

**DIAGNOSTICO SOBRE LA CULTURA DEL AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL
QUE LABORA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN HUILA**

**DIANA VANESSA SILVA GAVIRIA
GLORIA CONSTANZA CRUZ COLLAZOS**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
GARZÓN – HUILA
2008**

**DIAGNOSTICO SOBRE LA CULTURA DEL AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL
QUE LABORA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL
GARZÓN HUILA**

**DIANA VANESSA SILVA GAVIRIA
GLORIA CONSTANZA CRUZ COLLAZOS**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de
Profesional en Salud Ocupacional**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
GARZÓN – HUILA
2008**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Junio de 2008

DEDICATORIA

Nuestro trabajo de grado lo dedicamos con todo amor y cariño.

A tí papito DIOS que nos has dado la oportunidad de vivir y de disfrutar de una hermosa y cálida familia.

Con mucho cariño principalmente a nuestros padres que nos dieron el privilegio de ser sus hijas y por contar con ustedes en todo momento y en todo lugar. Gracias por todo papitos, por darnos esta carrera para un mejor futuro por confiar en nosotras, aunque hemos pasado por momentos muy difíciles y de mucha angustia siempre han estado ahí para apoyarnos y darnos su mano cuando más los hemos necesitado por brindarnos su amor y comprensión por todo esto y muchas cosas más que en el momento se nos escapan les agradecemos de todo corazón.

Tengan muy presente que los amamos y este logro que hoy estamos alcanzamos es para ustedes como parte de una pequeña retribución ha todo lo que se han sacrificado para tenernos donde nos tienen.

A nuestros hermanos Camilo ,Estefanía ,Carlos y Andrés gracias por estar con nosotras, y apoyarnos siempre, los queremos mucho y este triunfo también es para cada uno de ustedes.

A nuestros Catedráticos Norby Piedad Barján, Germán Cuellar , Mario Victoria por tenernos paciencia, guiarnos y darnos a conocer el verdadera razón de amar nuestra carrera.

No nos podemos ir sin antes decirles que, sin ustedes a nuestro lado no lo hubiéramos logrado, tantas luchas, tantas desveladas sirvieron de algo y aquí está el fruto. Les agradecemos a todos ustedes con toda nuestra alma el haber llegado a nuestras vidas y el compartir momentos agradables como también los tristes y de muchas angustias ,pero hoy entendemos que estos son los momentos que

nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean .Los apreciamos mucho y nunca los olvidaremos.

Por último quisiéramos agradecer a todas y cada una de las personas que vivieron con nosotras la realización de este proyecto de grado, con sus momentos buenos y malos que por el momento es mejor no recordarlas agradecemos desde lo más profundo de nuestros corazones, el habernos brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

*Diana Vanessa
Gloria Constanza*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos

A nuestro Dios todo poderoso quien nos ha permitido llegar a ésta hermosa etapa de nuestras vidas, a nuestros padres quienes con esfuerzo y dedicación se han esmerado por brindarnos lo mejor, para que culminemos con dicha y satisfacción nuestra carrera.

A Todas aquellas personas que con su apoyo hicieron posible la culminación del presente trabajo, en especial al Dr. Fernely Ramos Gerente del Hospital Departamental san Vicente de Paul, al Dr. Hernado Corredor y Gustavo Borrero, Subgerente y Coordinador del servicio de Urgencias, quienes nos permitieron la entrada y orientación para trabajar en tan prestigiosa institución.

A los trabajadores del Servicio de Urgencias, por disponer de su tiempo para llevar a cabo todas aquellas actividades que nos propusimos realizaren en dicho servicio.

A Nelson Ardila director de nuestro trabajo de grado, por su compromiso y acompañamiento, por su tiempo y dedicación, Gracias por permitirnos aprender de tu experiencia.

De la misma manera a todos y cada uno de los docentes pues sin ellos nos hubiese sido imposible finalizar este proyecto de grado.

A la Universidad, por brindar la oportunidad de formar profesionales, con calidad humana, capaces de enfrentar nuevos retos.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. ANTECEDENTES	20
2. PROBLEMA	23
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	23
3. JUSTIFICACIÓN	26
4. OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GENERAL	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. MARCO CONCEPTUAL	28
6. MARCO TEORICO	33
6.1 ESTILO DE VIDA	33
6.2 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL CUIDADO	34
6.3 TIPOS DE CUIDADOS	35
6.4 CONCEPTO DE AUTOCUIDADO	36

	pág.	
6.5	TIPOS DE PRÁCTICAS	37
6.6	PRINCIPIOS PARA EL AUTOCUIDADO	38
6.7	EVOLUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	40
6.8	FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO	41
6.9	FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES	43
7.	PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO	46
7.1	NECESIDADES FUNDAMENTALES EN LOS ESTILOS DE VIDA	50
7.1.1	Beber Y Comer	55
7.1.2	Moverse y Mantener una Buena Postura	55
7.1.3	Dormir y Descansar	56
7.1.4	Mantener la Temperatura Corporal	57
7.1.5	Estar Limpio, Aseado y Proteger sus Tegumentos	58
7.1.6	Evitar Peligros	59
7.1.7	Comunicarse con sus Semejantes	60
7.1.8	Actuar Según sus Creencias y sus Valores	61
7.1.9	Recrearse	63

	pág.
7.1.10 Aprender	64
8. MARCO LEGAL	66
8.1 E.S.E HOSPITAL DE PARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL - PLAN DE DESARROLLO	67
8.2 MARCO JURÍDICO EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	68
8.3 MARCO ÉTICO	77
8.4 MARCO GEOGRÁFICO	77
8.4.1 Descripción general de la empresa	79
8.4.2 estructura organizacional	81
8.5 RESEÑA HISTÓRICA	84
8.6 SERVICIO DE URGENCIAS	88
8.6.1 Recursos humanos	89
8.6.2 Distribución por Cargos	90
8.6.3 Jornada laboral	91
8.6.4 Perfil sociodemografico	92
8.6.5 Distribución por géneros	93
8.6.6 Antigüedad en la empresa	94
9. METODOLOGÍA	95

	pág.	
9.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	95
9.2	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	95
9.3	TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN	95
9.4	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION	96
9.5	ETICA DE LA INVESTIGACIÓN	96
9.6	INSTRUMENTOS	96
9.7	RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	96
9.8	VARIABLES	97
10.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	104
10.1	CARACTERIZACION BIOSOCIAL DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DEPARATAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA	104
10.1.1	Incidencia de enfermedades	105
10.2	DESCRIPCIÓN DE PRÁCTICAS COMUNES EN LOS ESTILOS DE VIDA, SEGÚN NECESIDADES FUNDAMENTALES	106
10.2.1	Cambios en el peso corporal	108
10.2.2	Valoración del Índice de Masa Corporal	110

	pág.	
10.2.3	Influencia del trabajo en las relaciones familiares	115
10.2.4	Influencia de los problemas familiares en el rendimiento laboral	116
10.2.5	Frecuencia en la realización de las actividades Recreativas	119
11.	CONDICIONES DE SALUD	121
12.	PRÁCTICAS PARA UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO QUE PUEDEN SER FORTALECIDAS, PRÁCTICAS DE RIESGOS PARA UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO, ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO	122
12.1	MATERIAL Y MÉTODOS PARA LAS ENTREVISTAS	124
12.2	RESULTADOS	125
13.	PROPUESTA PARA EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA	129
13.1	SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y MEDICINA DEL TRABAJO	130
13.2	SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL	132
13.3	SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL	135
14.	CONCLUSIONES	137

	pág.
15. RECOMENDACIONES	139
BIBLIOGRAFÍA	141
ANEXOS	144

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1. Distribución por cargos	90
Grafica 2. Perfil sociodemográfico	92
Grafica 3. Distribución por géneros	93
Grafica 4. Antigüedad en la empresa	94
Grafica 5. Incidencia de enfermedades	105
Grafica 6. Cambios en el peso corporal	109
Grafica 7. Valoración del índice de masa corporal	110
Grafica 8. Influencia del trabajo en las relaciones familiares	116
Grafica 9. Influencia en los problemas familiares en el rendimiento laboral	116
Grafica 10. Frecuencia en la realización de las actividades recreativas	120

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Cronograma de actividades año 2008 Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón Huila	145
Anexo B. Presupuesto	148
Anexo C. Algunos objetivos que se llevaron a cabo	151
Anexo D. Encuesta dirigida al personal que labora en el Servicio de Urgencias	152
Anexo E. Fotografías	165
Anexo F. Control de asistencia, personal de Urgencias Hospital Departamental San Vicente de Paul De Garzón Huila	185
Anexo G. Fotografías	186

RESUMEN

Autocuidado se refiere al cuidado de sí mismo, al acto de mantener la vida con prácticas que llevan al desarrollo armónico y combinado de la salud y el bienestar en general de cada individuo; es de anotar que no existe un estilo de vida óptimo y único para todo el mundo, puesto que aspectos como la cultura, la edad, el trabajo, el ambiente familiar, y el estado de salud, influyen en el modo de vida y en la calidad de ésta.

El estudio tubo un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo diseñado para identificar la presencia de prácticas de autocuidado, factores de riesgos para la salud, donde se exponen algunos estilos de vida saludables del personal del Servicio de Urgencias. (Médicos, Enfermeras, Conductores, Servicios Generales, Celadores, Cajeros).

La investigación buscaba identificar las prácticas comunes en cuanto a prácticas de Autocuidado y los estilos de vida de la población a estudio, así como las prácticas que puedan llevar a riesgo y aquellas que deben ser fortalecidas con el fin de plantear unas estrategias de mejoramiento o fortalecimiento de dichas prácticas.

La muestra estuvo constituida por 60 personas que laboran en el servicio de urgencias entre : (Médicos, Enfermeras, Conductores, Servicios Generales, Celadores, Cajeros), que representaron el 72 % de la población. El proceso se realizó a través de la aplicación de encuestas y un cuestionario para valorar la necesidad del aprendizaje, primero sobre una población con características similares al grupo en estudio (prueba piloto) y posteriormente sobre la muestra.

Los resultados obtenidos fueron: El grupo en estudio son adultos maduros en diferentes etapas del ciclo vital familiar y cuya funcionalidad familiar es Considerada como buena.

Las necesidades fundamentales relacionadas con la alimentación, el ejercicio, evitar peligros y recreación son las que tienen prácticas que requieren ser modificadas para incorporar una Cultura de Autocuidado y a su vez mantener Estilos de Vida Saludables. Las demás necesidades fundamentales enunciadas en ésta investigación tienen prácticas que requieren un continuo fortalecimiento.

Cada una de las tareas y actividades desempeñadas por cada uno de estos trabajadores, la intensidad horaria y las jornadas prolongadas de trabajo son limitantes del tiempo para la participación en las actividades no académicas de la Institución.

Las alteraciones de la salud que presentan algunos de los trabajadores del Servicio de Urgencias, son particulares de la etapa del Ciclo Vital Individual en la cual se encuentran.

Las actividades que realizan estos trabajadores de la salud en determinados momentos les producen niveles de estrés, que pueden generar alteraciones biológicas, psicológicas y sociales.

El compromiso de ser prestadores del servicio de salud, se evidencia en la forma como desempeñan su rol y como manifiestan la satisfacción en la realización de tareas asignadas.

El contexto en el cual el hombre está inmerso influye en los factores biológicos, Psicológicos y sociales que estructuran el estilo de vida de un individuo.

El Autocuidado es un concepto que va más allá de hábitos, costumbres, creencias y patrones de crianza, puesto que el contexto socio-laboral u ocupacional donde se desenvuelva la persona también inciden, como lo demuestran los resultados obtenidos.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se enuncian las **Siguientes recomendaciones:** Conocer la Cultura de autocuidado y estilos de vida de otros profesionales y no profesionales que laboren en diferentes instituciones prestadoras del servicio de salud, con el fin de establecer un perfil de una cultura de autocuidado de dicho personal, así como realizar investigaciones en el tema en otras poblaciones del sector salud de diferentes instituciones del país.

Adecuar espacios y crear programas que faciliten el cambio y mejoramiento de aptitudes hacia una cultura de autocuidado sin dejar a tras los estilos de vida saludables de dicho personal.

Crear y ejecutar un proyecto de evaluación y control sobre una cultura de autocuidado y de los estilos de vida saludables según el grado de satisfacción de las necesidades fundamentales de las personas.

PALABRAS CLAVES: Salud, Salud ocupacional, Autocuidado, Personal de salud, Estilos de vida saludables, Higiene industrial, Seguridad industrial.

ABSTRACT

Self-care refers the care of it-self, to the act of maintaining the life with practices that take the harmonic and shared development of health and the well-being in general of each individual; it is writing down that a good and only lifestyle doesn't exist for everybody, since aspects like the culture, the age, the work, the family atmosphere and the state of health, they influence in the way of life and in the quality of this.

The study had a quality focus , of descriptive type designed to identify the presence of practices of self-care ,factors of risk for the health, where the personnel's of service of urgencies healthy lifestyles are exposed (doctors, nurses, drivers, general services, personal of security , cashiers).

The investigation looked for to identify the common practices as for practice of self-care. the lifestyles from the population to study as well as the practices that they can take to risk and those that should be strengthened with the purpose of outlining some strategies of improvement or invigoration of these practices.

The sample was constituted by 60 people that work in the service of urgencies among: (doctors, nurses, drivers, general services, personnel of security, cashiers) that represented the population's 72%. The process carries out through the application of surveys and a questionnaire to value the necessity of learning, first on a population with similar characteristics to the group in study (pilot proves) and later on the sample.

The obtained results were: the group in study is mature adult in different stages of the family vital cycle and whose family functionality is considered as good.

The fundamental necessities related with the feeding, the exercise, to avoid dangers and recreation, they are those that have practices that require to be modified to incorporate a self-care culture and in turn to maintain healthy lifestyles. The other fundamental necessities enunciated in this investigation have practices that require a continuous invigoration.

Each one of the task and activities carried out by each one of these workers, the time intensity and the lingering days of work are restrictive of time for the participation in the non academic activities of the institution.

The alterations of the health that present some of the workers of the service of urgencies are peculiar of the stage of the vital singular cycle in which they are.

The activities that these workers of the health carry out in certain moments produce them stress levels that can generate biological, psychological and social alterations.

The commitment of being lenders of the service of health is evidenced in the form like they carry out its list and like they manifest the satisfaction in the realization of assigned tasks.

The context in which the man is inner influences in the biological, psychological and social factors that structure the lifestyle of an individual.

The self-care is a concept that goes beyond habits, customs, beliefs and patterns of upbringing, since the social-labor or occupational concept where the person is unwrapped it also impact, as is demonstrated by the obtained results.

According to the results obtained in the investigation the following recommendations are enunciated: to know the self-care culture and lifestyles of other professional ones and non professionals that work in different institutions of the service of health, with the purpose of establishing a profile of a culture of this personnel's self-care as well as to carry out investigations in the topic in other populations of the sector health of different institutions of the country.

To adapt spaces and to create programs that facilitates the change and improvement of aptitudes toward a self-care culture without leaving these personnel's healthy lifestyles behind.

To create and to execute an evaluation project and control on a self-care culture and the healthy lifestyles according to the grade of satisfaction of the fundamental necessities of people.

Key words: Health, Occupational health, Self-care, Personal of health, Healthy lifestyles

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de la salud de los trabajadores se centra toda la atención sobre los accidentes laborales o las enfermedades profesionales, situaciones que conllevan a promover el “Autocuidado en el trabajador”, no solo en su ambiente laboral sino también en su vida cotidiana, ya que en ningún lugar se está exento de efectos negativos que incidan en la salud.

La Prevención y Promoción en el trabajo busca adelantarse a los riesgos, a través del fomento de estilos de vida saludables, como “La Cultura del Autocuidado “ya que esta consiste en cuidarse a si mismo ó que cada individuo cuide su salud con criterio y responsabilidad. El Autocuidado se puede definir como ese amor propio ó autoestima, el cual refleja en todas las actividades de la vida: por la forma en que se conforma la salud, la apariencia personal, en el trabajo y como se trata a lo demás decidiendo y eligiendo, no únicamente como actos de la razón, sino también como actos que conllevan a la emocionalidad.

El presente Diagnostico, es de gran utilidad para identificar las practicas saludables y las de riesgo, de igual manera contribuye para tomar las medidas correctivas frente a los comportamientos reales que enfrenta el personal que labora en el “Servicio de Urgencias Del Hospital Departamental San Vicente de Paúl” de Garzón Huila.

Es una investigación cualitativa y descriptiva, en la cual participaron el 46% del personal que labora en el “Servicio de Urgencias del Hospital Departamental san Vicente de Paul “de Garzón Huila.

La información se obtuvo a través de encuestas, entrevistas y análisis de las Hojas de Vida.

El análisis de resultados, se realizó a partir de las necesidades fundamentales que inciden en la falta de una Cultura de Autocuidado.

Al respecto, la información obtenida permite concluir que en el grupo existen prácticas que pueden llevar a Riesgo y otras que pueden ser fortalecidas por el personal que Labora en el Servicio de Urgencias.

Este es un trabajo que abre espacios para que otras dependencias de la institución aborden la misma temática, como estrategia explícita y permanente; logrando así un excelente desempeño laboral.

1. ANTECEDENTES

La OMS define que el trabajo es un factor importante en el fomento de la salud, sin embargo, también puede ser una fuente de malestar, si es muy disfuncional, incluso puede ocasionar enfermedad, como así lo demuestran estudios epidemiológicos. Por otra parte, la OIT afirma que el personal de salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos y, por lo tanto, necesita una particular protección de salud. La tendencia manifestada en el ámbito de la salud es hacia focalizar la atención de los cuidados en los pacientes, y en menor medida en el personal de salud. La calidad de vida laboral es un factor muy importante para el adecuado desarrollo personal y profesional.

Tomando como referencia al Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud de México (CENIDS), se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre este tema, incluyendo las siguientes dimensiones del concepto de autocuidado: autocuidado del paciente, prevención de enfermedades, autocuidado en instituciones de salud, cuidado de la salud y educación al usuario.

A través de esta revisión se pudo detectar que son escasos los artículos publicados en América Latina sobre estrategias institucionales de aplicación de programas, proyectos o actividades realizadas por los servicios de salud para promover y reforzar prácticas de autocuidado en los usuarios y en los propios prestadores de servicios de salud. El mayor número de artículos se encontró en la Revista Educación para el Autocuidado de la Salud (EPAS), publicación periódica de circulación restringida, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile, que en sus inicios (1984 a 1987) se editó como un boletín y luego como revista (1987 a 1999).

De las experiencias recibidas, la mayoría corresponden a Chile; le siguen en orden de frecuencia Brasil, Perú, Colombia, Venezuela y Panamá. Los trabajos recopilados en estos países generalmente se han llevado a cabo en una institución y usualmente por un mismo equipo de trabajo. Las experiencias recogidas en Chile se originan en pocas instituciones, principalmente en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Esto responde a que autoras de esta monografía son enfermeras que han trabajado desde hace más de dos décadas en el área del autocuidado, constituyendo un grupo con una amplia y variada experiencia práctica y en investigación. Las instituciones que han realizado las experiencias que pudimos recolectar son centros de atención del nivel primario, secundario y terciario, estatales, universitarios y privados. La mayor cantidad de trabajos corresponde a instituciones docente- asistenciales.

Las experiencias de Autocuidado recolectadas están orientadas a todos los niveles de prevención. Incluyen experiencias de promoción de la salud infantil, programas de autocuidado con niños prematuros, hospitalizados y pacientes con enfermedades específicas. En el área del adulto se observan con mayor frecuencia programas dirigidos a desarrollar capacidades de autocuidado en personas con patologías crónicas, tales como cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y hemofilia.

En menor medida se recopilaron trabajos en sexualidad, embarazo, SIDA, salud bucal, envejecimiento sano, autocuidado del recurso humano e investigaciones sobre modelos de atención de salud con enfoque de autocuidado.

Hay experiencias orientadas exclusivamente a mujeres adultas, no así a adultos hombres en donde se reconoce un escaso trabajo en autocuidado. Se aprecia un déficit importante de trabajos con adolescentes; los recopilados tratan dos temas: adicciones y embarazo. Las experiencias con familias apuntan más que nada a apoyar al sistema familiar cuando existe algún miembro con una enfermedad crónica o terminal.

A pesar del esfuerzo realizado por recolectar experiencias surgidas desde distintas profesiones, la gran mayoría de las respuestas provinieron de enfermeras, seguidas por los odontólogos. Un cuarto de las experiencias recopiladas las han desarrollado equipos multidisciplinarios conformados por enfermeras, médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales y kinesiólogos. Los grupos están integrados principalmente por profesionales de la salud; en su minoría se incluyen también profesionales de otras áreas, como, por ejemplo, de las ciencias sociales, ciencias de la educación y de la comunicación. En cuanto a técnicas y herramientas empleadas en los programas, se evidencia una escasez descriptiva importante en este ámbito, lo que da cuenta de un vacío metodológico general observado en la mayoría de las experiencias recolectadas.

La información con la que se cuenta muestra que las técnicas más utilizadas fueron: talleres grupales, clases expositivas, demostraciones de algún tratamiento en particular, dramatizaciones, técnicas de relajación e imaginación y consejería.

En cuanto a las herramientas, la mayoría están sólo nombradas, no explicadas. Se mencionan principalmente materiales impresos, audiovisuales, juegos educativos y cooperativos orientados a estimular la conversación y a compartir experiencias entre los participantes.

Los materiales impresos corresponden a folletos educativos, rotafolios, cartillas, guías para orientar al usuario y reforzar los contenidos trabajados, material autoexplicativo, manuales sobre alguna patología en particular, y sobre tratamientos domiciliarios, cuadernos de salud, trípticos, afiches, carnets y pautas

de evaluación para estimar los conocimientos adquiridos. Los materiales audiovisuales utilizados son diaporamas, software y películas.

A continuación se presenta el proceso y evolución de la experiencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila, cuya meta fue la Diagnosticar si existía una Cultura de Autocuidado en el personal que labora en dicho servicio de esta institución. En esta experiencia se identifican gran parte de las estrategias descritas anteriormente, algunas de las cuales fueron exitosas y otras no se mantuvieron en el tiempo.

2. PROBLEMA

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Diagnostico en la actualidad sobre la Cultura de Autocuidado en el personal, que labora en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila?

2.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La falta de una “Cultura de Autocuidado para la Prevención de Riesgos Profesionales” sigue siendo uno de los problemas más graves a nivel social y económico en el mundo. A nivel internacional la OIT ha reportado datos relacionados con la tasa de incidencia por enfermedad profesional cercana a 8000 casos por cada 100.000 trabajadores basados en registros de auto reporte. En cuanto a costos, la OIT ha señalado que estas enfermedades tendrían un valor equivalente al 4.5%, del producto interno bruto.¹

El Autocuidado en la salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de la salud o enfermedad.

Una persona que practica el Autocuidado es aquella que se percibe como un ser valioso en su condición de ser humano y que está en capacidad de construir su propio proyecto de vida y en su ambiente laboral, personal y familiar, piensa en soluciones que lo benefician tanto a él como a sus compañeros.

Es evidente entonces que las instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de Autocuidado en el personal que labora en dichos establecimientos.

En nuestro país el panorama acerca de una “Cultura de Autocuidado” no es alentador, ya que los esfuerzos dedicados al desarrollo de estrategias con este fin a nivel de las instituciones de salud, son aún insuficientes, con el proceso de envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo se hace urgente implementar una cultura de Autocuidado y así, fomentar conductas y estilos de vida saludables en los trabajadores.

¹ XVII congreso mundial sobre seguridad y salud en el trabajo. Revista del consejo colombiano de seguridad. Vol.299 enero-febrero 2005. Pg. 14

Teniendo en cuenta lo anterior, la dirección general de riesgos profesionales en cumplimiento de sus funciones establecidas en el decreto 205 del 2003 y resolución No.002 del 2003, estableció dentro de su planeación estratégica la conmemoración del día de la “Salud en el Mundo del Trabajo”, como una campaña del Fondo de Riesgos Profesionales en cumplimiento de su objeto.²

En alcance a los propósitos del plan nacional en Salud Ocupacional, el Comité Nacional de Salud Ocupacional en reunión el 15 de febrero del 2005, estableció como tema central de conmemoración la “Promoción de la Cultura del Autocuidado y la Prevención de Riesgos Profesionales”, como estrategia de sensibilización a la población en general sobre la importancia de la prevención de la accidentalidad ocupacional, así como de las enfermedades profesionales.³

A nivel departamental, profesionales de otras ramas han intentado realizar programas de prevención en salud ocupacional, pero como no existe un verdadero diagnóstico de la problemática realizada por profesionales idóneos se ha quedado en deseos y no en hechos reales de los cuales exista una prueba escrita. Tomando como referencia la evaluación adelantada por el ministerio de trabajo y seguridad social en el periodo del 2006 en el cuales se identificaron problemas estructurales operativos, se puede concluir que en trece años de existencia del sistema general de riesgos profesionales no se registra un crecimiento en la cobertura, la accidentalidad laboral aumenta y el libre mercado en la competencia ha permitido lograr un conocimiento en los deberes y derechos de los empresarios y trabajadores, pero de igual manera ha distorsionado la relación entre las administradoras de riesgos profesionales ARP y los empresarios, por falta de vigilancia y control por parte del ministerio de la protección social, en el desarrollo de los programas de salud ocupacional en el Huila.

Es así como, la situación de seguridad, hábitos saludables y específicamente Autocuidado en el sector salud y hablando específicamente en el servicio de urgencias del hospital departamental san Vicente de paúl, reviste una gran complejidad.

A pesar de no tener estadísticas son evidentes muchas las deficiencias en materia de salud ocupacional, ignorando de esta manera el Autocuidado como una Cultura de Prevención y sí produciendo de esta forma un gran número de lesiones, y deterioro de las condiciones de la salud en relación con el trabajo.

² Ministerio de Protección Social. Informe sobre prevención y promoción en el mundo del trabajo de en Colombia 2001- 2003.

³ Unimsalud, 2005. Prevención de Riesgos en sector informal Metalmecánico, Bogotá D.C.

Bien se sabe que en las instituciones prestadoras de servicios en salud ejercen gran influencia en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y todo proceso salud – enfermedad.

Lamentablemente estos trabajadores que desempeñan su labores: bien sean (médicos, enfermeras, celadores, servicios generales y personal administrativo), aun no poseen un panorama claro sobre la “cultura del Autocuidado”

Teniendo en cuenta que el ambiente laboral y las relaciones interpersonales al interior de las instituciones de salud, son factores importantes, nos preguntamos si estas personas están realmente capacitadas para promover e impulsar una “Cultura de Autocuidado”.

3. JUSTIFICACIÓN

La salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país y en especial para el sector salud, en donde la aplicación de programas como el de salud ocupacional, seguridad industrial han sido muy incipientes, poniendo en riesgo la vida de dicho personal y por ende su calidad de convivencia, preservación y conservación.

Diversas empresas en nuestro país y hablando claramente de la ciudad de Neiva, han establecido estrategias con el fin de mejorar los programas de salud ocupacional en su entorno laboral, pero los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud de la población trabajadora, no han mejorado el nivel de vida de estos.

Considerando la complejidad de esta problemática, se ve la necesidad de aprender a prevenir antes que curar”, pues la responsabilidad es de todos, pero podemos partir desde la cabeza de toda empresa e institución como es el caso de los gerentes, pues es labor de estos velar por el control de los factores de riesgos generadores de los accidentes laborales y enfermedades profesionales y estimular en los trabajadores la adopción de actitudes seguras frente a dichos riesgos, promoviendo antes que todo una “Cultura de Autocuidado “porque de nada vale adecuar un ambiente laboral seguro ,si el trabajador como ser racional no toma conciencia para quererse y amarse a sí mismo. Cabe resaltar la importancia que toma este estudio para abrir oportunidades de intervención y realizar estrategias que disminuyan estos factores de riesgo.

Las consecuencias a corto y largo plazo son de un elevado costo social y económico en términos de incapacidades, perdidas de jornadas de trabajo y gasto derivado de prestaciones asistenciales, pruebas complementarias y tratamientos, hasta el punto que han llegado a ser consideradas como uno de los puntos de actuación más importantes en la prevención de la salud Ocupacional. Dándole un siguiendo a esta situación es importante que se genere un avance en la prevención y en el diagnostico precoz, con el fin de plantear una estrategia de incentivar a una cultura de autocuidado con la cual se espera dar una respuesta eficiente y adecuada a la problemática planteada.

Esta experiencia demostrará que los profesionales y personal en general que labora en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental san Vicente de Paul del Municipio de Garzón Huila pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la salud a nivel institucional convirtiéndose en el eje fundamental para este fin, desarrollándose en los roles de investigación y gestión, preocupándose siempre por el cuidado y bienestar integral de todos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Promocionar la importancia de implementar una cultura de Autocuidado para la Prevención de Riesgos Laborales en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar los Factores de Riesgos que afectan el Ambiente Laboral en los Trabajadores del Servicio de Urgencias Del Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila.
- ❖ Investigar y evaluar sobre los Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales que se hayan presentado en los Trabajadores del Servicio de Urgencias Del Hospital Departamental San Vicente de Paúl del de Garzón Huila.
- ❖ Analizar los estilos de vida saludables del personal del servicio de urgencias.
- ❖ Proponer las Políticas en Salud Ocupacional, Higiene Industrial y seguridad industrial.
- ❖ Brindar a los trabajadores, charlas sobre conocimientos básicos de la Cultura del Autocuidado en la promoción y prevención de la salud.
- ❖ Dar a conocer a través de medios publicitarios (cartelera, carteles, volantes, folletos y afiches) como poner en práctica una Cultura de Autocuidado.
- ❖ Sugerir recomendaciones sobre actividades diarias que permitan minimizar los Riesgos y Prevenir Accidentes de trabajo, Enfermedades Profesionales en cuanto Ambiente: laboral, social y personal.

5. MARCO CONCEPTUAL

SALUD OCUPACIONAL. Conjunto de actividades multidisciplinarias encaminadas a la promoción, educación, prevención control, recuperación y rehabilitación de los trabajadores para protegerlos de los factores de riesgo Ocupacionales y ubicarlos en ambiente de trabajo de acuerdo con sus necesidades fisiológicas. Busca la mejor adaptación del hombre al trabajo.

RIESGO. Es la probabilidad de ocurrencia de un evento. Ejemplo Riesgo de una caída, o el riesgo de ahogamiento.

FACTORES DE RIESGO PROFESIONALES. Son factores de riesgo profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada, y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el gobierno nacional.

SALUD. Es un estado de bienestar físico, mental y social. No solo en la ausencia de enfermedad.

TRABAJO. Es toda actividad que el hombre realiza de transformación de la naturaleza con el fin de mejorar la calidad de vida.

ENFERMEDAD PROFESIONAL. Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el gobierno nacional. También es Enfermedad Profesional si se demuestra la relación de causalidad entre el factor de riesgo y la enfermedad.⁴

CONSECUENCIA. Es la valoración de daños posibles debidos a un accidente determinado o a una enfermedad profesional. La consecuencia puede ser limitada por los daños a las personas, la [propiedad](#) y los [costos](#).⁵

PREVALENCIA. Número de casos nuevos y antiguos de un evento en una población, en un período de tiempo determinado.

⁴ (Decreto ley 1295 de 1994 junio 22. ley 776 de 2002)

⁵ ARP COLPATRIA Conceptos Básicos En Salud Ocupacional. 2002

ACCIDENTE DE TRABAJO o AT. Es el suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo, y que produce en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o [la muerte](#); así como aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, aún fuera del lugar y horas de trabajo, o durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el [transporte](#) se suministre por el empleador. (Art. 9, capítulo II, decreto 1295/94). Los factores que causan [accidentes](#) de trabajo son técnicos, psicosociales y humanos. Algunos tipos de accidentes son: los golpes, caídas, resbalones, choques, etc.

PROBABILIDAD. Se puede entender como la posibilidad real de que ocurra un daño.

EXPOSICION. Es la concentración a la cual el trabajador está sometido en un momento dado. Para que sea significativa es generalmente promediada y referida sobre una unidad de tiempo (un turno de 8 horas generalmente). Se mide como remota, ocasional, frecuente o continua.

PREVENCIÓN. Conjunto de acciones cuyo objeto es impedir o evitar que sucesos naturales o generados por la actividad humana, causen desastres.

FACTORES DE RIESGO. Es la existencia de elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya [probabilidad](#) de ocurrencia depende de la eliminación o control del elemento agresivo. Se clasifican en: Físicos, químicos, mecánicos, locativos, eléctricos, ergonómicos, psicosociales y biológicos. Su identificación acertada y oportuna, contando con la experiencia del observador, son elementos que influyen sobre la calidad del panorama general de agentes de riesgo. Se deben identificar los factores de riesgo, en los procesos productivos, en la revisión de los [datos](#) de accidentalidad y las normas y reglamentos establecidos.

RIESGOS FÍSICOS. Son todos aquellos factores ambientales de naturaleza física que al ser percibidos por las personas pueden llegar a tener efectos nocivos según la intensidad, concentración y exposición. Estos son: [Ruido](#), vibraciones, presiones anormales, [iluminación](#), humedad, temperaturas extremas (calor y frío), radiaciones ionizantes y no ionizantes.

RIESGOS LOCATIVOS. Los encuentran en: pisos, techos, paredes y escaleras.

RIESGOS MECÁNICOS. Se encuentran básicamente en los puntos de operación. Herramientas eléctricas y operaciones con transmisión de fuerza.

RIESGOS QUÍMICOS. Son los riesgos que abarcan todos aquellos elementos y sustancias que al entrar en contacto con el organismo por cualquier vía de ingreso pueden provocar intoxicación. Las sustancias de los factores de riesgo químico se clasifican según su estado físico y los efectos que causen en el organismo. Estos son: Gases y Vapores, aerosoles, partículas sólidas (polvos, humos, fibras), partículas líquidas (nieblas, rocíos), líquidos y sólidos.

RIESGOS ERGONÓMICOS. Son los factores de riesgo que involucran objetos, puestos de trabajo, máquinas y equipos. Estos son: Sobre esfuerzo físico, manejo de cargas, posturas, entorno del trabajo, diseño de sillas, [comandos](#), superficies y relaciones de trabajo.

RIESGOS BIOLÓGICOS. Se pueden encontrar en servicios higiénico-sanitarios, instrumentos, desechos industriales y materias primas. Estos son: Animados, virus y rickettsias, [bacterias](#), parásitos, [hongos](#), [animales](#), inanimados, agentes de origen animal y de origen vegetal.

RIESGOS ELÉCTRICOS. Se encuentran en [redes](#), cajas de distribución e interruptores eléctricos, [estática](#), entre otros.

RIESGOS PSICOSOCIALES (FACTORES). "Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra parte, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, rendimiento y la satisfacción en el trabajo". (Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del trabajo, Novena Reunión, Ginebra, 1984). Además de lo anterior, inciden en las condiciones de vida de los trabajadores y de sus familias. Estos riesgos generados en el trabajo tienen su

manifestación a través de patologías orgánicas, sicosomáticas y emocionales. Se pueden prevenir mediante medidas dirigidas hacia el personal, ambiente y forma de trabajo.

HIGIENE INDUSTRIAL. Es el conjunto de actividades destinadas a la identificación, evaluación y control de los factores de riesgo del ambiente de trabajo que puedan alterar la salud de los trabajadores, generando enfermedades profesionales. Su campo cubre los ambientes laborales mediante el panorama de factores de riesgos tanto cualitativos como cuantitativos, así como el estudio de la [toxicología](#) industrial.

SEGURIDAD INDUSTRIAL. Conjunto de actividades dedicadas a la identificación, evaluación y control de factores de riesgo que puedan ocasionar accidentes de trabajo.

AUTOCUIDADO. Cuidarse a **SÍ MISMO**, cuidar nuestra propia salud y cuidar de nuestro grupo social, familiar y laboral.

AUTOESTIMA. Valoración, Aprecio, Estimación, Amor, hacia uno mismo.

HABITO. Es la conducta repetitiva en el consumo de una sustancia en busca de sus efectos placenteros, a la que ha desarrollado una dependencia psíquica.

AUTOESTIMA. Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar.

FACTORES DE RIESGO. Es todo evento o situación de tipo hereditario, congénito, personal, familiar, contextual o social, cuya ausencia, presencia, déficit o exceso.

AMBIENTE. Es el lugar físico y biológico donde viven el hombre y los demás organismos.

AMBIENTE DE TRABAJO. Es el conjunto de condiciones que rodean a la persona que trabaja y que directa o indirectamente influyen en la salud y vida del trabajador.

CULTURA. Se compone de costumbres, lenguaje, religión, artes y tradiciones de las personas. Se renueva, cambia con el desarrollo de individuos y grupos. Se transmite a través de educación y vivencias.

ESTILOS DE TRABAJO SALUDABLES. Son las condiciones, hábitos y costumbres que hacen que la actividad que desarrolla la persona (trabajo, ocupación, oficio) se realice en un lugar adecuado. Son condiciones y medidas de seguridad propias de su ambiente laboral para lograr un mayor desarrollo y bienestar.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. Son hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y su relación con su ambiente natural, social y laboral.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES. El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de normas, entidades y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores, de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo.

6. MARCO TEORICO

6.1. ESTILO DE VIDA.

El hombre desarrolla sus potencialidades en sociedad. El proceso de socialización consiste en aprender las normas de comportamiento y la cultura de una sociedad determinada; al respecto Juliene Lipson refiere, “La convivencia del ser humano se presenta en grupos o sociedades que interactúan entre sí y que poco a poco estructuran su propia cultura”.⁶

La cultura se entiende como:

“El conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término “cultura” engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales y necesidades básicas del ser humano, tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden.”⁷

En la cultura existen subculturas dentro de las cuales hay distintos grupos con características comunes que tienen su propio Modus Vivendi, esto para algunos autores norteamericanos se refiere a los “Estilos de Vida”, es decir, que cada subcultura tiene su propio estilo de vida o forma en que la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá del conocimiento individual que se tenga sobre lo dañino o lo saludable y refleja valores y tradiciones, sin olvidar que pueden ser susceptibles a cambios por intervenciones bien sean positivas o negativas que se dan a través de la educación recibida.

Para algunos autores los estilos de vida son el conjunto de hábitos y costumbres inciertos en la vida cotidiana, que permanecen en el tiempo y que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo, en los diferentes grupos socioculturales.

Otros autores conciben los estilos de vida como “La materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos”. Además, los conforman las pautas de conducta que los seres humanos

⁶ LIPSON. Juliene G. Conferencia “La dimensión cultural del cuidado de Enfermería. En: Coloquio.

⁷ Nacional de Investigación en Enfermería. Tunja, Abril, 1.999. ENCICLOPEDIA, Encarta 2001, En: Culturales. Microsoft. U.S.A. 2001.

desarrollan durante los procesos de socialización. Estas pautas se adquieren en la interacción con la familia, ambiente laboral y amigos, estando igualmente sujetas a los patrones de crianza, lugar de procedencia, así como a la influencia de los medios de comunicación, el sistema educativo, la sociedad de consumo, etc. Estas pautas, se prueban continuamente en los diferentes procesos sociales y por lo tanto, son flexibles y están sujetas a cambio.

6.2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL CUIDADO.

La palabra cuidar proviene de la palabra cuidar, discurrir, la que, a su vez, proviene del latín cogitare, pensar; su etimología también la relaciona con sentir una inclinación, preferencia o preocupación por...

Es decir, para cuidar no solo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico”.⁸

Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, única, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica ‘estar con’ la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energízate y de mutuo beneficio’.⁹

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud PS, establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre PS, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un

⁸ PINZÓN, Lina. Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Manizales: Programa de Enfermería U. de Caldas julio 2000, p.12

⁹ WATSON Y LEININGER, citado por Pinzón M. Lina. En: Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: Anexos seleccionados: reforma curricular, objeto de estudio. Numeral 3 Manizales: Facultad de Ciencias para la Salud Julio 2002, p. 11.

mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.”¹⁰

Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación.

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. El término ‘estilo de vida’ se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud.

6.3. TIPOS DE CUIDADOS.

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan tres tipos de cuidados:

➤ CUIDADO O ASISTENCIA A OTROS: LOS CUIDAMOS.

Esta forma de cuidado corresponde a la atención sanitaria, que se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud, realizan al usuario_ con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial.

Por extensión, también se miran bajo este tipo de cuidados, las acciones que son realizadas por personas (cuidadores) de la familia, un vecino, una partera y demás agentes informales de salud de la comunidad. Tienen como objetivo recuperar la salud.

La atención sanitaria es una actividad tanto para quien la presta como para el enfermo, puesto que produce resultados en ambos; puede decirse que, al favorecer el mantenimiento y conservación de la vida, al permitir que ella continúe, se reproduzca y termine dignamente, se generan altos niveles de satisfacción en

¹⁰ CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986.

el cuidador y en el usuario, se incrementan los niveles de autonomía, de salud y se mejora su calidad de vida.

➤ **CUIDADO ENTRE TODOS (NOS CUIDAMOS).**

El cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario; por ej., la disposición de basuras, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, la consecución de celadores, entre otras, en procura del bienestar común.

➤ **CUIDADO DE SÍ (ME CUIDO).**

Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida.

6.4. CONCEPTO DE AUTOCUIDADO.

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.¹¹

“Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de

¹¹ Ibíd.; p. 234.

comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”.¹²

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

6.5. TIPOS DE PRÁCTICAS.

En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. Entre los factores que influyen en la calidad de vida están:

- **FACTORES PROTECTORES.**

Son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud.

- **FACTORES DE RIESGO.**

Corresponden al “conjunto de fenómenos... de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”.¹³ Es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar.

Como respuesta a estos factores protectores, las personas desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud entre ellas están el cultivo de un arte, la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo, la adopción de una dieta saludable, entre otras. Frente a los factores de riesgo la gente adopta prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo, saneamiento ambiental, higiene, vacunación, autoexamen de testículo. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad.

En realidad, la diferencia entre lo que se pretende con la realización de prácticas protectoras y prácticas preventivas es muy sutil, pues todo lo que se hace para

¹² BERSH, citado por Leddy Susan Pepper, Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989, p. 201

¹³ COLIMON CAHL, Martín. Fundamentos de epidemiología. Medellín, 1975.

incrementar los 'niveles' de salud, en cierta medida, está previniendo las enfermedades de manera general.

No se puede hablar de prácticas de 'Autocuidado negativas' porque el cuidado es inherente a los aspectos favorables a la salud.

6.6. PRINCIPIOS PARA EL AUTOCUIDADO.

- ❖ El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- ❖ El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana
- ❖ El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- ❖ El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- ❖ Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.
- ❖ Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia.

Estos conceptos son entendidos como:

▪ AUTOCONCEPTO.

Una serie de creencias sobre sí mismo que se manifiestan en la conducta. Estas creencias se acercan más a la realidad en la medida que la persona profundice en el estudio de sus propias características. Un mayor autoconocimiento posibilita un conocimiento de sí mismo más objetivo, lo que constituye el primer paso para la autoaceptación.

Existen dos aspectos relacionados con el autoconcepto: la autoimagen y la autoeficacia. La autoimagen es el esquema mental que tenemos de nuestra propia imagen corporal, mientras que la autoeficacia es la creencia en nuestras

capacidades para obtener lo que nos proponemos; ambas características se configuran a través de la confrontación con los mensajes verbales y no verbales de las otras personas, y de los modelos de conducta aprendidos durante la infancia.

▪ **AUTOESTIMA O AUTOVALORACIÓN.**

La valoración que toda persona tiene de sí misma y que expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos. La autoestima nace del autoconcepto que una persona tiene de sí misma y se forma a partir de las opiniones de los demás, expresadas a través de mensajes verbales y no verbales, sobre la persona y de la manera como esta los recibe; además, pueden influir en ella factores internos, por ejemplo, una depresión endógena.

▪ **AUTOACEPTACIÓN.**

El reconocerse a sí mismo como persona con cualidades y limitaciones; permite asumir y aceptar constructivamente las características que difícilmente pueden ser modificadas.

▪ **AUTOCONTROL.**

Es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al autocuidado, es así como el control interno está relacionado con las creencias que tiene la persona y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud; aquí se incluyen los determinantes personales, es decir, los que significan bienestar para cada persona. A su vez, el control externo es todo aquello que viene del medio externo a la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación.

▪ **RESILIENCIA.**

Aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”¹⁴. Permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida.

El enfoque de la resiliencia muestra cómo es posible abordar las oportunidades de desarrollo humano, a pesar de la adversidad. De este modo, la resiliencia se

¹⁴ GROTBORG, Edith. Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. Washington: OPS/OMS, Fundación Bernard Van Leer. Agosto 1996 p. 3.

convierte en un proceso de la persona en el que se involucran los aspectos internos como la autoestima, el buen humor, la seguridad, la empatía, entre otros, y condiciones del medio en lo económico, familiar, social, político, cultural.¹⁵ La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las personas actuar de manera más ‘sana’ frente a los obstáculos a la calidad de vida; por ej., la enfermedad que podría ser asumida como... ¡una oportunidad para crecer!.

Se esperaría que cuando la persona logre la aceptación de la propia individualidad, la autonomía y la independencia, haya introyectado el comportamiento de autocuidado.

6.7. EVOLUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO.

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas.

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron ‘culto de sí’, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. “El ‘cuidado de sí’, incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la mesura, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma”.¹⁶ Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

Más tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo espiritual. Se fomentó el ‘desprecio’ por el cuidado corporal, sustentado en el principio de ‘vencer al mundo al demonio y la carne’.

¹⁵ NÚÑEZ, R. Ariel Cesar, et al. Compiladores. Promoción de la salud y jóvenes: experiencias universitarias. Manizales: Universidad de Manizales, Alcaldía de Manizales, Universidad de Caldas 2000 p.85.

¹⁶ FOUCAULT M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí, México: Siglo XXI; 1987: 38-68.

Ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: “grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente”.¹⁷

Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Así las cosas, la investigación sobre autocuidado ha sido, desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

El autocuidado se ha difundido gracias a los grupos de ayuda mutua o autoayuda, que florecieron en esa misma década. Este tipo de grupos han demostrado como el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos médicos. Ellos se consideran como una forma eficaz de crear ambientes favorables para la salud. Un ejemplo de estos grupos es el conformado por Alcohólicos Anónimos.

6.8. FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO.

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son:

FACTORES INTERNOS O PERSONALES.

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

- ✓ **Los Conocimientos:** Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

¹⁷ KICKBUSCH, Ilona. El autocuidado en la promoción de la salud En: La promoción de la salud: una antología. Publicación científica # 557. Washington: OPS. 1996, p. 235.

La Voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una 'clave para la acción' diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos.

En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina "clave para la acción" a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ej., una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden "disparar" un cambio, lo cual indica porqué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Entre la gente se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se ve claramente cuando las personas, a pesar de tener conocimientos 'saludables', desarrollan comportamientos de riesgo, movidos por los múltiples determinantes de la conducta. A estos conflictos, el Doctor Gustavo de Roux los denomina "paradojas comportamentales",¹⁸ que se dan entre los comportamientos esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tiene la gente, y entre los conocimientos de las personas sobre los riesgos y la conducta adoptada frente a ellos; un ejemplo podrían ser las situaciones relacionadas con el ejercicio, frente al cual la gente en general está bien informada, sin embargo, son muchas las personas sedentarias o las que realizan ejercicio solamente el fin de semana.

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

- ✓ **Las Actitudes:** Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante...
- ✓ **Los hábitos:** Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ej. el ejercicio rutinario.

¹⁸ Gustavo De Roux, citado por URIBE, J. Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en la internet el 9 de febrero del 2003:
<http://tone.udea.edu.co./revista/sep99/autocuidado.htm>.

6.9. FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES.

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo C.

Cultural: Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad.

“La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables”.¹⁹

No hay que olvidar que el estilo de vida depende del contexto desde donde se miren las cosas; por lo tanto, para analizar el autocuidado individual en el ámbito privado, hay que recurrir a un relativismo cultural puesto que la cultura es un determinante del estilo de vida; mientras que para observar el autocuidado colectivo, en el ámbito público, es necesario recurrir al universalismo, es decir, a pensar globalmente para actuar localmente.

De género: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ej., en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean ‘vanidosas’ y a los hombres se les dice lo contrario, como ilustra este refrán popular ‘el hombre es como el oso, entre más feo más hermoso’.

Científico y tecnológico: Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en permanente interrelación. Un

¹⁹ Gustavo De Roux. Prevención de riesgos y promoción de comportamientos saludables: componentes integrales de la formación médica. En: Memorias del Seminario Nacional de Currículo: educación en Crisis. Cali: Facultad de Salud Universidad del Valle, junio 1994, p.224.

ejemplo está en la discusión con respecto a los riesgos que implican para la salud humana y la vida de los ecosistemas, los alimentos transgénicos, los cuales obligan a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y colectivos.

Físico, económico, político y social: Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por ejemplo; en teoría, estos asuntos son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud.

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas...) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas.

Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular:

TEORÍA DEL MODELAJE (ejemplo a seguir): expone como la persona (o el grupo) aprende de otra que le es significativa, por ej., un ídolo de la televisión, un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

TEORÍA DE PARES (aprendizaje entre iguales): plantea que la persona (o grupo) aprende de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones que ella, acerca de prácticas de riesgo o protectoras, según el caso, para vivir. Esta teoría aplica para el autocuidado, al propiciar encuentros entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera saludable, lo cual es muy útil sobre todo en adolescentes; por ej., una mujer mastectomizada que sirve de testimonio a otra que fue operada recientemente, un club de personas con diabetes. Esta teoría se emplea en los grupos de autoayuda.

Participación Social: A través de la participación, la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea; busca aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre la salud de las personas.

Para que haya participación se requiere del empoderamiento empowerment (poder con - poder sobre) el cual impulsa el autocuidado.

El empoderamiento se define como “la capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal y desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud”.²⁰ Implica acción social, control de situaciones, transformaciones personales y colectivas; cuando es individual, la persona responde a sentimientos de autoeficacia para actuar y, cuando es comunitario, se genera en el colectivo una acción social aumentada, con redes sociales más fuertes, políticas públicas mejoradas, mayor equidad y transformación de condiciones en general.

Así, las demás herramientas son útiles para apoyar los procesos tanto de autocuidado individual como colectivo.

²⁰ Flórez Alarcón L, Hernández L. Evaluación del estilo de vida. Boletín Latinoamericano de psicología de la salud.1998.

7. PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo.

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”.²¹

Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere:²²

Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.

Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive con bienestar, está en condiciones de promocionar la salud de los demás. “la palabra enseña y el ejemplo arrastra”

Evitar que sus intervenciones sean ‘amenazantes’ o ‘coercitivas’ para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan

²¹ Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986, p.4.

²² URIBE, J. Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en la Red el 9 de febrero/03: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>.

prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral: “más vale que el personal de salud animase a la gente a que vivieran unas vidas de un hedonismo controlado, para que fueran capaces de disfrutar plenamente la única vida que podrán vivir, probablemente”²³.

Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos. Sin olvidar, según Shaw, que: “ni por un momento se me ocurriría sugerir que el personal de salud debería tener poder de coerción sobre el paciente, aunque fuera por su bien”²⁴.

- ❖ Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.
- ❖ Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.
- ❖ Estudiar mediante investigaciones cualitativas, con una visión antropológica, la ‘textura de la vida cotidiana’ y los imaginarios de la gente, para poder reconocer las lógicas y prácticas de las personas, con respecto al cuidado de la salud. De lo anterior se desprende la necesidad de que el profesional de la salud fomente y participe del diálogo de saberes, el cual le permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y el entendimiento de la racionalidad, el sentido y el significado, para poder articularlo con la lógica científica y solo así, tener una visión más clara de la salud y la enfermedad, que se traduzca en el fomento de comportamientos saludables y en la adopción de los mismos; puede afirmarse que no es solamente a la luz del desarrollo de las ciencias de la salud y la evidencia científica, que se determina la bondad o no de las prácticas de autocuidado.
- ❖ Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un ‘regreso’ a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo

²³ PEARSALL, Paul. La salud por el placer. Madrid: EDAF 1998 p. 34

²⁴ SHAW, citado por MARSH, Peter En: Revista el Mal pensante No. 37: En alabanza de los malos hábitos, marzo-abril 2002 p. 23

- para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras).
- ❖ Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.
 - ❖ Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.
 - ❖ Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción.

Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro.

DOROTEA OREM



Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

➤ **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado , entendiéndolos por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado :

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

➤ **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

➤ **Teoría de los sistemas de enfermería :** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos , identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

7.1. NECESIDADES FUNDAMENTALES EN LOS ESTILOS DE VIDA.

Uno de los tipos de autocuidado para Dorotea Orem son los derivados de las necesidades fundamentales que posee cada individuo, estas necesidades han sido estructuradas por la misma cultura, por lo tanto siempre estarán implícitas en el estilo de vida de todas las personas.

Igualmente, Maslow considera que ciertas necesidades básicas son comunes para todos los individuos y se precisa su satisfacción. Esta se realiza de conformidad con el grado de prioridad que les corresponda, lo que significa que algunas son más apremiantes que otras. Por ende, las jerarquiza mediante un esquema ascendente así: Necesidades fisiológicas, Necesidades de protección y seguridad, Necesidades de pertenencia y afecto, Necesidades de autoestima y respeto de sí mismo, y Necesidades de realización personal, lo que le permite al individuo pasar de la satisfacción de una necesidad básica a otras de niveles más altos, proceso que tiene como meta final el funcionamiento integrado del hombre.

En forma similar, la teoría del Desarrollo Humano concibe al sujeto, individual y colectivo, como poseedor de un conjunto de necesidades humanas fundamentales que se deben satisfacer de manera integral para lograr la realización de sus potencialidades y el desarrollo como sujeto social. Además, ésta teoría concibe las necesidades “no sólo como la carencia sino como la potencialidad con que cuenta cada individuo para buscar la realización personal.”²⁵

Desde esta perspectiva, se debe reconocer al ser humano en su dimensión individual y colectiva, como un ser único y una totalidad, una unidad en la que se integran lo afectivo, lo racional, lo natural y lo cultural, definiéndolo esencialmente como un ser sensible y transformador. Un ser que inicia su individualidad en la colectividad y en la convivencia, que experimenta los procesos de diferenciación, particularidad y socialización, a partir de los cuales construye su identidad y el mundo personal, un ser que requiere la comunicación e interacción permanente con el medio natural, económico, socio cultural e histórico que lo rodea, para asumir un pensamiento y una acción entorno de la vida y para ocupar un espacio con sentido de pertenencia en la realidad cotidiana.

Gladis Medellín plantea las necesidades básicas de acuerdo a la etapa del ciclo vital individual en la que se encuentre la persona. De ésta forma, el adulto continúa con las mismas necesidades básicas en relación a las otras etapas, acrecentándose aquellas que se consideran propias de ésta etapa. Dichas

²⁵ Teoría del desarrollo humano, citado por SONIA DUQUE En: Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Tunja. 1999.

necesidades básicas son: Nutrición, educación, trabajo, recreación, estímulo, seguridad y sentimiento de pertenencia, independencia, sueño y reposo, sexualidad, ejercicio.

Así mismo, para Virginia Henderson los estilos de vida varían de una persona a otra pues dependen de la forma en que la persona satisface sus necesidades Fundamentales. Considera necesidad fundamental como la “necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar”.²⁶

Dentro de su modelo de cuidado de Enfermería plantea que:

“El individuo es un todo completo, que presenta catorce necesidades Fundamentales y que debe verse así, teniendo en cuenta las distintas Interacciones entre ellas”.²⁷

Estas necesidades son:

1. Respirar
2. Comer y beber
3. Eliminar
4. Moverse y mantener una buena postura
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos
9. Evitar peligros
10. Comunicarse con sus semejantes
11. Actuar según creencias y valores
12. Ocuparse para realizarse
13. Recrearse
14. Aprender.

Para la autora, la falta de fuerza, voluntad y conocimientos son el origen o causa de todo problema en una persona y buscara por si misma o con ayuda mantener o restablecer la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Las necesidades propuestas por Henderson pueden ser exploradas en personas enfermas o sanas. Las que permiten abordar los aspectos contemplados en los estilos de vida e indagarlos en una persona sana son las siguientes:

²⁶ RIOPE LLE, Lise y otros. Cuidados de Enfermería. Un proceso Centrado en las Necesidades de la persona. Macgraw Hill. Madrid. 1993

²⁷ . Ibid., p.2.

Virginia Henderson



Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos:

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento. Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de

enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería:

- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

7.1.1. Beber Y Comer. Es la necesidad de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente que aseguren el adecuado funcionamiento del organismo, la alimentación está relacionada con el sexo, edad, corpulencia y talla del individuo, la cual debe estar compuesta por lípidos, glúcidos, prótidos, vitaminas y minerales.

Hay factores biopsicosociales que influyen en la satisfacción de ésta necesidad. A nivel biológico están la edad y el crecimiento: en el adulto maduro el enlentecimiento del metabolismo hace que disminuyan las necesidades nutricionales en cantidad pero no en calidad; debe consumir una dieta balanceada, baja en grasa, condimentos y harinas. Igualmente, la actividad física influye puesto que cuanto mayor es la actividad muscular más energía se quema, necesitando un aporte suplementario de alimentos que le proporcionen la energía gastada. También influye la regularidad del horario en cuanto a las comidas, porque comer muy a menudo provoca sobrecarga al estómago.

Dentro de los factores Psicológicos, las emociones, la ansiedad y las preocupaciones pueden influir en el consumo de alimentos, produciendo modificación de hábitos alimentarios.

En cuanto a los factores sociológicos está el clima que determina la cantidad y la calidad de los alimentos que se ingieren en el área geográfica de residencia, así como el status socioeconómico porque de acuerdo al recurso con que se cuenta, aumentan o disminuyen las posibilidades de adquisición de alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente; la religión influye también a través de los ritos o tabúes que tenga la persona. La cultura determina la cantidad de alimentos que consume una comunidad de acuerdo a las costumbres alimentarias que ésta tenga.

Muchos de estos factores traen como consecuencia la adopción de dietas inadecuadas presentándose problemas en la nutrición, en la relación peso-edad talla como la obesidad o la pérdida de peso.

7.1.2. Moverse y Mantener una Buena Postura. Una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo. Mantener una postura adecuada permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

Dentro de los factores biológicos que influyen en esta necesidad están la edad y el crecimiento; el adulto está en plena capacidad de sus movimientos y la actividad física hace flexibles sus articulaciones, aunque se vayan disminuyendo la fuerza

muscular y la agilidad pero continúa activo físicamente a través de ejercicios moderados, lo que le permite moverse y desplazarse libremente; la constitución y las capacidades físicas influyen en la necesidad de movimiento y flexibilidad de acuerdo a cada individuo ya que ellos adoptan las posturas adecuadas y las actividades a realizar. Igualmente, las emociones y la personalidad son factores psicológicos que influyen en la adopción de posturas porque según su temperamento, ciertos individuos son activos, ardientes, fogosos, apáticos, tranquilos o reposados; además las posturas y las actividades físicas reflejan también en ocasiones las emociones y los sentimientos.

Los roles laborales que tienen las personas hacen parte de los factores sociológicos, porque según las exigencias de los empleos, se deben adoptar posturas para poder realizar sus trabajos; la cultura y la organización social influyen en el modo de vida, en el sentido que el individuo vive al ritmo dictado por las reglas sociales enmarcadas por tradiciones, costumbres y modas, lo que hace que se adopten ciertas actividades y posturas en la vida cotidiana.

Según la sociedad en que viven, la organización del tiempo, facilita a las personas practicar ciertos deportes que permiten la satisfacción de la necesidad de moverse y mantener una buena postura.

La insatisfacción de ésta necesidad conlleva problemas de salud en los individuos, los cuales se van presentando en el transcurrir de la vida, manifestándose en etapas posteriores donde el adquirir una enfermedad aumenta el riesgo de daño en la integridad del ser humano.

7.1.3. Dormir y Descansar. Es una de las necesidades vitales para todo ser humano, debe darse en las mejores condiciones y en la cantidad suficiente para obtener una reposición de energías con el fin de continuar el adecuado funcionamiento del organismo. Los adultos necesitan dormir como mínimo de ocho a diez horas diarias. Sin embargo, existe una gran variación en las necesidades de sueño, algunas personas funcionan bien con cinco horas de sueño nocturno, mientras que otras necesitan diez, aunque todos sean individuos normales física y mentalmente.

El sueño debe ser en un ambiente tranquilo, cómodo, a fin de proporcionar el descanso y el reposo requerido, tanto físico como psíquico. No sólo el sueño es un reparador de energía gastada, también lo es un cambio de actividad que sea grata, en el momento en el que él o ella se encuentren cansados o tensos porque los períodos de reposo, tienen casi los mismos efectos beneficiosos que el sueño.

Existen factores biológicos como la edad que influyen en el sueño y descanso adecuado: en la edad adulta, la necesidad de horas de sueño no disminuye pero

la calidad se ve a menudo modificada (sueño ligero y frágil), por lo cual se puede recurrir a ciertos hábitos antes de acostarse para mejorar dicha calidad, como ducha, baño caliente, leche caliente, lectura. Una actividad física apropiada predispone a los individuos a un sueño recuperador.

Las emociones, la ansiedad, las preocupaciones son factores psicológicos que pueden beneficiar o perjudicar la calidad y cantidad de sueño.

El trabajo como factor sociológico es de gran trascendencia dentro de la jornada cotidiana de un individuo trabajador, ya que dependiendo del horario e intensidad horaria que tenga, se dan o no los momentos de reposo y descanso, aún más se puede modificar el sueño por la jornada laboral que se asuma. En Colombia el Código Sustantivo del Trabajo establece: “La duración máxima legal de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho horas (8) al día y cuarenta y ocho (48) a la semana... Las horas de trabajo de cada jornada deben distribuirse al menos en dos secciones, con un intermedio de descanso que se adapte racionalmente a la naturaleza del trabajo y a las necesidades de los trabajadores”.²⁸ Por lo tanto se faculta a las instituciones a dar los periodos de descanso de acuerdo a la situación individual de cada una, generalmente se distribuye así: 15 minutos de descanso por cada cuatro horas trabajadas y el descanso del medio día.

Se necesita aprender a equilibrar el tiempo dedicado a las actividades y al descanso.

Cuando éste equilibrio no se logra se generan descompensaciones que afectan en el ritmo circadiano, el rendimiento físico y mental manifestado en la persona por irritabilidad, sensación de desgano y en consecuencia altera su desenvolvimiento social.

“La mayoría de personas no saben manejar el tiempo y por el contrario es éste el que los maneja. Los problemas y la distribución del tiempo tienen que ver con falta de planeación, organización y decisión en el desarrollo de las actividades”.²⁹

7.1.4. Mantener la Temperatura Corporal. Mantener la temperatura corporal es una necesidad del ser humano, manifestada en el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. En el adulto la temperatura se mantiene alrededor de 37° C.

²⁸ REPUBLICA DE COLOMBIA, Código Sustantivo del Trabajo, Artículo 161, Santa Fé de Bogotá. 2000. p. 57.60.

²⁹ ASOCIACIÓN DE GUIAS SCOUTS DE COLOMBIA Y SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ. Por una mejor calidad de vida en el Departamento de Boyacá, Boyacá, 1.998.

Existen varias circunstancias que influyen en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los cuales están el sexo (la temperatura de la mujer varía con el ciclo menstrual), la edad (al aumentar ésta, la temperatura disminuye). Otro factor es el ejercicio, pues una actividad muscular elevada aumenta la temperatura, así como la ingesta de alimentos, especialmente las proteínas, eleva la temperatura algunas décimas de grado después de las comidas. Igualmente, la hora del día influye en la conservación de la temperatura corporal, así, la mínima se halla entre las tres y las cinco de la madrugada (el sueño hace disminuir el metabolismo) y la máxima varía en relación a la actividad muscular y a los mecanismos metabólicos del organismo.

Las emociones fuertes y la ansiedad pueden provocar elevación de la temperatura corporal causada por estimulación del sistema nervioso simpático.

Dentro de los factores sociológicos encontramos el lugar de trabajo y el tipo de actividades que demanda dicho trabajo, las cuales al ser intensas predisponen a una elevación de la temperatura corporal debido al aumento del metabolismo.

De igual forma, el tipo de clima interviene en el mantenimiento de la temperatura; climas cálidos la aumentan, climas fríos tienden a disminuirla, lo cual influye también en la forma de vestir de las personas.

7.1.5. Estar Limpio, Aseado y Proteger sus Tegumentos. Es una necesidad que se tiene para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la integridad de la piel con la finalidad de que ésta actúe como protección contra cualquier penetración de polvo o microorganismos que puedan afectarla.

Factores como la edad, los cambios de temperatura (la piel se reseca, agrieta y deshidrata), así como el ejercicio (favorece la circulación) y la alimentación (absorción de una cantidad suficiente de líquidos ayuda a tener la piel flexible y lisa) son factores biológicos que influyen en la satisfacción de la necesidad de mantener la integridad del sistema tegumentario.

Las emociones y educación en hábitos higiénicos sobre el cuidado corporal también influyen en ésta necesidad, así como el grado de importancia que le da a la higiene del cuerpo la cultura de las personas, sin olvidar que las condiciones físicas, las comodidades sanitarias, el aspecto económico y la corriente social a través de los estereotipos y la moda intervienen en las alternativas de cuidado corporal que puedan llevarse tales como asistencia a salones de belleza y el uso de determinados productos.

Para la enfermera Marjory Gordon, en ésta necesidad “se incluye el nivel de Comportamientos que tenga el ser humano en cuanto a su autocuidado, Autoconcepto y autoimagen”³⁰.

7.1.6. Evitar Peligros. Los seres humanos, a lo largo de su vida, están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social. Deben protegerse continuamente contra toda clase de agresiones, ya sea las que provienen de agentes físicos, químicos o microbianos como también de aquellas que provienen de otras personas.

Por tal razón, evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, quien debe protegerse de toda agresión interna o externa, mediante los numerosos medios naturales que posee así como la práctica de medidas preventivas que permitan el mantenimiento de la integridad biológica, psicológica y social.

Dentro de los factores biológicos que intervienen en la satisfacción de ésta necesidad se encuentra la habilidad que tiene cada persona para protegerse según su edad y desarrollo; así, el adulto, según el conocimiento de sí mismo y de su entorno, es cociente del peligro y toma medidas para su protección. Igualmente, los mecanismos de defensa biológicos influyen es cociente del peligro y toma medidas para su protección.

Igualmente, los mecanismos de defensa biológicos influyen en la reacción ante los peligros dependiendo de situaciones vividas anteriormente y que le permiten al ser humano estar preparado contra toda agresión.

Las emociones, la ansiedad y el estrés también pueden desencadenar en la persona mecanismos de defensa que le permitan conservar su integridad Psicológica.

A nivel social, es esencial un entorno sano para que los individuos puedan vivir sin peligro, donde se cuente con los medios físicos y económicos para afrontarlos. Igualmente, el rol social que cumpla el individuo influye en la necesidad de evitar los peligros, pues según las exigencias de su ocupación se utilizan las medidas de protección tanto físicas como psicológicas (prever períodos de descanso a fin de prevenir el agotamiento y el estrés).

Otros factores sociológicos que influyen son el clima (según éste se utilizan medios de protección), religión o ideología (permite a los individuos mantener su seguridad psicológica) y la cultura (está relacionada con la tradición y los medios socioeconómicos de una sociedad para adoptar medidas de protección).

³⁰ GORDON, Marjory. Enfermería diagnóstico, proceso y aplicación. Mac Graw Hill. 1.982

Marjory Gordon, concibe la necesidad de evitar peligros como:

“La capacidad que tienen los seres humanos para comportarse en cuanto al cuidado de su salud, las costumbres de la persona en cuanto a aspectos nocivos para la salud como el cigarrillo, alcohol, drogas, etc.; la forma de enfrentar y tolerar efectivamente estímulos estresantes o situaciones difíciles pasadas y presentes y los mecanismos de defensa o adaptación del Individuo”³¹

Uno de los principales peligros que en la actualidad atenta contra la salud de las personas y que hace parte de su estilo de vida es el estrés, definido por Mario Timo como:

“Una reacción común del organismo ante cualquier estímulo interno y/o externo, de una intensidad y duración tal que exige mecanismos Suplementarios de adaptación y defensa para mantener el equilibrio Biopsicosocial. Cuando no es posible ésta adaptación por la intensidad del estímulo o la configuración psicossomática, se torna el estrés como nocivo”.³²

7.1.7 Comunicarse con sus Semejantes. Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

El ser humano tiene necesidad de otros para poder responder al conjunto de necesidades vitales y para satisfacer sus aspiraciones superiores. Aspectos como el entorno, la familia y el conjunto de la misma sociedad interactúan por medio de la comunicación y todas las interacciones sociales se apoyan en ésta capacidad de intercambio y de comprensión mutua entre las personas.

La comunicación implica a la persona en su totalidad, es decir, que moviliza a la vez su cuerpo, su inteligencia y su emotividad, basándose en un conjunto de condiciones biopsicosociales sin las cuales no sería posible su existencia. De la misma forma, la persona debe tener una imagen positiva de sí misma, de sus capacidades y de sus roles, para lo cual es necesario un conocimiento personal.

Una persona independiente en su necesidad de comunicación es capaz de afirmarse de forma que hace posible la expresión de sus necesidades,

³¹ Gordon, op. cit.

³² Mahecha, .op. cit

sentimientos, ideas, opiniones, deseos y es físicamente apta para recibir los estímulos intelectuales, afectivos y sensoriales que se desprenden de su entorno. Es también susceptible en el aspecto psicológico, de escoger el significado, de responder de manera adecuada y de instaurar con su entorno relaciones sociales de diversa naturaleza.

Según la etapa de desarrollo donde la persona se encuentra, su capacidad de comunicación le permite una vida armoniosa en el seno del grupo familiar y social.

Existen ciertos factores que influyen en la satisfacción de ésta necesidad, entre ellos tenemos los biológicos como la integridad de los órganos de los sentidos y las etapas del crecimiento, porque la capacidad de una persona para interactuar con sus semejantes está influenciada por la integridad de sus sentidos.

La inteligencia, la percepción, la personalidad y las emociones son factores psicológicos que también intervienen en la necesidad de comunicarse. De ésta forma, el desarrollo de las facultades intelectuales de la persona le permiten abrirse al mundo exterior y comprender su medio y entorno, a través de la percepción de estímulos internos y externos que permiten modelar la personalidad, la educación, la cultura y las experiencias anteriores, así, se escoge lo real a partir del esquema perceptual personal, lo que influye en la forma en que una persona se comunica.

En forma similar, la personalidad juega un papel importante en la motivación del individuo para comunicarse y su habilidad para hacerlo, pues lo conlleva a confiar en sus capacidades personales para expresarse, para afirmarse y para establecer relaciones significativas con los demás. Dichas relaciones se ven afectadas por las emociones, es decir, por la capacidad de reaccionar afectivamente respecto a una persona o situación, por dicha razón, hay personas que expresan fácilmente sus emociones a través de comportamientos verbales y no verbales, mientras a otros se les dificulta.

De igual forma, existen factores sociológicos que pueden afectar la necesidad de comunicación como son el entorno, donde la presencia de personas abiertas a la comunicación facilita la capacidad de intercambio. Un clima armónico, donde la persona se siente aceptada tal cual es y respetada en su individualidad, le permite expresarse y establecer relaciones cálidas con los demás, también influyen la cultura y el status social en las formas de comunicación ya que son en gran parte aprendidas del grupo familiar y cultural.

7.1.8. Actuar Según sus Creencias y sus Valores. Es una necesidad para todo individuo hacer gestos y actos conformes a su noción personal del bien, del mal y de la justicia, así como perseguir una ideología.

El ser humano aislado no existe, está en interacción constante con los otros individuos, los miembros de la sociedad y con la vida cósmica o con el Ser Supremo. Los seres humanos interactúan continuamente entre ellos, aportando en esa relación sus experiencias de vida, sus creencias y sus valores que de una u otra parte favorecen la realización de sí mismos y el desarrollo de la personalidad; dichos valores se inculcan desde el núcleo familiar y se desarrollan a lo largo de la vida en los diferentes roles que desempeña el ser humano en sociedad.

El fenómeno religioso viene desde los pueblos primitivos, aparece como un elemento nuclear que integra al individuo con la familia y a la familia con la sociedad y que permite a la persona darle sentido a su existencia.

Dentro de los factores biológicos que influyen en la satisfacción de ésta necesidad están los gestos y las actitudes corporales que permiten satisfacer las creencias, pertenencia religiosa o ambas. En la búsqueda del sentido de la vida y de la muerte el individuo realiza gestos y rituales que corresponden a sus creencias y valores y que contribuyen a la satisfacción psicológica de ésta necesidad. Además, el ser humano, tanto su esencia como su espíritu se siente atraído por el Ser Supremo o energía cósmica y lleva a cabo las acciones que le permiten estar en comunicación con él o ella, aquí las emociones y los impulsos del individuo lo inducen a cumplir actividades humanitarias, religiosas o ambas.

El adulto puede estar influenciado por las normas sociales acerca de la pertenencia religiosa, no obstante tiene una cierta elección para adherirse o no a una religión según sus creencias personales.

Marjory Gordon define el sistema de creencias de la persona y la familia como: "Todo lo que se cree que es correcto y tiene valor según sus conocimientos personales, las normas individuales y sociales, la fe y las prácticas espirituales".³³

Acciones, permite al ser humano llegar a una total plenitud. La satisfacción de ésta necesidad implica la autonomía de la persona, la capacidad de toma de decisiones y la responsabilidad de las consecuencias de la decisión. Esta necesidad puede estar relacionada con los roles vividos y dominados por el ser humano, además, la capacidad de realizarse es personal y única.

El adulto es una persona que cree en sí mismo, en su propia capacidad, posee la habilidad de contemplarse objetivamente y de analizar cuáles son sus cualidades; por tal razón, recibe con agrado el trabajo y las responsabilidades que éste

³³ Gordon, op., cit

demanda. También es un medio de subsistencia para él, implica ganar más independencia, ser elemento activo de la sociedad y manejar su propia economía con el ingreso que recibe.

En cuanto a los factores biológicos se encuentran la edad y el crecimiento, el adulto que juega diferentes roles en la sociedad es valorizado en tanto que los ha escogido y que corresponden a sus aspiraciones. La constitución y capacidades físicas constituyen otro factor el cual influye en la realización de la persona misma, ya que la actividad a realizarse va de acuerdo a las propias capacidades.

Las emociones, la dicha, la alegría y el bienestar permiten realizarse e ir siempre más lejos, estos aspectos psicológicos influyen en la satisfacción de ésta necesidad. Además, influyen factores sociológicos como la cultura y los roles sociales, que permiten al individuo la libertad de escoger la carrera o las actividades de ocio dictadas por las normas de la sociedad en que vive. El individuo que tiene la libertad de escoger sus estudios y su trabajo puede superarse totalmente y según los roles que juegue, él se realizará siempre que esté preparado y quiera asumir el papel que juega en la comunidad.

7.1.9 Recrearse. Desde hace milenios, los seres humanos han dado una gran importancia a la diversión. De ahí que recrearse es una necesidad para el ser humano quien ha sido siempre consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión generada por su trabajo diario.

Los adultos necesitan ocasionalmente hacer algo gracioso, algo de juego, ya que puede prevenir el cansancio generado por el trabajo o por las demás actividades que realiza en la vida cotidiana.

Por esto, se deben cultivar algunas aficiones, como practicar algún deporte, caminar, hacer reuniones sociales, pertenecer a grupos de acuerdo a interés necesarios para él y ella que se encuentran en una etapa de productividad. Las diversas maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades.

El avance de la ciencia y la tecnología ha tenido como consecuencia la aparición de multitud de actividades de diversión que son accesibles a muchos.

La persona puede entonces escoger los medios para recrearse que correspondan a sus aspiraciones. Por el contrario, ciertos individuos experimentan una gran satisfacción al trabajar y olvidan recrearse.

Dentro de los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad está la edad la cual determina la agilidad, los intereses de la elección y duración de las

actividades recreativas; la constitución y la capacidad física también intervienen en el tipo de actividad recreativa elegida. El desarrollo psicológico permite el desenvolvimiento de la personalidad y control de las emociones por medio de la recreación, pues facilita al individuo exteriorizar sus sentimientos y liberar las tensiones. La cultura con sus tradiciones, los roles sociales que condicionan el tiempo libre, la organización social que permite el acceso a las actividades diversificadas del tiempo libre como descansar, distraerse, aprender y realizarse son los factores sociológicos que influyen en la satisfacción de la necesidad de recreación de cada ser humano.

Además de las actividades de recreo individuales, la unidad familiar tiene también actividades donde todos los integrantes pueden compartir y engrandecer su vida juntos, renovando y estrechando los lazos familiares, compartiendo sentimientos, reduciendo tensiones. Estas actividades pueden ser religiosas, educativas, recreativas, cívicas o culturales.

7.1.10 Aprender. A lo largo de toda su vida, el ser humano debe adaptarse a los cambios del entorno adoptando las medidas necesarias para conservar su salud. El autoconocimiento es esencial para el individuo, con el fin de llegar a analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para el mantenimiento de la salud. Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevas conductas, con el objetivo de mantener o recobrar la salud. Cuando el ser humano ha adquirido los aspectos anteriormente mencionados, este experimenta un sentimiento de seguridad, siendo capaz de luchar contra la enfermedad y las vicisitudes que se presentan en el diario vivir.

La edad adulta suele ser un periodo largo de preparación o capacitación para enfrentar una vida rutinaria de trabajo, el adulto maduro en algunas ocasiones se esfuerza en terminar su preparación profesional o se orienta a realizar otras actividades de acuerdo con sus posibilidades para lograr sus metas, cuando el individuo se orienta hacia una tarea no solo se inclina a relacionarse con determinados objetos de trabajo, sino que a su vez está escogiendo un rol dentro de la sociedad a la que pertenece.

Son factores biológicos que influyen en la satisfacción de ésta necesidad la edad (el adulto aprenderá a utilizar los medios para mantenerse en salud) y las capacidades físicas (los seres humanos, según sus condiciones físicas, adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, pueden mejorar su estado de bienestar).

Dentro de los factores psicológicos, la motivación (empuja al individuo a llevar a cabo ciertas acciones para conseguir un objetivo y así influir en la satisfacción de la necesidad de aprender), las emociones y los sentimientos tales como la ansiedad pueden acelerar el proceso de aprendizaje, pues la tensión que producen puede ayudar al individuo a fijar su atención sobre el objeto de aprendizaje. No obstante, un nivel de ansiedad y estrés muy elevado impide la concentración y disminuye la habilidad para aprender. Igualmente, factores sociológicos como el entorno (si es el adecuado: claridad, temperatura norma).

8. MARCO LEGAL

La salud básica es un derecho fundamental e irrenunciable, definiéndola como un servicio público que garantice a todas las personas el acceso a la promoción de la salud, protección ante las contingencias y resaltan que “la salud es un bien de interés Público”, contemplado en el marco Constitucional y en diferentes leyes como la Ley 9 de 1979 o Código Sanitario Nacional, Ley 100 de 1993 o Sistema de Seguridad Social Integral, Ley 715 de 2001, o Sistema General de Participaciones,

Es así como la carta Constitucional de 1991, plantea la democracia participativa, donde la “participación” no se concibe solamente como una práctica deseable, sino que la erige como principio fundamental del Estado y el fin esencial de la actividad. Para dar cumplimiento a lo anterior, y avanzar en el desarrollo del mandato participativo, se concentran esfuerzos en la ampliación de mecanismos de participación política señalados en la constitución a través de leyes y decretos como la Ley 99 de 1993, Decreto 2680 de 1993, Ley 100 de 1993, Decreto 1457 de participación comunitaria en salud, entre otros.

La ley 715 de 2001, en cuanto a participación comunitaria, define competencias para los niveles del Estado, el nacional, departamental y municipal, definidos en los siguientes términos:

El nivel nacional: Establecerá mecanismos y estrategias de participación social y promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.

El nivel Departamental: Promoverá la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud

El nivel municipal: Impulsará mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud³⁴

³⁴ República de Colombia. Congreso de la república. Ley 715 de diciembre de 2001.

La citada Ley define las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública: dentro de las seis definidas mencionamos la que corresponde a. la “Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.”

La Circular 018 Febrero 18 de 2004, Ratifica la circular 000052 de 2003 y establece el compromiso y la pertinencia que adquiere de nuevo el componente de las enfermedades no trasmisibles para la Salud pública, con énfasis en que cada territorio debe contar con una línea de base sobre el comportamiento de los factores de riesgo comunes a las enfermedades crónicas no trasmisibles, así como el nivel de conocimiento, actitudes y práctica sobre los mismos riesgos, lo que permitirá a cada territorio contar con información para contrastar y concertar el plan de acción acorde a la realidad de cada contexto.

8.1. E.S.E HOSPITAL DE PARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL - PLAN DE DESARROLLO

- ❖ **CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA**, 1991. Arts. 288, 339, 341 y 342. Fuente constitucional, origen del Plan de Desarrollo, competencias e instancias de Planeación. Principios de coordinación, concurrencia y subsidiaridad.
- ❖ **LEY 10 DE 1990**. Control de la gestión de los recursos financieros del sector.
- ❖ **LEY 100 DE 1993**. Sistema de Seguridad Social Integral. Plan obligatorio de salud. Régimen subsidiado y Plan Local de Servicios complementarios.
- ❖ **LEY 60 DE 1993**. Distribución de competencia y recursos. Decreto 1938 de 1994, Decreto 1770 de 1994
- ❖ **DECRETO 1571 DE 1993**
- ❖ **RESOLUCIÓN 5261 DE 1994**
- ❖ **DECRETO 2174 DE 1996**
- ❖ **RESOLUCIÓN 4252 DE 1997**
- ❖ **RESOLUCIÓN 0238 DE 1999**
- ❖ **RESOLUCIÓN 4445 DE 1999**. Sistema obligatorio de garantías de calidad.

- ❖ **DECRETO NO 730 DEL 1 DE AGOSTO DE 1994.** Decreto que reglamenta que el hospital se transforma en empresa social del estado.

8.2. MARCO JURÍDICO EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Norma	Expedida por	Tema
Código Sustantivo del Trabajo (Decreto 13 de 1967)	Ministerio de trabajo. <u>04/01/1967</u>	Artículo 348.- Modificado. Decreto 13 de 1967, Artículo 10. Locales y equipos. Todo patrono o empresa está obligado a suministrar y acondicionar locales y equipos de trabajo que garanticen la seguridad y salud de los trabajadores; a practicar los exámenes médicos a su personal y adoptar las medidas de higiene y seguridad indispensables para la protección de la vida, la salud y la moralidad de los trabajadores a su servicio, de conformidad con la reglamentación que sobre el particular establezca el Ministerio del Trabajo. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
Reglamento de higiene y seguridad		Artículo 349.- Reglamento de higiene y seguridad. Los patronos que tengan a su servicio diez (10) o más trabajadores permanentes deben elaborar un reglamento especial de higiene y seguridad y someterlo a la revisión y aprobación de la Oficina Nacional de Medicina e Higiene Industrial del Ministerio del Trabajo (hoy División o Sección de Empleo de la respectiva Dirección Regional del Trabajo), a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de este Código o dentro de los tres (3) meses siguientes a la iniciación de las labores, si se trata de un nuevo establecimiento. Artículo 350.- Contenido del reglamento. El reglamento especial que se prescribe en el artículo anterior debe contener, por lo menos, disposiciones normativas sobre los siguientes puntos: 1o) Protección e higiene personal de los trabajadores; 2o) Prevención de accidentes y enfermedades. 3o) Servicio médico, sanidad del establecimiento y salas-cunas en su caso. 4o) Prohibición de facilitar alojamiento en edificios de industrias peligrosas o insalubres. 5o) Provisión de sillas para trabajadores de tiendas, boticas, fábricas, talleres y establecimientos similares. 6o) Cuando se trate de trabajos con soldadura eléctrica, las condiciones que deben reunir los locales y los elementos de protección para los trabajadores. 7o) Normas especiales, cuando se trate de empresas mineras y petroleras. 8o) Medidas de seguridad en las empresas de energía eléctrica, en

		<p>los depósitos de explosivos de materias inflamables y demás elementos peligrosos.</p> <p>9o) Higiene en las empresas agrícolas, ganaderas y forestales. Artículo 351.- Publicación. Una vez aprobado el reglamento de conformidad con el artículo 349, el patrono debe mantenerlo fijado en dos (2) lugares visibles del local del trabajo</p>
Reglamento de higiene y seguridad		Al empleador le corresponde la protección de sus trabajadores, en los que se encuentra la seguridad personal en los centros de trabajo, en horas laborales.
Reglamento de higiene y seguridad		<p>Artículo 58.- Obligaciones especiales del trabajador. Son obligaciones especiales del trabajador:</p> <p>2a) No comunicar con terceros, salvo autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su trabajo, especialmente las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios al patrono, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes.</p> <p>5a) Comunicar oportunamente al patrono las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios.</p> <p>6a) Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o las cosas de la empresa o establecimiento.</p> <p>7a) Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas por el médico del patrono o por las autoridades del ramo; y</p> <p>8a) Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales</p>
Ley 9	Congreso De La República. <u>4/01/1979</u>	Norma para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones
Resolución 2400	Min. Trabajo y S.S. <u>22/05/1979</u>	Disposición sobre vivienda, higiene y seguridad industrial en establecimiento de trabajo.
Resolución 8321	Min. Salud. <u>04/08/1983</u>	Conservación de la audición de la salud y el bienestar de las personas por causa de la producción y emisión de ruidos.
Decreto 614	Min. Salud <u>14/03/1984</u>	Bases para la organización de administración de salud ocupacional en el país

Resolución 2309	Min. Salud. <u>24/02/1986</u>	Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título III de la parte 4 del libro 1 del decreto ley número 2811 de 1974 y de los Títulos I, III y IX de la ley 9 de 1979, en cuanto a Residuos Especiales (Almacenamiento, transporte y criterios para identificar residuos especiales).
Resolución 2013	Min. Trabajo y S.S. <u>06/06/1986</u>	Comité de medicina, higiene y seguridad industrial
Decreto 2177	Min. Trabajo y S.S. <u>21/09/1989</u>	Por el cual se desarrolla la ley 82, aprobatoria del convenio número 159, suscrito con la organización internacional del trabajo, sobre readaptación profesional y el empleo de personas invalidas.
Resolución 1016	Min. Trabajo y S.S. <u>31/03/1989</u>	Programas de salud ocupacional. Artículo 4. Parágrafo 1 PARÁGRAFO 1. Los patronos o empleadores estarán obligados a destinar los recursos humanos, financieros y físicos indispensables para el desarrollo y cabal cumplimiento del programa de Salud Ocupacional en las empresas y lugares de trabajo, acorde con las actividades económicas que desarrollen, la magnitud y severidad de los riesgos profesionales y el número de trabajadores expuestos. PARÁGRAFO 2. Para el desarrollo del programa de Salud Ocupacional el empresario o patrono, designará una persona encargada de dirigir y coordinar las actividades que requiera su ejecución.
Resolución 1792	Min. Salud. <u>03/05/1990</u>	Ruido, Valores límites permitidos para la expo. Ocupacional
Resolución 7515	Min. Salud. <u>01/06/1990</u>	Licencias de prestación de servicios de S.O. a personas privadas
Resolución 1075	Min. Trabajo y S.S. <u>24/03/1992</u>	Por la cual se reglamentan actividades en materia de Salud Ocupacional. incluye farmacodependencia, alcoholismo y drogadicción

Ley 100	<u>15/06/1905</u>	(art 3)del derecho a la seguridad social,- (art 4)del servicio público de seguridad social (art 5) creación de la seguridad social -(art 7)ámbito de acción -(art 8)conformación del sistema de seguridad social -(art 10)objeto del sistema nacional de pensiones-(art 13)características del sistema general de pensiones,- (art 15) afiliados al sistema de pensiones,-seguridad social integral (art18,19,20),- (art 132)separación de riesgos,-(art 133 pensión sanción), (art 153) fundamentos del servicio público,-(art 154) intervención del estado,-(art 160) deberes de los afiliados y beneficiarios,-(art 161) deberes de los empleadores,-(art 166) atención materno infantil, - (art 167) riesgos catastróficos y accidentes de tránsitos, - (art 168) atención inicial de urgencias,-(art 208) de la atención de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional,-(art 249) accidentes de trabajo y enfermedad, - (art 250)calificación del estado de invalidez,- (art 251) pensiones de invalidez integrada,-(art 254) prestaciones medico asistenciales.
Decreto 1295	Min. Trabajo y S.S. <u>27/07/1994</u>	Riesgos profesionales: sistema general
Decreto 1771	Min. Salud. <u>03/08/1994</u>	Reglamento parcialmente del decreto 1295-94, reembolsos solución de controversia
Decreto 1772	Congreso De La República. <u>03/08/1994</u>	Reglamenta la afiliación y las cotizaciones al sistema general de riesgos profesionales
Decreto 1832	Min. Trabajo y S.S. <u>03/08/1994</u>	Enfermedades profesionales: tabla
Decreto 2644	Min. Trabajo y S.S. <u>26/11/1994</u>	Tabla única para indemnizaciones por pérdida de la incapacidad laboral entre 5-49.99% y sus prestaciones económicas.
Decreto 676	Min. Trabajo y S.S. <u>26/04/1995</u>	Reglamenta parcialmente el Decreto 1295 de 1994.
Resolución 4059	Min. Salud <u>22/12/1995</u>	Formato único de accidentes de trabajo.

Decreto 1973	<u>1995</u>	Artículo 15. c) proporcionando a los trabajadores informaciones sobre los productos químicos utilizados en los lugares de trabajo, así como sobre las medidas adecuadas de prevención que les permitan participar eficazmente en los programas de protección Seguridad Utilización de productos químicos. Establece las condiciones y parámetros para los trabajadores que manipulan sustancias químicas. (Promulga el convenio 170 sobre seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo).
Decreto 1530	Min. Trabajo y S.S. <u>26/08/1996</u>	Reglamenta parcialmente la ley 100-93 y el decreto 1295-94 afiliación
Resolución 2318	Min. Salud. <u>15/07/1996</u>	Por la cual se delega y reglamenta la expedición de licencias de salud ocupacional para personas naturales y jurídicas, su vigilancia y control por las direcciones seccionales y locales de salud y se adopta el manual de procedimientos técnico administrativos para la expedición de estas licencias
Resolución 2709	<u>Agosto/8/1996.</u>	Requisitos mínimos para tener licencia de salud ocupacional
Ley 378 (aprueba Convenio 161 - OIT)	Congreso De La República. <u>09/09/1997</u>	Servicios de salud en el trabajo - OIT
Circular 02	Min. Trabajo y S.S. <u>10/07/1997</u>	Regulación del comportamiento de las ARPS y empleadores en el SGRP
Circular 04	Director técnico RP. <u>10/07/1997</u>	Clasificación y pago de cotizaciones de conformidad con la tabla de clasificación de actividades económicas
Circular 05	Técnico RP. <u>01/10/1997</u>	Traslado de entidad ARP
Ley 361	Min. Trabajo y S.S. <u>07/02/1997</u>	Integración social de las personas con limitación.
Circular 001	Min. Trabajo y S.S. <u>10/03/1998</u>	Actividades de carnetización , divulgación , tasa de accidentalidad balance social.
Decreto 806	<u>1998.</u>	Reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud
Resolución 2569	Min. Salud. <u>01/09/1999</u>	Enfermedad profesional.

Circular 001	Dirección técnica de Riesgos Profesionales. <u>25/01/1999</u>	Problemas computacionales por el cambio de milenio Para ARP y empleadores. Evitar la parálisis temporal o permanente de los sistemas de información del SGRP, controlar y minimizar las pérdidas de recursos financieros, humanos y administrativos, Garantizar el reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas y asistenciales a usuarios del SGRP
Circular 003	Min. Trabajo y S.S. <u>09/04/1999</u>	Reportes de ATEP, desafiliación automática, clasificación
Decreto 1406	<u>1999.</u>	Pagos de Aportes
Resolución 612	Min. Trabajo y S.S. <u>10/03/2000</u>	Asignación de funciones a las juntas de calificación de invalidez
Circular 008	<u>13/03/2000</u>	Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, determinación de origen y fecha de estructuración. Las funciones que venían siendo realizadas por los médicos del MINTRABAJO serán asumidas por las juntas de calificación de invalidez (nacional y regional). Como consecuencia de la reestructuración del MINTRABAJO. Las juntas de calificación de invalidez actuarán como auxiliares de la justicia cuando así lo solicite la correspondiente autoridad judicial.
Decreto 873	Min. Trabajo y S.S. <u>11/05/2001</u>	Por el cual se promulga el "Convenio número 161 sobre los Servicios de Salud en el Trabajo", adoptado por la 71ª Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, Ginebra, 1985.
Resolución 166	Min. Trabajo y S.S. <u>01/02/2001</u>	Se establece el día de la salud en el trabajo.
Circular 03	Min. Trabajo y S.S. <u>01/10/2002</u>	Suspenden efectos jurídicos Circular 01 y 02 de 2002
Ley 776	Congreso De La República. <u>17/12/2002</u>	Org., Admón. y prestaciones de SGRP
Decreto 1607	Min. Trabajo y S.S. <u>31/07/2002</u>	Tabla de Clasificación de Act. Económicas para el SGRP / Deroga el Decreto 2100 / 95
Resolución 612	Min. Trabajo y S.S. <u>10/03/2000</u>	Asignación de funciones a las juntas de calificación de invalidez

Circular 008	<u>13/03/2000</u>	Calificación de la pérdida de la capacidad laboral, determinación de origen y fecha de estructuración. Las funciones que venían siendo realizadas por los médicos del MINTRABAJO serán asumidas por las juntas de calificación de invalidez (nacional y regional). Como consecuencia de la reestructuración del MINTRABAJO. Las juntas de calificación de invalidez actuarán como auxiliares de la justicia cuando así lo solicite la correspondiente autoridad judicial.
Decreto 873	Min. Trabajo y S.S. <u>11/05/2001</u>	Por el cual se promulga el "Convenio número 161 sobre los Servicios de Salud en el Trabajo", adoptado por la 71ª Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, Ginebra, 1985.
Resolución 166	Min. Trabajo y S.S. <u>01/02/2001</u>	Se establece el día de la salud en el trabajo.
Circular 03	Min. Trabajo y S.S. <u>01/10/2002</u>	Suspenden efectos jurídicos Circular 01 y 02 de 2002
Ley 776	Congreso De La República. <u>17/12/2002</u>	Org., Admón. y prestaciones de SGRP
Decreto 1607	Min. Trabajo y S.S. <u>31/07/2002</u>	Tabla de Clasificación de Act. Económicas para el SGRP / Deroga el Decreto 2100 / 95
Circular 66	<u>13/12/2004</u>	Contratos de prestación de servicios y Sistema de riesgos profesionales
Resolución 0156	Ministerio de la Protección Social. <u>27/01/2005</u>	Adoptar formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional. Art. 1 y 11 del Decreto 2800 de 2003 personas naturales o jurídicas contratantes deberán registrarse por lo dispuesto D.1295 de 1994 y Ley 776 de 2002 para efecto de rendir informes de AT y EP. Notificar a EPS y ARP la ocurrencia de AT y EP, copia al trabajador. Diligenciar informe 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia. Deroga 4095 de 1995
Resolución 1570 de 2005	Ministerio de la Protección Social. <u>26/05/2005</u>	Por la cual se establecen las variables y mecanismos para recolección de información del Subsistema de Información en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones.
Resolución 634	Ministerio de la Protección Social. <u>28/06/1905</u>	Por el cual se adopta el contenido del Formulario único o Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.
Resolución 1401	Ministerio de la Protección Social. <u>14/05/2007</u>	por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo

Resolución 2346	Ministerio de la Protección Social. <u>16/07/2007</u>	Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.
Resolución 1016	Ministerio de la Protección Social. <u>31/03/1989</u>	Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.
Resolución 1403	Ministerio de la Protección Social. <u>2007</u>	Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones
Resolución 4445	Ministerio de la Salud <u>1996</u>	Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
Decreto 1907	Ministerio de la Protección Social <u>1994</u>	Laboratorio clínico
Resolución 2844 del 16 de Agosto del 2007 donde se adopta como referente obligatorio el uso de las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia GATISO	Ministerio de la Protección Social <u>22/08/2007</u>	GATI-HD (Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hombro Doloroso relacionados con Factores de Riesgo en el Trabajo.
Resolución 2844 del 16 de Agosto del 2007 donde se adopta como referente obligatorio el uso de las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia GATISO	Ministerio de la Protección Social <u>22/08/2007</u>	GATI-DME (Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes Musculo esqueléticos (DME) relacionados con Movimientos Repetitivos de Miembros Superiores (Síndrome del Túnel del Carpiano, Epicondilitis y enfermedad de Quervain.

<p>Resolución 2844 del 16 de Agosto del 2007 donde se adopta como referente obligatorio el uso de las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia GATISO</p>	<p>Ministerio de la Protección Social <u>22/08/2007</u></p>	<p>GATI-DLI-ED (Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación de cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo.</p>
---	---	---

<p>Resolución 1401 de 2007 (mayo 14) por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de Trabajo.</p>	<p>Ministerio de la Protección Social. <u>24/05/2007</u></p>	<p>Establecer obligaciones y requisitos mínimos para realizar la investigación de incidentes y accidentes de trabajo, con el fin de identificar las causas, hechos y situaciones que los han generado, e implementar las medidas correctivas encaminadas a eliminar o minimizar condiciones de riesgo y evitar su recurrencia.</p>
<p>Resolución 2346 de 2007 (11 julio) “Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales”</p>	<p>Ministerio de la Protección Social. <u>11/07/2007</u></p>	<p>Según lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 10 de la Resolución 1016 de 1989, la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales es una de las Principales actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo.</p> <p>Que las evaluaciones médicas ocupacionales constituyen un instrumento importante en la elaboración de los diagnósticos de las condiciones de salud de los trabajadores para el diseño de programas de prevención de enfermedades, cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida.</p>

8.3. MARCO ÉTICO.

Este estudio se realizó con la población objeto prevista, informando y solicitando el consentimiento verbal a cada una de las personas, previa realización de las intervenciones con el objeto de que conocieran su conveniencia y posibles efectos no deseados en su trabajo y en su vida personal con el fin de que ellos pudieran manifestar su aceptación o su oposición a ellas. Lo anterior teniendo en cuenta **La Constitución Política de 1991**, donde se cita que la salud es un derecho de todos los ciudadanos pero también es un deber de nosotros cuidar de nuestra propia salud, la de la familia y la de la comunidad (Art 49 constitución nacional).

La actitud con las personas a estudio es de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Durante el estudio se Adoptó una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones Religiosas.

8.4. MARCO GEOGRÁFICO

La E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl cuenta con infraestructura propia ubicada en la calle 7 No 14 – 74 en el Municipio de Garzón; el área correspondiente a Garzón es la Zona Centro comprendida por siete (7) municipios (Altamira, Gigante, Agrado, Tarqui, Suaza, Pital y Guadalupe) que está conformada de la siguiente manera: Zona de influencia atendida por el hospital departamental san Vicente de Paul.

ZONA CENTRO:

Baja complejidad Tipo A: Conformada por dos (2) centros de salud en los Municipios de:

- **Altamira** – cuenta con un solo Centro de salud localizado en el casco Urbano.
- **Pital** – conformada la red por un puesto de salud en la Vereda de El Socorro y un centro de salud en la cabecera municipal.



Baja complejidad Tipo B: conformado por cinco (5) E.S.E Hospitales locales en los Municipios de:

- **Agrado** – cuenta con un puesto de salud en la Vereda de Montecitos y una E.S.E Hospital “San Antonio” localizado en el casco urbano.
- **Gigante** – cuenta con puestos de salud en las Veredas de Corozal, La Gran Vía, Potrerillos, Río loro, Tres Esquinas y Vueltas Arriba, una E.S.E Hospital “San Antonio” en el área urbana.
- **Guadalupe** – cuenta con dos (2) puestos de salud localizados en las Veredas de Miraflores y Resinas, una E.S.E Hospital “Nuestra Señora de Guadalupe” en la cabecera Municipal.
- **Suaza** – conformado por cinco (5) puestos de salud en las Veredas de (Avispero, Gallardo, Guayabal, Los Salado y Picuma); una E.S.E Hospital “Nuestra Señora de Fátima” en el casco urbano municipal.
- **Tarqui** – con cuatro (4) puestos de salud en las Veredas de Caimital, El Vergel, Mita y Quituro, una E.S.E Hospital “San Antonio” localizado en la Cabecera municipal.

- **Garzón** – conformado por una E.S.E Municipal “María Auxiliadora” localizada en el casco urbano; con dieciséis (16) puestos de salud en las Veredas de Caguancito, El Descanso, El Mesón, El Paraíso, El Recreo, Filo de Platanares Jagualito, La Jagua, Majo, Miraflores, Monserrate, Providencia, San Gerardo, San Luís, Santa Marta y Soledad, un Centro de Salud en los centros poblados de San Antonio del Pescado y de Zuluaga.

8.4.1. Descripción general de la empresa.

RAZÓN SOCIAL

- E.S.E Hospital Departamental “San Vicente de Paúl” localizado en el área urbana del Municipio de Garzón. NIT: 891.180.026 – 5.

ACTIVIDAD ECONÓMICA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GAZON HUILA.

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es una institución prestadora de servicios de salud ,cuyos beneficiarios son los habitantes del Centro del Departamento del Huila principalmente; en su zona de influencia, se encuentran los municipios de Gigante, Suaza, Altamira, Agrado, Pital, Tarqui, Guadalupe y a los Departamentos del Caquetá y Cauca, el primero por la proximidad ganada con la nueva carretera y el segundo por desplazamiento poblacional por razones de orden público.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

- La estructura del Hospital Departamental “San Vicente de Paúl” se define parcialmente en al Capítulo III del Acuerdo 001 del 29 de junio de 1995, por el cual se adoptan los estatutos, donde se define una estructura básica funcional para fortalecer su gestión con tres áreas:

- Dirección.
- Atención al usuario.
- De logística.



DIRECCION:

- Está conformada por la Junta Directiva y el Gerente, con el encargo de mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la misión y objetivos empresariales, identificar las necesidades y expectativas de

los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional.

ATENCIÓN AL USUARIO:

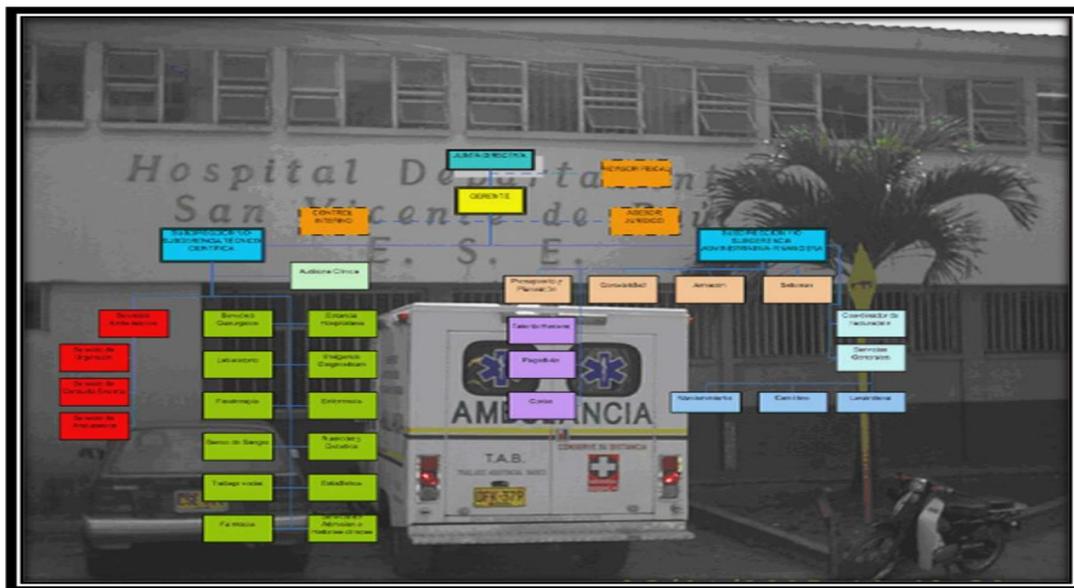
- La conforman las unidades orgánico funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud, con sus procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario y comprende la definición de Políticas Institucionales de atención, los recursos necesarios, formas y características de la atención y dirección y prestación del servicio.

LOGÍSTICA:

- Comprende las unidades funcionales, encargadas de ejecutar con las demás Áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, Optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Empresa, y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación. Son identificables dentro de una relación jerárquica como dependencias, la Subdirección Científica y la Subdirección Administrativa, encontrándose adscritas las siguientes Unidades Funcionales:
 - ❖ **Subdirección Científica:** Los servicios ambulatorios de urgencias consulta externa y ambulancia, la auditoria médica, los servicios quirúrgicos, estancia hospitalaria, laboratorio, imágenes diagnósticas, Fisioterapia, enfermería –en el manual de funciones se describe una Jefatura de Sección-, banco de sangre, nutrición y dietética, trabajo social estadística, farmacia y servicio de admisión e historias clínicas.
 - ❖ **Subdirección Administrativa-Financiera:** Presupuesto y Planeación, que en el manual de funciones se describe como Jefe de Departamento Contabilidad, almacén, sistemas, nómina y prestaciones sociales, pagaduría, costos, coordinación de facturación y servicios generales.

8.4.2. Estructura organizacional

Plataforma estrategica



MISION.

El Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, Empresa Social del Estado, es una empresa que ofrece servicios de salud con resolución de problemas de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, con rentabilidad económica y social reflejada está en una alta calidad de vida de su comunidad. Nuestro compromiso es generar confianza y tranquilidad al usuario de nuestros servicios, con garantía de calidad, eficiencia, oportunidad, pertinencia, racionalidad lógico-científica y satisfacción. Para ello contamos con el mejor recurso humano que trabaja en equipo, bajo criterios de mejoramiento continuo de la calidad y alto desarrollo humano. Dentro de esta óptica estamos atentos a atender los requerimientos de nuestro entorno, entendido este como los usuarios, empleados y las instancias polítogubernamentales pertinentes. De esta forma se describe nuestra razón de ser.

VISION.

El Hospital departamental San Vicente de Paúl de Garzón, Empresa Social del Estado, será en el año 2010 la primera y mejor institución de servicios de salud del segundo nivel en el departamento del Huila, con características claves de calidad, eficiencia, rentabilidad económica y social, con eficacia empresarial, sobresaliendo por la excelencia de la atención y la calidad humana de su trato. Para lograrlo

seremos una empresa con cara al futuro y moldeada a las exigencias del devenir progresista prospectivo.

De esta forma se describe hacia donde queremos ir, lo que queremos ser en el futuro y como conseguirlo.

VALORES.

_ **EQUIDAD:** Asegura una verdadera igualdad de oportunidades, para que todos los usuarios puedan ser atendidos de una manera oportuna, eficiente y de buena calidad.

_ **IGUALDAD:** Propiciar un trato equitativo e igualitario para todos los usuarios sin excepción.

_ **CONFIABILIDAD:** .Dar seguridad y confiabilidad al usuario por el servicio que se le brinda la institución.

_ **CALIDAD:** Generar un servicio eficiente brindando, cumpliendo, y superando las expectativas del usuario.

_ **SOLIDARIDAD:** Garantizar servicio integral a todas las personas sin distinción de ninguna naturaleza.

_ **DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:** Proporcionar un clima organizacional adecuado a través del crecimiento personal y profesional de los colaboradores, con acciones de capacitación, motivación y reconocimiento individual e integral.

_ **PARTICIPACION:** Los clientes internos y externos, contribuirán en un alto grado en la consecución de nuestros objetivos, buscando implementar estrategias y mecanismos para que mancomunadamente logremos el bienestar de las personas y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS ESTRATEGICOS

El desarrollo corporativo estratégico ocupa una parte muy importante en nuestro tiempo laboral diario, y en esa medida nos exige relacionarnos de manera permanente con clientes externos, especialmente aquellas con las que llevamos a cabo las tareas que nos asigna la institución. Lo mismo que en la familia o en el colegio, en el trabajo es preciso dar, grandes muestras de respeto, tolerancia y sentido de la colaboración y la armonía en el manejo de nuestras relaciones interpersonales, ya que de ello depende que logremos superar las complejas dificultades de todo tipo que suelen presentarse en desarrollo de la prestación de servicios.

Si queremos ser exitosos y felices en nuestro trabajo debemos recordar que no estamos solos, que el HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL es el resultado del esfuerzo de un cierto número de personas, todas igualmente valiosa, las cuales por sus vínculos tanto laborales como afectivos crecen y construyen progreso juntas no sólo para ellas mismas, sus familias y su institución sino para la sociedad.

El desempeño de nuestra empresa social del estado hospital departamental san Vicente de Paúl se regirá por los siguientes principios corporativos estratégicos:

- Confianza.
- Responsabilidad.
- Compromiso.
- Integridad.



8.5. RESEÑA HISTÓRICA

Las grandes realizaciones del ser humano, nacen de la necesidad imperiosa de solucionar sus problemas. Así en Garzón del Siglo XIX, no existía un centro asistencial que brindará ésta opción a sus habitantes y se limitaba a pequeñas ayudas que organizaciones de origen apostólico ofrecían a los más necesitados.

Entre ellas, el 19 de Agosto de 1893 nació la Sociedad de San Vicente de Paúl, que pretendía ayudar a los pobres, necesitados y enfermos, haciendo visitas domiciliarias, recogiendo contribuciones y realizando bazares que fortalecieran la institución y le permitieran cumplir con su objetivo. La experiencia de dos años de trabajo, el talento, la necesidad y el espíritu visionario de sus integrantes, los llevó a la idea de organizar un Hospital, hecho que se cristalizó el 7 de Octubre de 1895, fecha en la cual el Padre Doctor Francisco De Paula Rosas, mediante Escritura Pública número 177 de la Notaría de Garzón, hace donación libre y espontánea a la recién fundada Sociedad, “de una casa de bahareque y paja, con su correspondiente cocina, solar y una manga adyacente e, de pasto natural, bajo cercas de madera, ubicado todo al Occidente de ésta población, en el callejón que conduce para el Municipio del Agrado”, todos estos bienes con destino al nuevo hospital, que se llamó Hospital de Beneficencia.

Su primera misión era la de ofrecer protección a los ancianos e indigentes, siendo un asilo para ellos, además se prestaba el servicio de curaciones. Las Hermanas Dominicanas de la Presentación, Ignacia, Rafaela y Estefanía, Llegaron a Garzón el 14 de Marzo de 1896, con el propósito de fundar un Colegio, pero desde su presencia en ésta población y dada su vocación de servicio, se unieron al grupo de trabajo del hospital y asilo, aportando sus conocimientos.

Al estallar la Guerra de los Mil Días, el Hospital se convirtió en una ayuda valiosa para los centenares de heridos, que de diferentes sitios llegaban. El gobierno solicitó a las Hermanas, se hicieran cargo del manejo del Hospital Militar, ellas debían pedir permiso a su Superiora en Bogotá, pero por las acciones de la guerra se interrumpieron las comunicaciones y por su propio riesgo asumieron esta responsabilidad. El día más trágico de aquella época fue el 3 de Agosto de 1902, cuando se acercaron las tropas del General Pulido y en las proximidades de la población quedaron decenas de heridos y muertos de ambos bandos, que a ellas les correspondió recoger.

Ese día, en la casa de las Hermanas se reunieron las señoras voluntarias para sacar hilachas de las ropas recogidas y donadas y preparar vendajes. Las hermanas estuvieron encargadas hasta 1903, cuando finalizó la guerra. Por los buenos servicios prestados, el gobierno ordenó que todos los implementos del Hospital Militar, pasaran al Hospital Local San Vicente de Paúl.

Con el retiro de las Hermanas el hospital entró en crisis y ante las suplicas de la Sociedad de San Vicente, ellas accedieron para realizar una visita diaria. Se hicieron las gestiones con la Superiora en Bogotá y el 31 de Enero de 1914, llegó la Hermana María Sixta, para hacerse cargo de la administración.

Por esa época el Sr. Cura Párroco del Rosario, Padre Anselmo España, en Compañía del Doctor José Antonio Gómez Calderón, tomaron la iniciativa de construir un edificio de tapia pisada, siendo ellos mismos quienes escogieron el lugar y dirigieron la obra logrando terminar la parte principal en 1915. En 1918 se firmó un contrato entre la Sociedad San Vicente de Paúl y las Hermanas, que respaldadas por el Obispo de Garzón Monseñor Esteban Rojas Tovar, asumieron el manejo total del Hospital Sociedad San Vicente de Paúl. En 1921 llegaron las hermanas Virginia y Francisca, que unidas a la Hermana María Sixta continuaron su labor. Posteriormente se vinculó a la institución el Doctor José Ignacio Valenzuela quien era el médico oficial y atendía los casos especiales.

En 1935 llegó a Garzón, procedente de la Universidad de Bruselas el joven médico Luís Enrique Gómez Díaz, quien inició el procedimiento de cirugía en una sala improvisada. En 1939 se dio al servicio la Sala de Maternidad.

La capilla que se organizó desde sus comienzos, era con frecuencia ocupada en otros menesteres y en 1942 se recogieron las imágenes que estaban dispersas por toda la edificación y se concentraron en un solo sitio de culto, permitiendo la celebración frecuente de Oficios Religiosos. Con autorización del Sr. Vicario Diocesano, se efectuaban los bautismos de niños

y se estableció el catecismo semanal. En 1951 se dio al servicio el primer Autoclave y en 1953 se inauguró la Sala de Cirugía, con los equipos modernos existentes en la época.

En 1963 se trasladan los ancianos a un salón más cómodo, efectuando una separación con los enfermos. Por esos días los ancianos salían a la calle a pedir limosna y regresaban en la noche a dormir en su salón. Aquí recordamos a Silvina Cabrera, quien se desempeñó como portera desde 1930 hasta 1944, y en razón a su condición de minusválida, decidió donar su casa que había ganado en una rifa, a la institución, para que se le atendiera hasta el final de sus días que le llegaron el 10 de Febrero de 1975. En 1972 se suspendió el ancianito y quienes quisieron fueron trasladados al Asilo San Matías de Neiva.

Ese día, en la casa de las Hermanas se reunieron las señoras voluntarias para sacar hilachas de las ropas recogidas y donadas y preparar vendajes. Las hermanas estuvieron encargadas hasta 1903, cuando finalizó la guerra. Por los

buenos servicios prestados, el gobierno ordenó que todos los implementos del Hospital Militar, pasaran al Hospital Local San Vicente de Paúl.

Con el retiro de las Hermanas el hospital entró en crisis y ante las suplicas de la Sociedad de San Vicente, ellas accedieron para realizar una visita diaria. Se hicieron las gestiones con la Superiora en Bogotá y el 31 de Enero de 1914, llegó la Hermana María Sixta, para hacerse cargo de la administración.

Por esa época el Sr. Cura Párroco del Rosario, Padre Anselmo España, en Compañía del Doctor José Antonio Gómez Calderón, tomaron la iniciativa de construir un edificio de tapia pisada, siendo ellos mismos quienes escogieron el lugar y dirigieron la obra logrando terminar la parte principal en 1915. En 1918 se firmó un contrato entre la Sociedad San Vicente de Paúl y las Hermanas, que respaldadas por el Obispo de Garzón Monseñor Esteban Rojas Tovar, asumieron el manejo total del Hospital Sociedad San Vicente de Paúl. En 1921 llegaron las hermanas Virginia y Francisca, que unidas a la Hermana María Sixta continuaron su labor. Posteriormente se vinculó a la institución el Doctor José Ignacio Valenzuela quien era el médico oficial y atendía los casos especiales.

En 1935 llegó a Garzón, procedente de la Universidad de Bruselas el joven médico Luís Enrique Gómez Díaz, quien inició el procedimiento de cirugía en una sala improvisada. En 1939 se dio al servicio la Sala de Maternidad.

La capilla que se organizó desde sus comienzos, era con frecuencia ocupada en otros menesteres y en 1942 se recogieron las imágenes que estaban dispersas por toda la edificación y se concentraron en un solo sitio de culto, permitiendo la celebración frecuente de Oficios Religiosos.

Con autorización del Sr. Vicario Diocesano, se efectuaban los bautismos de niños y se estableció el catecismo semanal. En 1951 se dio al servicio el primer Autoclave y en 1953 se inauguró la Sala de Cirugía, con los equipos modernos existentes en la época.

En 1963 se trasladan los ancianos a un salón más cómodo, efectuando una separación con los enfermos. Por esos días los ancianos salían a la calle a pedir limosna y regresaban en la noche a dormir en su salón. Aquí recordamos a Silvana Cabrera, quien se desempeñó como portera desde 1930 hasta 1944, y en razón a su condición de minusválida, decidió donar su casa que había ganado en una rifa, a la institución, para que se le atendiera hasta el final de sus días que le llegaron el 10 de Febrero de 1975. En 1972 se suspendió el ancianato y quienes quisieron fueron trasladados al Asilo San Matías de Neiva.

En 1971 se concedió Personería Jurídica y la entidad tomó el nombre de Hospital Integrado San Vicente de Paúl. El 1 de Noviembre de 1973 quedó como Hospital San Vicente de Paúl, hasta el 11 de Enero de 1978 cuando tomó el nombre de Hospital Regional San Vicente de Paúl.

Con el paso del tiempo, la modernización de los sistemas, la presencia de gente joven y la visión de progreso, la vetusta edificación que fue seriamente afectada por el terremoto del 9 de Febrero de 1967, cedió paso a una construcción moderna que se ha venido complementando, hasta lograr el conjunto arquitectónico que alberga las Unidades Funcionales de Urgencias y Observación, Médico-Quirúrgicos, Pediatría, Ginecoobstetricia, Pensión, Salas de Cirugía, Consulta Externa, Vacunación, Laboratorio Clínico, Odontología, Salud Mental, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Imágenes Diagnosticas, con Radiología, Ecografía y Topografía Axial Computarizada, Farmacia, Banco de Sangre, Trabajo Social y Saneamiento Ambiental. Se cuenta con los modernos servicios especializados de Endoscopia digestiva.

8.6. SERVICIO DE URGENCIAS



El Servicio de Urgencias entendido como Conjunto de Actividades, Intervenciones y Procedimientos indispensables e inmediatos que se deben prestar a las personas que presentan alteración de su integridad física y/o mental causadas por un trauma o enfermedad de cualquier causa, son brindados en la Institución con personal asistencial altamente calificado y capacitado, comprometido con el objetivo Institucional reconociendo al paciente como nuestra razón de ser; Se cuenta además con recursos físicos y tecnológicos esenciales para la adecuada prestación del servicio.

Durante las 24 horas del día se presta atención de Urgencias de segundo nivel de atención en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía general, y Traumatología.

Las instalaciones de Urgencias constan para la prestación de los Servicios de:

- Tres consultorios para consulta de Urgencias.
- Una Sala para procedimientos de pequeña cirugía.
- Una sala para yesos.

- Una sala para procedimientos contaminados.
- Tres habitaciones para nueve camas de observación.
- Tres baterías sanitarias.
- Una Estación de Enfermería.
- Una oficina de facturación de Urgencias.
- Una sala de espera.

El personal asignado al Servicio de Urgencias es el siguiente:

- Dos Médicos Generales por cada turno.
- Una Enfermera jefe por cada turno
- Once Auxiliares de Enfermería distribuidas por turnos.
- Un camillero por cada turno.
- Cuatro Cajeros distribuidos por turnos durante el mes.
- Dos Operarias de Servicios Generales.
- Once Médicos Especialistas de apoyo (Medicina Interna, Pediatría, Traumatología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia).

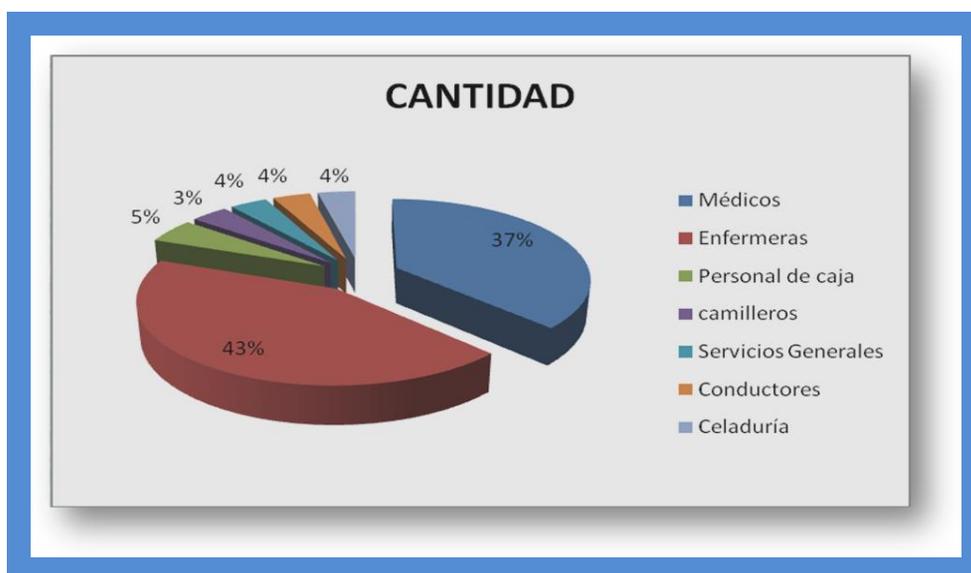
8.6.1. Recursos humanos. El Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila cuenta con un total de 83 trabajadores entre (Médicos Enfermeras, Personal de caja, Camilleros, Servicios Generales, Conductores y Celaduría).



8.6.2. Distribución por cargos.

NIVELES	CANTIDAD	%
Médicos	31	37
Enfermeras	36	43
Personal de caja	4	5
Camilleros	3	3
Servicios Generales	3	4
Conductores	3	4
Celaduría	3	4
TOTAL PERSONAL	83	100

Grafica 1. Distribución por cargos.



FUENTE: SERVICIO DE URGENCIAS "HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL".

GRAFICO 1.

- El Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paúl cuenta con un total de 83 trabajadores, de los cuales el 43% son Enfermeras, el 37% Médicos, el 5% Personal de caja, el 3% Camilleros el 4% Servicios Generales, 4% Conductores y 4% Celaduría.

8.6.3. Jornada laboral. La jornada laboral definida en el servicio de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul está distribuida por cargos.

 **MEDICOS**
GENERALES

- Turnos de 8 horas diarias

ESPECIALISTAS

- Disposición las 24 horas

 **ENFERMERAS**
JEFES Y AUXILIARES

- 3 Turnos (Mañana 7:00 a.m a 1:00 p.m) , (Tarde 1:00 p.m A 7:00 p.m) y (Noche 7:00 p.m a 7:00 a.m)

 **PERSONAL DE CAJA**

- 3 Turnos (Mañana 7:00 a.m a 1:00 p.m) , (Tarde 1:00 p.m A 7:00 p.m) y (Noche 7:00 p.m a 7:00 a.m)

 **CAMILLEROS**

- 3 Turnos (Mañana 7:00 a.m a 1:00 p.m) , (Tarde 1:00 p.m A 7:00 p.m) y (Noche 7:00 p.m a 7:00 a.m)

 **SERVICIOS GENERALES**

- 3 Turnos (Mañana 7:00 a.m a 1:00 p.m) , (Tarde 1:00 p.m A 7:00 p.m) y (Noche 7:00 p.m a 7:00 a.m)

 **CONDUCTORES**

- 3 Turnos (Mañana 7:00 a.m a 1:00 p.m) , (Tarde 1:00 p.m A 7:00 p.m) y (Noche 7:00 p.m a 7:00 a.m)

 **CELADORES**

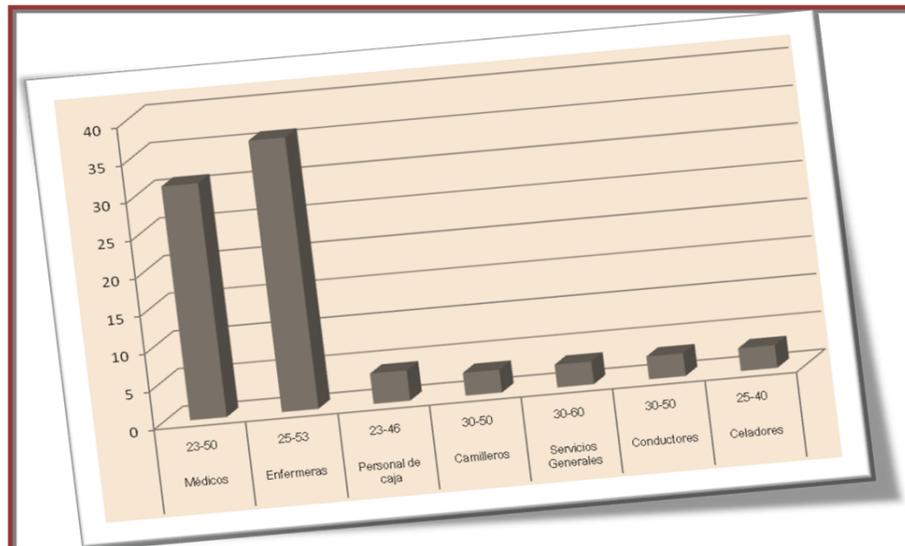
- 3 Turnos (Mañana 7:00 a.m a 1:00 p.m) , (Tarde 1:00 p.m A 7:00 p.m) y (Noche 7:00 p.m a 7:00 a.m)

8.6.4. Perfil sociodemografico.

GRUPOS ETAREOS

PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS		
OFICIO	EDAD	No DE TRABAJADORES
Médicos	23-50	31
Enfermeras	25-53	36
Personal de caja	23-46	4
Camilleros	30-50	3
Servicios Generales	30-60	3
Conductores	30-50	3
Celadores	25-40	3
TOTAL PERSONAL		83

Grafica 2. Perfil Sociodemográfico



FUENTE : SERVICIO DE URGENCIAS “HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL”.

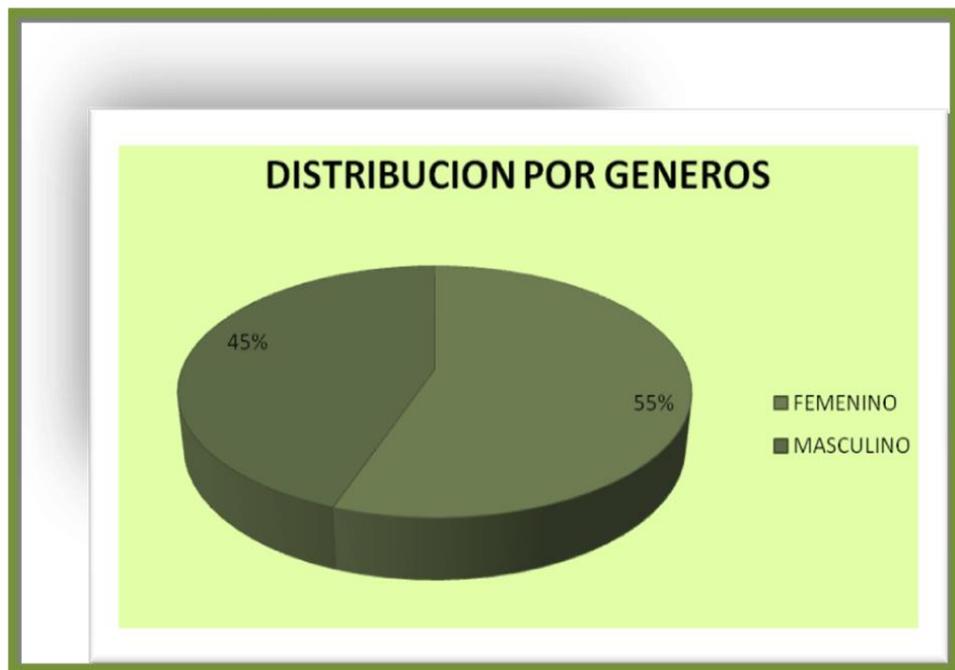
GRAFICO 2.

- Según el grafico, la mayoría de los Trabajadores estan entre 25 y 53 años de edad.

8.6.5. Distribucion por generos.

FEMENINO	MASCULINO
46	37
TOTAL PORCENTAJE %	TOTAL PORCENTAJE %

Grafica 3. Distribución por Géneros



FUENTE : SERVICIO DE URGENCIAS “HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL”.

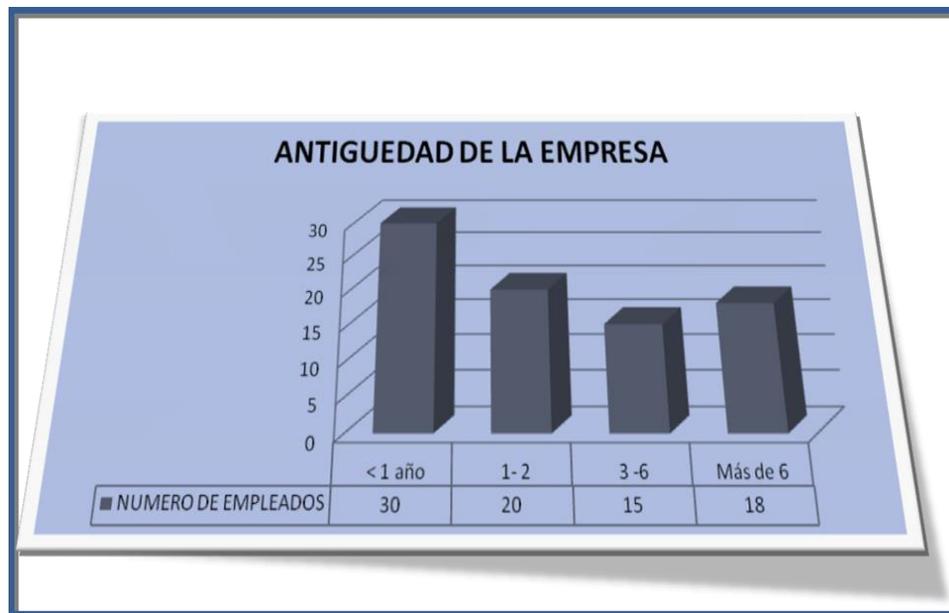
GRAFICO 3.

- El 55% de la población son mujeres y el 45% son hombres.

8.6.6. Antigüedad en la empresa.

NUMERO DE AÑOS	NUMERO DE EMPLEADOS
< 1 año	30
1- 2	20
3 -6	15
Más de 6	18
TOTAL PERSONAL	83

Grafica 4. Antigüedad en la Empresa



FUENTE : SERVICIO DE URGENCIAS "HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL".

GRAFICA 4.

- La mayoría del personal que labora en el Servicio de Urgencias tiene una antigüedad menor a un año.

9. METODOLOGÍA

9.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente proceso investigativo propuesto, se caracteriza por ser una investigación aplicada de campo, con base en encuestas y entrevistas, cuya información será Cualitativa y al mismo tiempo descriptiva, explicativa y prospectiva, porque, describirá una serie de hechos, para lograr alcanzar cada uno de los objetivos específicos y así mismo, los hechos u observaciones serán analizados para encontrar las razones o causas que fundamenten la argumentación de dicha problemática.

Finalmente este trabajo investigativo tiende a proponer algunas alternativas de mejoramiento con respecto a las condiciones de “Una Cultura de Autocuidado”, Diagnosticadas en el personal que labora en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila.

POBLACIÓN: Total del personal que labora en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental san Vicente de Paul de Garzón Huila.

MUESTRA: Está conformada por 60 trabajadores entre estos: (Médicos Enfermeras, Personal de caja, Camilleros, Servicios Generales, Conductores y Celaduría), quienes ejercen su labor en el servicio de urgencias y constituyen el 72%de la población.

9.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método deductivo en esta investigación permitirá, desde las entrevistas y encuestas personales, lograr generalizar comportamientos o aptitudes de Autocuidado que desempeña y asume el personal que labora en el Servicio de Urgencias Del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila.

9.3. TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Inicialmente se acudió a las técnicas que permitan formar una idea sólida del estudio de la investigación que se está planteando, de allí la necesidad de utilizar la técnica de: Revisión bibliográfica, análisis de documentos históricos y análisis

de archivos; luego se recurrió a técnicas directas como: entrevistas directas o por teléfono Al personal que labora en el Servicio de Urgencias incluyendo entre estos al gerente y subgerente del hospital ,con el fin de que nos proporcionaran experiencias e ideas sobre nuestro tema, a través de un cuestionario previamente estructurado que se utilizó para todas las entrevistas, también se utilizaron encuestas y hojas de vida.

9.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

- **Fuentes Primarias:** Información suministrada por el personal que labora en el Servicio de Urgencias, Gerente y Subgerente del Hospital Departamental San Vicente de Paul.
- **Fuentes Secundarias:** Hojas de vida, Encuestas, Entrevistas.

9.5. ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación contó con el previo y voluntario consentimiento de cada uno de los trabajadores del servicio de urgencias, objeto de estudio a quienes se les dio a conocer: los objetivos, justificación, riesgos y beneficios de dicho trabajo.

Dentro del planteamiento y desarrollo del estudio, los investigadores respetaron el derecho a la privacidad y confidencialidad y no se obligó a las personas a revelar aspectos o situaciones de la vida privada si así lo deseaban.

9.6. INSTRUMENTOS

- ❖ Encuestas: con preguntas abiertas y cerradas.
- ❖ Formato para información de Hoja de Vida.
- ❖ Entrevistas.

9.7. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez diseñadas las encuestas se realizó la prueba con el personal del Servicio De urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paul.

Con los ajustes al instrumento, se procedió a hablar con cada uno de los Trabajadores de dicho, servicio donde se explicó la justificación del estudio, los objetivos y el diseño metodológico de este, luego se solicitó su aceptación para hacer parte del estudio, y la encuesta fue diligenciada por cada uno de los trabajadores.

Una vez recolectada la información se procedió a tabularla y a procesarla.

9.8. VARIABLES

- Condición Biosocial
- Práctica de Estilos de Vida.
- Operacionalizacion de Variables

<u>VARIABLE DIMENSION</u>	<u>DIMENSION</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>ESCALA</u>
1. <u>CONDICION BIOSOCIAL</u>	BIOLÓGICA	1.Edad 2.Sexo 3.Peso 4.Talla 5.Enfermedades anteriores (últimos años)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Años ▪ F o M ▪ Kilogramos ▪ Centímetros ▪ SI__NO__ CUAL?: Metabólicas Osteomusculares Respiratorias Cutáneas Gastrointestinales Renales De los órganos de los sentidos Endocrinas Aparato reproductor Psicológicas Neurológicas Cardiovasculares.
		6. Enfermedades actuales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SI__NO__ CUAL?: Metabólicas Osteomusculares Respiratorias Cutáneas Gastrointestinales Renales De los órganos de los sentidos Endocrinas Aparato reproductor Psicológicas Neurológicas Cardiovasculares

<p><u>2.SOCIAL</u></p>		<p>CONVIVENCIA FAMILIAR</p> <p>1.Núcleo familiar</p> <p>2.Ciclo Vital Familiar</p> <p>3.Funcionalidad Familiar</p> <p>GRUPO DE TRABAJO</p> <p>1.Tiempo laborado en la Institución</p> <p>2.Relaciones Laborales Satisfacción laboral</p> <p>RED DE APOYO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esposo (a)___ Hijos___ Otro___Cuál?_ ▪ Familiograma ▪ Etapa ▪ APGAR Familiar ▪ Años_____ ▪ Satisfacción ▪ Calidad ▪ Económico ▪ Personal ▪ Familiar ▪ Económico ▪ Social ▪ Laboral
<p><u>3.PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA</u></p>	<p>NUTRICION</p> <p>Componente s:</p> <p>Biológico Psicológico Social</p> <p>MOVERSE Y MANTENER POSTURAS</p> <p>Componentes:</p> <p>biológico psicológico social</p>	<p>1.Peso</p> <p>2.Dieta</p> <p>3.Horario</p> <p>4.Costumbres</p> <p>5.Preferencias</p> <p>6.Apetito</p> <p>1.Desplazamiento casa - trabajo</p> <p>2.Ejercicio Programado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kilogramos ▪ Pérdida-ganancia ▪ Tipo- ▪ Restricciones ▪ Suplementos ▪ Número de comidas al día ▪ Frecuencia ▪ Forma ▪ Frecuencia ▪ Rutina SI__NO__ A VECES__ Casa__

<p><u>3.PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA</u></p>		<p>3.Ejercicio en la jornada laboral</p> <p>4.Limitaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gimnasio__ ▪ Frecuencia ▪ Horario ▪ Posturas ▪ De pie__ ▪ Sentado__ ▪ Mixto__ ▪ Desplazamiento ▪ Cortos__ ▪ Largos__ ▪ Frecuencia__ ▪ Tipo__
	<p>DORMIR Y DESCANSAR</p> <p>Componentes:</p> <p>Biológico</p> <p>Psicológico</p> <p>Social</p>	<p>1. Sueño:</p> <p>* Horario</p> <p>* Tiempo</p> <p>* Costumbres</p> <p>* Ayudas</p> <p>* Reparador</p> <p>* Insomnio</p> <p>2. Descanso:</p> <p>Momentos</p> <p>* Alternativas que</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Día-Noche__ ▪ Horas ▪ Suficiente ▪ Insuficiente <hr/> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SI__ NO__ A VECES__ ▪ SI__ NO__ A VECES__ ▪ SI__ NO__ _____ ▪ SI__ NO__ _____ <hr/> <hr/>

		Utiliza	
	<p>MANTENER LA TEMP. CORPORAL</p> <p>Componentes:</p> <p>Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.Temperatura del sitio de trabajo</p> <p>2.Uso de ropa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afecta: SI__NO__ En qué forma?_ ▪ Preferencias
	<p>HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL</p> <p>Componentes:</p> <p>Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.Baño 2.Cuidados corporales 4.Uso de ropa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia ▪ Costumbres ▪ preferencias
	<p>EVITAR PELIGROS</p> <p>Componentes:</p> <p>Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.Mecánica Corporal</p> <p>2.Bioseguridad</p> <p>3.Escaleras</p> <p>4.Vías de acceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SI__A VECES__ NUNCA__ ▪ SI__A VECES__ NUNCA__ ▪ Precauciones que toma

	<p>COMUNICA... CON LOS DEMÁS.</p> <p>Componentes: Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.Comunicación Interpersonal</p> <p>* Familiar</p> <p>* Laboral</p> <p>2.Como medio de expresión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Precauciones que toma ▪ SI__ A VECES__ NUNCA__ CON QUIEN? ▪ SI__ A VECES__ NUNCA__ CON QUIEN? ▪ TIPO ▪ Frecuencia ▪ Fácil ▪ Difícil ▪ Por qué? ▪ Satisfacción ▪ SI__NO__ A VECES__ POR QUE?__ ▪ Emociones ▪ Sentimientos ▪ Necesidades ▪ Otros__
	<p>CREENCIAS RELIGIOSAS</p> <p>Componentes: Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.Influencia en la vida diaria</p> <p>2.Soporte ante Dificultades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es importante SI__NO__ POR QUE?__ Acude SI__NO__ ▪ Se fortalece SI__NO__

		3.Participación con el grupo religioso al que pertenece	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasiva__ ▪ Activa__ ▪ Indiferente_ ▪ Por qué?__
	<p>TRABAJO</p> <p>Componentes:</p> <p>Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.satisfacción</p> <p>2.Insatisfacción</p> <p>3.Compromiso</p> <p>4. Distribución del tiempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si__No_ que__ ▪ Si__No_ que__ ▪ Si__No Por qué? ▪ Cómo?:_____
	<p>RECREA...</p> <p>Componentes:</p> <p>Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.Actividades Recreativas</p> <p>2. Actividades Culturales</p> <p>3.Manejo del tiempo libre</p> <p>4. Limitaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuáles?__ ▪ Frecuencia__ ▪ Cuáles?__ ▪ Frecuencia__ ▪ Con Quién?: ▪ Familia_ ▪ Amigos_ ▪ Solo__ ▪ Tipo__
	<p>APRENDIZA</p> <p>Componentes:</p> <p>Biológico Psicológico Social</p>	<p>1.Académico</p> <p>2.Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferencias ▪ Exigencias ▪ Limitaciones ▪ Preferencias ▪ Exigencias ▪ Limitaciones

10. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

10.1. CARACTERIZACIÓN BIOSOCIAL DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA

Urgencias es un servicio que ofrece el Hospital Departamental san Vicente de Paul de Garzón Huila, el cual presta atención las 24 horas del día, es atendido por un personal de Salud, capacitado en la atención de patologías y traumatologías.

Actualmente está apoyada por 83 personas que se desempeñan en diferentes labores, entre: estos (Médicos, Enfermeras, Personal de Caja, Servicios Generales, Conductores y Celadores.

El 55% de la población son mujeres y el 45% son hombres.

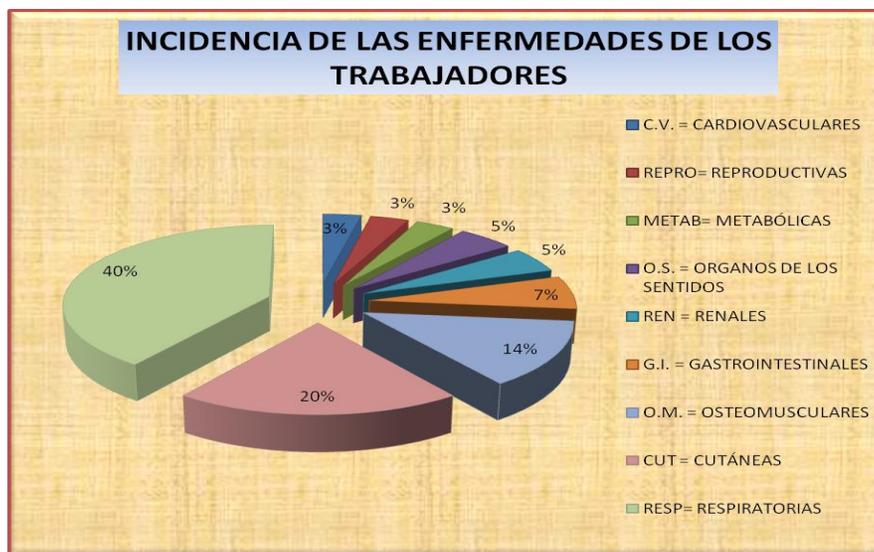
El grupo en estudio tiene en promedio 2 hijos, la mayoría (82.4%) de los encuestados refieren tener bajo su cuidado a dos o tres personas.

En relación con el estado de salud-enfermedad, se indagó sobre enfermedades sufridas en los últimos 10 años. Al respecto, la mayoría (66.6%) de trabajadores manifestaron haber tenido alteraciones a nivel respiratorio seguida de: cutáneas, Osteomusculares, gastrointestinales, renales, órganos de los sentidos, metabólicas, aparato reproductor, cardiovasculares. GRAFICA 5.

10.1.1. Incidencia de enfermedades.

ENFERMEDADES	No de trabajadores.
C.V. = CARDIOVASCULARES	2
REPRO= REPRODUCTIVAS	2
METAB= METABÓLICAS	2
O.S. = ORGANOS DE LOS SENTIDOS	3
REN = RENALES	3
G.I. = GASTROINTESTINALES	4
O.M. = OSTEOMUSCULARES	8
CUT = CUTÁNEAS	12
RESP= RESPIRATORIAS	24

Grafica 5. Incidencia de Enfermedades



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS “HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL”.

De las anteriores, persisten en la actualidad las relacionadas con los Respiratorias (sinusitis), órganos de los sentidos (astigmatismo y miopía), cutáneas (alergias) Osteomusculares (relacionadas con articulaciones, columna y músculos) y gastrointestinales (Gastritis); con menor frecuencia se presentan las cardiovasculares (Hipertensión arterial).

Ante la presencia de enfermedad el 35.3 % de la población acude casi siempre al médico, el 41.2 % refiere hacerlo sólo en algunas ocasiones y un 23.5 % Manifiesta que casi nunca acude al médico cuando se enferma.

Sin embargo, del total del grupo en estudio, más de la mitad (52.9%) refiere no Automedicarse cuando están enfermos, los restantes expresaron que algunas veces eligen ésta opción.

En cuanto al uso de terapias alternativas, el 58.8 % de la población manifiesta nunca acudir a dichas terapias, el 35.2 % las elige algunas veces, tan sólo el 5.8% expresa acudir casi siempre a la medicina alternativa.

10.2. DESCRIPCIÓN DE PRÁCTICAS COMUNES EN LOS ESTILOS DE VIDA, SEGÚN NECESIDADES FUNDAMENTALES.

Beber y Comer.

Para satisfacer esta necesidad es importante el ingerir alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente que garanticen el adecuado funcionamiento del organismo.

Factores Psicosociales como las emociones, las preocupaciones, el clima, la Cultura determinan el tipo de alimentación que se toma. Al respecto, la mitad de la población expresó que algunos factores como “las bajas temperaturas”, “el estrés”, “los gustos”, influyen en la alimentación, haciéndolos comer más en algunas situaciones, la otra mitad del grupo no lo considera así. Más de la mitad de la población (52.9 %) expresó ingerir suplementos nutricionales, de los cuales los que se consumen con mayor frecuencia, en su orden son los minerales, vitaminas y proteínas. Dichos nutrientes son significativos para el adecuado funcionamiento del organismo en la etapa en la que se encuentran los encuestados, con el fin de evitar alteraciones a nivel biológico por su déficit.

A la mitad del grupo le preparan la comida, la otra mitad algunas veces la prepara o se la preparan, además manifiestan que esto lo hacen “cuando queda tiempo”, “en el descanso de fin de semana”, “...cuando estoy sin empleada”.

El 82.4 % de la población considera que tienen buen apetito, un 11.7 % opina que su apetito es regular y tan sólo el 5.9 % dice que es poco. Así mismo, la totalidad del grupo expresa no tener cambios bruscos de apetito, aunque más de la mitad (52.9%) de los encuestados refiere que les da más hambre cuando están de turno, pero que dicho aspecto no les produce un cambio en la cantidad de alimento que se ingiere normalmente. Para la otra mitad (47.1%) de la población este aspecto no influye en su apetito.

La ingesta apresurada de alimentos es uno de los factores predisponentes a adquirir enfermedades del sistema gastrointestinal; en relación con este aspecto el 58.8 % de los profesionales manifiesta comer rápido porque “es la costumbre”, “ el tiempo no alcanza a veces”, “hay actividades que hacen que se presente ésta situación”. Aún cuando estos no relacionan la presencia de enfermedades por desórdenes en su alimentación, sí es importante resaltar que el 11.6% de las personas que presenta alteraciones a nivel gastrointestinal, refieren comer rápido; por el contrario, el 41.2% ingieren sus comidas sin afán.

La cultura, el clima, el área geográfica, el status socioeconómico y el gusto son factores que determinan los hábitos alimenticios de una comunidad. La población a estudio expresa que los alimentos preferidos son: “las verduras, las carnes (preferiblemente blancas), la leche, los postres, los helados y agua”.

Por el contrario, alimentos como “las comidas rápidas, las salsas, las harinas, los dulces y algunos vegetales” no son de su agrado en la alimentación. Existe coherencia entre los alimentos preferidos y los que consumen, el estudio reveló que los principales alimentos que constituyen las comidas son las frutas, las verduras, las carnes blancas, los cereales, el tinto y el agua.

En el adulto las necesidades nutricionales disminuyen debido al enlentecimiento del metabolismo, por lo cual es preciso consumir una dieta balanceada, baja en grasas, condimentos y harinas. Al respecto más de la mitad de la población manifiesta no consumir aquellos que contengan grasas, carbohidratos, sal y lácteos en exceso, validando así los supuestos teóricos planteados por Henderson y otros autores.

Cabe resaltar la importancia de ingerir las tres comidas principales del día, porque permite asegurar el aporte energético necesario para realizar las actividades cotidianas. En el estudio se encontró que mientras el 76.5 % de la población siempre desayuna, el porcentaje restante sólo a veces lo hace.

En cuanto al almuerzo, los realizan entre las 12:00 y las 4:00 PM, y los resultados son similares a los anteriores, teniendo en cuenta que no todos los que almuerzan desayunan y viceversa. El 64.8 % de la población siempre cenan, pero refieren que es muy “ligera”, un 29.4 % a veces la realizan y tan sólo un 5.8 % nunca la llevan a cabo porque “no hay ni tiempo ni ganas” y el horario oscila entre las 7 y las 9 de la noche.

La mayoría de los trabajadores (82.4%) expresan que algunas veces lleva a cabo comidas intermedias como las medias nueves y las onces, espacio en el cual se tiene la oportunidad de interactuar con los compañeros de trabajo. Los restantes refieren nunca tomarlas por varias razones: “no es mi costumbre”, “si la hago no almuerzo”. “Es suficiente con el almuerzo”.

De las enfermedades que manifiestan los encuestados en la actualidad y enunciadas anteriormente, para el 29.4 % de éstos no tienen relación directa con el tipo de alimentación que consumen, en tanto que la población restante padece alteraciones que de una u otra manera están influenciados por la alimentación. De éste último grupo la mitad consume en su alimentación diaria elementos que no deberían incluirse dentro de la dieta, ya sea por la enfermedad o por restricciones de otro orden como es el caso del mantenimiento del peso corporal.

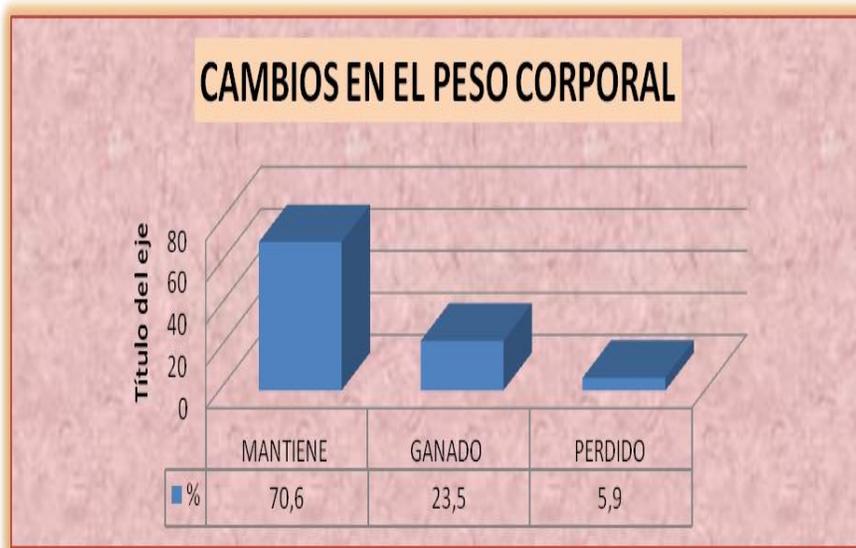
Es primordial mantener el equilibrio del peso corporal con el fin de evitar la obesidad, alteración frecuente en esta etapa del ciclo vital del individuo; tal equilibrio es un factor preventivo de alteraciones biológicas, psicológicas y sociales que pueda llegar a presentar en etapas posteriores.

En relación con anterior el 70.6 % del grupo ha mantenido el peso, sin embargo, el 23.5% ha ganado un promedio de 3.5 Kg debido a “...intolerancia a ciertos alimentos...”, “sedentarismo”, “ el tipo de alimentación”, “la falta de ejercicio” y “ ...la edad”; tan sólo el 5.9 % restante, al contrario de los anteriores, manifestó haber perdido peso, el cual no sobrepasa los 2 Kg, refiriendo que la razón de ésta circunstancia es el cambio de alimentación al haberse sometido a una “dieta”.

10.2.1. Cambios en el peso corporal.

ESTADO	%
MANTIENE	70,6
MAYOR	23,5
MENOR	5,9

Grafica 6. Cambios en el Peso Corporal



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS "HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL".

De las personas hipertensas del grupo, la mayoría (80%) expresa que ha mantenido el peso y las restante han bajado de peso por esta razón. Para analizar el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelec que clasifica según el peso, se utilizó la fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (mts)}^2}$$

Los siguientes son los parámetros de clasificación:

IMC < 25 _____ NORMOPESO
 IMC 25 – 30 _____ SOBREPESO
 IMC > 30 _____ OBESIDAD

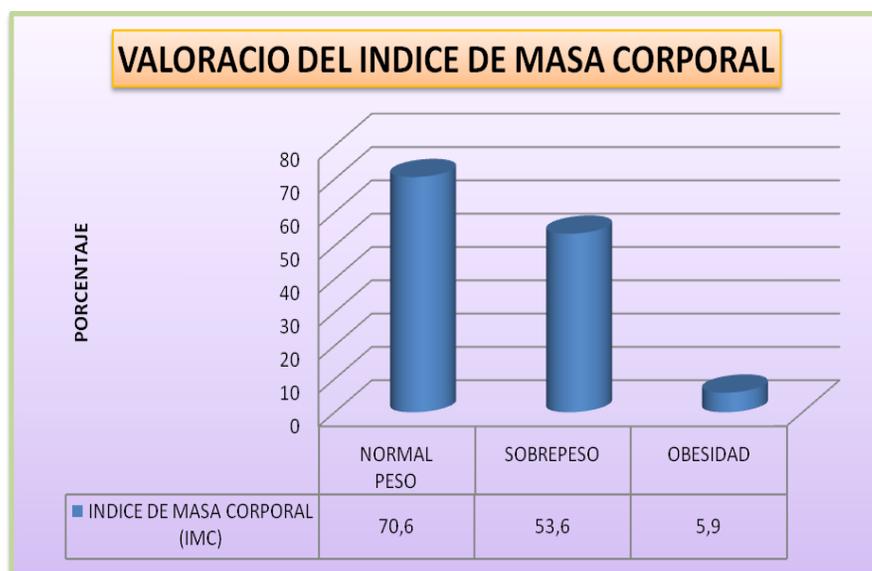
Se considera obesidad un peso mayor en un 20% al ideal para la edad. Los resultados obtenidos fueron: Para el 70.6% el IMC se encuentra entre 20 y 27, es decir entre el normal peso y límite del sobrepeso, un 23.5.% en los parámetros de sobrepeso y el 5.9% en obesidad. De acuerdo a los referentes teóricos el tener un

peso ideal es el reflejo de poner en práctica hábitos adecuados de alimentación y ejercicio. Grafica 7.

10.2.2. Valoración del índice de masa corporal.

PORCETAJE	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
NORMAL PESO	70,6
SOBREPESO	53,6
OBESIDAD	5,9

Grafica 7. Valoración del Índice de Masa Corporal



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS “HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL”.

Moverse y Mantener Posturas.

Virginia Henderson cita que el movimiento y una postura adecuada le permite al individuo realizar las diferentes actividades de la vida cotidiana con eficacia, favoreciendo así el fortalecimiento del sistema osteomuscular y cardiovascular, por lo cual es necesario que dichos movimientos sean moderados y constantes.

En relación a este aspecto, se encontró que la mecánica corporal, la practica la totalidad del grupo, sin embargo, tan solo uno de cada cuatro siempre la utiliza; la población restante refiere que sólo a veces la práctica por “situaciones de olvido, descuido”, “... la rapidez de las actividades a realizar, imprevistos” que le impiden el cumplimiento de dicha norma preventiva y que predispone a la adquisición de enfermedades Osteomusculares, presentes en algunos de los encuestados.

Virginia Henderson plantea que los problemas de salud derivados de esta necesidad se manifiestan en edades posteriores aumentando el riesgo de daño en la integridad del ser humano.

Aunque el adulto disminuya su fuerza muscular y agilidad, continúa activo físicamente a través de ejercicios moderados permitiendo moverse y desplazarse libremente, pues está en la capacidad de hacerlo favoreciendo la flexibilidad de sus articulaciones.

El 76.5 % del grupo asiste al gimnasio, tal grupo refiere que: “es saludable, me gusta sentirme bien”, el grupo restante no lo hace por aspectos como: “falta de interés”, “no me llama la atención...”, “... falta de tiempo”. Es de anotar que la mitad de los encuestados tiene rutina de ejercicios para realizar en casa, aún cuando no todos lo practican con regularidad. De los encuestados hipertensos y con problemas Osteomusculares enunciados anteriormente, más de la mitad (60%) refiere no tener ninguna rutina de ejercicios, de ellos el 33% por limitaciones físicas. Los que manifiestan realizar una rutina de ejercicios, la llevan a cabo en las horas de la mañana o en la noche, cuando no están de turno.

En el trabajo más de la mitad de éstos profesionales (58.8%) realizan ejercicios de estiramiento, rotación de muñecas, rotación de cabeza y movimientos de flexión.

El grupo expresa que dentro de la jornada laboral en el servicio de urgencias la mayoría del tiempo se está en continuo movimiento (de pie – en movimiento – de pie-sentado) y tales desplazamientos son cortos. Sin embargo, para uno de cada cinco empleados el tipo de desplazamientos son: (cortos-largos-cortos) y expresan que: “dependen de la actividad que se esté realizando”. Si se tiene en cuenta que los roles laborales exigen a las personas adoptar posturas y movimientos, para poder realizar sus trabajos.

La mayoría del grupo (64.7%) utiliza transporte para acudir al trabajo, sólo una parte (35.3%) lo hace caminando.

Dormir y Descansar.

Dormir es una necesidad vital para el ser humano, la cual debe darse en las mejores condiciones y en la cantidad suficiente para que este sea reparador permitiendo al organismo un funcionamiento adecuado. Los adultos necesitan dormir como mínimo de ocho a diez horas y en el estudio se encontró que la población duerme en promedio 6.7 horas diarias, sin embargo, existe una gran variación en las necesidades del sueño; las tres cuartas partes del grupo considera que éste tiempo de sueño es suficiente y reparador, confirmando la teoría que plantea que el sueño permite encontrar la energía necesaria para desarrollar las actividades cotidianas. Para el grupo restante no lo es así. Sólo dos de cada cinco del personal que labora en el Servicio de Urgencias hacen la siesta.

Si se tiene en cuenta que la calidad del sueño de los adultos se ve modificada a menudo por emociones, ansiedad y preocupaciones, cabe resaltar la coherencia con los resultados del estudio cuando un 70.6 % de la población refiere despertarse en la noche por “ruidos, preocupaciones familiares y económicas” e “ir al baño”.

El 58.8% del grupo expresa que el dormir menos de lo acostumbrado **no** influye en el desempeño laboral. Sin embargo, el 41.2 % no lo considera así, porque esa situación produce “desgano”, “irritabilidad”, “debilidad”, “cansancio” y además “...disminuye el rendimiento y la producción normal”. A uno de cada tres trabajadores les es difícil conciliar el sueño, sin embargo, les basta con leer algo por unos momentos para solucionar ésta dificultad, sin acudir a otro tipo de ayudas, como lo refieren algunos autores cuando afirman que para mejorar la calidad del sueño se puede recurrir a ciertos hábitos antes de acostarse como: duchas, leche caliente, ejercicio y lectura.

No sólo el sueño es un reparador de la energía gastada en el día sino también todas aquellas actividades que sean gratas en el momento en que las personas se encuentren cansadas o tensas, dichos momentos se deben tener no sólo en casa sino dentro de la jornada laboral del trabajador, equilibrando el tiempo dedicado a las actividades y al descanso para evitar que se generen descompensaciones a nivel físico y mental que trasciendan el aspecto social.

En relación a este aspecto, más de la mitad de este grupo (82.4%) considera que el horario laboral sí permite dichos momentos de descanso, pero son pocos los que se llevan a cabo. Para la mayoría del grupo (70.6%) los descansos que tienen son suficientes y reparadores, los comparten principalmente con la familia o los tienen solos, mientras que con los amigos, colegas y estudiantes son de forma esporádica.

Las actividades que realiza el grupo en los momentos de descanso son: ver Televisión, oficios del hogar, sesiones de relajación, escuchar música y terminar las tareas académicas de sus hijos. De acuerdo a lo manifestado por el grupo de trabajadores se evidencia que los momentos dedicados para el descanso son destinados para colaborar a realizar actividades académicas de sus hijos y del hogar que no proporcionan “descanso”.

Mantener la Temperatura Corporal, Estar Limpio, Aseado.

Cuatro de cada cinco personas consideran que la temperatura del sitio de trabajo los afecta, produciendo “Dolor articular”, “Incomodidad”. En forma especial influye en los encuestados que tienen problemas articulares.

El mantenimiento de la temperatura corporal es una necesidad del ser humano para poder desenvolverse en todas las actividades que realiza diariamente, por ello es importante que factores sociológicos como la temperatura del lugar del trabajo garanticen la satisfacción de dicha necesidad. El grupo considera que la vestimenta utilizada, además de ser un medio de protección, es necesaria para mantener la imagen, sentirse bien ya que en ocasiones refleja el estado de ánimo.

Dentro de las prácticas de cuidado corporal está el baño diario, el manicure y además realizan otras actividades de cuidado corporal como son: asistencia al estilista, sesiones de masajes, mascarillas faciales y pedicure. Es de anotar que algunos hacen referencias a la práctica de acciones de autocuidado como asistencia a la medicina bioenergética, utilización de perfumes (aromaterapia), maquillajes especiales (cremas hidratantes y nutritivas, tinturas naturales para el cuidado del cabello y limpiadores faciales). Así los resultados del estudio validan el concepto sobre higiene que propone Henderson cuando afirma que es importante un cuerpo aseado, una apariencia cuidada, una piel protegida que evite alteraciones en su integridad y mejore la autoimagen del individuo.

Evitar Peligros.

La vida del ser humano está rodeada constantemente por estímulos externos que en algún momento representan peligro para el mantenimiento de la integridad física y social de la persona por lo cual el hombre busca protegerse mediante mecanismos tanto naturales como preventivos.

Al respecto se encontró que el grupo conoce las normas básicas de bioseguridad tales como: la utilización de elementos de protección, tipos de riesgos a los que puede estar expuesto y al manejo de desechos. Henderson plantea como factor biológico la habilidad que tiene cada individuo para protegerse pues así es cociente del peligro y toma las medidas correspondientes para su protección.

En cuanto a la utilización de elementos de protección, el 76.5%, refiere utilizar con mayor frecuencia: Tapabocas, guantes y mascarillas además opinan que la Institución nunca los proporciona, el 17.6 % refiere que la Institución “se acuerda de las obligaciones que tiene... a medias” y sólo el 5.9% opina que sí se les facilita éstos elementos. Un entorno sano esencial para que los individuos puedan vivir sin peligro, donde se cuente con los medios físicos y económicos para enfrentarlos, no se evidencia según lo manifestado por los encuestados.

En relación al conocimiento sobre el tipo de riesgos existentes los docentes los enumeraron así: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales y de seguridad industrial. Sin embargo, no se refirieron a los riesgos de una forma más explícita.

En lo referente al manejo de desechos, la población hace mención a la práctica hospitalaria como la principal circunstancia en la cual el grupo se relaciona en forma directa con el manejo de desechos biológicos de alto riesgo. Opinan además “Es un peligro que se debe tomar con seriedad y uno muchas veces no lo ve así...”, “...claro que a veces no hay los elementos de protección para el manejo de los desechos”.

Un aspecto importante de resaltar es lo relacionado con las vías de acceso a la Facultad, el 64.7% opina que estas representan un alto riesgo de accidentalidad para la población que trabaja y estudia en esas instalaciones, mencionan como precauciones que toman: “Caminar despacio”, “manejar despacio”, “Estar alerta en el momento del ingreso a la Facultad”, “Ir acompañado”, “Uno hace lo que puede para que no le pase nada”. Sin embargo, una parte (35.3%) del grupo no las considera así.

Así mismo el grupo manifiesta que las ramplas de acceso al servicio de urgencias, los pisos, los techos son lugares riesgosos, no sólo para ellos sino para todas las personas que por alguna razón ingresan a dichas instalaciones. Expresan “se debería tener más en cuenta éstos aspectos ya que hacen parte del bienestar de las personas”, “Es un peligro que todo mundo ve pero nadie hace nada”.

Comunicarse con sus Semejantes y Ocuparse Para Realizarse.

Comunicarse es un proceso verbal y no verbal que permite al ser humano intercambiar con sus semejantes para llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información. Aspectos como el entorno, la familia y la sociedad interactúan por medio de la comunicación y se apoyan en esta capacidad de intercambio mutuo entre las personas.

En relación con éste aspecto, en más de la mitad de la población (53%) la convivencia familiar se tiene con el (la) esposo (a) y los hijos, sin embargo para el

grupo restante la convivencia varía según la situación: con el solo esposo; con esposo, hijos y otras personas o con los hijos y otras personas. Para la gran mayoría de la población (94%) las relaciones interpersonales que se presentan dentro de éstas convivencias son buenas, además, para cuatro de cada cinco encuestados, la funcionalidad familiar es buena.

Para el 75% de quienes mantienen una relación de pareja, valores y sentimientos son los que predominan en ésta, el resto del grupo cita aspectos importantes como la responsabilidad y el placer erótico. Lo anterior lo corrobora el grupo cuando expresa que dentro de dicha relación, el aspecto emocional es lo más relevante; lo biológico y lo social son referidos en menor proporción. La mayoría del grupo (64.7%) le demuestra el afecto a la pareja mediante palabras tiernas y detalles, la población restante lo hace a través “Del reconocimiento de aptitudes”, “El dialogo”, “El acompañamiento”.

Los trabajadores refieren que las discrepancias con la pareja se dan en su orden por los siguientes motivos: los ingresos económicos de los docentes, seguidos del estudio, las decisiones familiares y los ingresos económicos de sus parejas; sin embargo el 94% del grupo “dialoga”, “negocia” con su compañero o pareja la solución a los problemas que se le presentan en el núcleo familiar; dicen además que “El cambio de ambiente” es relevante cuando se trata de resolverlos.

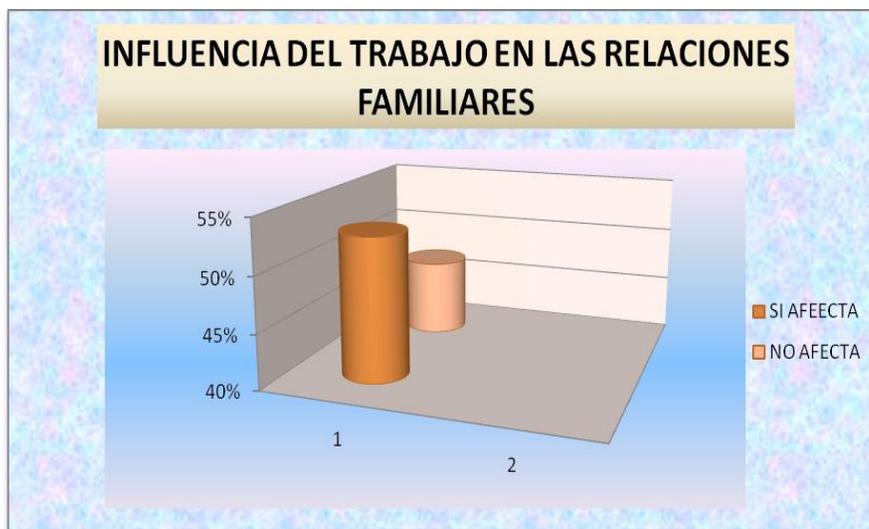
En cuanto a las relaciones familiares el 47% del grupo manifiesta que éstas no se afectan por el trabajo. Sin embargo el 53% restante si se afecta y enuncian situaciones como: “llevar trabajo a la casa”, “desempeñar nuevos roles cada día” hacen que se presenten algunas alteraciones en la relación familiar. GRAFICA 8.

Para el 75% del grupo los problemas familiares no afectan su rendimiento laboral. No así para los demás quienes expresan: “los problemas me impiden la Concentración en lo que estoy haciendo”, “con problemas nadie trabaja bien”. GRAFICA 9.

10.2.3. Influencia del trabajo en las relaciones familiares.

SI AFECTA	NO AFECTA
53%	47%

Grafica 8. Influencia del Trabajo en las Relaciones Familiares

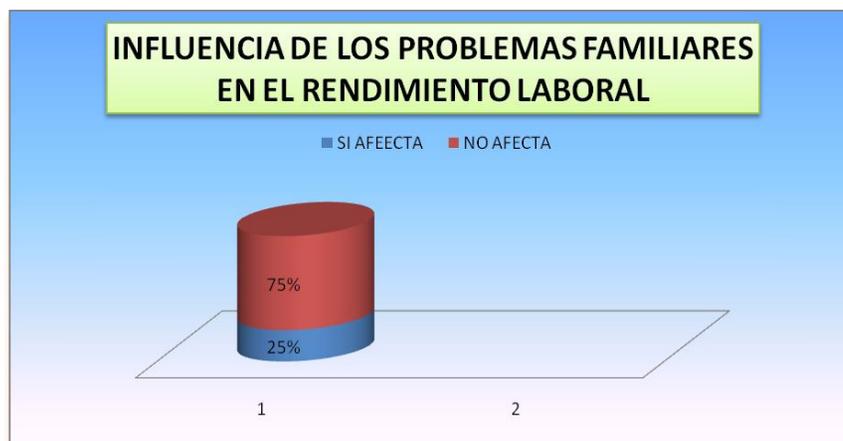


FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS “HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL”.

10.2.4. Influencia de los problemas familiares en el rendimiento laboral.

SI AFEECTA	NO AFEECTA
25%	75%

Grafica 9. Influencia de los Problemas Familiares en el Rendimiento Laboral.



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS “HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL”.

A la mayoría del grupo (75%) le gusta las funciones y tareas que realizan, Declaran que: "...estoy enamorada de lo que hago", "...me permiten aprender cada día más", "Me retan a ser cada día mejor", "Afianzan mis conocimientos", "Me ayudan a realizar mi proyecto de vida". Sin embargo la población restante expresa que esas funciones y tareas no siempre les agrada, manifestando: "...A veces el ambiente es pesado", "Hay competencia profesional desleal", "Los recursos para trabajar son escasos y me impiden realizar un buen trabajo, Eso me disgusta". El 94% del grupo refiere estar satisfecho con el desempeño laboral, tan sólo el 6% no lo está.

Con relación al trabajo el 46% de los encuestados opinan que a veces este es monótono y repetitivo, en contraste el 54% restante no lo expresa así, la mayoría (82.4%) refiere que a veces se tiene mucho trabajo y poco tiempo para realizarlo y una de cada cuatro personas expresa que la jornada de trabajo es prolongada.

Para el 41 % de los trabajadores se presenta sobrecarga en el trabajo, el 23.5 % opina que siempre la hay mientras que el 35.3 % restante no lo percibe así.

El 50 % de los trabajadores declaran hacer una buena distribución de tiempo, para los otros esa distribución es regular ya que:"La carga laboral es grande", "en ocasiones se deben superponer tareas". La gran mayoría (88.2%) opina que el ritmo de trabajo es rápido y que éste tiene alguna influencia sobre la distribución de la jornada de trabajo porque "... día a día hay que ir ajustando cosas".

Para el 75 % del grupo, lo expuesto no afecta las relaciones interpersonales en el trabajo, no así para el resto que considera que, tal situación sí influye en dichas relaciones porque aspectos como "la coincidencia de horarios y el exceso de trabajo" no permiten tener un contacto más estrecho entre la población durante la jornada de trabajo.

En cuanto a la comunicación con el grupo de trabajo el 75% del personal expresan que es fácil porque los compañeros son "cordiales", la población restante opina por el contrario que ésta es difícil porque se presentan situaciones como: "...intereses particulares", "no saben escuchar", que afectan el proceso comunicativo en el grupo. Sin embargo, para la resolución de los problemas sólo el 23.5 % de los trabajadores siempre utiliza el diálogo, el cual se hace con facilidad en la mayoría del grupo. Los demás (76.5%) manifiestan dialogar sólo algunas oportunidades.

Aún así el 88% del personal manifiesta que las relaciones entre el grupo de trabajo son buenas, tan sólo el 12% restante no lo cree así.

Estas relaciones dentro del trabajo generalmente son de tipo laboral seguidas de colaboración, solidaridad y afectividad, relaciones en las que predomina la

comunicación verbal, aumentando también la no verbal manifestada por “miradas”, “sonrisas”, “apretones de mano”, “gestos de apoyo” y “abrazos”.

El 88.2 % de los profesionales en estudio refiere comunicarse extralaboralmente con sus compañeros de trabajo, donde se comparten actividades como celebraciones, paseos y onces. El faltante 11.8 % manifiesta no comunicarse con sus compañeros de trabajo fuera de éste y además opinan que “es suficiente con el trabajo”, “...la familia es primero”.

Actuar Según Creencias Religiosas.

Las creencias religiosas son fundamentales en la vida de las personas, pues el ser humano aislado no existe y siempre está en relación con sus semejantes y con un Ser supremo para dar sentido a su existencia.

Para tres de cada cuatro trabajadores la religión es importante en la vida porque “Da fortaleza y protección”.

A su vez el 88.2% de la población se apoya en ésta para superar las dificultades que se presentan en el transcurrir de la vida cotidiana, también opinan que: “Da tranquilidad para pensar y tomar decisiones rápidas y acertadas”. Lo manifestado por los encuestados reafirma algunos planteamientos teóricos que se expresan, que la interacción entre seres humanos con el Ser supremo favorece la autorrealización y el desarrollo de la personalidad.

Las creencias religiosas se inculcan desde el núcleo familiar y se desarrollan a lo largo de la vida en los diferentes roles que desempeña el ser humano en la sociedad; el grupo en estudio, sustenta lo anterior al manifestar que la religión influye prioritariamente en la familia, las relaciones interpersonales, en el trabajo, el autocuidado, en la salud, el aprendizaje, la recreación, la nutrición y el descanso. Además, una de cada tres personas opina que la religión influye también en la superación personal porque: “Los motiva a seguir”, “esta es una ayuda en el desarrollo del proyecto de vida”, “da pautas y orienta el camino a seguir”. A pesar de lo manifestado anteriormente, sólo el 23.5 % del grupo es participante activo dentro de las prácticas religiosas, el 64.7% lo realiza de forma pasiva, el porcentaje restante manifiesta indiferencia en relación a éste aspecto.

Recreación.

El recrearse es una necesidad del ser humano. Sin embargo, en el 12% del grupo existen limitaciones para satisfacerla, dentro de las cuales se encuentra el estado físico, especialmente en el 50% de las personas que sufren alguna enfermedad osteomuscular como se enunció anteriormente. Así mismo, existen limitaciones de tipo económico, laborales y de tiempo que no permiten ocupar una parte de su

tiempo con actividades recreativas para liberarse de la tensión generada por el trabajo diario. Es de anotar que el 88% de los docentes refiere no tener limitaciones para hacerla.

En cuanto a la participación en los eventos institucionales el 82.4 % del grupo se hace partícipe, tan sólo el 17.6% no lo hace, haciéndose evidente que aunque los momentos de recreación son pocos, se buscan los espacios para llevarlos a cabo.

Dentro de las actividades de recreación enunciadas por los encuestados están: paseos al campo, excursiones, caminatas, practicar deportes.

Dichas actividades la mayoría del grupo las realiza con la familia.

Aquí, la población reafirma lo expuesto por Henderson cuando plantea que la unidad familiar tiene actividades donde los integrantes pueden compartir y engrandecer su vida juntos, renovando y estrechando los lazos familiares. Igualmente, la autora manifiesta que se deben cultivar algunas aficiones, algún deporte, caminar, hacer reuniones sociales que proporcionen descanso físico y mental para los adultos que se encuentran en esta etapa de productividad.

Las anteriores actividades las realiza el 54% con una frecuencia semanal, el 17% es mensual y el 29 % restante opina que se hacen: “los fines de semana”, “en vacaciones” y “salidas esporádicas”.

10.2.5. Frecuencia en la realización de las actividades recreativas.

FRECUENCIA	%
ESPORADICO	29%
MENSUAL	17%
SEMANAL	54%

Grafico 10. Frecuencia en la Realización de las Actividades Recreativas



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS "HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL".

Aprender

Los seres humanos necesitan adquirir conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas que les permiten tener un desempeño integral dentro del contexto en el cual se encuentran.

El 100% del grupo de trabajadores tiene el nivel de formación académico:

- Bachiller
- Universitario

La formación del grupo se ha orientado hacia las áreas que comprende el plan de estudios, prioritariamente sobre cuidado, gestión y educación.

En relación con la educación continua, el 100% de los docentes asiste anualmente al menos, a un evento académico. La mayoría (85%) lo hace hasta en tres ocasiones.

11.CONDICIONES DE SALUD

❖ ACCIDENTES DE TRABAJO:

- ⊕ Se encontraron 2 reportes de accidentes de trabajo el día 01-07-2007, con lesión osteomuscular en la mano derecha, que generó una incapacidad de 10 días. Este accidente solo fue reportado mas no investigado.
- ⊕ El otro accidente que se presento por traumatismo superficial el día 07-08-2007 del tronco, nivel no especificado que generó una incapacidad de 20 días. Este accidente fue reportado y no tenemos conocimiento si fue investigado.

❖ ENFERMEDAD PROFESIONAL:

- ⊕ No se encontró reportes de Enfermedad profesional

❖ INCIDENTES DE TRABAJO:

- ⊕ No se encontró reportes de incidentes de trabajo

12. PRÁCTICAS PARA UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO QUE PUEDEN SER FORTALECIDAS, PRÁCTICAS DE RIESGOS PARA UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO, ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO

En cumplimiento de los objetivos propuestos en la presente investigación, se ha elaborado el siguiente cuadro, con el fin de facilitar la comprensión de los Resultados obtenidos.

UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO

PRÁCTICAS PARA UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO QUE PUEDEN SER FORTALECIDAS	PRÁCTICAS DE RIESGOS PARA UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO	ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO
<ul style="list-style-type: none"> • El ejercicio. • Consumo de alimentos según necesidades dietarias. • La regularidad en el horario de comidas. • Ingesta de comidas bajas en grasas y sal en exceso. • Mantenimiento del peso corporal. • Fortalecer la utilización de la mecánica corporal. • Caminar esporádicamente al trabajo. • Actuar con precaución para evitar peligros en 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir alimentos restringidos. • Comer rápido. • No utilizar siempre los elementos de protección. • Carencia de elementos de protección frente a riesgos. • Sobrecarga de trabajo. • exposición a bajas temperaturas en el sitio de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Superación de los obstáculos que evitan el consumo de una dieta sana. • Implementación de un programa integral ajustado a las necesidades nutricionales individuales. • Adecuación de la planta física para evitar riesgos. • Concientización de los trabajadores sobre la utilización de las medidas de bioseguridad. • Delimitación y señalización de zonas comunes. • Reconstrucciones de las ramplas de acceso al servicio de urgencias con

<p>las instalaciones de la Institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica las normas bioseguridad. • Protección corporal para las diferentes temperaturas del sitio de trabajo. 		<p>los parámetros de seguridad (pasamanos, antideslizantes, longitud reglamentaria).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de la dotación de elementos de protección personal de acuerdo al tipo de actividades que realice el trabajador.
<ul style="list-style-type: none"> • Participación de los trabajadores en las actividades recreativas y culturales de la institución. • Actividades recreativas con amigos y compañeros de trabajo. • Actividades recreativas con la familia. • Asistir al gimnasio • Practicar el deporte favorito periódicamente • Una rutina de ejercicios con regularidad. • Mantener la imagen y las actividades de cuidado corporal. • Buena convivencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de disponibilidad de tiempo para participar o asistir en las actividades. • Ejercicio ocasional. • Jornada de trabajo prolongada. • Asignación de tareas inmediatas • Falta de recursos para laborar. • Trabajo monótono y repetitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgación permanente y oportuna de las actividades recreativas y culturales, que le permita ajustar actividades. • Delimitación de actividades laborales que velen por el cumplimiento del horario, sin exceder dichos parámetros. • Implementación individual o en grupo de prácticas rutinarias de ejercicios. • Dotación de recursos que optimicen los procesos laborales. • Establecimientos

<p>familiar y con su entorno laboral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> funcionalidad familiar y de pareja. • Motivación al trabajo cotidiano. • Interés por la superación. • Interacción con estudiantes 		<p>de actividades que dinamicen la labor cotidiana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un programa de actividades de interés del grupo de trabajadores. • Facilitar la accesibilidad de los docentes a las actividades recreativas y culturales programadas.
---	--	--

12.1. MATERIAL Y MÉTODOS PARA LAS ENTREVISTAS.

Para este estudio se utilizó un diseño cualitativo, con el fin de explorar y escribir el Autocuidado solo en los médicos que laboran en el Servicio de Urgencias. Los datos cualitativos fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad.

PARTICIPANTES. El grupo en estudio consistió en cuatro médicos a quienes se les entrevistó durante tres ocasiones. Dos hombres y dos mujeres. Dos sin pareja y dos con pareja; tres de ellos con hijos, y una de ellas con pareja, pero sin hijos. El rango de edad fue de 40 a 53 años (promedio: 43). Todos los entrevistados/as fueron contactados en la institución donde laboran.

Pertenecían a las especialidades médicas de pediatría, medicina interna, y medicina general. Tres de ellos (pediatría, medicina interna, medicina general).

PROCEDIMIENTOS. Los médicos tienen conocimientos acerca del fenómeno salud-enfermedad, de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir; sin embargo, se percatan de que el contexto institucional en el que se desenvuelven les limita de forma importante varios aspectos de su vida cotidiana tales como la alimentación, el sueño/descanso y el esparcimiento. Lo anterior se hizo evidente en aquellos que laboran simultáneamente en las áreas del Servicio de Urgencias, lo que conlleva a que realicen jornadas prolongadas de trabajo o, peor aún, que lo hagan en días que ordinariamente son de descanso. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

Las entrevistas se analizaron alrededor de una categoría central que fue el Autocuidado. En este trabajo se presentan únicamente los datos relacionados con las prácticas de cuidado en relación con la profesión y la institución laboral.

12.2. RESULTADOS.

Profesión y autocuidado.

En esta sección se encontró que los médicos postergan las revisiones médicas con un profesional de la salud cuando se tiene una sintomatología específica, porque se conocen de antemano, tanto los procedimientos a los que van a ser sometidos, como los posibles resultados; otra característica es que ocasionalmente los médicos solicitan una cita y acuden a consulta médica cuando lo requieren; por el contrario, lo más frecuente es que consulten a un colega en el pasillo o acudan con el dentista cuando lo tienen a la mano o se practican exámenes de laboratorio en el propio ámbito laboral y ellos mismos evalúan los resultados.

“...me he checado mis niveles de colesterol, de glucosa básicamente, ácido úrico. Tengo antecedentes heredofamiliares muy fuertes. Por ahí de marzo me hice no más glucosa y colesterol ahí en el hospital, le dije a la química si tenía reactivo y me dijo –sí tengo, véngase mañana temprano y se lo hacemos– y sí, me los hicieron”

(Entrevista Médico).

Los médicos tienen conocimientos acerca del fenómeno salud-enfermedad, de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir; sin embargo, se percatan de que el contexto institucional en el que se desenvuelven les limita de forma importante varios aspectos de su vida cotidiana tales como la alimentación, el sueño/descanso y el esparcimiento. Lo anterior se hizo evidente en aquellos que laboran en el Servicio de Urgencias, lo que conlleva a que realicen jornadas prolongadas de trabajo o, peor aún, que lo hagan en días que ordinariamente son de descanso. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

“Yo trabajo en el servicio de urgencias, de domingo a domingo mi horario es de 6:45 de la mañana a las 6:45 de la tarde.”

(Médica. Entrevista).

Algunos médicos no encuentran que la profesión les dificulte el Autocuidado de su salud, sin embargo, quienes laboran en el servicio de urgencias señalaron que el

ejercicio de su profesión les dificulta acciones concretas de autocuidado como la alimentación, el esparcimiento y el descanso.

“Usted sabe que quienes estamos aquí, [Urgencias], medio comemos o mal comemos porque a veces nos mandamos a traer una torta o café”.... como no tengo ningún día de descanso y cuando ya me siento cansada, anteriormente yo nunca faltaba, pero ahora sí cuando me siento cansada llego a faltar con la responsabilidad de mi trabajo.

(Médica. Entrevista).

Otro de los factores es el estrés que se genera durante el ejercicio clínico de la profesión:

“....puedo tener presiones tanto de carácter laboral por la cantidad de gente, la falta de recursos, los conflictos con los compañeros, algún paciente, en pacientes difíciles, casos complicados, a veces me angustia no tener la precisión del diagnóstico o sentir que fallé en algo, siempre he sentido el riesgo de que la vida de un individuo está en mis manos...”

(Médico. Entrevista).

Así, aunque se encontró que la profesión médica contribuye a dificultar las prácticas de cuidado de la salud, son los médicos, quienes tienen mayores limitaciones.

Institución y autocuidado.

Los entrevistados coinciden en señalar que las instituciones donde laboran no cuentan con políticas, programas, espacios, tiempos, mobiliario e interrelaciones personales que faciliten el Autocuidado de quienes ahí laboran:

“[En el sitio laboral]... lo que pasa es que no hay espacios o sea no hay ni tiempos, ni espacios para hacer eso. [¿La institución facilita el cuidado?]”

Para nada, digo el que te prohíban el fumar no hace que dejes de fumar, no va por ahí, no, simple y sencillamente no está diseñado para que te cuides, El estar sentado todo el día me genero muchos problemas de espalda por las sillas que tenía, en el consultorio por :espacios reducidos, mal ventilados, iluminados.

(Médico. Entrevista).

La ausencia de políticas y reglamentaciones de promoción del autocuidado de la salud se pone de manifiesto en las jornadas laborales de fin de semana (llamada jornada acumulada) que realiza el personal del sector salud, por el hecho de que se labore de manera continua.

En una de las instituciones de seguridad social se tiene estipulado que durante esa jornada laboral se le proporcionen al trabajador horas de descanso, sin embargo, existen dificultades que entorpecen la concreción de este reglamento:

“.....yo, por ejemplo, se supone que por cada día tendría derecho de dos horas y hay veces que sí me tomo las dos horas, otras veces no, ni una hora pero es variado porque no está reglamentado en qué momento, a quién y si no estás, quién va a estar y si cuando no estás pasa algo qué significa. Así es no hay, [reglamentación] se supone que eso se tiene que hacer sobre la marcha, en el servicio, con los compañeros, con el jefe de servicio, pero nunca se le ha tomado importancia y una de las cosas que dices: una hora de descanso y ¿dónde descanso?; no hay una sala de descanso propia para los médicos adscritos, nada más para los internos y los residentes. Una sala que tú digas voy y me recuesto, un sillón, no, nunca se ha construido, bueno cuando modificaron urgencias, hicieron un cuarto destinado, pero realmente no se le da el uso para el cual fue construido”

(Médico. Entrevista).

Otro aspecto particular de las políticas laborales es que dentro de las distintas instituciones no existen programas precisos dirigidos al personal médico para que se hagan revisiones médicas y detección temprana de ciertas patologías o, bien, para promover la salud.

“Yo creo que no, no nos apoyan, yo me acuerdo que anteriormente en la institución alguna vez hicieron un programa que decía, que se llama pausa para la salud y les brindaban 10 o 15 minutos para que hicieran lo que quisieran, pero todo eso ha desaparecido, ahora es al contrario, trabajo, trabajo, trabajo y más trabajo”

(Médica. Entrevista).

Otro elemento de la vida institucional es el relacionado con las interrelaciones personales que se establecen entre los distintos integrantes de una organización en el espacio cotidiano de trabajo. El hecho de que en el ambiente laboral exista competencia desleal, envidias e intrigas, genera un clima de desconfianza y de incomodidad, lo cual influye en el estado anímico y en la salud mental del personal. Este problema fue señalado frecuentemente para las distintas instituciones, como se observa en el siguiente testimonio:

“En el trabajo sí, a veces hay, ahorita ya cambió un poco la situación en el hospital pero hubo una temporada en que se sentía muy tenso el ambiente en casi todo el hospital y eso hace sentir mal, entonces hay gente que no quiere a la doctora [al director del hospital] y uno se siente incómoda porque ya no hay esa relación que había antes entre el médico y la enfermera, entre compañeros.... Ahorita me siento bien, [pero] antes de la crisis sí había días en que ya andaba muy mal, mal [Se

refiere a una crisis hipertensiva que tuvo durante el periodo de las entrevistas]. No triste, yo creo que no era tristeza, era decepción de las cosas de aquí, del ambiente de trabajo”
(Médica. Entrevista).

Los entrevistados manifestaron que dentro de la institución, lo cotidiano es que impere un clima de hostilidad propiciado por los conflictos en las relaciones interpersonales entre directivos, mandos medios y personal operativo. La dinámica laboral en su conjunto limita el autocuidado de la salud que se puede brindar el personal.

- ❖ En cumplimiento con uno de nuestros objetivos sobre proponer las Políticas en Salud Ocupacional, Higiene industrial y seguridad industrial, a continuación daremos la descripción de esta.

13. PROPUESTA PARA EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOPITAL DEPARTAMENTALSAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA

La Gerencia del Hospital Departamental san Vicente de Paul , como máxima responsable de la salud de sus trabajadores, es consciente que la prevención y protección de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en su ambiente laboral, inciden en la calidad de vida de sus empleados; teniendo en cuenta esta premisa se les ha sugerido a las directivas diseñar, implementar, ejecutar y evaluar el Programa de Salud Ocupacional; el cual permitirá desarrollar acciones establecidas en él; garantizando la promoción, prevención y protección frente a los factores de peligro de su ambiente laboral. También buscará la concientización en materia de Salud Ocupacional, comprometiéndose en la creación de ambientes sanos y seguros y generando así ante todo una Cultura de Autocuidado.

Para el cumplimiento de estos objetivos se propone:

- Informar al personal sobre la normatividad en Salud Ocupacional.
- La Gerencia se comprometerá en la creación del Comité Paritario de Salud Ocupacional.
- Todos los empleados estarán informados de los riesgos a que están expuestos, a través de la elaboración del Panorama de factores de riesgo.
- Proporcionar los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos que tengan a su alcance para desarrollar las actividades del Programa de Salud ocupacional.
- Mejorar constantemente las condiciones del ambiente laboral a través de capacitaciones a todo el personal.
- Proporcionar los medios necesarios para la conformación de la brigada de emergencia.
- Se llevará a cabo un plan integral de capacitación para el mejoramiento de la calidad de vida de todo el personal que trabaja en el Servicio de Urgencias. El plan cobijará conocimientos acerca de los temas generales de salud y hacia la seguridad industrial.
- La empresa se comprometerá a proporcionar en todos los sitios de trabajo, un ambiente sano y seguro para sus empleados a través de actividades que

faciliten la prevención, control o eliminación de agentes y factores de riesgo que puedan ocasionar pérdidas de vidas y capital.

- Fomentar las actividades que conlleven a los trabajadores a un estilo de vida saludable.

13.1. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y MEDICINA DEL TRABAJO.

El subprograma de Medicina Preventiva y del Trabajo tiene como finalidad la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, amparándolo de todos los factores de riesgo ocupacionales, ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psico-fisiológicas con el fin de lograr un buen desempeño de sus labores

OBJETIVO.

Promocionar, diagnosticar, prevenir y controlar la salud de la población trabajadora, mediante la detección oportuna de los agentes que puedan dar origen a enfermedad general o profesional

LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LOS SUBPROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO SON:

- Apertura de historias clínicas ocupacionales y examen pre – empleo, periódico cada año y de retiro. Estos exámenes clínicos y paraclínicos se harán de la siguiente forma:
- Énfasis en postura – amplitud articular general – fuerza muscular y flexibilidad del sistema osteomuscular para los trabajadores expuestos al factor de riesgo ergonómico.
- Toma de presión arterial periódica a los trabajadores y promover el Autocuidado.
- Organizar y ejecutar un programa eficiente de primeros auxilios.
- Realizar visitas periódicas a los puestos de trabajo para conocer los riesgos que aun estén presentes para tomar los correctivos necesarios
- Actividades Educativas para el trabajador y su familia. Se realizara especialmente en temas relacionados con el ejercicio como medio importante

de conservar la salud. Hábitos sanos y estilos de vida saludables (campañas para controlar la fármaco dependencia, alcoholismo y tabaquismo Resolución 1075/92); importancia de la actividad deportiva y recreación e integración familiar para lograr el equilibrio bio-psicosocial.

Charlas educativas de promoción como.

- ⊕ Manejo adecuado del estrés
 - ⊕ Utilización del tiempo libre
 - ⊕ Relaciones interpersonales
 - ⊕ Trabajo en equipo
 - ⊕ Detección precoz de CA de Mama y Cérvix
 - ⊕ Detección de factores de riesgo cardiovasculares
 - ⊕ Hábitos alimentarios
-
- Se implementará un programa para obtener información sobre morbi – mortalidad.
 - Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica conjuntamente con el subprograma de Higiene y Seguridad Industrial que incluyan accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y panorama de riesgo.
 - Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades relacionadas con el trabajo y por los riesgos psicosociales.
 - Identificación de trabajadores que tienen enfermedades ocasionadas por los factores de riesgo presentes en su ambiente laboral.
 - Efectuar el tratamiento a los trabajadores que se encuentren enfermos por exposición a estos factores de riesgo y establecer las medidas preventivas correctivas.
 - Informar a la Gerencia el estado de salud de los trabajadores y las medidas aconsejadas para la prevención de los Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
 - Reubicar temporal o definitivamente los trabajadores que lo ameriten para mejorar sus condiciones de salud.
 - Elaborar y presentar a las directivas de la empresa para su aprobación, los subprogramas de Medicina Preventiva y del Trabajo e Higiene y Seguridad Industrial.

13.2. SUBPROGRAMA SEGURIDAD INDUSTRIAL

Definición.

La Seguridad industrial comprende el conjunto de técnicas y actividades destinadas a la identificación, valoración y al control de las causas de los accidentes de trabajo.

Objetivo general.

Mantener un ambiente laboral seguro, mediante el control de las causas básicas de potencialmente pueden causar daño a la integridad física del trabajador o a los recursos de la empresa.

Objetivos específicos.

- ✓ Identificar, valorar y controlar las causas básicas de accidentes.
- ✓ Implementar mecanismos periódicos de monitoreo y control permanente de los factores que tengan un alto potencial de pérdida para la empresa.
- ✓ Relacionar actividades con los otros subprogramas para asegurar la adecuada protección de los empleados.
- ✓ Elaborar y capacitar en procedimientos adecuados de trabajo con criterios de seguridad, calidad y producción.

Recursos.

- ✓ Recurso Humano: El COPASO (Comité Paritario de Salud Ocupacional) realizará visitas de inspección de riesgos en cada una de las áreas de la compañía. Así mismo se cuenta con la asesoría de los funcionarios de la A.R.P a la cual la compañía se encuentre afiliada
- ✓ Recurso Técnico: La empresa deberá contar con extintores y gabinetes contra incendios de acuerdo a lo recomendado por la inspección que realiza el cuerpo de bomberos de la ciudad.

Actividades a desarrollar.

• Normas y Procedimientos.

➤ Normas de seguridad y operación:

Se define como un programa de elaboración de normas de seguridad y operación para cada una de las actividades que se realicen, ya sean manuales, manejo de materiales, máquinas o equipos, que presenten riesgo potencial de ocasionar pérdidas para la empresa.

➤ Permisos Especiales:

Se refiere a permisos para efectuar trabajos eventuales que presenten riesgos con efectos inmediatos de accidentes, incendios o explosiones, por lo cual se requiere antes de emprender la labor verificar las condiciones de seguridad presentes en el área.

Demarcación y señalización de Áreas.

Deberá existir una adecuada planificación y demarcación de áreas en todas las secciones de la empresa, incluyendo puestos de trabajo, áreas de almacenamiento, circulación, ubicación de máquinas y equipos contra incendio; junto con un programa para su mantenimiento.

Además se debe estipular estricta normatividad para que la demarcación sea respetada y esta responsabilidad estará a cargo de los supervisores.

• Inspecciones Planeadas.

➤ Programas de inspecciones generales.

Deberá establecerse un programa de inspecciones generales a todas las áreas de la empresa, mediante el cual se mantendrá control sobre las causas básicas que tengan alto potencial de ocasionar pérdidas para la empresa.

➤ Programa de inspecciones de áreas y partes críticas.

Una parte crítica es una pieza de equipo o estructura cuyo fallo va probablemente a resultar en una pérdida principal (a las personas, propiedad, proceso y/o ambiente). Este programa tiene las siguientes etapas:

- Inventario
- Determinación de parámetros de control
- Lista de verificación
- Determinación de la periodicidad
- Elaboración de instructivos
- Determinación de responsables
- Procedimientos de seguimiento

Evaluación del programa de inspecciones.

La auditoría realizada al programa de inspecciones permitirá su retroalimentación mediante la determinación del logro del propósito principal de este.

Entre otros factores se tendrán en cuenta: Numero de inspecciones completadas, Calidad de los informes de inspección.

• **Orden y Aseo.**

En coordinación con los jefes de cada área se establecerán mecanismos para la implementación de un programa de orden y aseo, que sirva a su vez como motivación y concursos entre áreas.

• **Programa de mantenimiento.**

Deberá implementarse un adecuado programa de mantenimiento de maquinaria, equipos y herramientas manuales principalmente de tipo preventivo a fin de evitar daños mayores que a su vez pueden causar riesgos a los trabajadores.

• **Investigación y análisis de accidentes/ incidentes.**

Es el establecimiento de procedimientos para el análisis de los accidentes de trabajo tales como: reporte, investigación, responsables, análisis de causalidad, controles, seguimiento, etc.

Esta actividad conlleva todo el análisis estadístico del programa de Salud Ocupacional en la compañía donde se ejecute; así los aspectos a tener en cuenta son:

- Determinación grado de cobertura de las investigaciones
- Diseño de un formulario interno de investigación
- Implementación de mecanismos de registro y calculo de índices de frecuencia, severidad, lesión incapacitante y promedio de días cargados, entre otros.
- Determinación de procedimientos para el análisis de accidentalidad, periodicidad y sistemas de comunicación.

- **Preparación para emergencias.**

Las actividades específicas en la preparación de emergencias para los equipos y sistemas de la compañía son las siguientes:

- Se efectuará una adecuada selección y distribución extintores.
- Implementación de Kardex de control para todo el equipo contra incendios.
- Elaboración de planos y diagramas indicando la ubicación de los equipos contra incendio, vías de evacuación, etc.
- Se establecerá un programa especial de revisión y mantenimiento de todo el sistema de protección contra incendios.

En lo referente a los Recursos Humanos deberá existir una **Brigada de emergencia** la cual tendrá una capacitación continuada.

Así mismo el COPASO, deberá elaborar el **Plan de Emergencia** de la compañía y hará la respectiva divulgación del mismo a todo el personal, y realizará actividades como simulacros de evacuación.

13.3. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL.

Definición.

La Higiene industrial es la disciplina dedicada al reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores y agentes ambientales originados en o por el lugar de trabajo, que puedan causar enfermedad e ineficiencia entre los trabajadores o entre los ciudadanos de una comunidad.

Objetivos.

- Identificar y evaluar mediante estudio ambientales periódicos, los agentes y factores de riesgos del trabajo que afecten o puedan afectar la salud de los trabajadores.
- Determinar y aplicar las medidas para el control de riesgos de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo y verificar periódicamente su eficiencia.

Actividades a desarrollar.

- ✓ Estudios preliminares de cada uno de los agentes contaminantes ambientales, de acuerdo al panorama de riesgos.
- ✓ En coordinación con ARP se realiza mediciones de ruido e iluminación.
- ✓ Aplicar correctivos en el siguiente orden de actuación: en la fuente, en el medio y de no ser posible eliminarlos en los anteriores se hará en el individuo.
- ✓ Estudios anuales de seguimiento a fin de conocer la predominación y evolución de los agentes contaminantes.

14. CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo investigativo, podemos realizar las siguientes conclusiones:

- ✚ Analizar lo que ocurre dentro de las instituciones de salud con sus trabajadores y las condiciones en que éstos realizan su trabajo cobra importancia, en primer lugar, por las circunstancias laborales concretas que afectan la salud del personal y, en segundo término, porque el estado de salud de estas personas que laboran en el Servicio de Urgencias y en especial los profesionales de la medicina es un aspecto que influye en favor de los errores médicos y contra la posibilidad de otorgar atención médica de buena calidad .

Todo esto sin desmeritar los otros cargos u oficios de los restantes trabajadores, de dicho servicio.

- ✓ El grupo en estudio son adultos maduros en diferentes etapas del ciclo vital familiar y cuya funcionalidad familiar es considerada como buena.
- ✓ Las necesidades fundamentales relacionadas con la alimentación, el ejercicio, evitar peligros y recreación son las que tienen prácticas que requieren ser modificadas para mantener los Estilos de Vida Saludables y así promover una Cultura de Autocuidado.

Las demás necesidades fundamentales enunciadas en ésta investigación tienen prácticas que requieren un continuo fortalecimiento.

- ✓ La intensidad horaria y las jornadas prolongadas de trabajo son limitantes del tiempo para la participación en las actividades no laborales de la Institución.
- ✓ Las condiciones ambientales y los riesgos presentes en el entorno laboral, predisponen a alteraciones en la salud del personal en general que labora en el Servicio de Urgencias.
- ✓ Las alteraciones de la salud que presentan algunos trabajadores son particulares de la etapa del Ciclo Vital Individual en la cual se encuentran.
- ✓ Las actividades que realizan los trabajadores en determinados momentos les producen niveles de estrés, que pueden generar alteraciones biológicas, psicológicas y sociales.
- ✓ La profesión médica ejerce una influencia en la visión que de la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y de todo el proceso salud-enfermedad.

- ✓ Las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el Autocuidado de quienes ahí laboran, y a un más en el caso de quienes trabajan en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila.
- ✓ El ambiente laboral y las relaciones interpersonales al interior de las instituciones de salud son factores importantes que entorpecen el Autocuidado.
- ✓ El contexto en el cual el hombre está inmerso influye en los factores Biológicos, Psicológicos y Sociales que estructuran el Estilo de vida y Autocuidado de un individuo.
- ✓ El Autocuidado es un concepto que va más allá de hábitos, costumbres, creencias y patrones de crianza, puesto que el contexto socio-laboral u Ocupacional donde se desenvuelva la persona también inciden, como lo demuestran los resultados obtenidos.
- ✓ Los resultados del presente estudio permitieron confrontar los planteamientos teóricos sobre necesidades fundamentales que influyen en el Autocuidado y en los Estilos de Vida.
- ✓ Según los reportes de accidentes de trabajo la accidentalidad es baja.
- ✓ Ejecutar el Programa de Salud Ocupacional existente.

15.RECOMENDACIONES

Al concluir éste estudio y de acuerdo a los resultados encontrados, realizamos las recomendaciones que a continuación se detallan:

- ✚ Presentar al equipo de dirección del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila, los resultados de ésta investigación, con el objetivo de que se puedan trazar líneas de acción en conjunto y de esta manera poder concientizar a todo el personal, de lo que implica tener una Cultura de Autocuidado tanto en su ámbito laboral como social.
- ✚ Que la Institución se comprometa a dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes, tendientes a garantizar los mecanismos que aseguren una adecuada y oportuna prevención de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y de conformidad con los artículos 34, 57, 108, 205 ,206 ,217, 220,221,282,283,348,349,350, y 351 del Código Sustantivo de Trabajo la Ley 9º de 1979, Resolución 2400 de 1979, Decreto 614 de 1984, Resolución 2013 de 1986, decreto 1295 de 1994, Resolución 1016 de 1989 y demás normas que con tal fin se establezcan.
- ✚ Promover y Garantizar la constitución y funcionamiento del comité Paritario de Salud Ocupacional, de conformidad con lo establecido por el Decreto 614 de 1984 y la resolución 2013 de 1986, Resolución 1016 de 1989 y el Decreto 1295 de 1994.
- ✚ Llevar a cabo EL Subprograma de Medicina preventiva y del trabajo, orientado a promover y mantener él más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los oficios, prevenir cualquier daño a su salud ocasionado por las condiciones de trabajo, protegerlos en su empleo de los riesgos generados por la presencia de agentes y procedimientos nocivos, colocar y mantener al trabajador en una actividad acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicosociales, de acuerdo con el Decreto 614 de 1984 y la Resolución 1016 de 1989.
- ✚ De Igual manera con el Subprograma de Higiene Industrial y Seguridad Industrial, dirigido a establecer las mejores condiciones de saneamiento básico industrial y a crear los procedimientos que conlleven a eliminar o controlar los factores de riesgo que se originen en los lugares de trabajo y que pueden ser causa de enfermedad, disconfort o accidente, de acuerdo con el Decreto 614 de 1984 y la Resolución 1016 de 1989.

- ✚ Incorporar una unidad de promoción y servicios de salud para así consolidar una área de promoción en la salud de la población trabajadora, de acuerdo con la Resolución 2400/79- artículo 2º (incorporo acciones conducentes a la promoción de la salud a través de las obligaciones tanto de empleadores como de trabajadores).
- ✚ Coordinar acciones y estrategias de intervención en el campo de la salud con otras experiencias institucionales, de acuerdo con lo descrito en la ley 9ª/79 Artículos 80,81 y 84 (preservación, conservación y mejoramiento de la salud de los individuos en sus ocupaciones).
- ✚ Propiciar y fortalecer los vínculos, con el propósito de realizar acciones conjuntas, entre todo el personal que labora en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón Huila, con el fin genera un ambiente de trabajo seguro y de mayor rendimiento.
- ✚ Establecer un compromiso entre el Gerente y el Coordinador de Salud Ocupacional, para que se realicen charlas y capacitaciones a su personal y de esta manera empezar a gestionar el Programa de Salud Ocupacional.

BIBLIOGRAFÍA

- BERTHERAT, THÉRESE. El cuerpo tiene sus razones. Editorial Argos Vergara. Barcelona. Tercera edición, 1981.
- CARTILLA SALUD, TRABAJO Y AUTOCAUIDADO, Editorial protección laboral, Marzo 2001.
- COMO CREAR HÁBITOS EN NUESTRA VIDA. Ediciones salud laboral, Mayo 2000.
- ENCICLOPEDIA, ENCARTA 2001, En: Culturales. Microsoft. U.S.A. 2001.
- ESGUERRA, Irene. Discurso de Clausura, seminario Internacional cuidado de la Salud, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, santa Fé de Bogotá D.C., Agosto de 1.997.
- GORDON, Marjori. Enfermería diagnóstica, proceso y aplicación. Magraw Hill.1982.
- HENDERSON, Virginia. La Naturaleza de la Enfermería: 25 Años después, Ed. Mc Graw Hill, Madrid, 1.994.
- HERNÁNDEZ y Sampiere. Metodología de la investigación. Material fotocopiado en la Asignatura Seminario de Investigación I.
- KEITH DAVIS. 1994. Comportamiento Humano en el Trabajo. Mc Graw Hill. México.
- LIPSON, Juliene. Conferencia “ La dimensión cultural del cuidado de Enfermería”. Memorias del coloquio. Tunja. Abril de1999.
- EL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL. Conceptos, riesgos, prevención. Editorial Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia Primera Edición Tunja. 1992.
- MEDELLÍN, Gladys y Muñoz, Teodora. Características Biopsicosociales y Necesidades del Adulto. Material fotocopiado en la Asignatura Adulto I.
- MEJIA ESCOBAR, Nelson y Otros. Descripción de Actitudes y Prácticas en Estilos de Vida Saludables, en Médicos y Personal de Enfermería

- MEMORIAS CONGRESO LATINOAMERICANO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD. 2003. ALAPSA. Cartagena – Colombia.
- METROSALUD, 1.997,En: Revista Investigación y Educación en Enfermería, Volumen 17, N° 1, Marzo,1.999.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Ley 115 de 1994.
- MINISTERIO DE SALUD. El ciclo vital familiar. Interacción humana, integralidad y ciclos vitales.
- ENFOQUE INTEGRAL DEL ADULTO. El Ciclo vital familiar.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Riesgos Profesionales. Método Interactivo para el Conocimiento, Aplicación y difusión de la Ley. CD-ROM, Colombia, 2000.
- NORIEGA, Mariano. El trabajo, sus riesgos y la salud. México, 1990.
- O' BRIEN, J. MAURREN. Comunicación y Relaciones de Enfermería. Ed. El Manual Moderno S.A., México D.C., 1.983.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Ministerio de Salud. Las políticas de Promoción de la Salud en la Organización panamericana de la salud. Bogotá, 1992
- PÉREZ GÓMEZ, Augusto. 2000. El Libro de las Drogas. Programa Rumbos. Bogotá.
- POLETTI, ROSSETTE. Cuidados de Enfermería tendencias y conceptos actuales. Editorial Rol. Barcelona España. 1980.
- PREVI-ATEP, 2005. Programa Previsto, Bogotá D.C.
- RAIJA Kalimo, 1988. Los factores psicosociales en el trabajo, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. Código del Sustantivo del Trabajo. Editorial Unión Ltda. 2000.
- RIOPELLE Lise y otros. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Macgraw Hill. Madrid. 1993.

- SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. Por qué hablar de Cuidado de la Salud Humana, Dimensiones del Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1.998.
- TABUENCA. Goce de Una Vida Sana y Feliz, Ed. Publicaciones Interamericanas, México, 1.976.
- UNIMSALUD, 2005. Prevención de Riesgos en Sector informal Metalmecánico, Bogotá D.C.

ANEXOS

Anexo A. Cronograma de Actividades año 2008 Hospital Departamental San Vicente de Paul, Garzón – Huila.

ACTIVIDADES	AÑO 2007		AÑO 2008		
	1^{er} SEMESTRE	2^{do} SEMESTRE	MARZO	ABRIL	MAYO
1. Investigación bibliográfica preliminar sobre el tema para el Ante - proyecto de Grado.					
2. Consulta a expertos y especialistas sobre el tema de interés para nuestro Anteproyecto de Grado.					
3. Definición del tema.					
4. Elaboración del Anteproyecto de Grado.					
5. Aprobación del anteproyecto, para dar comienzo al Proyecto de Grado.					
6. Revisión histórica del tema para nuestro Proyecto de Grado.					
7. Revisión de los estudios sobre una Cultura de Autocuidado en los trabajadores.					

8. Diseño de la información primaria (Entrevistas y Encuestas)					
9. Elaboración del diseño de la Encuesta a ejecutar al personal de Urgencias.					
10. Aplicaciones de Encuestas y Entrevistas (Trabajo de Campo).					
11. Codificación y tabulación de la información primaria recopilada.					
12. Entrevistas con el Subgerente de la Institución.					
13. Elaboración de informes sobre los datos recolectados.					
14. Ajustes de los informes.					
15. Entrega de folletos sobre el Autocuidado					
16. Capacitación del personal que labora en el Servicio de Urgencias.					
17. Entrega para revisión, del proyecto de grado al profesor.					
18. Correcciones finales del proyecto de grado					

19. Entrega del proyecto para revisión por parte del jurado.					
--	--	--	--	--	--

Anexo B. Presupuesto.

INSTITUCION:	<u>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA.</u>		
SERVICIO:	<u>URGENCIAS</u>		
TITULO:	<u>DIAGNOSTICO SOBRE LA CULTURA DEL AUTOCUIDO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN EL SRVICIO DE URGENCIAS DEL HOSOPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA.</u>		
		ITEM	Costos por Actividad
ACTIVIDADES	RECURSOS NECESARIOS	PERSONAL	TOTAL (\$)
1	Resultado 1. elaboración del marco teórico y Planteamiento del problema de investigación.	Asesoría con un Profesional – Investigador.	\$30.000
1.1	Libros, revistas, documentos, etc.	Apoyo Técnico – Metodología 40 hrs * \$22.000	\$22.000
1.2	Material documental de investigaciones previas.	Administrativo	
1.3	Equipo de cómputo, diskettes, papel.	Temporal – Monitor – medio tiempo Estudiante en Práctica por 4 semestres (300).	\$25.000
		Honorarios.	
		Otros.	
2	Resultado 2: construcción del modelo teórico.	TRASPORTE	\$6.300
2.1	Equipo de computo, Diskettes, papel.		\$10.000
2.2	Taxi Moto-Taxi Gasolina para la Moto		\$2.500 \$1.000 \$10.000

3	Resultado 3: diseño, construcción y prueba del Instrumento.	GASTOS DE OFICINA	
3.1	Tiempo de expertos metodología -profs.	Papelería y útiles de oficina (4 cartuchos tinta y 1 resmas)	\$50.000
3.2	Tiempo de expertos metodología -profs.	Teléfono – Fax	\$15.000
3.3	Video cámara, papel para aplicación de las entrevistas.	1 Resma de Papel	\$10.000
		DESARROLLO INSTITUCIONAL	
4	Resultado 4 definición de la muestra para estudio	Talleres y Seminarios Diseminación de Información	
4.1	Hojas de vida de la población a estudio.	Documentos y fotocopias.	\$3.000
5	Resultado 5: trabajo de campo	Compra de libros, información Internet.	\$30.000
5.1	Fotocopias encuestas.	Otros	\$5.000
5.2	Grabadora, videos, papel, transporte.	COSTOS DIRECTOS COSTOS INDIRECTOS (25% sobre Costos Directos)	\$20.000
6	Resultado 6: análisis y procesamiento de datos.		
6.1	Tiempo de monitor	INVERSIONES	
6.2		Transporte	\$7.500
6.3	Tiempo de investigadores	Equipos de Oficina (1 computador)	\$10.000
		Equipos de Laboratorio y Campo (1 videograbadora y 1 grab.Audio)	\$12.000
7	Resultado 7: Conceptualización	Otros	
7.1	Tiempo de investigadores, papel, computador.		\$10.000

		GRAN TOTAL	\$279300
8	Resultado 8: Redacción y Presentación		
8.1	Tiempo de investigadores, papel, computador.		

Anexo C. Algunos Objetivos que se llevarón a cabo.

RECURSOS	MES	MES	MES	
MATERIAL DE INVESTIGACION	FEBRERO	MARZO	ABRIL	TOTAL
Horas de internet	\$8.000	\$5.000	\$7.500	\$20.500
Resma de papel			8.500	
Cartucho a color recargable	\$12.500			\$12.500
Cartucho a negro recargable		\$12.500		\$12.500
fotocopias	\$2.000	\$5.000		\$7.000
Lapiceros		\$3.000		\$3.000
lápices		\$3.000		\$3.000
CDS recargables	\$3.000		\$2.000	\$5.000
Subtotal				\$63.500
CAPACITACIONES AL PERSONAL				
Profesional invitado			\$50.000	\$50.000
Alquiler auditorio			0	0
Afiches			\$12.500	\$12.500
Fotocopias			\$5.000	\$5.000
Hojas de apuntes			\$3.000	\$3.000
lapiceros			\$3.000	\$3.000
Transporte			\$5.000	\$5.000
Subtotal				\$78.500
EXTRAS (PROMOCION DEL PROGRAMA)				
Divulgación (afiches informativos, carteleras, volantes)	\$10.000	\$12.000	\$31.000	
Subtotal				\$53.000
OTROS				
Pasajes del Profesional			\$80.000	\$80.000
Viáticos del Profesional			\$3.0000	\$3.0000
Taxi			\$5.000	\$5.000
Subtotal				\$115.000
COSTO TOTAL				\$310.000

Anexo D. Encuesta Dirigida al Personal que Labora en el Servicio de Urgencias.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
SALUD OCUPACIONAL
GARZON HUILA**

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Esta encuesta tiene por objeto identificar las prácticas de autocuidado y estilos de vida de los trabajadores que laboran en el Servicio de Urgencias del Hospital Departamental san Vicente de Paul de Garzón Huila.

**Es indispensable que conteste todas las preguntas con sinceridad.
CARACTERIZACION BIOSOCIAL.**

1. Mi edad es: _____ 2. Pertenezco al género: F _____ M _____ 3. Estoy: Soltera

(o) _____

Casada

(o) _____

Unión _____

Separada (o) _____

Viuda (o) _____

4. El número de hijos (as) que tengo es: _____

5. El número de personas a mi cuidado es: 1 _____ 5 _____

2 _____ 6 _____

3 _____ >6 _____

4 _____ Ninguna _____

6. Convivo con: Esposo (a) _____

Nº de Hijos _____

Otros Cuáles? _____

7. La relación interpersonal que mantengo con quienes convivo es:

PERSONA	ESTRESANTE	DEBIL	BUENA	EXCELENTE
ESPOSO (A)				
HIJO (A)				
HIJO (A)				
HIJO (A)				
OTRO				
OTRO				

8. Mi familia se caracteriza porque:

- TENGO HIJOS LACTANTES Y/O PREESCOLARES _____
- MIS HIJOS SON ESCOLARES Y/O ADOLESCENTES _____
- MIS HIJOS ESTAN EN LA UNIVERSIDAD _____
- TENGO HIJOS CASADOS Y NO VIVEN CONMIGO _____
- MI ESPOSO (A) YA FALLECIÓ _____
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES _____

	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
9. Estoy satisfecha (o) con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta. COMENTARIOS: _____			
10. Estoy satisfecha (o) con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo. COMENTARIOS: _____			
11. Estoy satisfecha (o) con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones. COMENTARIOS: _____			
12. Estoy satisfecha (o) con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor. COMENTARIOS: _____ _____			
13. Estoy satisfecha (o) con la forma como mi familia y yo Compartimos el tiempo, el espacio y el dinero. COMENTARIOS: _____ _____			

14. Mis relaciones familiares se alteran por causa de mi trabajo. NO ____ SI ____

Por

Qué? _____

15. Los problemas familiares afectan mi rendimiento laboral: NO ____ SI ____

Por

Qué? _____

16. En mi relación de pareja predomina: (Puedo marcar más de una respuesta)

LA AFECTIVIDAD ____ LA AMISTAD ____ LA CONFIANZA ____ LA SOLIDARIDAD ____ LA LIBERTAD ____ EL RESPETO ____ LA TERNURA ____ LA TOLERANCIA ____ EL PLACER ERÓTICO ____ EL

AMOR _____ LA
RESPONSABILIDAD _____ OTRO _____ CUÁL? _____

17. Considero que lo más relevante en mi relación de pareja es:

El aspecto biológico sexual: CASI SIEMPRE _____ A VECES _____ CASI
NUNCA _____

El apoyo emocional mutuo: CASI SIEMPRE _____ A VECES _____ CASI
NUNCA _____

El acompañamiento a eventos sociales: CASI SIEMPRE _____ A VECES _____ CASI
NUNCA _____

18. Demuestro el afecto a mi pareja mediante: (Puedo marcar más de una respuesta)

PALABRAS TIERNAS _____ DETALLES _____ CARICIAS _____ NINGUNO DE LOS
ANTERIORES _____
OTRO _____
¿CUÁL? _____

19. La causa (s) principal (es) de las discrepancias con mi pareja es (son):

MI TRABAJO _____ EL TRABAJO DE EL (ELLA) _____
MIS INGRESOS ECONOMICOS _____ LOS INGRESOS ECONOMICOS DE EL (ELLA) _____
MIS AMIGOS _____ LOS AMIGOS DE EL (ELLA) _____
MI FAMILIA _____ LA FAMILIA DE EL (ELLA) _____
HIJOS _____
NINGUNO DE LOS ANTERIORES _____
OTRO _____ CUÁL? _____

20. Las discrepancias de pareja o familiares las soluciono así:

TRABAJO Y SOCIEDAD

21. Llevo trabajando en el Servicio de Urgencias _____ años _____ meses

23. Las funciones y tareas que realizo me gustan:

SIEMPRE _____ A VECES _____ NUNCA _____ POR
QUÉ? _____

24. Estoy satisfecho con mi desempeño laboral: SI _____ NO _____

25. El salario que recibo está acorde con las funciones que realizo?

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA___

26. El salario que recibo me permite satisfacer las necesidades básicas de mi grupo familiar en:

SALUD___ EDUCACIÓN___ VIVIENDA___ RECREACIÓN___

27. Considero que mi trabajo es monótono y repetitivo?

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA___

28. Tengo mucho trabajo y poco tiempo para realizarlo:

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA___

29. Mi jornada de trabajo es prolongada?

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA___

30. Siento que en mi trabajo hay sobrecarga?

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA___

31. La distribución de mi tiempo dentro de mi jornada laboral la considero:

BUENA___ REGULAR___ MALA___ POR

QUÉ? _____

32. Debo trabajar a un ritmo muy rápido?

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA___

33. La distribución que hago de mi tiempo afecta mis relaciones personales en mi sitio de trabajo?

SI___ NO___ POR

QUÉ? _____

34. Las relaciones interpersonales que establezco con mi grupo de trabajo generalmente son:

BUENAS___ REGULARES___ MALAS___

35. Estoy satisfecho con ellas?

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA___

36. La comunicación con mi grupo de trabajo es: FACIL___ DIFÍCIL___

POR

QUE? _____

37. La comunicación que predomina con mis compañeros de trabajo es de tipo:

VERBAL_____ ESCRITA_____

38. Las relaciones que establezco con mi grupo de trabajo son de:

COLABORACIÓN_____SOLIDARIDAD_____AFECTIVIDAD_____ LABORAL_____

39. Cuando se presentan problemas en el ambiente laboral recorro al diálogo para resolverlos?

SIEMPRE_____ A VECES_____NUNCA_____

40. Existe comunicación extralaboral con los colegas? SI_____NO_____

41. Esta es:

CONSTANTE_____ DE VEZ EN CUANDO_____NUNCA_____ POR QUÉ?_____

42. En los períodos extralaborales comparto con mis colegas otras actividades como celebraciones, paseos, Onces, etc.?

SI_____NO_____A VECES_____

43. El entorno social que me rodea, fuera del trabajo, afecta mi rendimiento?

SIEMPRE_____ A VECES_____NUNCA_____

44. Soy acelerada (o) para hacer las cosas?

SIEMPRE_____ A VECES_____NUNCA_____

45. Qué aspectos del trabajo me producen mayor estrés?

46. Se me dificulta manejar la angustia o el estrés que siento?:

SI_____NO_____A VECES_____

47. Cuando se presentan problemas relacionados con mi trabajo, los puedo solucionar:

CON FACILIDAD_____CON DIFICULTAD_____CASI NUNCA_____

48. Pertenezco a grupos sociales: SI_____NO_____

De tipo: ACADEMICO_____

RECREATIVOS_____

CULTURALES _____
SOLIDARIOS _____
OTROS _____ CUÁLES? _____

49. El tiempo que dedico a éstos grupos es:

DIARIO _____ INTERDIARIO _____ SEMANAL _____ MENSUAL _____
OTRO _____
CUÁL? _____

NUTRICION

50. Mi Talla es: _____ Mi peso actual es: _____

51. En los últimos 4 años he:

MANTENIDO EL PESO _____ PERDIDO PESO _____ GANADO PESO _____
CUÁNTO? _____ Kg. POR
QUÉ? _____

52. Hay factores que influyen en mi alimentación que me hacen comer más o menos?:

SI _____
NO _____ CUÁLES? _____

53. Ingiero suplementos nutricionales?: SI _____ NO _____ A VECES _____

54. Generalmente:

PROTEINAS _____ VITAMINAS _____ MINERALES _____ OTRO _____ CUALES? _____

55. Los alimentos que no debo consumir son:

56. El estado emocional en el que me encuentre, influye en mi alimentación

SI _____ NO _____ A VECES _____ POR
QUÉ? _____

57. Este clima influye en mi alimentación:

SI _____ NO _____ A VECES _____ POR
QUÉ? _____

58. Mi comida: LA PREPARO _____ ME LA PREPARAN _____

59. Los alimentos que prefiero y consumo

Son: _____

60. Los alimentos que no me gusta comer

Son: _____

61. Considero que tengo:

BUEN APETITO _____

REGULAR APETITO _____

POCO APETITO _____

62. Sufro de cambios bruscos de apetito: SI _____ NO _____

63. Como rápido: SI _____ NO _____ PORQUE: - Es mi costumbre _____

- El tiempo no me alcanza _____

- Depende de la actividad _____

-Otro_ Cuál? _____

Complete el cuadro que aparece a continuación:

ALIMENTACION	ESCALA	HORA	CONSTA DE...
DESAYUNO	SIEMPRE LO HAGO _____ ALGUNAS VECES _____ NUNCA _____ POR QUÉ? _____ _____		
MEDIAS NUEVES	SIEMPRE LO HAGO _____ ALGUNAS VECES _____ NUNCA _____ POR QUÉ? _____ _____		
ALMUERZO	SIEMPRE LO HAGO _____ ALGUNAS VECES _____ NUNCA _____ POR QUÉ? _____ _____		

ONCES	SIEMPRE LO HAGO _____ ALGUNAS VECES _____ NUNCA ___ POR QUÉ? _____ _____		
CENA	SIEMPRE LO HAGO _____ ALGUNAS VECES _____ NUNCA ___ POR QUÉ? _____ _____		

MANTENER POSTURAS Y RECREACIÓN

64. Utilizo la mecánica corporal en mis desplazamientos, ejercicios, procedimientos, posturas, etc.?:

SI ___ NO ___ A VECES ___ POR QUÉ? _____

65. Para desplazarme de la casa al trabajo utilizo:

TRANSPORTE: SIEMPRE ___ A VECES ___ NUNCA _____
 CAMINO: SIEMPRE ___ A VECES ___ NUNCA _____

66. Dentro de mi jornada laboral la mayoría del tiempo estoy:

DE PIE ___ SENTADO ___ MIXTO _____

67. Los desplazamientos que realizo en el lugar de trabajo con mayor frecuencia son:

CORTOS ___ LARGOS ___ MIXTOS _____

68. Tengo rutina de ejercicios para realizar en casa: SI ___ NO _____

69. Los realizo: SIEMPRE ___ A VECES ___ EN QUÉ HORARIO _____

70. Hago ejercicios (estiramientos, rotación de muñecas, rotación de cabeza, flexiones, entre otros) en el trabajo.

SIEMPRE ___ A VECES ___ NUNCA _____

71. Mi deporte favorito

Es: _____

72. Lo práctico SIEMPRE _____ A VECES _____ NUNCA _____

73. Asisto al gimnasio? SI ___ NO ___ POR

QUÉ? _____

74. Tengo limitaciones para hacer ejercicios? SI _____ NO _____

75. DE QUÉ TIPO? _____

76. La labor que desempeño me da tiempo para participar en las actividades culturales y deportivas que ofrece la Institución.

SI _____ NO _____ A VECES _____

77. Las actividades que ocupan mi tiempo libre son:

78. Las realizo con: FAMILIA _____ AMIGOS _____ SOLO _____

79. Mis actividades preferidas de recreación son:

80. Las realizo:

INTERDIARIO _____ SEMANAL _____ MENSUAL _____ OTRO _____ CUÁL?

81. Para recrearme tengo limitaciones de tipo: ECONÓMICO _____ FÍSICO _____ DE TIEMPO _____ LABORAL _____ OTRO _____ CUÁL?

_____ NO TENGO _____

82. Asisto y/o participo en actividades culturales y recreativas fuera de la institución.

SI _____ NO _____ CUÁLES? _____

83. CADA CUANTO? _____

SUEÑO Y DESCANSO

84. Estoy acostumbrada(o) a dormir más o menos _____ horas diariamente

85. Considero que el tiempo que dedico a dormir es:

SUFICIENTE _____ INSUFICIENTE _____

86. Considero que las horas de sueño que tengo son reparadoras:

SI _____ NO _____ A VECES _____

87. Realizo la siesta: SI _____ NO _____

88. Cuando duermo más o menos de lo acostumbrado esto influye en mi desempeño laboral?:

SI ___ NO ___ POR

QUÉ? _____

89. Me es difícil conciliar el sueño?: SI ___ NO ___ A VECES _____

POR

QUÉ? _____

90. Necesito de ayudas para dormir? SI _____ NO _____

91. ALGUNAS AYUDAS SON:

- Medicamentos:

SI _____ NO _____ CUÁLES? _____

Alimentos o bebidas:

SI _____ NO _____ CUÁLES? _____

Lectura

SI _____ NO _____ TIPO _____

Otras: _____

CUÁLES? _____

92. Me despierto en la noche?: SI ___ NO ___ A VECES _____

LAS RAZONES POR LAS QUE ME DESPIERTO SON:

93. La falta de sueño me produce: IRRITABILIDAD ___ DEBILIDAD _____

SENSACIÓN DE DESGANO _____

94. Los momentos que dedico para descansar son:

MUCHOS _____ POCOS _____

95. Y los realizo durante:

PERIODOS CORTOS DEL DIA _____

EN LA NOCHE _____

96. Mis momentos de descanso: LOS TENGO SOLA (O) _____

O LOS COMPARTO CON: FAMILIA: _____

AMIGOS _____

COLEGAS _____

ESTUDIANTES _____

97. Estos momentos son para mí: SUFICIENTES ___ INSUFICIENTES ___

98. Son reparadores: SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA_____

99. Las actividades que realizo en los momentos de descanso
Son?:_____

100. Mi horario laboral me permite momentos de descanso?:

SI___ NO___ A VECES___

TEMPERATURA, HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL

101. Considero que la temperatura de mi sitio de trabajo me afecta?:

SI___ NO___ EN QUE
FORMA?:_____

102. La temperatura de mi sitio de trabajo influye en mi forma de vestir?:

SI___ NO___

103. Utilizo la ropa como:

MEDIO DE PROTECCIÓN___
REFLEJO DEL ESTADO DE ANIMO___
OTRO
CUAL?_____

104. Mis actividades de cuidado corporal son?:

MANICURE___ PEDICURE___ MASCARILLAS___ MASAJES___ VISITA AL
ESTILISTA___
OTRAS___
CUALES?:_____

EVITAR PELIGROS

105. Pongo en práctica la mecánica corporal en las diferentes actividades que realizo?

SIEMPRE___ A VECES___ NUNCA_____

106. Las normas de bioseguridad que conozco son:

107. Las pongo en práctica? SIEMPRE___
A VECES___ NUNCA___ POR
QUÉ?_____

108. En mi concepto los sitios en los que estoy expuesto a riesgo de accidentes en mi trabajo Son:

109. Las precauciones que tomo Son:

110. La Institución me facilita los elementos de protección para mi seguridad laboral?

SIEMPRE ___ A VECES ___ NUNCA _____

111. Considero que las vías de acceso a mí sitio de trabajo representan riesgo?: SI ___ NO ___
POR
QUÉ? _____

112. Tomo precauciones?:

SI ___ NO ___ CUÁLES? _____

CREENCIAS RELIGIOSAS

113. Es importante la religión en mi vida?: SI ___ NO ___ POR
QUÉ? _____

114. Me apoyo en mi religión para superar las dificultades que se me presentan?

SIEMPRE ___ A VECES ___ NUNCA ___ POR QUÉ?

115. Mi religión influye en mi superación personal?: SI ___ NO ___
POR
QUÉ? _____

116. Mi participación en ésta religión es:
ACTIVA ___ PASIVA ___ INDIFERENTE ___

117. Mis prácticas religiosas influyen en:

MI NUTRICION _____ MI RECREACIÓN _____ MI DESCANSO _____
MI AUTOCUIDADO _____ MI TRABAJO _____ MI FAMILIA _____
MIS RELACIONES INTERPERSONALES _____ MI APRENDIZAJE _____
MIS EXPECTATIVAS _____ EN MI SALUD _____ OTROS _____

CUÁL? _____

¡ MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN !



Con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones de vida laboral y de Autocuidado del personal del Servicio de Urgencias del hospital San Vicente de Paúl de Garzón Huila; se presenta a continuación las siguientes fotos como evidencia para señalar algunos riesgos a los que están expuestos dichos trabajadores.

Anexo E. Fotografías.

PARQUEADERO



COMO SE OBSERVA NO HAY SEÑALIZACION EN EL AREA DE PARQUEO



OTROS DE LOS RIEGOS ES EL MAL ESTADO DE LA ZONA DE PARQUEO, PUES HAY HUECOS.



NO CUENTA CON UNA BUENA ILUMINACION.



INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS



REPRESENTA UN RIESGO TANTO EN EL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO, COMO EN LOS PASAJEROS, PUESTO QUE LOS VEHICULOS Y AMBULANCIAS TAMBIEN TRANSITAN POR ESTA ENTREDA, SIN TENER NINGUN TIPO DE PRECAUSION CON LOS PEATONES.

A ESTE SE LE SUMA NUEVAMENTE LA FALTA DE SEÑALIZACION.





CONSULTORIOS



COMO PODEMOS OBSERVAR LOS ESCRITORIOS Y SILLAS NO CUMPLEN CON LOS REQUERIMIENTOS Y MEDIDAS ERGONOMICAS.



OTRO DE LOS ASPECTOS QUE SE DETECTARON EN LAS OFICINAS Y CONSULTORIOS FUERON LOS ESPACIOS REDUCIDOS, FALTA DE ORDEN Y ASEO, ILUMINACION Y POSICIONES DEL PC.

AREAS DEL SERVICIO

FALTA DE SEÑALIZAR LAS AREAS, RUTAS DE EVACUACION Y LAS POCAS QUE TIENE NO SON LAS REQUERIDAS SEGÚN LA NORMA





PAREDES AVERIADAS, Y MAL USO DE LAVAPLATOS YA QUE SE ESTA MEZCLANDO ALIMENTOS CON EL MATERIAL DE TRABAJO Y ESTO REPRESENTA UN RIESGO PARA TODO EL PERSONAL.





PUERTAS Y VENTANAS EN MALAS CONDICIONES HIGIENICAS.

CUARTOS DE MATERIAL DE ASEO





ALMACENAMIENTO DE MATERIALES



ESTANTERIA INSEGURA



BOMBAS DE OXIGENO INSEGURAS Y ADEMAS OBSTRUYENDO EL PASO



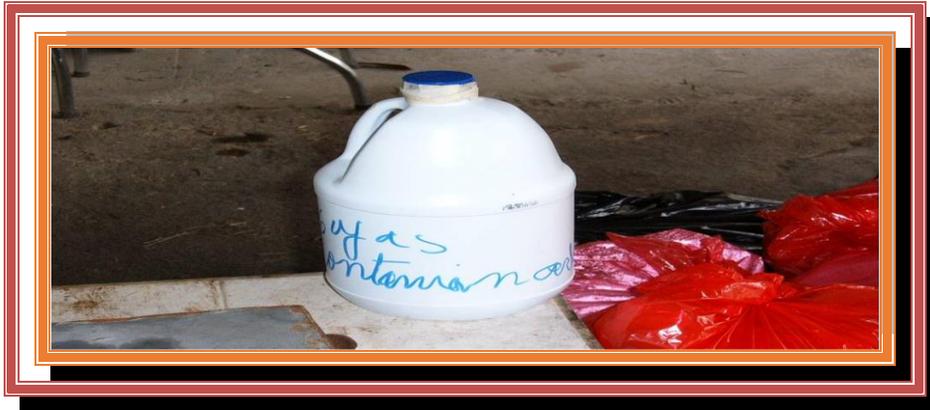
FALTA DE ORDEN Y LIMPIEZA EN LOS MUEBLES DE ALMACENAMIENTO



CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS







FACTOR DE RIESGO BIOLÓGICO





RIEGOS A DE GERMENES, BACTERIAS E IMPACTO AMBIENTAL



GUARDIANES EN MAL ESTADO Y CONDICIONES HIGIENICAS





CONTAMINACION POR CONTACTO DE SANGRE





MALAS PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD

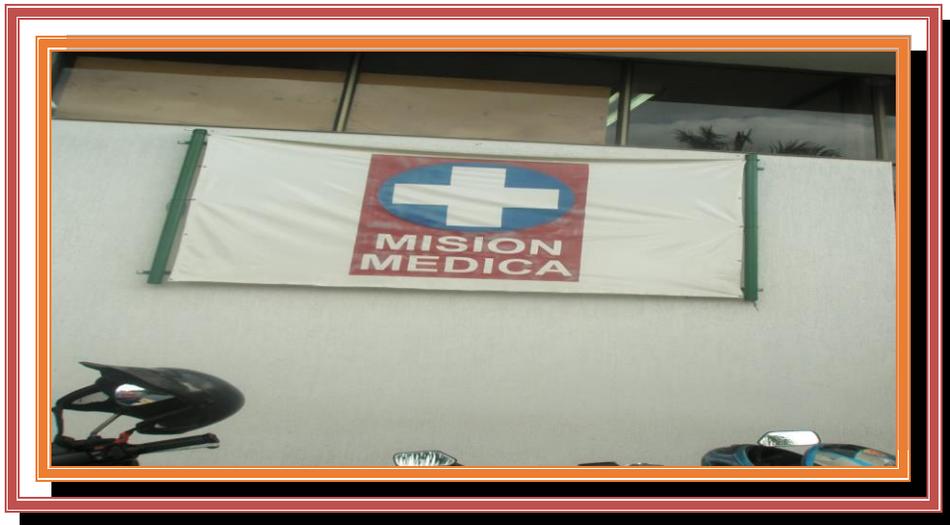




FALTA DE UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO



EL PERSONAL NO UTILIZA LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL





ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCION





Anexo F. Control de Asistencia, Personal de Urgencias Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón – Huila.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
SALUD OCUPACIONAL
GARZON HUILA**

CONTROL DE ASISTENCIA

PERSONAL DE URGENCIAS HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON HUILA

CHARLA “LA CULTURA DEL AUTOCUIDADO”

NOMBRE	FIRMA	CARGO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		

Anexo G. Folletos de Capacitación.

RECOMENDACIONES

LA SEGURIDA ES UN COMPONENTE DEL TRABAJO

La seguridad es el resultado de un trabajo bien hecho.

La seguridad es una responsabilidad inherente ,irrenunciable e intransferible de cada persona.

La responsabilidad por la seguridad es proporcional a la autoridad para la toma de decisiones.

La seguridad debe procurarse en cada instancia.los accidentes constituyen un derroche de recursos.

Los accidentes son signos de fallas en la gestión.

El autocuidado por parte del trabajador es un factor importante.

*Un accidente te cambia la vida...
Y en tus manos está prevenirlo!*



GENERAR UNA CULTURA DE AUTOCUIDADO ES GENERAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES



SALUD OCUPACIONAL

AUTOCUIDADO

PREVENIR ES CURAR



DEL BIENESTAR DEL TRABAJADOR DEPENDE LA PRODUCTIVIDAD DE LA EMPRESA

LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y LA SALUD OCUPACIONAL SON UN ASUNTO DE TODOS

En las condiciones de trabajo se sintetiza la forma como la actividad laboral determina la vida humana, en ellas se debe tener en cuenta los factores de riesgo a los cuales se ve sometido el trabajador, así como los elementos que contribuyen para que una condición riesgosa se convierta en un evento trágico.



Nuestras vidas giran alrededor del trabajo, la influencia de este sobre la vida de los trabajadores va más allá de la jornada laboral y del cuerpo humano, para influir sobre nuestras familias, emociones y bienestar.

AUTOCUIDADO

Es una actitud ya que implica un conjunto de :

Pensamientos, conocimientos y creencias : (“uno controla su propio destino”, “mientras más me cuide mejor será mi calidad de vida”)

Emociones y afectos : (“quiero disfrutar plenamente la vida, “mi bienestar y el de mi familia son lo más importante”)

Conocimientos (manejo defensivo, uso de E.P.P, controlar el peso corporal, movilizar objetos, materiales mediante técnicas



RECUERDE QUE...

Más allá de todo lo que la empresa puede y debe hacer en materia de prevención, en la mayoría de los casos,

¡Su seguridad esta en sus manos!

¿Que puede hacer usted?

Participar activamente en capacitaciones.

Hacer uso correcto de los E.P.P
Preguntar a su jefatura cuando tenga dudas e informarse

Sobre los controles de salud..



ETAPAS DE UN SIMULACRO

- _ Integración del equipo de trabajo
- _ Motivación y sensibilización
- _ Diagnóstico de vulnerabilidad
- _ Planeación con base en el diagnóstico
- _ Capacitación de brigadas
- _ Organización
- _ Puesta a prueba del Simulacro
- _ Evaluación de ejercicio de simulaciones y simulacro

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE EVACUACIÓN

- Debe ser escrito
- Debe ser aprobado
- Debe ser publicado al alcance de todos
- Debe ser diseñado .



PLAN DE EVACUACIÓN

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA UN PLAN DE EVACUACIÓN

BRIGADA DE EVACUACIÓN

Implementa un conjunto de elementos y procedimientos ordenados para lograr la supervivencia de un grupo de personas, mediante la movilización hacia sitios seguros, en el menor tiempo posible como respuesta a una acción de emergencia.

PLAN DE EVACUACIÓN

Conjunto de actividades y procedimientos tendientes a conservar la vida y la integridad física de las personas, desalojándolas de una zona de riesgo a una zona segura en el menor tiempo posible, durante una emergencia que las personas amenazadas de un peligro protejan su vida e integridad física mediante un desplazamiento hasta y a través de lugares de menor riesgo o rutas seguras.



DIAGNÓSTICO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE EVACUACIÓN

Durante el periodo preventivo es posible conocer la forma en que se comportará la estructura física e igualmente el tipo de riesgo a que se está expuesto y que de llegarse a concretar puede producir la necesidad de una evacuación, en este diagnóstico se deben considerar los riesgos a que están expuestos y evaluar los recursos con los que se cuenta.

En cuanto a los recursos de las instalaciones mismas se estudiara minuciosamente en los planes y en el terreno a fin de determinar:

Ambientes: Números de oficinas o áreas .

Afluencia: Cuales tienen mayor flujo de personas

Rutas de Escape: En la etapa de diagnóstico debemos hacer también la determinación de sujetos especiales que debemos evacuar, tanto de personas como de bienes que por su importancia requieren de un tratamiento especial.



Zonas de Evacuación:

lugares cercanos a la instalación que pueden servir como zonas de evacuación, así mismo se debe determinar las zonas que puedan utilizarse como refugios en la misma instalación para aquellos que no puedan evacuar estos lugares se señalarán como zonas de seguridad.

Sectorización:

de la instalación se determinarán sectores asignándoles nombres. Esto facilitará el control de la evacuación cuando deba hacerse.



Rutas de Escape

escape dirigiendo el flujo de evacuación hacia las zonas de evacuación. Estas rutas de escape se deben plantear en un mapa y si se trata de una instalación grande se deben señalar estas rutas .

AUTOCAUIDADO Y PLANES DE EMERGENCIA

CONTENIDOS BÁSICOS

Para llevar a cabo un plan de evacuación propicio y eficiente, es necesario contar con una completa planificación, supervisión y ensayos simulados permanentes.

El planeamiento debe incluir, por lo menos, los siguientes temas básicos:

- _ Alcance del Plan
- _ Sistemas de detección
- _ Coordinación_ Comunicaciones
- _ Capacitación y entrenamiento
- _ Inspecciones
- _ Planos
- _ Reconocimiento de elementos de extinción de incendios
- _ Simulacros



PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN

- _ Activar el sistema de alarma de Emergencia
- _ Al escuchar el sonido de alarma, todo el Personal deberán evacuar las áreas ocupadas, solicitándoles que en forma ordenada y aprisa (sin correr) abandonen las instalaciones por las salidas de emergencia.
- _ En caso de tener equipo eléctrico a su cargo debe apagarlo, y dirigirse a los puntos de reunión.

- _ No utilizar los ascensores
- _ Mantener paso constante sin correr
- _ No se devuelva por ningún motivo
- _ En caso de humo desplazarse agachado
- _ Antes de salir verificar el estado de la vía
- _ Cerrar la puerta sin seguro al salir
- _ Seguir el proceso de Evacuación
- _ Mantener la calma
- _ No acercarse al lugar del evento
- _ Seguir las instrucciones claras y precisas
- _ Verificar que ninguna persona halla quedado.



SIMULACROS

Es la representación y ejecución de respuestas de protección. Realizado por un conjunto de personas ante la presencia de una situación de emergencia ficticia. En él se simulan diferentes escenarios, lo más cercano a la realidad, con el fin de probar y preparar una respuesta eficaz ante posibles situaciones reales de desastre llevarlos a cabo.

Al diseñar un simulacro, se deben tener en cuenta:

- _ Debe responder a los propósitos establecidos en el Plan de Emergencia
- _ Debe ser ejecutable por medio de técnicas conocidas, personal entrenado y equipado dentro de un plazo aceptable
- _ No poner en riesgo a la comunidad y los grupos de respuesta que intervienen en él.
- _ Realizado en circunstancias lo más cercano a la realidad
- _ Observar el debido control y ejercicio de las variables en el simulacro, a fin de no perturbar las actividades normales de la comunidad.

