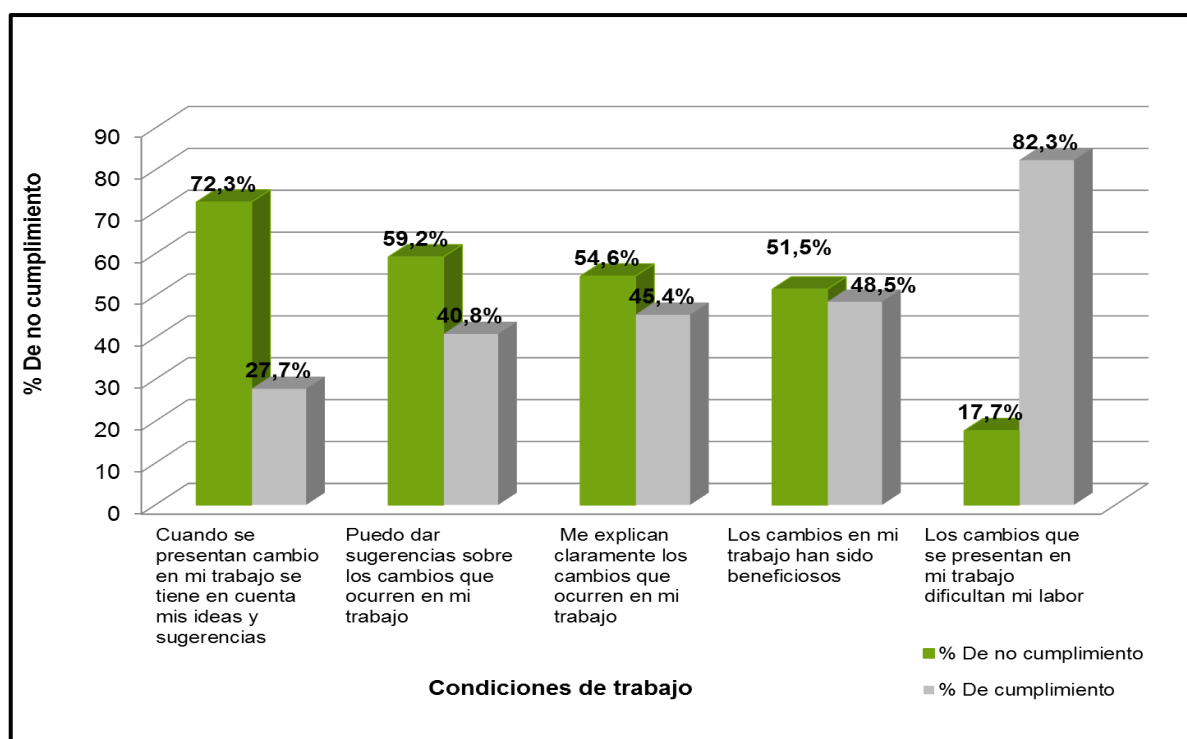
Se observa que la información relacionada con la jornada de trabajo se caracteriza por presentar extremos, los ítems que presentan una prevalencia por encima del 80% refieren que dentro de las funciones del auxiliar de enfermería no está establecido responder por dineros dentro de sus funciones laborales, como tampoco afrontar situaciones que deben ejecutarse sin atender normas y procedimientos ni ejecutar actividades innecesarias durante la jornada laboral. A su vez los ítems que presenta una prevalencia menor a 40% están referidos a que el cuidado de la salud y seguridad de otros no está dentro de las funciones del servicio de auxiliar de enfermería.

8.2.3 Factores relacionados con cambios en el trabajo

Tabla 6. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con cambios en el trabajo

Condición	N°	%
Cuando se presentan cambio en mi trabajo se tiene en cuenta mis ideas y sugerencias	94	72,3
Puedo dar sugerencias sobre los cambios que ocurren n mi trabajo	77	59,2
Me explican claramente los cambios que ocurren en mi trabajo	71	54,6
Los cambios en mi trabajo han sido beneficiosos	67	51,5
Los cambios que se presentan en mi trabajo dificultan mi labor	23	17,7
Total		51,1

Grafico 4. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con cambios en el trabajo



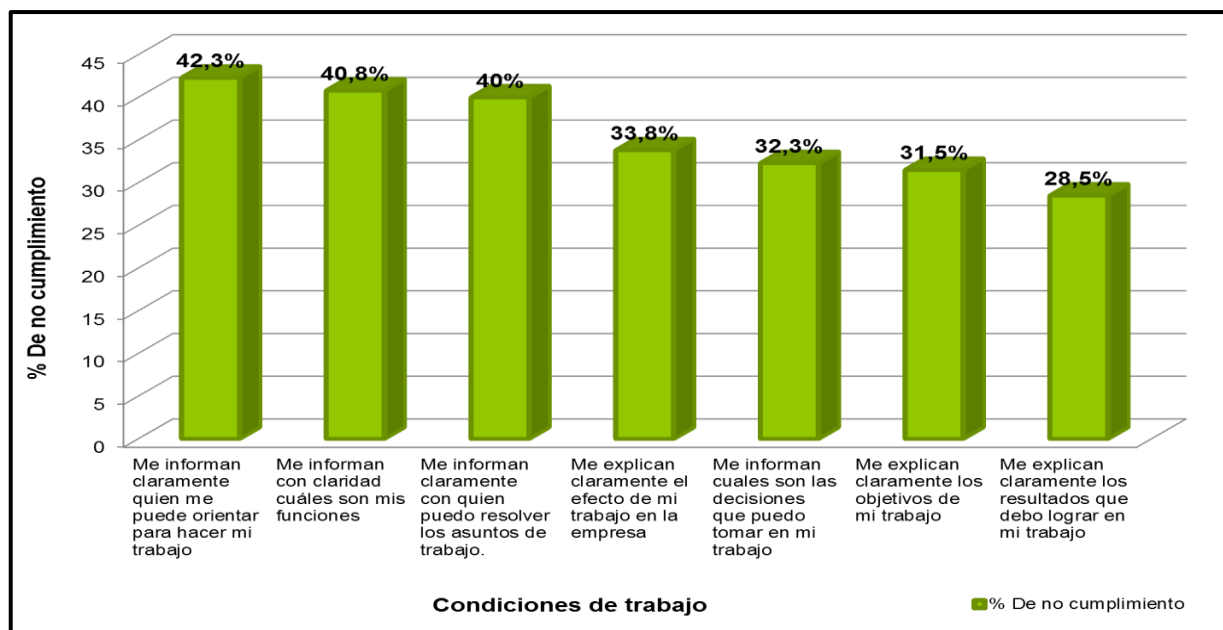
Más del 50% de la población encuestada manifiesta que los cambios en su trabajo no han sido beneficiosos, que no se les explica con claridad sobre éstos cambios, que no pueden sugerir con relación a éste tema y sienten que sus sugerencias e ideas no son tenidas en cuenta para la ejecución de cambios en su área de trabajo. En contraste a éste comportamiento se observa que la percepción de no beneficio que para el auxiliar de enfermería le representan los cambios en su trabajo, corresponde al 17.7% de la población.

8.2.4 Factores relacionados con información sobre el trabajo

Tabla 7. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la información sobre el trabajo.

Condición	N°	%
Me informan claramente quien me puede orientar para hacer mi trabajo	55	42,3
Me informan con claridad cuáles son mis funciones	53	40,8
Me informan claramente con quien puedo resolver los asuntos de trabajo.	52	40,0
Me explican claramente el efecto de mi trabajo en la empresa	44	33,8
Me informan cuales son las decisiones que puedo tomar en mi trabajo	42	32,3
Me explican claramente los objetivos de mi trabajo	41	31,5
Me explican claramente los resultados que debo lograr en mi trabajo	37	28,5
promedio		35,6

Grafico 5. Prevalencia (%) de no cumplimiento de factores relacionados con la información sobre el trabajo



Con respecto a los factores relacionados con la información en el trabajo, el ítem de menor porcentaje de no cumplimiento corresponde a la claridad en la explicación que recibe el auxiliar de enfermería sobre los resultados que debe lograr en su trabajo (28.5%). En general más del 31% de la población encuestada considera que no reciben la información adecuada con respecto a su rol dentro de la empresa.

8.3 Características de los puestos de trabajo

La información que arrojó las encuestas aplicadas para la caracterización de los puestos de trabajo de las auxiliares de enfermería en diferentes estratos socioeconómicos, se presenta a continuación.

8.3.1 Caracterización del paciente

Tabla 8. Prevalencia (%) de pacientes según el rango de edad

PACIENTE	%
Niño,	13.1
Adolescente	3.8
Adulto	83.1
Total	100,0

Grafico 6. Prevalencia (%) de pacientes según el rango de edad

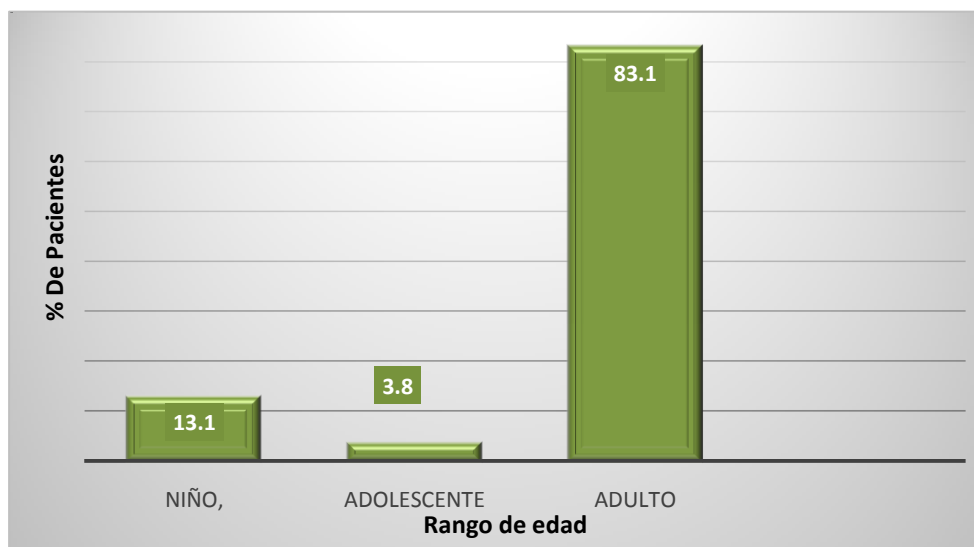
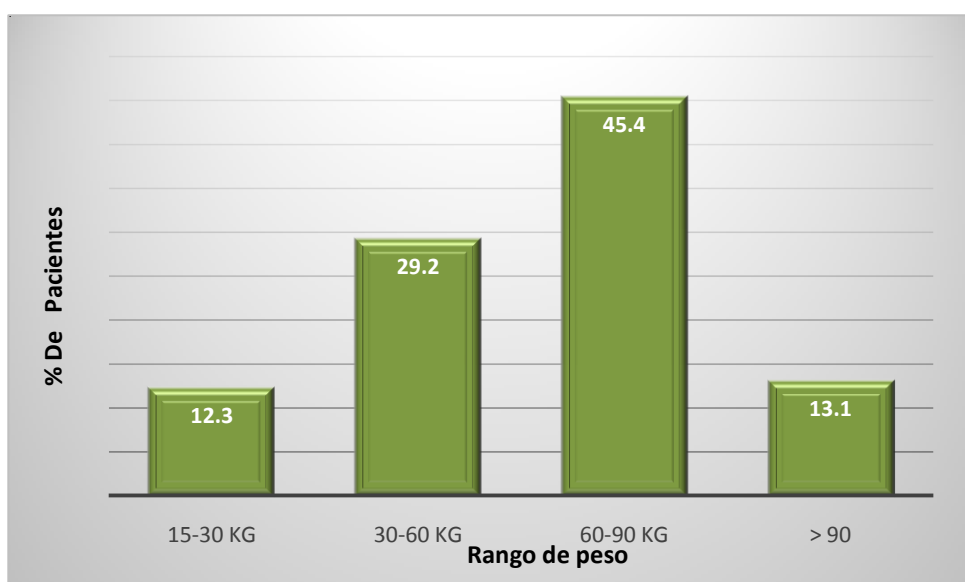


Tabla 9. Prevalencia de participación según el rango de peso

PESO	%
15-30 kg	12.3
30-60 kg	29.2
60-90 kg	45.4
> 90	13.1
Total	100.0

Grafico 7. Prevalencia (%) de pacientes según el rango de edad



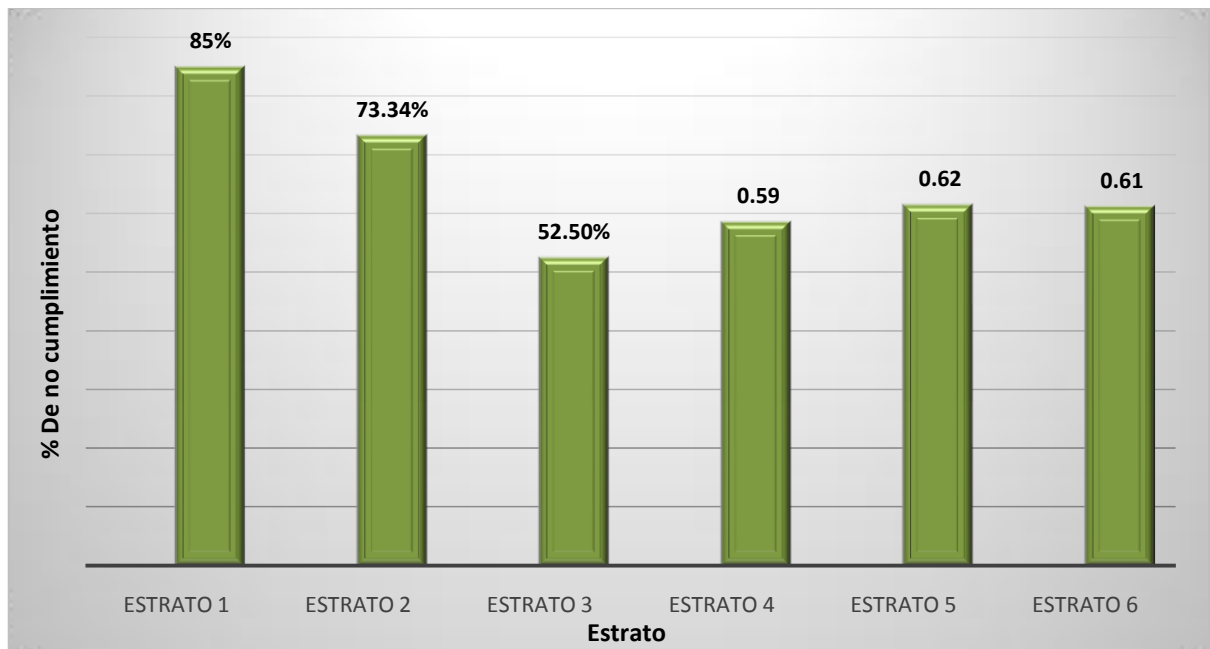
En los puestos de trabajo evaluados, se encontró que los pacientes son en su mayoría adultos (83.1%). En cuanto al peso de los pacientes se identificó que el mayor porcentaje de los pacientes tienen un peso que oscila entre 60 y 90 kg (45.4%).

8.3.2 Equipamiento y medio de trabajo

Tabla 10. Prevalencia (%) de no cumplimiento por estratos

Categoría	Estrato					
	1	2	3	4	5	6
Las camas tienen un sistema de ajuste en altura de fácil regulación (eléctrico por ejemplo)	100	57.1	25.0	50.0	33.3	37.5
Existe equipos de asistencia para el traspaso de pacientes de la cama a la silla	100	81.0	71.4	85.7	84.6	87.5
Existen equipos de asistencia para el traspaso de pacientes de una silla a otra.	100	90.5	71.4	92.9	89.7	100
Se cuenta con equipos de apoyo para el traspaso de pacientes de una silla al WC.	83.3	90.5	60.7	60.7	89.7	62.5
Existen equipos de apoyo para el aseo del paciente en la cama o la ducha.	66.7	85.7	42.9	42.9	56.4	62.5
Existen equipos de apoyo para el traslado manual de pacientes de un lugar a otro.	83.3	85.7	50.0	50.0	71.8	75
El equipamiento existente permite manipulación y/o agarres no forzados (muñecas alineadas, espalda recta).	100	61.9	64.3	64.3	66.7	62.5
Los funcionarios cuentan con uniformes o ropas adecuadas que permitan realizar movimientos variados, de manera cómoda y segura.	100	47.6	25.0	25.0	17.9	100
Existen vehículos (ambulancias por ejemplo) equipados para facilitar el manejo de pacientes en su interior simplificando el ingreso de éstos.	66.7	52.4	60.7	60.7	43.6	12.5
Los equipos existentes se encuentran fácilmente disponibles.	50	81.0	53.6	53.6	61.5	12.5
Promedio	85	73.3	52.5	58.5	61.5	61.2

Grafico 8. Prevalencia (%) de no cumplimiento de equipamiento y medios de trabajo por estratos



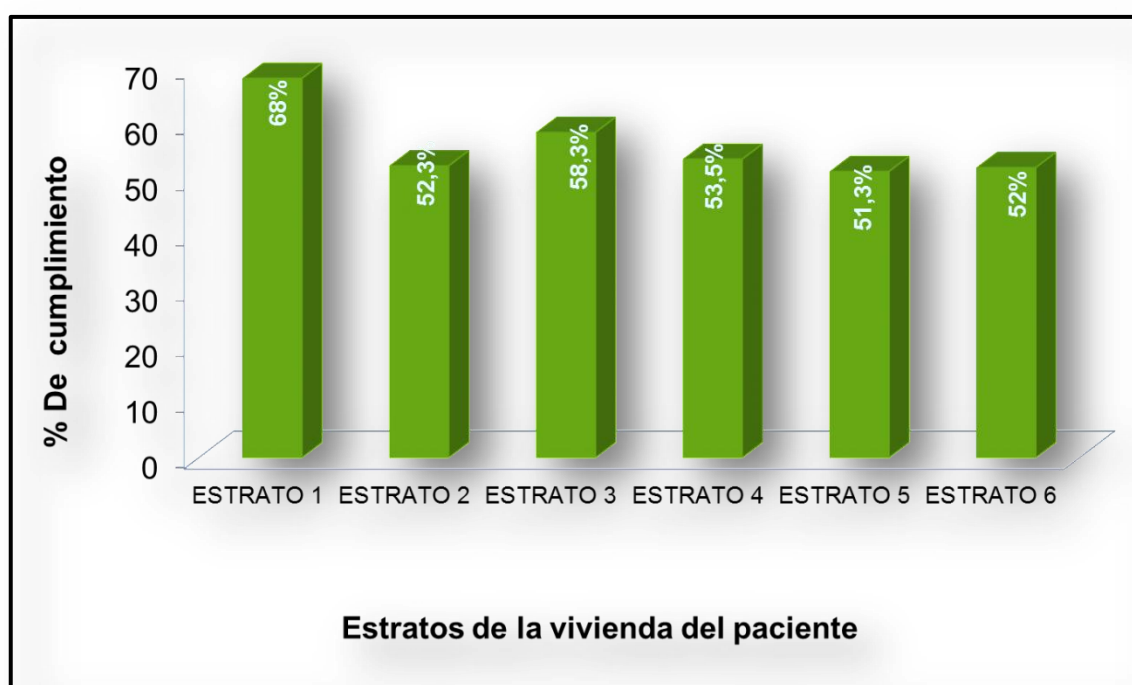
Con referencia a la de disposición y manejo de equipos para la movilización de pacientes, se observa que en el estrato 1 el 80% de la población carece de éstos medios. Sin embargo cabe resaltar que en todos los estratos la disponibilidad de éste tipo de equipos presenta un % de incumplimiento por encima del 50%.

8.4 Demandas físicas

Tabla 11. Prevalencias (%) de no cumplimiento en demandas físicas

Categoría	Estrato					
	1	2	3	4	4	6
Es posible realizar transferencias de pacientes entre dos o tres personas, en caso de ser necesario.	33.3	57.1	28.6	3.1	28.2	100
Los trabajadores realizan las transferencias siempre acompañados de uno o más compañeros, según sea necesario.	83.3	38.1	50	53.6	35.9	25
Los trabajadores utilizan el equipamiento para transferencias existente en el área.	66.7	61.9	35.7	17.9	38.5	25
Los trabajadores levantan, de forma manual, completamente o una parte significativa del peso del paciente, o aplican fuerzas verticalmente.	83.3	81	82.1	85.7	79.5	100
Los trabajadores usan principalmente sus brazos o espalda para aplicar la fuerza.	83.3	81	92.9	75	87.2	75
Los trabajadores ejercen fuerza mientras permanecen en posturas forzadas (por ejemplo, posturas estáticas, rotados, inclinados hacia delante o con los brazos por sobre los hombros).	66.7	66.7	64.3	71.4	74.4	50
Los trabajadores levantan o manipulan pacientes más allá de sus zonas de alcance (por ejemplo, cama con las barandas arriba)	83.3	42.9	46.4	39.3	46.2	25
Los trabajadores realizan transferencias o asisten a estas en posturas poco estables.	100	52.4	67.9	75	64.1	37.5
Los trabajadores sostienen o afirman una parte del cuerpo por periodos mantenidos (por ejemplo sosteniendo pacientes con sobre alcances mientras los bañan en sus camas)	83.3	33.3	64.3	82.1	46.2	25
A menudo los trabajadores realizan movimientos rápidos o violentos.	33.3	14.3	42.9	42.9	43.6	12.5
Los trabajadores realizan actividades de carga y /o traslado de insumos (bolsas de ropa, cajas de medicamentos, etc.)	50	28.6	53.6	39.3	23.1	75
Los trabajadores realizan movimientos repetitivos durante la jornada (por ejemplo, movimiento repetitivo al ajustar la cama con dispositivos mecánicos, como una manilla)	50	71.4	71.4	57.1	48.7	75
Promedio	68.0	52.3	58.3	53.5	51.3	52

Grafico 9. Prevalencia (%) de cumplimiento de demanda física por estrato



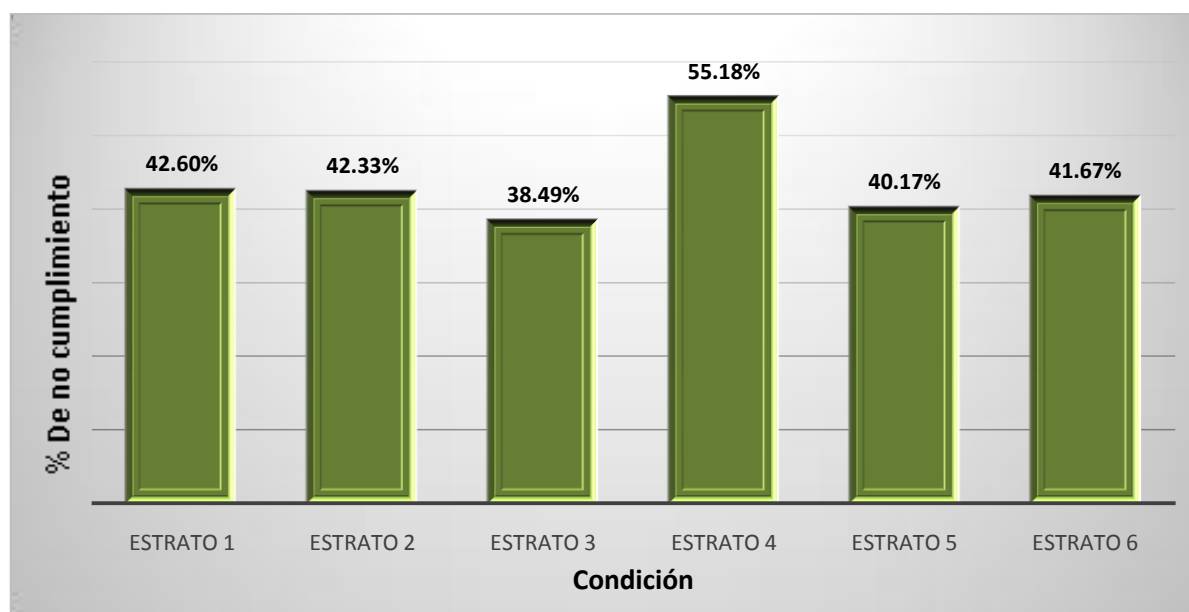
En referencia a las demandas físicas en las áreas de trabajo le genera al auxiliar de enfermería, se evidencia que todos los estratos presentan un no cumplimiento por encima del 50%, con una mayor prevalencia en el estrato 1 que supera el 60%. Esto significa que más de la mitad de la población encuestada refiere que su puesto de trabajo le exige realizar movilizaciones de pacientes que conllevan a posturas inadecuadas y mayores esfuerzos físicos.

8.5 Espacios de trabajo

Tabla 12. Prevalencia (%) de no cumplimiento en espacios de trabajo por estrato

Categoría	Estrato					
	1	2	3	4	5	6
El edificio cuenta con rampas y/o elevadores con espacios adecuados para el tránsito y/o transporte de pacientes.	66.7	76.2	78.6	67.9	51.3	87.5
Existe en las habitaciones espacio suficiente para mover libremente a pacientes y/o equipamiento.	50	28.6	32.1	42.9	20.5	62.5
El espacio de la habitación permite usar de manera adecuada los equipos de transferencia.	50	28.6	14.3	50	28.2	25
Los muebles ubicados alrededor de las camas son fáciles de mover.	0	33.3	25	28.6	33.3	0
Los objetos de uso común se encuentran dentro de las zonas de alcance, evitando realizar inclinaciones para alcanzarlos.	50	19	25	67.9	35.9	37.5
Existen en la habitación y/o pasillos barras de sujeción suficientes y de fácil alcance.	100	81	53.6	60.7	56.4	62.5
Las puertas y pasillos permiten el libre tránsito y traslado de pacientes.	33.3	38.1	46.4	46.4	46.2	25
Las condiciones del piso de las habitaciones permiten adherencia adecuada del calzado y pies descalzos.	16.7	38.1	35.7	64.3	56.4	37.5
Se identifican barreras arquitectónicas No consideradas en esta evaluación.	16.7	38.1	35.7	67.9	33.3	37.5
Promedio	42.6	42.3	38.4	55.1	40.1	41.6

Grafico 10. Prevalencia (%) de no cumplimiento de espacios de trabajo



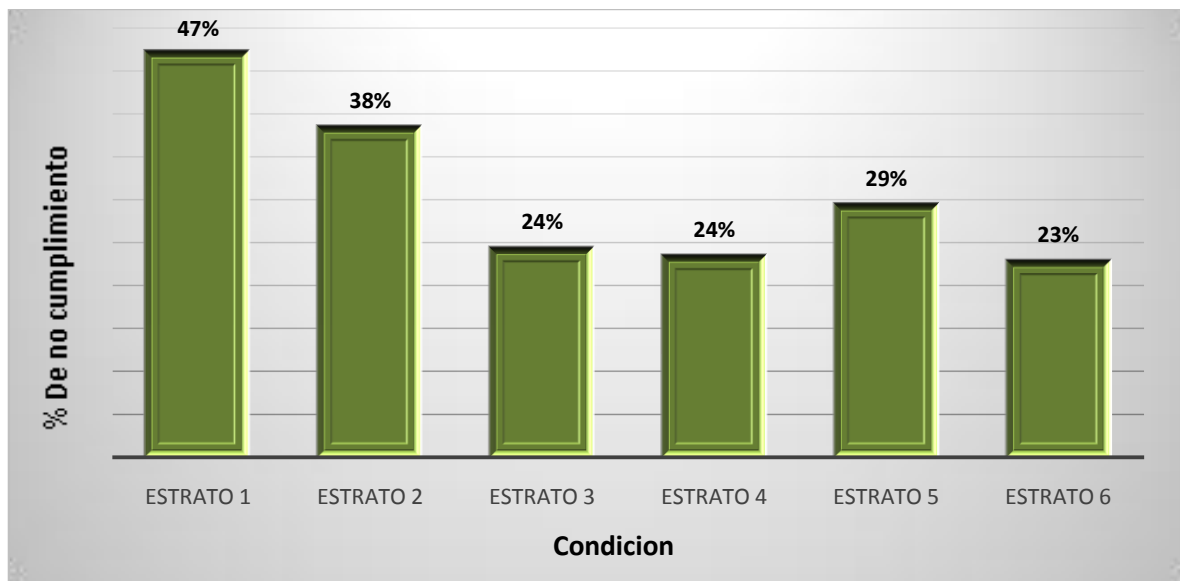
En esta tabla se resalta el porcentaje de mayor incumplimiento es de 55.18%, correspondiente al estrato 4, sin embargo los otros estratos presentan promedios de no cumplimiento cercanos al 40%, siendo el 3 el de menor porcentaje (38.5%). Estos resultados se traducen en la existencia de puestos de trabajo con presencia de barreras arquitectónicas que influyen en la ejecución de las funciones del auxiliar de enfermería, falta de espacios suficientes para la el desplazamiento tanto del paciente como de los equipos dificultando la ejecución de la tarea por parte de la auxiliar de enfermería.

8.6 Condiciones ambientales del sitio de trabajo

Tabla 13. Prevalencia (%) de no cumplimiento de las condiciones ambientales del sitio de trabajo

Categoría	Estrato					
	1	2	3	4	5	6
El ruido en el lugar donde trabaja es molesto	33.3	9.5	14.3	3.6	0	0
En el lugar donde trabaja hace mucho frio	0	4.8	0	0	5.1	12.5
En el lugar donde trabaja hace mucho calor	83.3	61.9	17.9	17.9	33.3	25
El aire en el lugar donde trabaja es fresco y agradable	83.3	61.9	39.3	35.7	33.3	50
La luz del sitio donde trabaja es agradable	16.7	33.3	25	14.3	10.3	12.5
El espacio donde trabaja es cómodo	66.7	57.1	28.6	32.1	23.1	37.5
En mi trabajo me preocupa estar expuesto a sustancia químicas que afecten mi salud	50	38.1	14.3	21.4	25.6	0
Mi trabajo me exige hacer mucho esfuerzo físico	33.3	42.9	50	32.1	59	25
Los equipos herramientas con los que trabajo son cómodos	50	23.8	17.9	46.4	51.3	37.5
En mi trabajo me preocupa estar expuesto a microbios, animales o plantas que afectan mi salud	66.7	52.4	14.3	14.3	48.7	12.5
Me preocupa accidentarme en mi trabajo	0	52.4	46.4	46.4	51.3	37.5
El lugar de trabajo es limpio y ordenado	83.3	23.8	25	17.9	12.8	25
Promedio	47	38	24	24	29	23

Grafico 11. Prevalencia (%) de no cumplimiento de condiciones ambientales del sitio de trabajo



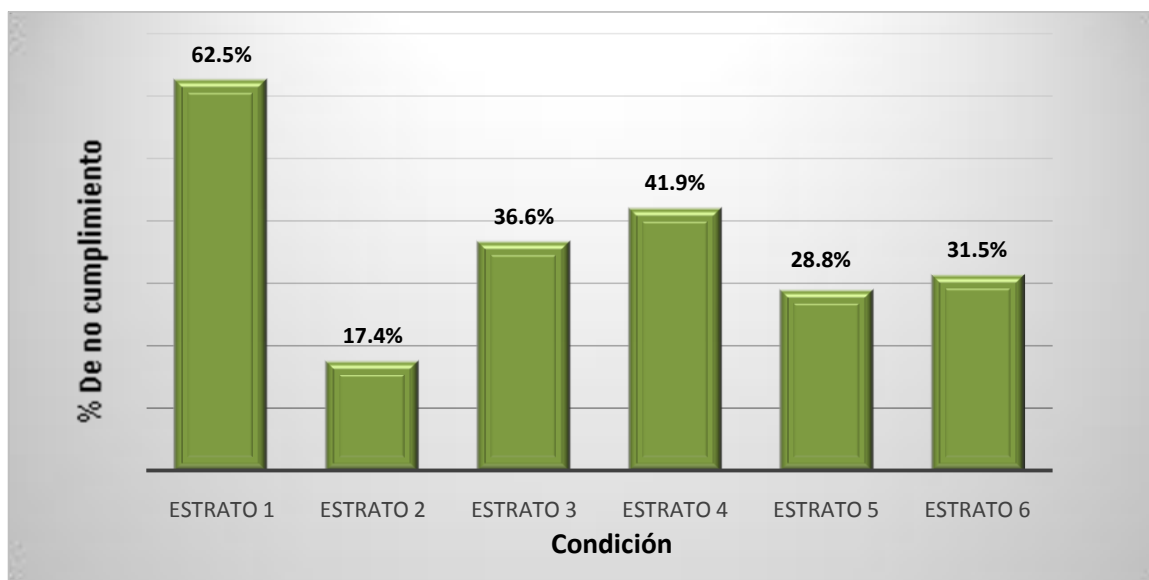
Se observa que en el estrato 1 se presentan los puestos de trabajo menos confortables con respecto a la iluminación, ruido, ventilación, condiciones térmicas, orden, entre otras, superando el 45%. En el estrato 3, 4 y 6 están por debajo del 25%, conllevando a deducir que en estos sectores los puestos de trabajo presentan mejores condiciones ambientales.

8.7 Residuos biológicos

Tabla 14. Prevalencia (%) de no cumplimiento de residuos biológicos

Categoría	Estrato					
	1	2	3	4	5	6
Existe dotación de recipientes y de bolsas para la clasificación de los residuos	83.3	4.8	10.7	28.6	20.5	0
Los residuos son adecuadamente clasificados	66.7	23.8	32.1	35.7	7.7	0
Los residuos sobrepasan las $\frac{3}{4}$ partes del recipiente plástico	16.7	23.8	39.3	46.4	46.2	50
Existe el registro semanal de la ruta de residuos hospitalarios	83.3	47.6	64.3	57.1	41	75
Existen guardianes adecuados para desechar objetos corto punzantes	66.7	28.6	28	28.6	35.9	25
El guardián se encuentra con tapa y señalizado.	33.3	23.8	14.8	17.9	25.6	25
Las agujas dentro del guardián están desechadas sin protector	83.3	71.4	75	53.6	69.2	75
El guardián se encuentra lleno hasta el nivel permitido	33.3	47.6	71.4	57.1	56.4	62.5
El guardián se encuentra ubicado cercano al lugar del procedimiento y a una altura de fácil acceso	33.3	47.6	78.6	50	46.2	75
Se suministran los EPP asistencial: Guantes, tapabocas, protector ocular	0	52.4	64.3	64.3	61.5	87.5
Utiliza adecuadamente los EPP en los procedimientos que lo requieren	0	14.3	28.6	35.7	33.3	62.5
El lugar de trabajo esta en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo	16.7	76.2	67.9	67.9	64.1	62.5
El lugar de trabajo cuenta con los elementos mínimos de aseo para el lavado de manos jabón, agua, toalla	16.7	85.7	53.6	64.3	69.2	100
El mueble de descanso para el auxiliar es ergonómicamente adecuado	16.7	47.6	31.1	28.6	48.7	50
El auxiliar de enfermería cuenta con la colaboración del familiar o cuidador para cada cambio de posición y de movilización del paciente	0	33.3	50	25	35.9	75
Las condiciones antropométricas del auxiliar de enfermería son acordes al peso y talla del paciente	33.3	42.9	42.9	50	30.8	75
promedio	36	42	47	44	43	56

Grafico 12. Prevalencia (%) de no cumplimiento en residuos biológicos



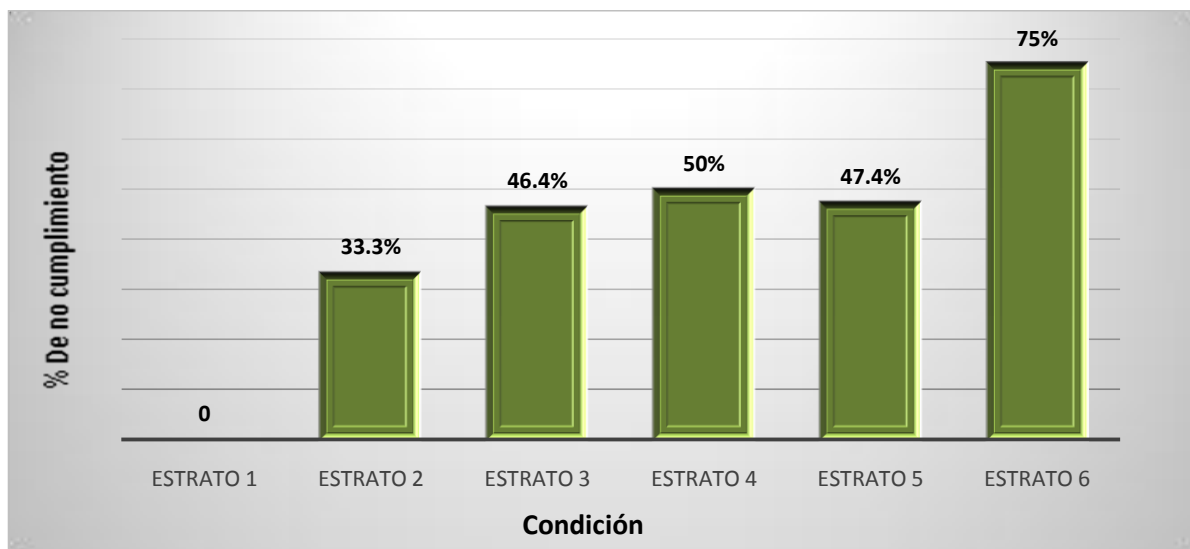
Se observa que el estrato 1 supera el 60% de no cumplimiento con respecto al adecuado manejo de residuos biológicos durante la prestación del servicio de enfermería en el domicilio del paciente. En contraste, se evidencia que en el estrato 2 se logra un mayor cumplimiento de los ítems referidos al manejo de éste tipo de residuos.

Grafico 13. Prevalencia (%) de no cumplimiento en guardianes de seguridad



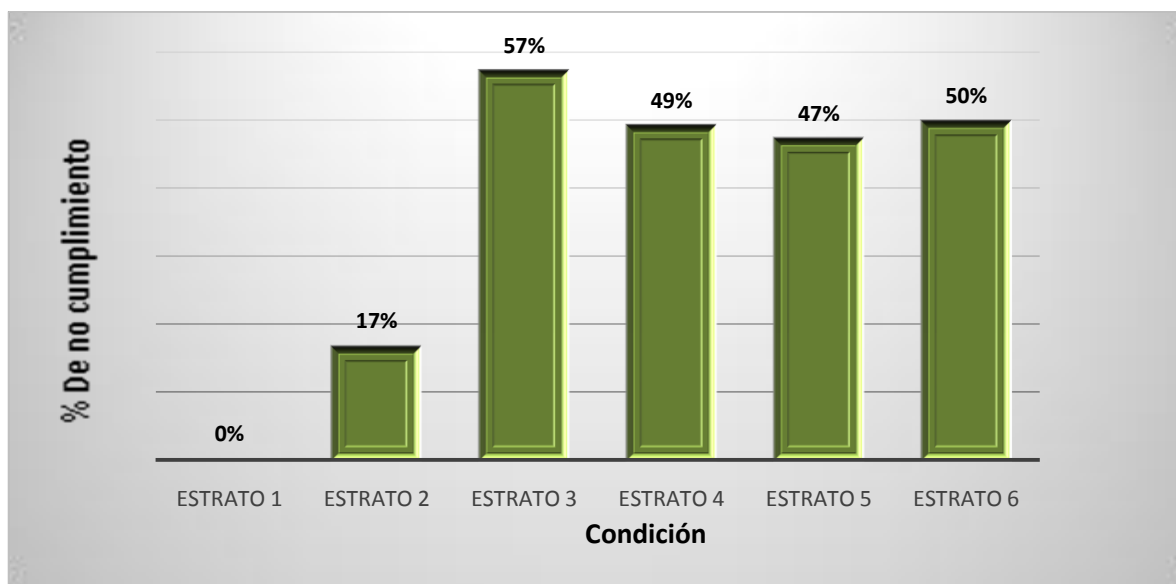
En esta tabla se observa una generalidad de no cumplimiento superior al 40% en todos los estratos con respecto al manejo del guardián dentro del área de trabajo.

Grafico 14. Prevalencia (%) de no cumplimiento en elementos de protección personal.



Se evidencia que en el estrato 6 presenta la mayor prevalencia (75%) de no cumplimiento con respecto a la dotación y uso adecuado de los EPP, en contraste con el estrato 1 donde presenta 0% de no cumplimiento.

Grafico 15. Prevalencia (%) de no cumplimiento en prácticas seguras



En esta gráfica se observa que los estratos 3, 4, 5 y 6 presentan un porcentaje de no cumplimiento superior al 45%, siendo el 3 el de mayor prevalencia alcanzando un 57%. Por otro lado en el estrato 1 y 2 se presenta un mayor cumplimiento de prácticas seguras en el lugar de trabajo con porcentajes debajo del 17%.

9. DISCUSION

El servicio domiciliario de cuidados básicos de enfermería hace parte de un programa de servicios de salud que buscan la recuperación del paciente desde la comodidad de su casa, recibiendo las atenciones que tendría si estuviera en un centro hospitalario. Este servicio que además incluye la atención médica y de terapias de rehabilitación, ha ganado importancia no solo a nivel nacional sino también internacional tal como lo muestra el centro de estadísticas laborales de los estados unidos donde se proyecta este tipo de servicios con un crecimiento del 55% entre el año 2006 y 2016.

Al prestarse este servicio en los domicilios de los pacientes conlleva a pensar en las condiciones laborales de estos puestos de trabajo muy distintas a los espacios hospitalarios que cumplen con todos los requerimientos exigidos para la prestación de servicios de salud; sin embargo es poca la información nacional e internacional publicada sobre este tema, lo que genera un interrogante sobre cuáles son las condiciones laborales de las auxiliares de enfermería que prestan servicios de salud en los domicilios de los pacientes.

Como respuesta a este interrogante este estudio realizó una revisión documental y una encuesta con instrumentos validados de uso público, a 134 puestos de trabajo de las auxiliares de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de la ciudad de Cali, abarcando los diferentes estratos socioeconómicos.

Los resultados de ésta investigación muestra que éste servicio de salud domiciliario cuenta con una estructura organizacional integrada por un área administrativa y asistencial, el servicio de cuidados básicos está coordinado por un jefe regional asistencial que se encarga de impartir el direccionamiento a toda el área encargada de prestar el servicio de salud en los domicilios y comunicar la información desde la estructura administrativa hasta la operativa. No se encontraron investigaciones

publicadas a nivel nacional e internacional donde se pudiera constatar la estructura organizacional de éste tipo de servicios.

Con respecto a la organización del trabajo, en un estudio realizado en Nueva York prevalecen factores como; trabajo en solitario, faltos de capacitación, escasa formación, insuficiente supervisión de las labores, entre otros, como riesgos en la atención asistencial domiciliaria en salud. En nuestra investigación, no existe un tiempo de reentrenamiento posterior al reingreso de una enfermedad profesional o accidente laboral, así mismo la población refiere que no reciben información con respecto a quien supervisa su labor y no hay claridad en los procedimientos de área de trabajo, lo que se constata con la inexistencia de un manual de actividades para cada procedimiento de enfermería específico en tiempos y movimientos; contrario a esto, se encontró en la revisión documental de la empresa prestadora de los servicios de salud domiciliario, un manual de funciones generales.

En un estudio realizado en Colombia, Santa FE de Bogotá, en auxiliares de enfermería con 17 años de experiencia, muestra que más de la mitad de los casos no tienen descanso además del tiempo de comida durante la jornada laboral. En relación a éste tema nuestra investigación muestra que durante la prestación del servicio cuidados básicos de enfermería, no existen pausas programadas durante la jornada de trabajo y no se cuenta con un sistema de turnos que permite el descanso entre las jornadas laborales.

Con respecto a los procesos operativos del servicio de cuidados básicos de enfermería del servicio domiciliario, se evidenció que durante la jornada de trabajo no están establecidas funciones como responder por dineros, afrontar situaciones que deben ejecutarse sin atender normas y procedimientos, ni ejecutar actividades innecesarias durante la jornada laboral.

La población encuestada manifestó que los cambios en su trabajo no han sido beneficiosos, que no se les explica con claridad sobre éstos cambios, que no pueden sugerir con relación a éste tema y sienten que sus sugerencias e ideas no son tenidas en cuenta para la ejecución de cambios en su área de trabajo.

La caracterización de los puestos de trabajo, evidenció que el servicio de cuidados básicos de enfermería en la atención domiciliaria se presta en condiciones donde un alto porcentaje no cuenta con equipos para la movilización del paciente, teniendo que realizar los traslados de forma manual. Este comportamiento se presenta con mayor prevalencia en el estrato 1 y en los estratos restantes en más de la mitad de la población. Los pacientes que reciben este tipo de servicios son en su mayoría adultos con un peso que oscila entre 60 y 90 kg, y en general las condiciones antropométricas de los auxiliares, según su percepción, no son acordes al peso y talla del paciente.

Esta condición conlleva a que la demanda física en todos los estratos socioeconómicos se caracterice por realizar en sus tareas movimientos repetitivos, fuerzas en posturas forzadas y movilizaciones mas allá de las zonas de alcance del auxiliar, utilizando principalmente sus brazos y espalda para aplicar la fuerza.

Con relación a éste tema STOBBE en (1988) citado por Vieira, en un estudio comparativo demostró que la asociación de la lesión con la frecuencia de ayuda es directamente proporcional a mayor ayuda, menor probabilidad de $p < 0.01$ de dolor de espalda baja⁸⁷, sin embargo en el entorno local de trabajo en el que diariamente laboran las auxiliares de enfermería en su mayoría no cuentan con ayudas mecánicas como grúa o ayudas manuales como el acompañamiento de las familias para el traslado o levantamiento de los pacientes no porque la patología del paciente no lo requiera sino porque se carece de condiciones mínimas de trabajo.

⁸⁷ Vieira Edgar Ramos BSc MSc NURSING AND HEALTHCARE MANAGEMENT AND POLICY Low back problems and possible improvements in nursing jobs PhD Student, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada 2005

STOBBE T.J., PLUMMER R.W., JENSEN R.C. & Attfield M.D. Incidence of low back injuries among nursing personnel as a function of patient lifting frequency. Journal of Safety Research, 1998.

Es importante resaltar que la tasa de incapacidades de la empresa objeto de éste estudio registra en el año 2011 una tasa de ausentismo del 10% en una población de 275 auxiliares de enfermería, que equivale a 3412 días con un promedio de 40 solicitudes de incapacidades por mes, de las cuales el 50% corresponde al diagnóstico osteomuscular.

Según GRADY T Holman la alta frecuencia de traslados realizados por las auxiliares de enfermería a los pacientes, durante la atención asistencial es considerado el riesgo de mayor causa de lesiones de espalda, por lo que se recomienda según la patología del paciente trasladarlo utilizando ayudadas necesarias para ejecutar dicha función, dado que diariamente la rutina de traslados es necesaria y se hace desde la cama a la silla, de la silla a la cama, de la cama al baño y en general un amplio número que no se puede dejar de realizar⁸⁸.

La Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, propone unas condiciones básicas de vivienda en cuanto a su infraestructura que permita disponer de ambiente saludable que brinden seguridad y confort a quienes habiten en ellas bien sea de manera parmente o parcial⁸⁹. En todo lugar, se debe facilitar el ingreso y salida del personal, pacientes y visitantes, especialmente de aquellas personas con algún grado de discapacidad. Los pasos y contrapasos de las escaleras deben ser cómodos, los corredores deben ser suficientemente anchos para permitir el fácil desplazamiento de las sillas de ruedas y camillas⁹⁰.

Los hallazgos de éste estudio con respecto a este tema de espacios de trabajo, muestran que el servicio de enfermería se presta en espacios en condiciones de infraestructura donde no hay presencia de rampas, con espacios insuficientes para la

⁸⁸ GRADY T Holman. Decision Factoris in Patient, Auburn University 2002. Disponible en internet: <http://www.facultyzoo.com/holman/Holman%20-%20Decision%20Factors%20in%20Patient%20Handling%20-%20Utah.pdf> información consultada mayo 23 de 2011, págs. 12, 15,17

⁸⁹ VALENCIA Luis, ZEÑA Sandra. Hacia una Vivienda Saludable – Guía para el facilitador. Organización Panamericana de la Salud. Lima Perú. Disponible en internet <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/vivisal.pdf> consultado noviembre de 2011.

⁹⁰ Ibid

libre movilización de los pacientes, inexistencia de barras de sujeción de fácil alcance, entre otras.

De acuerdo al modelo básico de una habitación hospitalaria con un mínimo de condiciones que propone la guía de características básicas de unidad (habitación del paciente), destaca las siguientes condiciones ambientales:

La temperatura debe garantizar confort aproximadamente entre 20-22°C dependiendo de la zona donde se ubique la unidad del paciente. Contrario a esto, en éste estudio se observó que todos los estratos refieren que la temperatura y la ventilación de su sitio de trabajo, de acuerdo a su percepción, no es confortable.

La iluminación puede ser de dos tipos natural generada por los rayos solares o artificiales generada por iluminación eléctrica en tal grado que no cause incomodidad al paciente⁹¹. En éste estudio se observó que en los estratos 2 y 3 principalmente, perciben que su sitio de trabajo no es adecuadamente iluminado.

En cuanto al ruido recomiendan la insonorización de la habitación que disminuye los db de ruido ambiental, el cual puede causar fatiga física y trastornos nerviosos⁹². En el servicio domiciliario de enfermería se observó que en los estratos 5 y 6 perciben molestia en su sitio de trabajo a causa del ruido y en menor proporción en los estratos restantes.

En general, con respecto al tema de condiciones ambientales en todos los estratos las auxiliares de enfermería perciben su sitio de trabajo como no confortable.

Borges Romero cita que el personal de enfermería se expone a condiciones de trabajo de alto riesgo dado que entra en contacto con factores biológicos, químicos, sobre carga física, condiciones sanitarias deficientes, y presión psicológica. Con relación a éste tema, ésta investigación muestra un comportamiento similar en todos los estratos manifestando su preocupación a la exposición a sustancias químicas. En

⁹¹ Ibid

⁹² Ibid

los estratos 3,4 y 6 se observó que las auxiliares de enfermería manifiestan una mayor preocupación por la exposición a microbios, animales o plantas que en relación a los estratos restantes.

En el manejo de residuos biológicos, se observa una marcada diferencia del estrato 1 con respecto al estrato 6, donde en el primero los puestos de trabajo no disponen de recipientes adecuados para la clasificación de los residuos, no cuentan con rutas hospitalarias para la recolección de éstos residuos, ni de guardianes adecuados. Contrario a esto el estrato 6 presenta una total dotación de éste tipo de elementos lo cual le permite realizar una clasificación adecuada de los residuos.

Referente a la dotación y uso de elementos de protección personal se observó un comportamiento contrario al anterior, donde el estrato 1 presenta una total dotación y uso de éstos elementos, mientras que en el estrato 6 las auxiliares refirieron que no disponen de éstos implementos teniendo que ejecutar las tareas de cuidado del paciente sin la protección adecuada.

No se encontraron investigaciones publicadas sobre el manejo de residuos biológicos y elementos de protección personal.

10.CONCLUSIONES

- El servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa prestadora de servicios domiciliarios en salud de la ciudad de Cali, cuenta con una estructura definida integrada por 4 áreas principales, financiera, gestión humana, comercial y asistencial que soportan los procesos organizacionales de dicha empresa.
El servicio de cuidados básicos hace parte del área asistencial ejecutando funciones relacionadas con el cuidado del paciente en el domicilio.
- Su estructura operativa se caracteriza por una desinformación relacionada con procesos administrativos y procedimientos propios de la prestación del servicio de cuidados básicos de enfermería. Los tiempos de descansos son definidos como no adecuados.
- Los puestos de trabajo carecen de la infraestructura adecuada para la atención de los pacientes dificultando los desplazamientos y la ejecución de las tareas relacionadas con el cuidado del paciente. Los pacientes son en su mayoría adultos con un peso que oscila entre 60 y 90 kg, hay una carencia en el acceso a equipos de movilización especialmente en el estrato 1. Las condiciones antropométricas de las auxiliares de enfermería, en su mayoría, no son acordes al peso y talla del paciente y la exigencia física que demanda sus labores se caracterizan por posturas forzadas, movimientos repetitivos, movilizaciones fuera de su alcance, entre otros.
- En cuanto al riesgo biológico el 60% de los puestos de trabajo del estrato 1 no presentan un adecuado manejo de los residuos y en el estrato 6 se presenta un mayor incumplimiento en la dotación y uso de elementos de protección personal.

11.RECOMENDACIONES

Al finalizar ésta investigación se hacen las siguientes recomendaciones:

1. En la parte organizacional se recomienda crear mecanismos que permitan una comunicación oportuna, directa y clara con el personal de enfermería sobre los temas relacionados con las funciones operativas y administrativas que se deben cumplir. Se recomienda que la información se transmita por diferentes medios como reuniones presenciales, correo electrónico, información escrita.
2. A nivel operativo, crear y socializar protocolos de tiempos y movimientos para cada una de las actividades que debe realizar el auxiliar de enfermería en la atención del paciente en el domicilio, que permita unificar conceptos y minimice los incidentes en el servicio ocasionados por desinformación.
3. Crear un protocolo para el ingreso de pacientes al servicio domiciliario donde se permita hacer una verificación del sitio donde se va a prestar la atención, cumpliendo con un mínimo de condiciones que permita que la auxiliar pueda desarrollar sus actividades de cuidado del paciente de una forma adecuada. Así mismo dar una inducción al acudiente del paciente que permita un conocimiento del servicio, dando un manual de derechos y deberes que permita un buen desarrollo de la labor del auxiliar en ese puesto de trabajo.
4. Hacer un trabajo de concientización que permita que los auxiliares de enfermería contribuyan con el cuidado de su salud en el trabajo informando sobre los domicilios donde identifiquen riesgos.

5. Capacitar sobre técnicas de movilización de pacientes que conduzca a la ejecución de movimientos más seguros y minimicen el riesgo de lesión.
6. Asignar las auxiliares de enfermería teniendo en cuenta su antropometría y la del paciente para disminuir riesgos de lesión.
7. Conformar un equipo de inspección de visitas a los domicilios de los pacientes donde se haya reportado la existencia de algún tipo de riesgo, permitiendo actuar en la prevención y realizar los correctivos pertinentes.
8. Llevar un registro de entrega de elementos de protección personal, recipientes, bolsas y guardianes de seguridad, en los domicilios de los pacientes, que garantice que estos elementos se encuentren en todo los puestos de trabajo, durante la prestación del servicio de enfermería, garantizando una cobertura del 100% del personal asistencial.
9. Capacitar sobre el uso adecuado de los elementos de protección personal e implementos de aseo como recipientes, bolsas y guardianes, en cada uno de los domicilios de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALATRISTA Bambarén Celso, ALATRISTA de Bambarén Socorro , Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros, editores Sinco, Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú, dic 2008. Disponible en internet: <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17232/doc17232-contenido.pdf> consultado marzo de 2012, hora 9:00 p.m.
2. BORGES Romero. Aismara. Médica Magister en Salud Ocupacional, Docente FCS-UC, Investigadora del CEST-UC, Maracay, Aragua, Venezuela, Ponencia presentada en el marco de las III Jornadas Científicas de Enfermería “Txas Marina Reyes Alvarez”. Del 12 al 15 de Mayo, 1998. Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/personal/personal.pdf>, consultado febrero 16 de 2011, hora, 8:a.m.
3. CABOOR M, O. VERLINDE , E. ZINZEN , P. VAN ROY , M. P. VAN RIEL and JAN PIETER CLARYS, Implications of an adjustable bed height during standard nursing tasks on spinal motion, perceived exertion and muscular activity, Department of Experimental Anatomy, Faculty of Physical Education and Physiotherapy, Vrije Universiteit Brussel, Laarbeeklaa Brussels, Belgium 2000.
4. COLBERT, Leonora. Trabajadores de la atención domiciliaria, la experiencia de Nueva York. Enciclopedia de la salud y seguridad de trabajo. Nueva York; 2009. Tomo III. Disponible en internet: Web.<http://www.mtin.es/es/publica/pubelectronicas/desatacadas/encilo/general/contenido/tomo3/97.pdf>: consulta: 5 abril de 2011.
5. CARVAJAL R., Estadística para Análisis Epidemiológico, Editorial Catorse, 2004 p.173

6. COTTA, Mitre Rosângela Minardi, La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas, Revista Panamericana de Salud Pública, vol.10 no.1 Washington July 2001, disponible en Internet http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007, consultada el 14 de mayo de 2012 a las 8:00 a.m.
7. Documentación una empresa prestadora del servicio de salud domiciliaria, marzo 13 de 2013.
8. DONATELLA Camerinoa. STRAIN Job and musculoskeletal disorders of Italian nurses, an Ergonomic Unit, Department of Occupational Health, University of Milan, Italy Occupational Medicine Unit, University of Milan, S. Gerardo Hospital, Monza, Italy, Occupational Ergonomics II, 2001.
9. GRADY T, Holman. Decision Factoris in Patient, Auburn University 2002. Disponible en internet: <http://www.facultyzoo.com/holman/Holman%20%20Decision%20Factors%20in%20Patient%20Handling%20-%20Utah.pdf> información consultada mayo 23 de 2011, págs. 12, 15,17.
10. HERNANDEZ, Ash Genaidy, SUE Davis and LIN Guo. A study of Musculoskeletal Strain Experienced by Nurses ; Musculoskeletal Research Laboratory, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, USA Ali Alhemoud Techno-Economics Department, Kuwait Institute for Scientific Research, Safat 13109, Kuwait 1998

11. HERNÁNDEZ-Ávila Mauricio, Ph.D.,(1) GARRIDO-Latorre Francisco , M. en C.,(2) LÓPEZ Moreno Sergio , M.C.(2))
12. HERRENA Amaya, MANRIQUE, Giomar Abril, FRED Gustavo. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería, publicado en Aquichan vol. 8, numero 2 octubre de 2008 PP. 243-256 Universidad de la Sabana Colombia
13. INSHT Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía Técnica de manipulación Manual de cargas, abril 14 de 1997. Disponible en internet: <http://www.uv.es/~cgt/prevencion/CARGAMAN.htm#factores de riesgo>. Consultado abril 22 de 2011.
14. LEGUIZAMON Luz Consuelo, ORTIZ Gómez Viviola, Condiciones Laborales y de Salud en enfermeras de Santafé de Bogotá, publicado en: International Journal of Clinical and Health Psychology, enero año/ vol. 2, numero 001, Asociación Española de Psicología Conductual AEPAC Granada, España PP. 173-182
15. Movilización del Paciente en Cama, Capítulo 8, Unidad 1 Guía para la Unidad del Paciente, Macgraw-Hill, España 2002. Disponible en internet: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>, consultado
16. OSPINA, Jorge Enrique. Área de Fomento y Protección de la salud unidad de servicios de salud – Unisalud. Monografía. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 16 de Nov 2004 p.20, web. <http://www.monografias.com/trabajos20/atencion-domiciliaria/atencion-domiciliaria.shtml>, consultado el día 05 mayo de 2011.

17. Prevención del Riesgo Laboral y Condiciones de trabajo. Publicado por; unión General de Trabajadores Europeos, basado en la II Encuesta Europea sobre condiciones de Trabajo, Dublin 1996.
18. RESTRPO, Trujillo Carolina, et al, Costo de un Servicio de Hospitalización Domiciliara en Medellín como Alternativa de la Hospitalización Institucional, Trabajo de Grado para optar al Título de Auditor en Salud Universidad CES Medellín, 2007
19. STOBBE, T.J, PLUMMER R.W., JENSEN R.C. & Attfield M.D. Incidence of low back injuries among nursing personnel as a function of patient lifting frequency. Journal of Safety Research, 1998.
20. STANFORD. NAOMI Administración Moderna, Diseño organizacional: Cómo lograr compañías sólidas. The Economist.2010, consultado el 15 de marzo de 2013 hora 14:00, disponible en internet en:[www. esmadruga2.blogspot.com/2012/12/los-modelos-organizacionales.html](http://www.esmadruga2.blogspot.com/2012/12/los-modelos-organizacionales.html).
21. TALONI, Silvia. An index for back pain risk assessment innursery activities TBM Lab. Dipartimento di Bioingegneria, Politecnico di Milano, Italy 2004.
22. TOMASINA, Fernando; BOZZO, Elizabeth; CHAVES, Elizabeth y PUCCI, Francisco. Impacto de las Condiciones Laborales en la Salud de Trabajadores de un Centro Quirurgico, publicado en la Revista Cubana de Salud Publica vol 34 numero 2 Ciudad de La Habana abril de 2008.
23. VALENCIA Luis., ZEÑA Sandra., Hacia una Vivienda Saludable – Guía para el facilitador. Organización Panamericana de la Salud. Lima Perú. Disponible en internet <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/vivsal.pdf>

24. VIEIRA, Ramos Edgar. BSc MSc NURSING AND HEALTHCARE MANAGEMENT AND POLICY Low back problems and possible improvements in nursing jobs PhD Student, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada 2005.

REFERENCIAS NORMATIVAS

25. DECRETO 1295 DE 1994 (junio 22) Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales Ministro de Gobierno de la República De Colombia.

26. Resolución numero 2646 de 2008 (julio 17), Factores de riesgo psicosocial en el trabajo. P 2, 5, 6,10. Ministerio de la protección social, Republica de Colombia.

27. Ley 9 de 1979, Titulo III Salud Ocupacional, por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Ministerio de Salud, Republica de Colombia

28. Resolución Numero 4445 de 1996. Ministerio de salud. Republica de Colombia.

29. Resolución Número 1043 De 2006 (del 3 de abril de 2006) Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del

30. DECRETO 1011 DE 2006 (abril 3) por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En cumplimiento de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política;

artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001, Republica de Colombia.

ANEXOS

Anexo número 1

Titulo del proyecto:

Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente colombiano

Investigadores: Jorge Irne Lozada, Md laboral Universidad de Cartagena

Adelaida Mayorga Est. MSO Univalle

Ana María Sánchez Est. MSO Univalle

LISTA DE CHEQUEO DE RIESGOS ERGONÓMICOS ASOCIADOS A LA MANIPULACIÓN DE PACIENTES⁹³

Puesto de trabajo No. _____

Estrato _____

Fecha: _____

1- Equipamiento y medios de trabajo

Condición	NA	SI	NO	ESTADO
Las camas tienen un sistema de ajuste en altura de fácil regulación (eléctrico por ejemplo)				
Existe equipos de asistencia para el traspaso de pacientes de la cama a la silla				
Existen equipos de asistencia para el traspaso de pacientes de una silla a otra.				
Se cuenta con equipos de apoyo para el traspaso de pacientes de una silla al WC.				
Existen equipos de apoyo para el aseo del paciente en la cama o la ducha.				
Existen equipos de apoyo para el traslado manual de pacientes de un lugar a otro.				
El equipamiento existente permite manipulación y/o agarres no forzados (muñecas alineadas, espalda recta).				
Los funcionarios cuentan con uniformes o ropas adecuadas que permitan realizar movimientos variados, de manera cómoda y segura.				
Existen vehículos (ambulancias por ejemplo) equipados para facilitar el manejo de pacientes en su interior simplificando el ingreso de éstos.				
Los equipos existentes se encuentran fácilmente disponibles.				
Observaciones				

⁹³ Lista de chequeo de riesgos ergonómicos asociados a la manipulación de pacientes, Mutual de seguridad C.Ch.C. Santiago de Chile. Tipo de uso libre.

2. Demandas Físicas⁹⁴

Condición	NA	SI	NO	Comentarios
Es posible realizar transferencias de pacientes entre dos o tres personas, en caso de ser necesario.				
Los trabajadores realizan las transferencias siempre acompañados de uno o más compañeros, según sea necesario.				
Los trabajadores utilizan el equipamiento para transferencias existente en el área.				
Los trabajadores levantan, de forma manual, completamente o una parte significativa del peso del paciente, o aplican fuerzas verticalmente.				
Los trabajadores usan principalmente sus brazos o espalda para aplicar la fuerza.				
Los trabajadores ejercen fuerza mientras permanecen en posturas forzadas (por ejemplo, posturas estáticas, rotados, inclinados hacia delante o con los brazos por sobre los hombros).				
Los trabajadores levantan o manipulan pacientes más allá de sus zonas de alcance (por ejemplo, cama con las barandas arriba)				
Los trabajadores realizan transferencias o asisten a estas en posturas poco estables.				
Los trabajadores sostienen o afirman una parte del cuerpo por periodos mantenidos (por ejemplo sosteniendo pacientes con sobre alcances mientras los bañan en sus camas)				
A menudo los trabajadores realizan movimientos rápidos o violentos.				
Los trabajadores realizan actividades de carga y /o traslado de insumos (bolsas de ropa, cajas de medicamentos, etc.)				
Los trabajadores realizan movimientos repetitivos durante la jornada (por ejemplo, movimiento repetitivo al ajustar la cama con dispositivos mecánicos, como una manilla)				
Observaciones				

⁹⁴ Ibid

3. Evaluación paciente⁹⁵

		Características	SI	NO
Físicas	Talla	El paciente es niño		
		El paciente es adolescente		
		El paciente es adulto		
	Peso	El paciente pesa entre 15 y 30 kilos		
		El paciente pesa entre 30 y 60 kilos		
		El paciente pesa entre 60 y 90 kilos		
		El paciente pesa más de 90 kilos		
	Movilización	El paciente logra giros en la cama de manera independiente		
		El paciente logra adoptar la posición sedente sin ayuda.		
		El paciente logra mantenerse sentado sin apoyo.		
		El paciente logra mantenerse de pie sin apoyo.		
		El paciente logra controlar sus movimientos.		
		El paciente presenta tono muscular normal.		
		El paciente está conectado a vías y/o monitores.		
Mentales	El paciente logra comprender y seguir instrucciones.			
	El paciente logra comunicarse de manera efectiva.			
	El paciente coopera con las actividades de aseo y/o transferencias.			
observaciones				

⁹⁵ Ibíd.

4. Espacios de trabajo⁹⁶

Condición	SI	NO
El edificio cuenta con rampas y/o elevadores con espacios adecuados para el tránsito y/o transporte de pacientes.		
Existe en las habitaciones espacio suficiente para mover libremente a pacientes y/o equipamiento.		
El espacio de la habitación permite usar de manera adecuada los equipos de transferencia.		
Los muebles ubicados alrededor de las camas son fáciles de mover.		
Los objetos de uso común se encuentran dentro de las zonas de alcance, evitando realizar inclinaciones para alcanzarlos.		
Existen en la habitación y/o pasillos barras de sujeción suficientes y de fácil alcance.		
Las puertas y pasillos permiten el libre tránsito y traslado de pacientes.		
Las condiciones del piso de las habitaciones permiten adherencia adecuada del calzado y pies descalzos.		
Se identifican barreras arquitectónicas No consideradas en esta evaluación.		
Observaciones		

⁹⁶ Ibid.

5. organización del trabajo⁹⁷

Condición	SI	NO
La cantidad de trabajadores es suficiente para asistir a los pacientes en transferencias.		
El sistema de turnos permite el descanso adecuado entre jornadas.		
Las tareas que realiza cada trabajador son variadas en exigencia durante la jornada.		
Existe información escrita y accesible de los procedimientos a seguir en relación a traslados y/o transferencias de pacientes.		
El equipo de trabajo tiene plena claridad respecto a los procedimientos del área.		
Existen tiempos estipulados para cada tarea durante la jornada.		
Existen pausas programadas durante la jornada.		
Se cuenta con un proceso de inducción y capacitación de los trabajadores al ingresar al área.		
Existe un tiempo de reentrenamiento de los trabajadores que ingresan posterior al alta de una enfermedad profesional o accidente por sobreesfuerzo.		
Observaciones		

⁹⁷ Ibid.

Anexo 2

Titulo del proyecto:

Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente colombiano

Investigadores: Jorge Irne Lozada, Md laboral Universidad de Cartagena

Adelaida Mayorga Est. MSO Univalle

Ana Maria Sanchez Est. MSO Univalle

CUESTIONARIO DE RIESGO PSICOSOCIAL INTRALABORAL⁹⁸

Puesto de trabajo No. _____

Estrato _____

Fecha: _____

Condiciones ambientales del sitio o lugar de trabajo

		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	El ruido en el lugar donde trabaja es molesto					
2	En el lugar donde trabaja hace mucho frio					
3	En el lugar donde trabaja hace mucho calor					
4	El aire en el lugar donde trabaja es fresco y agradable					
5	La luz del sitio donde trabaja es agradable					
6	El espacio donde trabaja es cómodo					
7	En mi trabajo me preocupa estar expuesto a sustancias químicas que afecten mi salud					
8	Mi trabajo me exige hacer mucho esfuerzo físico					

⁹⁸ II MCuestionario de Factores de riesgo Psicosocial Intralaboral, propuesto por la Universidad Javeriana y validado por el Ministerio de Protección Social.

De este instrumento se tomara los siguientes apartes: 1) Condiciones ambientales, 2) Responsabilidad y actividades en el trabajo, 3) Cambios en el trabajo e 4) información que la empresa ha dado sobre el trabajo. Bogotá. Tipo de uso libre.

9	Los equipos herramientas con los que trabajo son cómodos					
10	En mi trabajo me preocupa estar expuesto a microbios, animales o plantas que afectan mi salud					
11	Me preocupa accidentarme en mi trabajo					
12	El lugar de trabajo es limpio y ordenado					

Factores relacionados con la jornada de trabajo⁹⁹

		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
22	En mi trabajo respondo por cosas de mucho valor					
23	En mi trabajo respondo por dinero de la empresa					
24	Como parte de mis funciones debo responder por la seguridad de otros					
25	Respondo ante mi jefe por los resultados de toda mi área de trabajo					
26	Mi trabajo me exige cuidar de la salud de otras personas					
27	En el trabajo me dan ordenes contradictorias					
28	En mi trabajo me piden hacer cosas innecesarias					
29	En mi trabajo se presentan situaciones en las que debo pasar por alto normas o procedimientos					
30	En mi trabajo tengo que hacer cosas que se podrían hacer de una forma más practica.					

⁹⁹ Ibíd.

Factores relacionados con cambios en el trabajo¹⁰⁰

		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
48	Los cambios en mi trabajo han sido beneficiosos-					
49	Me explican claramente los cambios que ocurren en min trabajo					
50	Puedo dar sugerencias sobre los cambios que ocurren n mi trabajo					
51	Cuando se presentan cambio en mi trabajo se tiene en cuenta mis ideas y sugerencias					
52	Los cambios que se presentan en mi trabajo dificultan mi labor					

¹⁰⁰ Ibíd.

Factores relacionados con información sobre el trabajo¹⁰¹

		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
53	Me informan con claridad cuales son mis funciones					
54	Me informan cuales son las decisiones que puedo tomar en mi trabajo					
55	Me explican claramente los resultados que debo lograr en mi trabajo					
56	Me explican claramente el efecto de mi trabajo en la empresa					
57	Me explican claramente los objetivos de mi trabajo					
58	Me informan claramente quien me puede orientar para hacer mi trabajo					
59	Me informan claramente con quien puedo resolver los asuntos de trabajo.					

¹⁰¹ Ibíd.



Anexo 3

Titulo del proyecto:

Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente colombiano

Investigadores: Jorge Irne Lozada, Md laboral Universidad de Cartagena

Adelaida Mayorga Est. MSO Univalle

Ana Maria Sanchez Est. MSO Univalle

LISTA DE CHEQUEO PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS BIOLOGICOS¹⁰²

Puesto de trabajo No. _____

Estrato _____

Fecha: _____

T: Cumple Totalmente P: Cumple Parcialmente I: Incumple NA: No Aplica

		T	P	I	NA
1	Existe dotación de recipientes y de bolsas para la clasificación de los residuos				
2	Los residuos son adecuadamente clasificados				
3	Los residuos sobrepasan las $\frac{3}{4}$ partes del recipiente plástico				
4	Existe el registro semanal de la ruta de residuos hospitalarios				
GUARDIANES DE SEGURIDAD					
5	Existen guardianes adecuados para desechar objetos corto punzantes				
6	El guardián se encuentra con tapa y señalizado?				
7	Las agujas dentro del guardián están desechadas sin protector				
8	El guardián se encuentra lleno hasta el nivel permitido				
9	El guardián se encuentra ubicado cercano al lugar del procedimiento y a una altura de fácil acceso				
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)					
10	Se suministran los elementos de protección al personal asistencial: Guantes, tapabocas, protector ocular				
11	Utiliza adecuadamente los EPP en los procedimientos que lo requieren				
PRACTICAS SEGURAS					

¹⁰² Aparte tomado de la Lista de chequeo para riesgo biológico y residuos hospitalarios, ARP SURA, ultima modificación septiembre de 2007. Tipo de uso libre.

12	El lugar de trabajo esta en óptimas condiciones de higiene, orden y aseo				
13	El lugar de trabajo cuenta con los elementos mínimos de aseo para el lavado de manos (jabón, agua, toalla				
14	El mueble de descanso para el auxiliar es ergonómicamente adecuado				
15	El auxiliar de enfermería cuenta con la colaboración del familiar o cuidador para cada cambio de posición y de movilización del paciente				
16	Las condiciones antropométricas del auxiliar de enfermería son acordes al peso y talla del paciente				

ANEXO 4

HOJA DE VIDA DE LOS INVESTIGADORES

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre **ANA MARÍA SÁNCHEZ SOSA**

Título de pregrado **FONOAUDIÓLOGA**

Títulos de
Postgrado:

VINCULACIÓN CON EL PROYECTO

INVESTIGADOR PRINCIPAL:



ASESOR METODOLÓGICO: ☐

CO-INVESTIGADOR: ☐

DIRECTOR DE PROYECTO: ☐

ASESOR TEMÁTICO: ☐

ESTUDIANTE POSTGRADO: ☒

ESTUDIANTE PREGRADO: ☐

Correo investigador: anaorio88@hotmail.com

Teléfono: 3162845672

HOJA DE VIDA DEL INVESTIGADOR

Nombre **ADELAIDA MAYORGA ISAZA**

Título de pregrado **INGENIERA AGROINDUSTRIAL**

Títulos de
Postgrado:

VINCULACIÓN CON EL PROYECTO

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

☒

ASESOR METODOLÓGICO: ☐

CO-INVESTIGADOR: ☐

DIRECTOR DE PROYECTO: ☐

ASESOR TEMÁTICO: ☐

ESTUDIANTE POSTGRADO: ☒

ESTUDIANTE PREGRADO: ☐

Correo investigador: **firumayorga@hotmail.com**

Teléfono: **3206052294**

HOJA DE VIDA DEL DIRECTOR DEL PROYECTO

Nombre **JORGE IRNE LOZADA**

Título de pregrado **MEDICO CIRUJANO**

Títulos de **MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL**
Postgrado:

VINCULACIÓN CON EL PROYECTO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ☐

ASESOR METODOLÓGICO: ☐

CO-INVESTIGADOR: ☐

DIRECTOR DE PROYECTO: ☒

ASESOR TEMÁTICO: ☐

ESTUDIANTE POSTGRADO: ☐

ESTUDIANTE PREGRADO: ☐

Correo investigador: **jolozada58@hotmail.com**

Teléfono: **3183745928**



ANEXO NUMERO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO N°1

Titulo del proyecto: Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente colombiano

Investigadores: Jorge Irne Lozada, Md laboral Universidad de Cartagena
Adelaida Mayorga Est. MSO Univalle
Ana María Sánchez Est. MSO Univalle

Dirigido: Al paciente y/o acudiente que reside en la vivienda que participa en el estudio.

El objetivo de éste consentimiento informado es lograr un claro entendimiento por parte de los participantes del estudio, sobre el objetivo del mismo y de la participación que ellos van a tener en su desarrollo.

Este trabajo de investigación está a cargo de las estudiantes de 4 semestre de la Maestría en Salud Ocupacional de la universidad del Valle, Adelaida Mayorga y Ana María Sánchez. Lo que se pretende con este estudio es caracterizar las condiciones de trabajo de las auxiliares de enfermería de un servicio de atención domiciliaria en salud de la ciudad de Cali.

Se espera evaluar 134 puestos de trabajo que corresponde a la habitación del paciente que recibe el servicio de cuidados básicos por la auxiliar de enfermería. Si usted como paciente y/o acudiente permite que sea visitado por las investigadoras, se llevará a cabo una actividad de observación del espacio donde se lleva a cabo la tarea de nuestro interés. El paciente y/o acudiente no tendrán que responder ninguna de las preguntas de los instrumentos que serán aplicados. Cada visita tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente, el cual corresponde al tiempo de participación de los sujetos en la investigación.

La evaluación de cada puesto de trabajo está determinada por la autorización voluntaria del paciente y/o acudiente de ingreso a la residencia donde se encuentra el puesto de trabajo. La información recolectada será utilizada exclusivamente para los propósitos de esta investigación y se asegura total confidencialidad de la

identidad del puesto de trabajo, puesto que no se hará registro de los datos de identificación en ninguno de los instrumentos.

Se aclara, que este estudio no representa ningún riesgo para la salud e integridad de los participantes, no les generará ningún costo económico y no se producirá daño al espacio físico evaluado de cada vivienda.

Los participantes podrán manifestar de manera libre, su incomodidad, desacuerdo e inquietudes con respecto al proceso que se esté realizando. Igualmente, el participante podrá retirarse del proyecto cuando lo considere necesario sin que esto le signifique algún tipo de perjuicio.

Se solicita a cada participante su autorización para que los datos recolectados en este proyecto, puedan ser utilizados en futuros estudios que cumplan con los requisitos necesarios para la ejecución de un trabajo de investigación.

Cada participante recibirá una copia de este consentimiento y las preguntas que surjan a raíz de éste serán resueltas por las investigadoras, quienes entregarán información sobre los resultados del estudio si es solicitado previamente.

De antemano agradecemos su participación.

Para cualquier información adicional que requiera sobre esta investigación puede ponerse en contacto en la Universidad. Los contactos telefónicos de los investigadores son Adelaida Mayorga Cel. 320 605 22 94, Ana María Sánchez Cel. 316 284 56 72 y comité de Ética 518 56 77.

Nombre del paciente y/o acudiente que reside en
La vivienda que participa en el estudio (letra imprenta)

Firma del paciente y/o acudiente que reside en la
vivienda que participa en el estudio.

Fecha: _____

Testigo #1

Testigo #2

C.C

C.C



ANEXO NUMERO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO N° 2

Título del proyecto: Condiciones de trabajo del servicio de cuidados básicos de enfermería de una empresa de atención domiciliaria en salud de un municipio del suroccidente colombiano

Investigadores: Jorge Irne Lozada, Md laboral Universidad de Cartagena
Adelaida Mayorga Est. MSO Univalle
Ana María Sánchez Est. MSO Univalle

Dirigido: Al auxiliar de enfermería que se encuentra en el puesto de trabajo a evaluar. El objetivo de éste consentimiento informado es lograr un claro entendimiento por parte de los participantes del estudio, sobre el objetivo del mismo y de la participación que ellos van a tener en su desarrollo.

Este trabajo de investigación está a cargo de las estudiantes de 4 semestre de la Maestría en Salud Ocupacional de la universidad del Valle, Adelaida Mayorga y Ana María Sánchez. Lo que se pretende con este estudio es caracterizar las condiciones de trabajo de las auxiliares de enfermería de un servicio de atención domiciliaria en salud de la ciudad de Cali.

Se espera evaluar 134 puestos de trabajo que corresponde a la habitación del paciente que recibe el servicio de cuidados básicos por la auxiliar de enfermería. Si usted como auxiliar de enfermería permite que sea visitado por las investigadoras, se llevará a cabo una actividad de observación del espacio donde se lleva a cabo la tarea de nuestro interés y se le realizarán unas preguntas relacionadas con su puesto de trabajo, lo que tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente, que corresponde al tiempo de participación de los sujetos en la investigación.

La evaluación de cada puesto de trabajo está determinada por la participación voluntaria de la auxiliar de enfermería, por estar prestando el servicio en el puesto de trabajo que participa en el estudio, y por qué se requiere información relacionada con las tareas que ella desarrolla. La información recolectada será utilizada exclusivamente para los propósitos de esta investigación y se asegura total confidencialidad de la identidad de los participantes puesto que no se hará registro de los datos de identificación en ninguno de los instrumentos.

Se aclara, que este estudio no representa ningún riesgo para la salud e integridad de los participantes, no les generará ningún costo económico, ni tendrá ningún perjuicio en su trabajo.

Los participantes podrán manifestar de manera libre, su incomodidad, desacuerdo e inquietudes con respecto al proceso que se esté realizando. Igualmente, el participante podrá retirarse del proyecto cuando lo considere necesario sin que esto le signifique algún tipo de perjuicio.

Se solicita a cada participante su autorización para que los datos recolectados en este proyecto, puedan ser utilizados en futuros estudios que cumplan con los requisitos necesarios para la ejecución de un trabajo de investigación.

Cada participante recibirá una copia de este consentimiento y las preguntas que surjan a raíz de éste serán resueltas por las investigadoras, quienes entregarán información sobre los resultados del estudio si es solicitado previamente.

De antemano agradecemos su participación.

Para cualquier información adicional que requiera sobre esta investigación puede ponerse en contacto en la Universidad. Los contactos telefónicos de los investigadores son Adelaida Mayorga Cel. 320 605 22 94, Ana María Sánchez Cel. 316 284 56 72 y comité de Ética 518 56 77.

Nombre del auxiliar de enfermería
(Letra imprenta)

Firma del auxiliar de enfermería

Fecha: _____

Testigo #1

C.C

Testigo #2

C.C

ANEXO 7

PREGUNTAS PARA DESARROLLAR POR EL INVESTIGADOR PARA EL COMITÉ DE ETICA

1. Proporcione una descripción detallada de la participación de sujetos humanos incluyendo número, edad, sexo, grupo étnico y estado de salud.

RESPUESTA

La investigación esta relacionada con la caracterización de puestos de trabajo correspondiente a 204 puntos, de los cuales se tomará una muestra representativa de 134 puestos, que permita identificar la característica del total de la población.

Siendo relevante mencionar que quienes brindan la información relacionada con las condiciones laborales, son auxiliares de enfermería los familiares o acudientes del paciente, que se encuentren en el punto de trabajo al momento de aplicar el instrumento, en ninguno de los casos es factor de inclusión o exclusión, la edad, sexo, grupo étnico o estado de salud de los individuos.

2. Identifique las fuentes de Materiales para la Investigación propuesta que se obtendrá de seres humanos como muestras clínicas, datos, historias clínicas: Identifique si este material será obtenido específicamente para propósitos de investigación o si se utilizarán muestras, datos, etc., existentes o tomados para otros propósitos

RESPUESTA:

Las fuentes que permitirán obtener la información son: lista de chequeo del Método Mapo, Cuestionario de factores de riesgo intralaboral propuesto por la Universidad Javeriana y validado por el Ministerio de Protección social y lista de chequeo de Riesgo Biológico y manejo de residuos hospitalarios validada y aplicada por la ARP Sura basada en la normatividad nacional sobre identificación de riesgo Biológico.

La aplicación de los tres instrumentos se realizara mediante registro de inspección visual al sitio de trabajo y cuestionamiento según corresponda a las auxiliares, los familiares / acudientes del paciente,

En los tres casos los métodos de evaluación son listas de chequeo que inducen a respuesta afirmativa, negativa, siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca, cumple totalmente, cumple parcialmente o incumple, los instrumentos permiten evaluar el objetivo de la investigación sobre identificación de condiciones laborales.

El material obtenido será específicamente utilizado única y exclusivamente para el propósito de la investigación.

3. Describa los planes para el reclutamiento de los participantes en el estudio, y los procedimientos para informar y obtener el consentimiento informado ¿Qué información será proporcionada al participante potencial? ¿Quién comunicará esta información y obtendrá el consentimiento? ¿Cómo se documentará el consentimiento?

RESPUESTA:

Dado que el interés de la investigación es la identificación de condiciones laborales en los puestos de trabajo, el reclutamiento de los participantes se realizara visitando a cada uno de los puntos de trabajo, que para este caso corresponde a la vivienda de

pacientes que reciben atención asistencial en salud por parte de las auxiliares de enfermería.

La información que se brinda a los potenciales participantes, como auxiliares de enfermería y familiares o acudientes del paciente, está relacionada con el propósito de la investigación y el alcance de la misma, la cual se dará a conocer mediante el consentimiento informado, por parte de las investigadoras.

Una vez firmado el consentimiento informado se documentara mediante la entrega de una copia al participante.

4. Describa los riesgos potenciales físicos, psicológicos, sociales, legales u otro y evalúe su probabilidad y gravedad. Cuando sea apropiado, indique tratamientos y/o procedimientos alternativos que podrían ofrecer ventajas al participante.

RESPUESTA

El estudio no genera ningún tipo de riesgo para los potenciales participantes, dado que es de tipo descriptivo de corte transversal, donde sólo se hace una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio, que corresponde al sitio de trabajo del auxiliar de enfermería, así mismo los instrumentos a aplicar son validados, aprobados y utilizados en otras investigaciones, sin presentar efectos perjudiciales en la salud, integridad y calidad de vida de las personas participantes. Se hará acompañamiento en la toma de los datos para minimizar el riesgo de que se divulgue la identidad del paciente.

Las ventajas de esta investigación están orientadas a caracterizar las condiciones laborales y por ende a identificar los factores de riesgo de las auxiliares de enfermería que brindan servicios de atención domiciliaria en salud, como también proponer bases para futuras investigaciones de intervención.

5. Describa los procedimientos para proteger a los participantes de riesgos potenciales y para minimizar los riesgos, incluyendo riesgos de confidencialidad y evaluar su probabilidad de ser efectivos. Cuando sea apropiado, indique las medidas para asegurar la provisión de atención médica en el caso de efectos adversos a los participantes. También, cuando sea el caso, debe indicar las provisiones para monitorear los datos obtenidos en el transcurso del estudio para asegurar la seguridad de los participantes.

RESPUESTA

Por las características propias del estudio, los participantes de la investigación no se expondrán a riesgos potenciales y se mantendrá la confidencialidad de cada uno de los datos e información suministrada, como lo establece el consentimiento informado.

6. Indique porque los riesgos a los sujetos participantes son razonables con relación a los beneficios para ellos y con relación a la importancia del conocimiento que podrían esperar de la investigación.

RESPUESTA

Por la naturaleza de la investigación los riesgos a los que se exponen los participantes son mínimos y en contra partida los beneficios están dirigidos a la identificación de las condiciones laborales que influyen en el proceso de salud – enfermedad de las auxiliares de enfermería que prestan atención domiciliaria en salud.

7. Indique si se ha iniciado la realización del proyecto

RESPUESTA

La realización del proyecto no se ha iniciado, se presentara ante el Comité de Ética de la Universidad del Valle y se espera sea aprobado, para desarrollar la metodología.

Firma Investigador Principal

Firma Investigador Principal