

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA



**RIESGOS OCUPACIONALES EN EMERGENCIA: ESTUDIO COMPARATIVO
DE LOS SABERES TEÓRICOS PRÁCTICOS DEL/A ENFERMERO/A, EN
DOS HOSPITALES PUBLICOS DE TRUJILLO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR:

Bach. Enf. CASANOVA SAUCEDO, CARLOS JOCSAN.

ASESOR:

Dr. Enf. SEBASTIAN BUSTAMANTE EDQUEN.



TRUJILLO – PERÚ
2013

DEDICATORIA

A Jehová Dios, por haber sido mi guía y fuente de fortaleza para el logro de mis objetivos, a pesar de las dificultades.

A mis padres, Galdys y Carlos; por siempre apoyarme en todo, gracias sin ustedes no hubiera podido realizarme como profesional. Y sobre todo por enseñarme el valor de la familia.

A mi mamá Zoila, por siempre escucharme y sobre todo siempre acogerme en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis tías Olga y Nelly, por brindarme su cariño y gratitud.

Un Agradecimiento Especial

*A mi asesor **Dr. Sebastián Bustamante Edquen**, por haber aceptado ser mi guía en esta presente investigación, por sus enseñanzas durante mi vida universitaria y por ser un Enfermero digno de seguir su ejemplo.*

Gracias MAESTRO....

*A la **Dra. Flor Marlene Luna Victoria Mori**, por ser fuente de inspiración y perseverancia.*

Gracias por siempre acogirme y enseñarme que Enfermería es una luz que nunca termina mientras estemos nosotros.

Gracias MAESTRA....

A las Enfermeras y Enfermeros que decidieron apoyarme en el presente estudio, pues sin ellas/os no hubiera sido posible la realización de la Investigación.

SUMARIO

RESUMEN	I
ABSTRACT	III
I. INTRODUCCIÓN	1
1. Justificación	12
2. Objeto de Estudio.	12
3. Pregunta Norteadora	13
4. Objetivos	13
II. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	14
1. Población de Estudio	17
2. Sujetos Participantes en la Investigación	17
3. Criterios de Selección	17
4. Instrumento	18
5. Procedimiento	18
6. Recolección de Datos	18
7. Análisis de Datos	20
8. Consideraciones Éticas y de Rigor	22
III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS	24
1. Saberes Teóricos Prácticos sobre Riesgos y Enfermedades Ocupacionales: 1.1. Riesgos y Recursos Físicos. 1.2. Riesgos y Recursos Humanos. 1.3. Asegurando el Cuidado en los Riesgos. 1.4. Riesgos y Estilos De Vida	25
IV. CONSIDERACIONES FINALES	65
V. RECOMENDACIONES	69
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
VII. ANEXOS	

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMERGENCIA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SABERES TEÓRICOS PRÁCTICOS DEL/A ENFERMERO/A, EN DOS HOSPITALES PUBLICOS DE TRUJILLO¹

**Carlos Jocsán Casanova Saucedo.²
Sebastián Bustamante Edquén.³**

RESUMEN

El presente estudio cualitativo, tuvo como objeto de estudio los Saberes Teóricos Prácticos sobre Riesgos Ocupacionales que tiene la/el enfermera/o de la Unidad de Emergencia de dos hospitales públicos. El método que se utilizó fue el descriptivo. El escenario fue el Hospital Regional Docente de Trujillo y el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – en los servicio de emergencia. La muestra se determinó por el método de saturación y estuvo constituida por once enfermeras con un mínimo de seis meses de experiencia laboral en la unidad de emergencia. La técnica utilizada fue la entrevista, la cual fue grabada, previo consentimiento informado; los resultados concluyeron en cuatro categorías: Riesgos y Recursos Físicos; Riesgos y Recursos Humanos; Asegurando Cuidado Humano En Los Riesgos; Riesgos y Estilos De Vida. Las/os participantes evidenciaron saberes Científicos – Prácticos sobre los Riesgos y Enfermedades Ocupacionales, destacando los riesgos biológicos y ambientales; sin dar importancia a los riesgos mecánicos, físicos, psicosociales y ergonómicos; sin mencionar los riesgos químicos. Además se encontraron semejanzas y diferencias en estas cuatro categorías de estos dos hospitales.

Palabras claves: Saber de Enfermería, Riesgos y Enfermedades Ocupacionales.

-
1. Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería.
 2. Autor; Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.
 3. Asesor; Dr. en Enfermería de la UFRJ – Brasil – Profesor Principal del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la UNT.

**OCCUPATIONAL RISKS IN EMERGENCY: A COMPARATIVE
STUDY OF THE KNOWLEDGE THEORETICAL / PRACTICAL / A NURSE IN
TWO PUBLIC HOSPITALS OF TRUJILLO ¹**

**Carlos Jocsán Casanova Saucedo. ²
Sebastián Bustamante Edquén. ³**

ABSTRACT

This qualitative study was to study the subject of theoretical knowledge practical occupational hazards is / the nurse / or Emergency Unit of two public hospitals. The method used was descriptive. The scenario was the Regional Hospital of Trujillo and Victor Lazarte Echegaray Hospital - in the emergency service. The sample was determined by the saturation method and consisted of eleven nurses with a minimum of six months of work experience in the emergency unit. The technique used was the interview, which was recorded, prior informed consent, the results concluded in four categories: Risk and Physical Resources, Risk and Human Resources; Securing Human Care in risks, uncertainties and lifestyles. The / these participants showed scientific knowledge - Practical on occupational hazards and diseases, highlighting the biological and environmental risks, without regard to the mechanical, physical, psychosocial and ergonomic, not to mention chemical risks. Also found similarities and differences in these four categories of these two hospitals

Keywords: Nursing Knowledge, Risk and Occupational Diseases

-
1. Title of thesis for the degree of Bachelor of Nursing.
 2. Author; Bachelor of Nursing, National University of Trujillo.
 3. Advisor, Ph.D. Nurse UFRJ - Brasil - Principal Lecturer, Department of Family and Community Health at UNT.

I. INTRODUCCIÓN

En relación al saber, **JAPIASSU; citado REATEGUI, 2008**, refiere que este es considerado como un conjunto de conocimientos metódicamente adquiridos, sistemáticamente organizados y susceptibles de ser transmitidos por un proceso pedagógico de enseñanza. En este sentido bastante amplio, el concepto saber, puede ser aplicado al aprendizaje de orden práctico (saber hacer, saber técnico) y al mismo tiempo a las determinaciones de orden propiamente intelectual y teórico.

El mismo autor señala, que antes del surgimiento de un saber o de una disciplina científica, hay siempre una primera adquisición todavía no científica de estados mentales ya formados de modo más o menos natural o espontáneo o pre-saber. En el nivel colectivo, esos estados mentales son constituidos de una cierta cultura. El pre-saber o saber popular se constituye en las primeras opiniones o prenociones, teniendo por función reconciliar el pensamiento común con sí mismo, proponiendo ciertas explicaciones formadas por práctica y para la práctica, obteniendo su evidencia y su autoridad de las funciones sociales que desempeñan (**JAPIASSU; citado REATEGUI, 2008**).

Para **GRAMSCI; citado REATEGUI, 2008**; el saber popular o sentido común es la filosofía de los no filósofos, esto es, la concepción de mundo absorbida acríticamente por los diferentes medios sociales y culturales, que desenvuelve la individualidad moral del ser humano "medio". Es la visión de mundo más aceptada entre las clases sociales

no eruditas y es compleja, no es una concepción única, idéntica en el tiempo y en el espacio, es el folclore de la filosofía y, como característico es el ser una concepción desagregada, incoherente, inconsecuente, adecuada a la posición social y cultural de las multitudes, de las cuales es su filosofía.

Con relación al saber científico **GRAMSCI; citado REATEGUI, 2008**; afirma que todos los seres humanos son “filósofos”, es porque entre los filósofos profesionales o “técnicos” y los demás seres humanos no existen diferencias “cualitativas”. Lo que hay es apenas una diferencia “cuantitativa”, pues en este caso, “cantidad” no puede ser confundida con suma aritmética, una vez que indica mayor o menor “homogeneidad”, “coherencia”, “lógica”; esto es, cantidad de elementos cualitativos.

De esta forma, señala que el filósofo será un operario calificado, y el “filósofo profesional o técnico” será aquel que conoce el oficio no apenas prácticamente, más también teórica e históricamente. Quiere decir, que el “filósofo profesional o técnico”, no solo “piensa” con mayor rigor lógico, más coherencia y mejor espíritu de sistema, en relación a los otros seres humanos, más conoce todo la historia del pensamiento, y que también él llama de intelectual orgánico.

En ese sentido **AVOLIO, S. y DOLORES, M. (2006)**; Propone una clasificación del saber:

Conceptos y Principios Científico - Técnicos. A este tipo de saberes se los llama declarativos, porque el sujeto que los posee es capaz de expresarlos verbalmente, en forma oral o escrita; por ejemplo, cuáles son los elementos que componen un sistema, en qué principios se basa su funcionamiento, etc.

Saberes Técnicos A este tipo de saberes se los llama procedimentales y se traducen en un hacer. Algunos de los procedimientos son técnicas muy normalizadas que deben seguirse estrictamente; otros, sólo marcan líneas de acción; por ejemplo, reglas de acción, normas, criterios, secuencia de acciones y operaciones.

Saberes Prácticos. Este tipo de saberes no tiene fundamento explícito, se los utiliza tal como los transmite la cultura de cada oficio. Saberes de la experiencia, saberes procedimentales que no derivan de teorías (reglas de acción, trucos, precauciones, recorridos a seguir).

SAKUDA (1992); refiere que la **Salud Ocupacional** es la especialidad que se preocupa de evaluar y prevenir todos aquellos riesgos que ponen en peligro y pueden afectar la salud del trabajador.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (2002); la salud laboral puede entenderse como el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir los problemas de salud de los trabajadores. Es por ello, que la salud ocupacional está dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y control de enfermedades, accidentes laborales y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y seguridad del trabajo. Además procura generar el trabajo seguro y sano, así como buenas condiciones y organizaciones en los ambientes de trabajo realizando el bienestar físico y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento, el mantenimiento y su capacidad de trabajo.

La Salud Ocupacional a nivel mundial es considerada como un pilar fundamental en el desarrollo de un país, siendo esta una estrategia de lucha contra la pobreza **sus acciones están dirigidas a la promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales** causadas por las condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales en las diversas actividades económicas; así consta en el **MANUAL DE SALUD OCUPACIONAL MINSA (2005).**

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); riesgos ocupacionales son aquellas condiciones de trabajo que tienen la probabilidad o son susceptibles de causar daño a la salud o al proceso

de producción. Generalmente se ubican en las siguientes siete categorías básicas:

- **Riesgos biológicos o infecciosos:** tales como bacterias, virus, hongos o parásitos, pueden transmitirse por contacto con material contaminado o con líquidos o secreciones corporales (por ejemplo, el virus de inmunodeficiencia humana; virus de la hepatitis B, C; bacilo de la tuberculosis).

- **Riesgos ambientales:** el suministro adecuado de agua y un ambiente general limpio son fundamentales para la protección de los trabajadores y de los pacientes en un centro de atención de la salud puesto que la asepsia y la limpieza son necesarias para el éxito de cualquier procedimiento médico. La ventilación natural o artificial adecuada es una herramienta esencial contra muchas amenazas para la salud de los trabajadores, tales como la transmisión de la tuberculosis y la exposición a gases anestésicos.

Adicionalmente, las instituciones de atención de la salud generan aguas contaminadas y residuos sólidos peligrosos, que requieren una adecuada manipulación, procesamiento y disposición, pues de lo contrario se pondría en riesgo no solo la salud de los trabajadores sino la de la comunidad en general.

- **Riesgos físicos:** son agentes presentes en el medio ambiente de trabajo, tales como la radiación (Rx, laser, entre otros),

electricidad, temperaturas extremas y ruido, los cuales pueden causar trauma a los tejidos.

- **Riesgos químicos:** varias formas de sustancias químicas son potencialmente tóxicas o irritantes para el sistema corporal, incluido los medicamentos, soluciones y gases (por ejemplo, el óxido de etileno, los residuos de los gases anestésicos, el glutaraldehído).
- **Riesgos mecánicos:** son factores que se encuentran en el medio ambiente de trabajo y que pueden ocasionar o potencializar accidentes, heridas, daños o incomodidades (por ejemplo, dispositivos para levantamiento o equipos inadecuados, pisos deslizantes o resbalosos).
- **Riesgos psicosociales:** son factores y situaciones que se encuentran o asocian con las tareas del trabajador o el ambiente de trabajo, las cuales crean o potencian el estrés, los trastornos emocionales, y/o los problemas interpersonales (por ejemplo, estrés, turnos de trabajo).
- **Riesgos ergonómicos:**
 - ✓ **Manipulación de cargas:** las lesiones musculoesqueléticas y el dolor lumbar son problemas

serios en la industria de la salud y son una causa de mayor ausentismo.

Las lesiones lumbares pueden ocurrir como resultado de un solo evento, pero usualmente son el resultado de muchos episodios acumulativos de posturas, movimientos, pesos y fuerzas inadecuadas en la espalda, que causan desgaste y rompimientos a través del tiempo.

- ✓ **Síndrome de sobreuso ocupacional:** el síndrome de sobreuso ocupacional (SSUO) es un término colectivo para un rango de condiciones, que incluyen accidentes caracterizados por la incomodidad que causan o por la persistencia de dolores en los músculos, tendones, nervios, tejidos blandos y articulaciones, con evidencia de signos clínicos.

BARRANTES, L. (2009); refiere que las enfermedades profesionales son el resultado directo del trabajo que realiza una persona. Entre los factores que determinan las enfermedades profesionales tenemos:

- **Variabilidad Biológica:** en relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral, no todos se enferman y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad.

- **Multicasualidad:** una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extra laborales que actúan al mismo tiempo y que contribuye a su desencadenamiento.

- **Inespecificidad Clínica:** la mayoría de las enfermedades profesionales no tiene un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado.

- **Condiciones de exposición:** un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vía de ingresos al organismo.

BARRANTES, L. (2009); menciona características de la enfermedad profesional y los factores que la determinan:

Características:

- Inicio lento.
- No violenta, oculta, retardada.
- Previsible. Se conoce por indicios lo que va a ocurrir.
- Progresiva.
- Oposición individual muy considerable.

Factores:

- Tiempo de exposición.
- Concentración de la gente contaminante en el ambiente de trabajo.

- Características personales del trabajador.
- Presencia de varios contaminantes al mismo tiempo.
- Condiciones de seguridad.
- Diseño del área de trabajo.
- Factores de riesgo en la utilización de máquinas y herramientas.
- Almacenamiento, manipulación y transportes.
- Sistemas de protección contra contactos directos.

La Organización Panamericana de la Salud (2008); informa que los trabajadores de salud son los mas vulnerables a accidentes y a las enfermedades en el trabajo cuando se ven obligados a trabajar con escasez de personal y en unidades precarias, cayendo en un circulo vicioso de riesgos ocupacionales. Así mismo nos indica que el personal calificado en materia de medicina y seguridad ocupacional es escaso y no están entrenados para detectar los problemas ocupacionales.

Durante las prácticas pre-profesionales he podido observar que en los servicio de emergencias las actividades de los profesionales de enfermería están inmersas en riesgos y enfermedades ocupacionales; los cuales son vistos como situaciones a las que siempre van a estar expuestos, identificando más los riesgos de tipo biológico y ambiental que se dan en el quehacer diario como profesional de enfermería de la unidad de emergencia. Así mismo reconocen que su actividad principal es el cuidado a las personas y admiten cometer algunos errores que

incrementan las probabilidades de ocurrencia de un accidente ocupacional, justificándose en la escasez de material, demanda de pacientes, falta de personal y ambientes inadecuados.

La Organización Internacional del Trabajo (2002); Informa, que cada año en el mundo 270 millones de asalariados son víctimas de accidentes de trabajo, y 160 millones contraen enfermedades profesionales.

La Organización Panamericana de la Salud (2008); Informa que en América Latina y el Caribe mueren cada día 300 trabajadores como consecuencia de accidentes ocupacionales y por enfermedades resultantes de la exposición en el medio laboral a agentes de riesgo para la salud; además aproximadamente un 11% de la carga mundial de accidentes fatales relacionados con el trabajo se producen en los países de América Latina.

El Manual de Salud Ocupacional MINSA (2005); Informa que en 1990, El factor de riesgo-ocupación, ocupaba el séptimo lugar con relación a la mortalidad, el segundo en cuanto a años de vida con incapacidad y el cuarto en años potenciales de vida perdidos.

Diversos autores como **Parker (1991), Smeltzer (1996), Coelho y Figueredo (1999)** convergen en la concepción que en la Unidad de Emergencia la/el Enfermera/o es aquel Profesional que establece el Cuidado de manera Tecnológica, Científica, Holística y Humana, que

posee habilidades de contacto y actitudes facilitadoras, hasta que finalice la relación con el alta o hospitalización.

Así mismo se realizó la revisión bibliográfica sobre estudios concernientes a Saberes Teóricos Prácticos sobre Riesgos Ocupacionales en Enfermería, encontrando escasas investigaciones en relación al objeto de estudio, que a continuación se detallan:

GERABTAS, (2002); Así en un estudio realizado por el Grupo Español de Registro de Accidentes Biológicos en Trabajadores de Atención de Salud (**GERABTAS**), observo que la tasa de exposición laboral, expresada en mil personas por año, era de 51 para el conjunto de los trabajadores sanitarios, correspondiendo los valores más elevados a las enfermeras (91), seguidos por los médicos (53) y técnicos de laboratorio (53), auxiliares de clínicas (42), celadores (5) y otro personal sanitario (3).

También se estudió la relación entre el número de pacientes asignados y los accidentes sufridos mostrándose que el grupo con mayor número de pacientes (más de 30) es el que presenta mayor número de accidentes. En referencia al servicio o unidad donde se desempeñan los trabajadores de enfermería, el estudio indica que los servicios de cirugía constituyen los de más alto riesgo laboral para los mismos, seguidos por los servicios de clínica médica y pediatría. Por su parte en Uruguay el estudio mostró que el 35 % de los trabajadores de

enfermería habían sufrido algún tipo de accidentes de trabajo (**citado MALVÁREZ, S. y CASTRILLÓN, M., 2005**).

VELASQUEZ y GÓMEZ, (1996); En un estudio realizado en un hospital norteamericano de 1500 camas en donde se presentaron 15 exposiciones a sangre por mes, el personal expuesto estuvo constituido en el siguiente orden: enfermeras (68%), trabajadores manuales (16,6%), cirujanos (9,8%), médicos (2,5%) y técnicos de laboratorio (2,4%). El 37,6% de los accidentes obedecía el hecho de reinsertar las agujas en su protector y 34,8% a otro tipo de pinchazo, 20% debido a cortaduras y 7,5% a exposiciones muco cutáneas.

Otro estudio (Carrasco, A. y Espejo de Viñas, R, 2000), investigó las condiciones de trabajo y la salud de las enfermeras en Argentina y Uruguay. El estudio muestra en Argentina la relación existente entre el turno de trabajo y los riesgos y daños sufridos por el personal de enfermería mostrando que el turno mañana expone en alta proporción a las enfermeras a sufrir heridas, golpes, caídas, radiaciones, electrocución, contacto y efectos de gases inflamables, quemaduras e inhalación de gases tóxicos. Mientras tanto, el turno noche provoca cansancio excesivo, perturbación del sueño, alteración de la visión, trastornos gástricos y digestivos, irritabilidad, desgano y abulia (**citado MALVÁREZ, S. y CASTRILLÓN, M., 2005**).

Así mismo, las enfermeras/os de nuestro ámbito de estudio ven la salud ocupacional como algo nuevo y recalcan la falta de políticas de salud para fomentar esta disciplina así como el desarrollo de una cultura de gestión en salud y seguridad ocupacional.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que no existe un estándar que garantice una atención segura para los Profesionales de Enfermería en los hospitales; por ser los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Hospital Regional Docente de Trujillo los de mayor complejidad, en base al aumento de Enfermedades Profesionales a nivel mundial, el costo elevado que esto demanda y por ser el profesional de enfermería uno de los que pasa mayor tiempo interrelacionándose con personas enfermas y muchas veces en condiciones no optimas para su salud; y porque el Cuidado de enfermería debe ser de Calidad, por tanto el proveedor del cuidado debe encontrarse en buenas condiciones de Salud para el buen desarrollo del ejercicio Profesional. Así mismo por no contar con programas de Salud Ocupacional en el Servicio de Emergencia del HRDT y HVLE, y debido a que existen pocos estudios en la Región sobre la Salud Ocupacional en el campo de Enfermería.

OBJETO DE ESTUDIO

Saberes teóricos-prácticos sobre Riesgos Ocupacionales que tiene la/el enfermera/o de la Unidad de Emergencia del HRDT y HVLE

Motivado por esta realidad y por existir pocos trabajos de investigación en esta área me planteo las siguientes interrogantes:

- ◆ ¿Cuáles son los saberes teórico-prácticos sobre riesgos ocupacionales que tiene la/el enfermera/o de la Unidad de Emergencia del HRDT y HVLE?
- ◆ ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias en los saberes teórico-prácticos de la/el enfermera/o en ambas instituciones?

OBJETIVOS

- ◆ Describir los saberes teóricos-prácticos sobre riesgos ocupacionales que tiene la/el enfermera/o de Emergencia del HRDT y HVLE.
- ◆ Identificar las semejanzas y diferencias en los saberes teórico-prácticos la/el enfermera/o en ambas instituciones.

II. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA – DESARROLLO HISTORICO

Según el **MANUAL DE SALUD OCUPACIONAL – PERÚ (2005)**; Desde el siglo IV AC el griego Hipócrates de Cos menciona enfermedades que presentan solo los trabajadores mineros de entonces, llamados “trabajadores de las canteras”. Luego en la era cristiana Plinio el Viejo, describió las enfermedades pulmonares entre los mineros y los envenenamientos por azufre y zinc; posteriormente en el siglo II Galeno describe las enfermedades ocupacionales entre los trabajadores del mediterráneo. Así mismo en el tratado “De la Res Metálica” (De la Cosa Metálica) del autor Agrícola, cuya obra fue publicada póstumamente en 1556, menciona las enfermedades que afectan a los mineros como la Neumoconiosis.

En el mismo siglo XVI Paracelso escribe la primera monografía “Vonder Birgsucht Und Anderen Bergrank Heiten”, que relaciona la acción de las sustancias usadas en el trabajo y la enfermedad en el trabajador, describe la toxicidad del mercurio, mencionando los principales síntomas.

En el año 1700 Bernardino Ramazzini, a quien se le conoce como el Padre de la Medicina del Trabajo publica el libro “De Morbis Artificum Diatriba”, en el que señala la relación entre riesgo y enfermedad, basado en la observación y en respuesta a una pregunta simple que recomienda no olvidar: ¿Cuál es tu ocupación?.

El Perú tiene una tradición milenaria en la que el trabajo es considerado como un deber social. Durante la Conquista por los españoles, el sistema productivo se modificó. Desde la Colonia hasta la etapa Republicana se cimienta la coexistencia del modo de producción variado que influye en el paso del Perú al proceso productivo industrial.

En 1824 se suprime el trabajo forzado de los indios en las minas, y en 1900 se promulga el primer Código de Minería.

En 1911 se dio la primera Ley sobre Accidentes de Trabajo, Ley N° 1378 (José Matías Manzanilla), norma pionera en la región y avanzadísima para su época, introduce la teoría de responsabilidad por riesgo, quien crea un puesto de trabajo está creando un riesgo, no siendo necesario demostrar la culpa del empresario pues éste responde al riesgo existente en el trabajo por él creado. Los empresarios para cubrirse de esta responsabilidad aseguraban a sus trabajadores contratando pólizas con seguros privados; esto duró 60 años.

En 1936 se crea el Seguro Social Obrero, en el que se establece cobertura por enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, no considerando los accidentes y enfermedades ocupacionales.

El 5 de Agosto de 1940 por Decreto Supremo se crea el Departamento de Higiene Industrial dentro del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Por Ley 10833 de 1947 se crean los fondos, para el Departamento de Higiene Industrial, con el aporte del 1,8 % de la planilla de salarios de los trabajadores mineros, posteriormente Instituto de Salud Ocupacional.

En 1957 el Departamento de Higiene Industrial se transforma en Instituto de Salud Ocupacional (ISO), durante este periodo se realizaron diversos estudios de investigación: “Diámetro transverso del corazón en los mineros de altura”, Diversos Estudios sobre Control de Polvos Contaminantes en Plantas Mineras”, “Silicosis”, “Tuberculosis y Mal de Montaña Crónico”, “Intoxicación por Insecticidas en valles de Cañete, Chíncha, Pisco e Ica”, Visita de inspección y control de las condiciones de trabajo”, “Investigación sobre la correlación del factor tiempo, concentración y la Silicosis”, “Diagnóstico de Silicosis”, “Límites Fisiológicos de Adaptación a la Altura - Factores Hemáticos y Cardiopulmonares”, “ Metabolismo Basal en el Frío”, “ Aplicación de la Cromatografía de Gases a los Estudios de Ventilación Pulmonar”.

Fue el Centro de Capacitación Profesional Especializado a nivel latinoamericano. El ISO en 1985 se eleva a la categoría de Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO).

De 1990 a 1994 el INSO sufrió cambios, integrándose a la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), en esta década el campo de la salud ocupacional fue minimizado por la corriente ambientalista. En abril de 2001 mediante R.M. N° 223-2001-SA/DM, la Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional se incorpora en el Reglamento de Organización Y funciones (ROF) de la DIGESA.

En Julio de 2001 el INSO, pasa a ser un órgano desconcentrado de la estructura orgánica del Ministerio de Salud, denominándose Instituto de Salud Ocupacional “Alberto Hurtado Abadía”.

Mediante la promulgación de la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657 publicada en Enero del 2002, se crea el Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud (CENSOPAS), como integrante del Instituto Nacional de Salud (INS), órgano descentralizado del MINSA.

En Noviembre de 2002 según el D.S. N° 014-2002-SA Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, la Dirección Ejecutiva de Salud Ocupacional (DESO) se ubica en la estructura orgánica de la DIGESA.

El 23 de Mayo del 2003, se les asigna funciones de salud ocupacional a las Direcciones de Salud y Direcciones de Redes de Salud, según R.M N° 573-2003-SA/DM, Reglamento de Organización y Funciones, habiéndose constituido en el 2004 las Unidades de Salud Ocupacional como componente organizacional de las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental (en las 34 DESAs) de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) y Direcciones de Salud (DISAs), las

mismas que vienen realizando acciones de vigilancia de salud ocupacional en las regiones del país.

En aspectos de globalización, los cambios en el mundo del trabajo han sido tan vertiginosos y rápidos como en el campo de la informática y de las comunicaciones, afectando a la salud de los trabajadores.

2.1. CONTEXTO DE ESTUDIO

CONTEXTO NACIONAL

PAZ, C. y RABI, M.; citado por el MINISTERIO DE SALUD (2000), La historia de los hospitales en el Perú se inicia con la consolidación de la conquista española y el asentamiento de los españoles. Al analizar el origen y desarrollo de los hospitales en esta época se debe destacar el esfuerzo de las hermandades religiosas y el rol que tuvo la autoridad, en este caso la Corona española. Se impulsó a través de las Reales Células y Leyes de la Corona desde el inicio del Virreynato en 1542 el desarrollo de estos servicios. La Recopilación de las Leyes de Indias de 1680 igualmente obligaba a la fundación de hospitales en todos los pueblos de indios y españoles para curar a los enfermos (Real Célula del 7 de octubre de 1541, Libro I Título IV de la Recopilación) entre otras reales células.

El desarrollo de los hospitales se encuentra muy ligado con la evolución de los servicios de salud de la Ciudad de Lima. Es así que por el año 1538 se crea el primer servicio o casa enfermería en la Calle de la Rinconada de Santo Domingo (posteriormente se convertiría en el Hospital San Andrés), sobre dos solares asignados por el fundador don Francisco Pizarro, el cual estaba dirigida a población de bajos recursos y enfermos sin distinción.

En años sucesivos se crean una serie de hospitales muchos de ellos dirigidos a grupos específicos, por ejemplo hospitales para varones, mujeres, sacerdotes, entre otros.

Así tenemos que el año 1549 se crea el Hospital de Santa Ana, en 1551 Hospital de San Andrés, en 1559 Hospital de Santa María de La Caridad, en 1563 Hospital o Ladrería de San Lázaro, en 1575 Hospital del Espíritu Santo de los Marinos, 1593 Hospital de Convalecencia de San Diego, 1594 Hospital de Sacerdotes de San Pedro, en 1598 Hospital de Niños Huérfanos y Expósitos, en 1648 Hospital de Convalecencia de Naturales Na.Sa. del Carmen, en 1646 Hospital de San Bartolomé, en 1649 Hospital de Niñas Santa Cruz de Atocha y en 1669 Hospital Refugio de Incurables Santo Toribio de Mogrovejo.

Por otro lado hacia 1620 se disponía de 10 hospitales. En 1800 Tadeo Haencke, contó en Lima 1,000 camas de hospital, repartidas en 50 enfermerías, en los diez hospitales de toda clase que funcionaban para una población que no llegaba a 60,000 habitantes.

En 1819 se crea la Real Junta de Beneficencia con la finalidad de establecer servicios de atención a la comunidad es esta junta la que inicia la coordinación de los servicios sanitarios respetando la gestión de las Hermandades y de las instituciones religiosas (Juandedianos y Betlemitas).

Según Paz Soldan al concluir el Virreynato (1821) el Perú contaba con una organización y una administración hospitalarias que respondían a las necesidades de la población. En 1821 se contaba con 50 Casas de Asistencia Médica de enfermos graves.

En 1825 se crea la Nueva Junta de Beneficencia, la cual no pudo desarrollar a plenitud su cometido, la administración hospitalaria entró en un período de desorganización y es a partir de 1835 que

Santa Cruz mediante decreto crea las Sociedades de Beneficencia, luego en 1839 el nuevo gobierno echa bases firmes de las actuales Sociedades de Beneficencia Pública régimen que gobernó los hospitales hasta hace pocas décadas. A continuación se presenta un cuadro que resume las instituciones relacionadas a la administración de hospitales luego de 1821 y sus fechas de creación.

En 1834 se crea Sociedades de Beneficencia, en 1903 Dirección General de Salubridad, en 1935 Ministerio de Salud Pública, **en 1936 Seguro Social** y en 1951 Fondo Nacional de Salud y B.S.

Es a partir de **1957 que el Ministerio de Salud** con el apoyo del Fondo Nacional de Salud inicia el proceso de asunción de los servicios que el Estado había confiado en administración a las Beneficencias. Es así que las tres últimas incorporaciones se realizaron en 1974 correspondiendo a los Hospitales “Arzobispo Loayza”, “Dos de Mayo” y “Santo Toribio de Mogrovejo”. Se presenta un cuadro que resume las fechas de creación de diferentes hospitales en el presente siglo los cuales desde 1827 hasta el año de 1945 se crean un total de 37 hospitales en todo el territorio Nacional.

Los hospitales del Sector Salud en Perú según el Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos de 1996 sumaban 472, de los cuales un poco menos de la mitad pertenecían al sector privado, seguido de los hospitales del Ministerio de Salud. Así tenemos que 224 pertenecen al sector Privado, 136 al Ministerio de Salud, 71 a EsSalud, 20 a las Fuerzas Armadas y Policiales, y 21 a Otros (Corresponde a hospitales de Cooperativas Agroindustriales, Hospitales integrados MINSA-EsSalud, hospitales de Sociedades Agrícolas de interés social y Beneficencia Pública).

Por otro lado, cerca de un tercio del total de hospitales del Sector Salud se ubica en el departamento de Lima (145), seguidos muy de lejos por los departamentos de La Libertad (33), Junín (29) y

Lambayeque (28). Otro de los aspectos a resaltar es que cerca de la mitad de los hospitales privados se ubican en la capital (96), el 66% de los hospitales, ubicados en Lima.

Los hospitales del Ministerio de Salud soportan la mayor carga de hospitalizaciones a nivel nacional, contando para ello con más de 15 mil camas, seguidos por los hospitales de EsSalud que tienen menos de la mitad de egresos en comparación con el MINSAL.

El Ministerio de Salud cuenta con un total de 15,075 camas, el sector Privado con 4,706 camas, EsSalud con 3,883 camas, Fuerzas Armadas y Policiales con 1,452 camas y Otros (Corresponde a hospitales de Cooperativas Agroindustriales, Hospitales integrados MINSAL-EsSalud, hospitales de Sociedades Agrícolas de interés social y Beneficencia Pública) con 1,069 camas.

CONTEXTO LOCAL – ESTUDIO DE ÁREA

El **Hospital Víctor Lazarte Echegaray (EsSalud)** fue creada en 1911, durante el gobierno de Augusto B. Leguía quien promulgo la ley sobre accidentes de trabajo para obreros y empleados, formulándose en ésta, una serie de dispositivos que reconocían el derecho al bienestar del trabajador el mismo que incluía promoción, recuperación y subsidios, para el cuidado de su salud.

El Hospital Víctor Lazarte Echegaray de EsSalud fue inaugurado el 29 de Enero de 1951 para la atención de la clase obrera, denominándose en principio Hospital Obrero de Trujillo. Luego en 1973 Hospital Zonal y desde 1980 Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

Se inaugura el Hospital, siendo Presidente Don Manuel A. Odría, Ministro de Salud Don Edgardo Rebagliatti Martins y Alcalde el Ing. Carlos Manuel Orbegozo Barúa. El mencionado nosocomio cubría las

necesidades de aproximadamente 9000 obreros, contando con 80 camas, distribuidas en servicios de Medicina, Cirugía y Maternidad.

El 1973, a consecuencia de la fusión del seguro obrero y empleado, se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social, dando así inicio a la atención de ambos, por cuyo motivo pasa a denominarse Hospital IPSS Zonal I y desde 1980 Hospital "Víctor Lazarte Echeagaray", en honor a la memoria de quien fuera su primer director de la institución.

En 1974, se pone en funcionamiento el servicio de Psiquiatría y Psicología, creándose un consultorio externo para tal fin, y se empiezan a incorporar a la plana asistencial por primera vez profesionales egresados de la Universidad Nacional de Trujillo.

En 1975, se implemento el servicio de hemodiálisis, constituyéndose el primero en toda la región. Se realiza la primera cirugía de corazón abierto, ejecutándose el primer recambio valvular y, empleando para tal fin la máquina corazón pulmón.

En 1976, los cirujanos de aquel entonces realizan las primeras fibro endoscopias.

En 1978, se inauguró la primera Unidad de Cuidados Intensivos en Trujillo, la misma que se ubico en el piso de cirugía y contaba con 4 camas.

En 1981, se crea el servicio de Pediatría, a partir de la incorporación de los hijos d asegurados mayores de 30 días hasta 18 años de régimen de prestaciones de servicios de salud.

En 1985, empieza la construcción y equipamiento de una serie de módulos, siendo el primero el correspondiente a Consultorio Externo. A continuación se inaugura los ambientes de Admisión de

Archivos de Historias Clínicas, Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Emergencia, la nueva Unidad de Cuidados Intensivos y la nueva Unidad de Laboratorios y Farmacia.

Incorpora a su plana asistencial Profesionales de distintas especialidades médicas y no médicas, creando consultorios que antes no existían, como los de Neurología, Cirugía Oncológica, Cirugía Pediátrica, Geriátrica, Reumatología, Planificación Familiar, entre otras.

En 1987, se realizó la primera intervención de microcirugía de oído en el norte del país.

En 1989, se inician las primeras intervenciones de trasplante de cráneo con hueso cadavérico en la región.

En 1991, se realiza el primer trasplante renal de donante vivo en el norte del país. Se hicieron doce trasplantes en poco más de dos años con un 90% de supervivencia actual.

En 1992, se instaura una política de Gerencia de Calidad Total, basada en la excelencia y la competitividad acentuándose los cambios, pues hasta entonces el hospital no los había sufrido en su estructura administrativa, organizacional y parcialmente en su estructura física. Continúa la reestructuración de la Alta Dirección con la designación de diferentes Comités de Gestión como órganos asesores.

Se propicio una mejor Atención Primaria de Salud acercando los servicios al usuario atendiéndole en forma integral a través de programas de atención domiciliaria, programa de atención diferenciada y campañas itinerantes.

Se instalaron y desarrollaron los primeros Programas de Donación de Órganos, prevención contra el SIDA, lucha contra el

alcoholismo y la drogadicción, de vacunación, de prevención del cólera y la diarrea, los mismos que han continuado ampliándose.

En 1993, se amplió la construcción del servicio de Emergencia y la nueva Unidad de Cuidados Intensivos.

Se remodelo totalmente el Servicio de Medicina, Residencia Médica, Psicoprofilaxis, Unidad Renal, así como ambientes de mantenimiento, circulación y parqueo.

En 1995, se crea el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

En 1997, se da la acreditación del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray como nivel III, de acuerdo al protocolo de acreditación del MINSA.

Todos los adelantos y mejoras en la infraestructura, han permitido que el Hospital III Víctor Lazarte Echeagaray a partir del 1° de Enero del 2000, sea elevado a la categoría de HOSPITAL IV, formando parte integrante de la Red Asistencial de la Gerencia Departamental la Libertad de EsSalud.

Actualmente el Servicio de Emergencia cuenta con un total de 43 camas, distribuidas en: Área de Observación (14 camas), Área de Pacientes Críticos (7 camas), Área de Shock Trauma (2) y en el Pasillo (20 camas).

El estaff de Enfermeras del HVLE es de 32, siendo de condición laboral: Nombradas (10), Contratadas (19) y CAS (3).

El grado con el que cuenta es de Maestras (8), Especialistas en Emergencia o Adulto Crítico (20) y estudian Especialidad (4).

La demanda del servicio es de 32 pacientes por turno, y los diagnósticos médicos son: Problemas Respiratorios, G.I., Coronarios, Neurológicos, entre otros.

La Jornada Laboral de Enfermeras/os es por turnos, Mañana, Tarde y Guardia Nocturna. El numero de Enfermeras por turno es de seis (06) en la Mañana, seis (06) en la Tarde, seis (06) hasta la 1:00 am y cinco (05) concluyen la Guardia Nocturna.

Las enfermeras que culminan una guardia nocturna tienen en promedio 3 días y medio de descanso.

El Hospital Regional Docente De Trujillo (MINSA), inicio su construcción en 1961, fue inaugurado el 29 de mayo de 1963 y puesto en funcionamiento al público el 18 de diciembre del mismo año.

A pocos meses de su apertura funcional se sumo la presencia del barco HOPE, gracias al convenio tripartito firmado por el MINSA – HRDT y la Facultad de Medicina, lo que aseguro la atención especializada de gran calidad no solo en lo asistencial sino también en lo técnico administrativo.

Por su proyección y cobertura en la década del 70 el Hospital Regional Docente de Trujillo se convirtió en el Centro Base del Trabajo Sanitario de la Región Norte, puesto que por entonces el Hospital Belén era un establecimiento de la beneficencia y el de Seguridad Social dolo atendía a la población asegurada.

Las actividades se desarrollan en Consultorios Externos, Hospitalización, con pacientes de alta complejidad, Emergencia y Sala de Operaciones. Así mismo cuenta con tecnología de punta: Resonador Magnético, Tomografía Helicoidal, entre otras.

Actualmente el Servicio de Emergencia cuenta con un total de 56 camas, distribuidas en: Área de Traumatología (14 camas), Gineco Obstetricia (7 camas), Sala de Observación Mujeres (6 camas) Sala de Observación Varones (6 camas), Resucitación de Medicina (1 cama), Aislamiento (3 camas), Consultorio de Medicina (3 camas), Consultorio de Cirugía (1 cama), Consultorio de Pediatría (2 camas), Sala de Observación de Pediatría, Sala de Espera (ambulatorios) (5 camas) y Sala de Resucitación de Pediatría (1 cama).

El estaff de Enfermeras del HRDT es de 25, siendo de condición laboral: Nombradas (12) y CAS (13).

El grado con el que cuenta es de Maestras y Especialistas en Oncología o Emergencia o Adulto Crítico (3), Especialistas (9), estudian Especialidad (11) y estudian cursos (2).

La demanda del servicio es de 40 pacientes por turno, y los diagnósticos médicos son: Problemas Respiratorios, G.I., Coronarios, Neurológicos, entre otros.

La Jornada Laboral de Enfermeras/os es por turnos, Mañana, Tarde y Guardia Nocturna. El numero de Enfermeras por turno es de cinco (05) en la Mañana, cinco (05) en la Tarde, cinco (05) en Guardia Nocturna.

Las enfermeras que culminan una guardia nocturna tienen en promedio 2 días y medio de descanso.

III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA:

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación cualitativa de modalidad exploratoria descriptiva, fue realizada a enfermeras/os del servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray; con la finalidad de describir los Saberes Teóricos Prácticos y la predisposición a Riesgos Ocupacionales que tiene la/el enfermera/o.

MINAYO (1997); la investigación cualitativa responde a cuestiones muy singulares y globales a la vez se preocupa, en las ciencias sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. Es decir, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables.

HOLLOWAY (1996); refiere que la filosofía de enfermería y la metodología cualitativa se ajustan, esto quiere decir que las metodologías están siendo atravesadas por las filosofías. La esencia de la enfermería moderna sostiene elementos de compromiso y paciencia, de comprensión y confianza, de reciprocidad y flexibilidad,

estos rasgos reflejan también los rasgos que presenta la investigación cualitativa, la cual presenta un énfasis en procesos cercanos con los datos y la flexibilidad.

Es por eso que la naturaleza de la inquietud lleva a comprender que la investigación cualitativa se presenta como el camino más coherente para lograr los objetivos trazados, pues su trayectoria metodológica permite comprender el complejo mundo de la experiencia vivida, desde el punto de vista de las personas que la viven, proporcionando una profundización en la naturaleza de los seres humanos y un conocimiento de gran riqueza para los cuidados de enfermería.

BUSTAMANTE (2002); refiere que uno de los métodos cualitativos es el método descriptivo, que tiene por objetivo identificar con mayor especificidad las características, rasgos, formas, contenidos de un problema del campo subjetivo e ínter subjetivo que afecta la prestación de servicios.

El método descriptivo produce resultados basados en conversaciones y observaciones. Es un método de las ciencias humanas que se enfoca en descubrir el significado de un evento con el tiempo.

HERNÁNDEZ (2004); manifiesta que por ello la investigación descriptiva, en comparación con la naturaleza poco estructurada de los

estudios exploratorios, requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder. La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito.

HERNÁNDEZ (2004); los estudios explorativos, son un tipo de método descriptivo que se efectúan, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación, poco estudiada o que no ha sido abordado.

Nos permite familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real o investigar problemas del comportamiento humano que se consideren cruciales en una determinada área.

El presente estudio de investigación pretende determinar los saberes teóricos prácticos sobre riesgos ocupacionales que tienen las enfermeras/os del servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

3.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:

- **SUJETOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN:**

En la presente investigación la población en estudio estuvo constituida por las enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo y Víctor Lazarte Echeagaray.

Participaron en el estudio enfermeras; entre las edades de 29 y 54 años, quienes tuvieron conocimiento del objeto a investigar y aceptaron participar.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

- Enfermeras que trabajen en el Servicio de Emergencia.
- Enfermeras nombradas y contratadas con 6 meses a más de experiencia laboral.
- Enfermeras que aceptan participar voluntariamente del estudio.

- **MUESTRA:**

La muestra se determinó por el método de saturación y estuvo constituida por once enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo y Víctor Lazarte Echeagaray.

3.3. INSTRUMENTO:

Para la recolección de información se utilizó la técnica de la entrevista a través de una guía semi-estructurada elaborada por el investigador, la cual consta de interrogantes orientadas a conocer los saberes teóricos prácticos sobre riesgos ocupacionales que tiene la enfermera en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

3.4. PROCEDIMIENTO:

a. Recolección de datos:

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo por el investigador en el servicio de Emergencia del HRDT y HVLE, utilizando como instrumento la entrevista semi-estructurada que consta de tres preguntas, las cuales nos permitieron conocer y explorar los saberes teóricos prácticos sobre riesgos ocupacionales que tiene la/el enfermera/o de dicha unidad.

Este instrumento se aplicó a las/los enfermeras/os que fueron seleccionadas según los criterios de inclusión, respetando estrictamente las normas éticas que requiere este tipo de investigación.

Por tal efecto se realizó las respectivas coordinaciones con la Jefa del servicio de Emergencia de HRDY y HVLE a fin de facilitar la comunicación con las enfermeras que estén de turno en el servicio, a

quienes se les motivo su participación voluntaria y consentida como sujeto de estudio de la investigación y luego se concertó una nueva cita para la realización de la entrevista.

La guía de entrevista fue aplicada a enfermeras/os que estén de turno en el servicio de Emergencia, previo consentimiento, cada entrevista se realizó en un tiempo de 10 a 15 minutos, en forma individual y las entrevistadas/os respondieron en forma verbal a las interrogantes, registrándose los discursos a través de una grabadora, las cuales fueron transcritas para la interpretación y análisis correspondiente.

HAGUETTE (2003); refiere que “la entrevista puede ser definida como un proceso de interacción social entre dos personas, una de las cuales, el entrevistador tiene por objeto la obtención de la información por parte del otro, el entrevistado.

En ese mismo sentido **HERNÁNDEZ (2006)**; refiere que “la entrevista es flexible y abierta, en donde el cometido del entrevistador consiste en motivar a los participantes a expresarse con libertad acerca de todos los temas de la lista. En la entrevista no estructurada se trabaja con preguntas abiertas, sin un orden preestablecido, adquiriendo características de conversación. Esta técnica consiste en realizar preguntas de acuerdo a las respuestas que vayan surgiendo durante la entrevista. La entrevista no estructurada puede plantear cuestiones

previas que serán indagadas en la entrevista, o puede desarrollarse sin preparación, pretendiendo que el entrevistado exprese su situación.

b. Análisis de datos:

Se procedió a trabajar con la información de tipo oral que se recogió hasta que se experimentó reiteración en las descripciones. La información obtenida fue registrada textualmente, seleccionada, codificada y presentada en un listado de respuestas significantes según su convergencia y divergencia (diferencias y semejanzas). Una vez clasificadas éstas, fue preciso tomar cada uno de los grupos formados para poder analizarlos. El análisis se efectuó cotejando la información que se refieren a un mismo aspecto, asegurando la saturación de la información para expresar la fiabilidad de los datos.

Describiendo a los sujetos participantes de la investigación:

Fueron cuatro enfermeras y dos enfermeros del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo. Los nombres de los participantes son ficticios, para salvaguardar su anonimato:

Luisa, enfermera de 29 años, de condición laboral contratada, con 1 año y seis meses de experiencia laboral en emergencia.

Cristian, enfermero de 33 años, de condición laboral nombrado, con 1 año y cuatro meses de experiencia laboral en emergencia.

Laura, enfermera de 35 años, de condición laboral contrata, con seis meses de experiencia laboral en emergencia.

Gustavo, enfermero de 28 años, de condición laboral contratado, con 1 año y seis meses de experiencia laboral en emergencia.

Raquel, enfermera de 54 años, de condición laboral nombrada, con siete meses de experiencia laboral en emergencia.

Diana, enfermera de 42 años, de condición laboral nombrada, con diez años de experiencia laboral en emergencia.

Asimismo fueron cinco enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Los nombres de los participantes son ficticios, para salvaguardar su anonimato:

Katy, enfermera de 55 años, de condición laboral nombrada, con 20 años de experiencia laboral en emergencia.

Mariana, enfermera de 32 años, de condición laboral contratada, con 1 año y siete meses de experiencia laboral en emergencia.

Clara, enfermera de 48 años, de condición laboral nombrada, con 18 años de experiencia laboral en emergencia.

Eulisa, enfermera de 28 años, de condición laboral contratada, con siete meses de experiencia laboral en emergencia.

Tina, enfermera de 38 años, de condición laboral contratada, con 2 años y 4 meses de experiencia laboral en emergencia.

3.6. Consideraciones Éticas y de Rigor

La investigación cualitativa se basa en ciertos criterios que tienen por finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación.

Se tuvo en cuenta los tres principios éticos del reporte de Belmont, citado por Polit y Hungler (2002). En el presente trabajo se considerará los siguientes criterios.

A. RIGOR

El rigor científico estuvo basado por los siguientes principios:

a. Credibilidad:

Se siguió los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtenga se apegue a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Para ello fué necesaria la observación por parte de las informantes para contrastar que los hallazgos que se obtengan sean reconocidos por ellas como una verdadera aproximación sobre lo que piensan y sienten.

b. Auditabilidad:

Se logró con la descripción, explicación y justificación de cómo llegó a interesarnos la materia en estudio, cómo incluiremos a nuestros sujetos de evidencias, como fué la colección, recolección y transformación de datos, su interpretación y presentación.; para ello será necesario un registro y documentación completa de la información que se obtuvo por parte de los/las enfermeros/as en relación con el estudio. De tal manera que, algún lector u otro investigador puedan seguir

la sucesión de eventos en el estudio y con el entendimiento de su lógica.

c.- Confirmabilidad:

Denota la objetividad de la investigación y está referida a la información por fuentes originales, cuya repetición es verificada por la confirmación de los mismos datos.

B. ETICA

a. Principio de Beneficencia:

Los sujetos de investigación no fueron expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales serán confidenciales y sólo utilizadas para fines de la investigación.

b. Principio de Respeto ó Dignidad Humana:

Cada sujeto decidió en forma voluntaria su participación o no en la investigación, además tendrá la libertad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación.

c. Principio de Justicia:

La información que se recolectó durante el curso de la investigación se mantuvo en estrictas confidencia, la información no fue reportada en público ni accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación.

C. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Consistió en la participación voluntaria de las enfermeras, previa información del propósito y modalidad de la investigación. Para ello fue necesaria la autorización de las enfermeras antes de realizar la entrevista.

D. CONFIDENCIALIDAD:

Consistió en que la información que refirieron las enfermeras en cuanto al tema en estudio y las grabaciones realizadas no fueron divulgadas ya que sólo se usó para fines de investigación

E. PRIVACIDAD:

Se respetó los discursos de las enfermeras, y se tuvo en cuenta un ambiente privado donde se realizó la entrevista; siendo anónima al momento de la publicación del estudio.

IV. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En este capítulo después de la codificación y clasificación de los discursos según el abordaje teórico se propone algunas categorías ya que la propuesta del investigador fue describir los saberes Teóricos Prácticos sobre riesgos ocupacionales en el Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, además de analizar dichos saberes emergieron las siguientes categorías:

- ◆ **RIESGOS Y RECURSOS FÍSICOS:** Según el **Ministerio de Salud (2005)**; dice que la realidad nacional presenta hospitales contruidos en ubicación inadecuada, incoherentes en cuanto a su capacidad y equipamiento; es debido a esto la categoría se define como el riesgo de sufrir una enfermedad debido a la falta de infraestructura hospitalaria y de materiales para la realización del cuidado directo hacia las personas con algún problema de salud por parte del personal de enfermería en los servicios de emergencia de ambos hospitales.

- ◆ **RIESGOS Y RECURSOS HUMANOS:** Según la **Organización Panamericana de la Salud (2005)**; dice que la enfermeras de América Latina cada vez realizan más trabajos en menos tiempo, con menos personal, con poblaciones más enfermas y con mayores restricciones en material de suministros, equipos y servicios en el interior de sus instituciones; con lo mencionado anteriormente esta categoría es definida como el riesgo de sufrir

una enfermedad debido a la falta de personal para la atención en el cuidado directo de personas con algún problema de salud así como una falta de cultura organizacional para una gestión adecuada en salud y seguridad de los trabajadores por parte de los jefes superiores.

◆ **ASEGURANDO CUIDADO HUMANO EN LOS RIESGOS:**

ACEVEDO (2001), ANHUAMÁN (2002); El ámbito de trabajo en las unidades de hospitalización suele ser estresante y las actividades que realizan las enfermeras frecuentemente las exponen a riesgos específicos. **GERABTAS, (2002);** Así en un estudio realizado por el Grupo Español de Registro de Accidentes Biológicos en Trabajadores de Atención de Salud (GERABTAS), observo que la tasa de exposición laboral, expresada en mil personas por año, era de 51 para el conjunto de los trabajadores sanitarios, correspondiendo los valores más elevados a las enfermeras (91), seguidos por los médicos (53) y técnicos de laboratorio (53), auxiliares de clínicas (42), celadores (5) y otro personal sanitario (3). Debido al riesgo elevado que presenta una enfermera en la unidad de emergencia ésta categoría es definida como el riesgo de sufrir una enfermedad por descuido, negligencia, manejo inadecuado de procedimientos y/o técnicas de protección, ya sea por la falta de tiempo y/o aumento de la demanda de pacientes para la realización del cuidado directo por parte de los profesionales de Enfermería.

◆ **RIESGOS y ESTILOS DE VIDA:** Según la **Organización Panamericana de la Salud (2005)**; Los trabajadores de hospitales principalmente de enfermería están expuestos a una serie de riesgos como exposición de agentes infecciosos, posturas inadecuadas, desplazamientos múltiples, productores de daños para la salud; por otro lado siendo el paciente el objeto de trabajo de este personal el contacto con la enfermedad y muerte es una carga mental para enfermería. Estos factores aunados a las condiciones y estilos de vida configuran perfiles de malestar, desgaste físico y emocional así como insatisfacción e incapacidad personal, entonces esta categoría se define como la probabilidad de ocurrir un daño en el área de salud por inadecuados estilos de vida (descanso, nutrición e higiene) por parte del personal de enfermería.

SABERES TEÓRICOS PRÁCTICOS DEL/A ENFERMERO/A SOBRE RIESGOS OCUPACIONALES

Los participantes se ubican en la categoría del Saber Científico – Técnico ya que los discursos convergen en lo mencionado con Avolio, S. y Dolores, M. (2006), “este tipo de saberes se los llama declarativos, porque el sujeto que los posee es capaz de expresarlos verbalmente, en forma oral o escrita”. Como se detalla en los siguientes discursos:

“Es la situación donde nos encontramos todos los trabajadores de sufrir un accidente un evento que vaya en contra de nuestra salud” (Katy - HVLE)

“Los riesgos, son las probabilidades de sufrir algún daño, en este caso, si hablamos de riesgos ocupacionales vienen a ser las probabilidades que nosotros como trabajadores de salud tenemos para enfermarnos o sufrir algún accidente laboral o alguna enfermedad durante nuestro desempeño”. (Cristian - HRDT)

Estos datos convergen con lo mencionado en el artículo de higiene y seguridad ocupacional (2005), sobre riesgos ocupacionales donde se menciona a los riesgos como “aquellas condiciones de trabajo que tienen la probabilidad o son susceptibles de causar daño a la salud o al proceso de producción”. Además las/los entrevistadas/os relacionan estos conocimientos con el área de salud y con la unidad de emergencia.

RESCALVO (1998); todas las condiciones laborales tanto físicas, psíquicas, sociales, van a propiciar, disminuir o aumentar los factores de riesgo, siendo el desarrollo de las técnicas de prevención, tanto primarias como secundarias el fin para conseguir una mejor calidad de vida y de trabajo.

A continuación, a través del abordaje teórico se inició el análisis de los discursos para las categorías ya mencionadas: ***Riesgos y Recursos Físicos; Riesgos y Recursos Humanos; Asegurando Cuidado Humano En Los Riesgos; Riesgos y Estilos De Vida.***

- **RIESGOS Y RECURSOS FÍSICOS:**

Según el **Ministerio de Salud (2005)**, los ambientes de trabajo como los hospitales, donde la mayor parte de las tareas requieren movimiento a través de la edificación, es una condición esencial para funcionar eficientemente el poder adaptarse al ambiente físico, pues un mal diseño, construcción, mantenimiento o falta de materiales ponen en riesgo la salud del personal hospitalario.

- **EN CUANTO A MATERIALES:**

Aquí los profesionales refieren que existe escases de materiales, antigüedad de equipos y en algunas ocasiones la falta de materiales

para realizar las actividades asistenciales, protegerse de los riesgos a los que se exponen y brindar un cuidado de calidad

A continuación se detallan algunos discursos que evidencian lo descrito.

“El material es muy poco, por ejemplo la ropa es de pésima calidad, o esta vieja o hay poco o no hay; el mobiliario es bastante antiguo, inclusive con el riesgo que nosotros suframos cortes, las camas son viejas, antiguas y las que hay nuevas son de pésima calidad, se rompen rápido y se malogran, además de tener veladores, lámparas están oxidados, con riesgo a que podamos cortarnos, los biombos le hemos tenido que poner plástico porque no hay tela. (Raquel - HRDT)

Las camillas que no tienen barandas, ha generado que los pacientes se han caído muchas veces, y nos trae problemas legales, (Clara – HVLE)

Haciendo presente que las camillas están sin barandas y por la cantidad de pacientes tenemos que ocupar esas camillas, porque no hay otras y tratar de asegurar a los pacientes que muchas veces son incoherentes o confusos y quieren levantarse e inclusive he tenido pacientes conscientes que en su sueño al día siguiente tratan de levantarse y se caen (Clara – HVLE)

No nos brindan en cuanto a materiales adecuados para poder trabajar; a veces que nos encontramos con carencias también hay equipos que no funcionan el cien por ciento; no tenemos jabón, papel toalla para hacer la técnica que utilizamos a cada momento que es el lavado de manos; la mascarilla que nos faltan y tenemos que guardarlas porque son escasas e incluso cometemos el error de no guardarlas como debe de ser; los guantes que últimamente se ha visto que son de mala calidad, están con huecos, pegoteadas, cuando uno las va a despegar se rompen y nosotros reportamos y no nos hacen caso (Katy – HVLE)

*“A veces por falta de materiales, lo que son respiradores, es muy escaso pero se da; a veces se da el desabastecimiento de lo que es el glutaraldehído que lo usamos para el lavado”.
(Cristian - HRDT)*

“Lo que en el hospital se debería utilizar clorhidrato de clorexilina al 2% con aloe, pues las manos reseca tienden a “rajarse”, pero ellos por la comodidad, acá tampoco se usa detergentes enzimáticos para poner al material, utilizan detergente de lavar ropa, ni siquiera el respirador 3M N95 ya no están dando, están dando uno de pésima calidad, entonces como nos vamos a proteger”. (Raquel - HRDT)

En el enunciado dos participantes manifiesta estar expuestos a accidentes, debido al pésimo estado en que se encuentran los equipos y

la falta de materiales que en ocasiones no permiten brindar un cuidado de calidad.

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); refiere que la gerencia o la administración debe proveer a todos los trabajadores que están involucrados en cualquier proceso o actividad que implique riesgo de accidente o peligro para su salud, el equipo y la ropa protectora que sea necesaria para darles una protección razonable contra dichos riesgos o peligros en las instituciones que prestan servicios de salud. Así mismo este manual refiere también que las áreas de atención pacientes deben tener instalaciones apropiadas para la higiene de las manos, o al menos tener una cerca de ellas. Además, debe encontrarse todo lo necesario para lavarse las manos: agua fría, jabón y toallas limpias u otro medio eficaz para secarse las manos

En ese sentido **CEPIS (2001)**, refiere “Los reglamentos que existen en los hospitales, mayormente tienen como objetivo proteger a los enfermos y muy poco a su personal, por lo que, sería más justo mantener un sentido de proporcionalidad en estas cuestiones, ya que la función del personal de enfermería consiste en prestar cuidados asistenciales; resultando evidente que hasta la actualidad se ha dedicado una mínima atención a la salud de este personal; es más, se asume que, quienes prestan asistencia sanitaria son necesariamente personas que deben estar en buenas condiciones de salud”.

➤ EN CUANTO A LA INFRAESTRUCTURA:

Aquí los profesionales refieren a los riesgos que se pueden suscitar por que no existe una adecuada infraestructura y/o falta de infraestructura hospitalaria para realizar las actividades asistenciales, protegerse de los riesgos a los que se exponen y brindar un cuidado de calidad

En ese sentido **EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005)**; Los riesgos ambientales son muy frecuentes en las instituciones de atención de la salud en la región de América Latina y el Caribe. En la mayoría de los casos estos peligros se generan por: inadecuado suministro, distribución y disposición de agua para el consumo de agua; los problemas de calidad del aire en los locales cerrados, los cuales agravan los efectos de los riesgos químicos y biológicos; el manejo deficiente de los residuos peligrosos. Lo que concuerda con lo mencionado con las/os entrevistados. Además Las/os participantes identifican otras deficiencias en la infraestructura (división de los espacios, e iluminación), predisponiendo al personal y a los pacientes a contraer enfermedades; como se menciona en los siguientes discursos:

“La infraestructura de acuerdo al hospital cuatro que somos, no creo que cumpla con lo que deba de ser, por que una que los espacios son muy limitados, a veces este nos chocamos con las camillas cuando hay ingreso de pacientes!. (Eulisa – HVLE)

“La infraestructura del Hospital Regional Docente de Trujillo es pésima para el servicio de emergencia; para empezar los ambientes de RCP no tienen ventanas, algunos ambientes no tienen buena iluminación, la recepción de los pacientes que es en tópico es muy congestionado y no tiene ambientes divididos ni personalizados para atender a pacientes, por lo tanto un paciente que viene con TBC o neumonía a lado de un paciente con diabetes o hipertensión que son los casos limpios obviamente se van a contaminar”. (Luisa – HRDT)

“Esta emergencia no ha sido hecha con todas las precauciones para que fuera una emergencia, las instalaciones eléctricas son de pésima calidad y lo hemos comprobado en las últimas lluvias, las conexiones eléctricas se han tenido que clausurar o apagar; lo mismo con los desagües, nos vimos afectados porque los desfogos tuvieron que ser destapados con el riesgo consecuente de que las personas que pasaban por ahí y los ductos estaban abiertos, a parte que es una fuente de contaminación; la infraestructura por ejemplo si nosotros vemos acá, se dice que tenemos que cuidar mucho los espacios, la ventilación y no hay una buena ventilación; la iluminación, no es tan buena”. (Raquel – HRDT)

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); nos indica que afecciones tales como la *enfermedad de los legionarios*, un tipo de

neumonía provocada por la bacteria Legionella pneumophila, pueden ser el resultado de sistemas de ventilación precarios o mal mantenidos. Y cuando los espacios son cerrados poco ventilados puede haber síntomas como: la irritación de los ojos, nariz y garganta, sarpullido en la piel, fatiga mental, dolores de cabeza e infecciones respiratorias. También nos indica que los riesgos físicos para los trabajadores de salud incluyen la exposición al ruido, las vibraciones, las radiaciones ionizantes y no ionizantes y los riesgos eléctricos.

“Las nebulizaciones son hechas en lugares que no son bien ventilados y no hay suficientes puntos de oxígeno como para realizar la oxigenoterapia o el tratamiento con oxígeno de bajo y alto flujo; también tenemos hacinamiento, tenemos por ejemplo la parte anterior de la medicina, vemos que un espacio tan pequeño hay creo que 8 o 10 camas, debería tener por lo menos y como todo hospital cumplir la normativa: espacio entre cama y cama y cama y paciente, no se cumple”. (Raquel – HRDT)

“La infraestructura es inadecuada, es un ambiente cerrado, muy poca ventilación, ya muchos colegas se han infectado con tuberculosis, no se hace la limpieza adecuada en el servicio de aislamiento y existe mucho hacinamiento. No se cuenta con lavatorios para el lavado de manos que es lo primordial, se tiene que ir de extremo a extremo para poder lavarse las manos”. (Diana – HRDT)

“En los servicios no tenemos un lava caras, un lava manos adecuado y en todo caso eso es un pecado para mí. No hay una infraestructura donde exista un ambiente ventilado, una buena distribución de los ambientes, etc.”. (Laura – HRDT)

“El hacinamiento es el más preponderante en este caso, son 14 camas donde el ambiente es bien cerrado en el cual llegan pacientes respiratorios de todo tipo” (Mariana – HVLE)

“El riesgo lo tenemos, por el hacinamiento; hay demanda de pacientes más de la capacidad para atenderlos”. (Cristian – HRDT)

“El ambiente no está diseñado con las recomendaciones, había sido hecho como para cierta cantidad de pacientes y cada vez hay más cantidad más cantidad y eso nos hace hacinarnos”. (Clara – HVLE)

“Hay bastante demanda de pacientes, los corredores son utilizados como si fueran lugares de observación, hay pacientes en los corredores y nosotros tenemos que adaptar con las camillas, con las sillas de ruedas, tiendo riesgo a caernos, cortarnos a golpearnos, pues la infraestructura no es la adecuada”. (Katy – HVLE)

“Riesgo a caídas debido a una infraestructura inadecuada. Hay un riesgo en el ambiente debido a que es un lugar muy cerrado la emergencia y no hay una suficiente corrida de aire, es un

aire cerrado que no permite una buena distribución del oxígeno”. (Gustavo – HRDT)

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); Muchas caídas resultan de riesgos presentes en forma permanente, pero las personas se habitúan a ellos, los toleran y aunque planean cambiarlos, los ignoran hasta que atraen la atención a causa de algún incidente o accidente. Observe que una simple caminata por el corredor de un hospital puede ser un verdadero reto; en estos corredores suelen acumularse carros de aseo, sillas de ruedas, camas o camillas extras y grupos de gente.

“No está adaptada la infraestructura, pues el pasadizo es tanto para el paciente como para la enfermera y es ahí donde los microbios se acumulan, la puerta está cerrada, no hay corrientes de aire; entonces no está adecuada la infraestructura ni para la enfermera ni para el paciente”. (Tina – HVLE)

“Tenemos un ascensor que es un riesgo para nosotras que nos exigían que llevemos a los pacientes a sala aun con un ascensor totalmente malogrado, que han hecho una rampa que no tienen las condiciones pues es en subida es de fierro y tener que cogerse uno con mucha fuerza para subir esas camillas pues también no es tan bien sus llantas bueno en fin, o sea no dan una solución como debe de ser pues podemos caernos resbalarnos, también se ha informado de mal estado de la puerta”. (Clara – HVLE)

Además la **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000)**; menciona que nos encontramos con la realidad estructural de los hospitales: espacios reducidos que no permiten maniobrar alrededor de las camas, ni utilizar ayudas mecánicas; diferencias de nivel a la entrada de los servicios, pasillos con rampa que dificultan el tránsito de las camillas, trayectos largos, complicados y desnivelados; espacios poco iluminados, zonas frías o demasiado calientes y ventilación insuficiente. Todo esto sumado puede llegar a actuar negativamente predisponiéndolos a sufrir accidentes de tipo laboral.

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); informa que los trabajadores de la salud son más vulnerables a los accidentes y a las enfermedades en el trabajo cuando se ven obligados a trabajar con escasez de personal y en unidades orgánicas precarias. Además se está ensanchando muy rápidamente la brecha entre el riesgo que traen consigo los avances tecnológicos en el sector salud y la falta de procedimientos para garantizar la seguridad ocupacional y ambiental.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000); generalizando, nos atreveríamos a decir que la mayoría de los hospitales se proyectaron y construyeron pensando en los enfermos, pero se olvidó por completo, por parte de arquitectos y promotores de la obra, de que en sus instalaciones iba a trabajar un equipo de salud multidisciplinario, con tareas específicas de su profesión, que además de las prácticas de

técnicas sanitarias y utilización de medicación, deben realizar otras de transporte de cargas y desplazamientos constantes, todo ello inmersos en un ambiente de observación y relación constante con enfermos y familiares, sin descontar los timbres, teléfonos, avisos y el grave inconveniente de un trabajo a turnos que no permite adquirir hábitos de descanso.

A continuación presentamos una tabla comparativa en Riesgos y Recursos Físicos donde encontraremos como es que cada hospital según sus participantes tienen semejanzas y diferencias en cuanto al Concepto de riesgos, Causalidad de riesgo y Cuidado de riesgo.

Tabla 1: TABLA COMPARATIVA EN RIESGO Y RECURSOS FISICOS

Atributo de comparación	Hospital Regional Docente de Trujillo	Hospital Víctor Lazarte Echegaray
Concepto de riesgo	Es la probabilidad de sufrir un accidente debido a la escasez de materiales y equipos. Así como a la inadecuada infraestructura.	Es la probabilidad de sufrir un accidente debido al mal estado de los materiales y equipos. Así como a la falta infraestructura.
Causalidad de riesgo	Debido a que algunos ambientes no tienen buena iluminación; así mismo no hay suficientes puntos de oxígeno; no se cuenta con lavatorios en cada servicio para el lavado de manos; las instalaciones eléctricas y de desagüe son de pésima calidad. Por la escasez de ropa; por la antigüedad del mobiliario, camas viejas, veladores y lámparas oxidados.	Debido al uso de corredores como lugares de observación, Ascensor en mal estado y uso de rampa para traslado de pacientes. Por la carencia de papel toalla, guantes y porque las camillas no tiene barandas.
Cuidado de riesgos		1. Asegurar (sujetar) a los

		<p>pacientes en las camillas sin barandas, pues la demanda de pacientes es alta y no se cuenta con la totalidad de camillas adecuadas.</p>
<p>Semejanzas: El HRDT y HVLE cuenta con espacios limitados, cerrados y poco ventilados, así mismo existe escasez de materiales, como jabón y mascarillas.</p> <p>Para minimizar estos riesgos el personal de enfermería refiere que comunica a la instancia superior inmediata.</p>		

En la Tabla 1; con el fin de estudiar los saberes teóricos prácticos de los participantes en cuanto a los Riesgos y Recursos Físicos de cada hospital, encontramos que los participantes del HRDT definen a este riesgo como la probabilidad de sufrir un accidente debido a la escasez de materiales y equipos, así como a la inadecuada infraestructura; mientras que los participantes del hospital HVLE lo definen como la probabilidad de sufrir un accidente debido al mal estado de los materiales y equipos, así como a la falta infraestructura.

Los participantes HRDT evidencian este riesgo debido a que algunos ambientes no tienen buena iluminación; así mismo no hay suficientes puntos de oxígeno; no se cuenta con lavatorios en cada servicio para el lavado de manos; las instalaciones eléctricas y de

desagüe son de pésima calidad también por la escasez de ropa; por la antigüedad del mobiliario, camas viejas, veladores y lámparas oxidados. Mientras que los participantes del HVLE lo evidencia debido al uso de corredores como lugares de observación, ascensor en mal estado y uso de rampa para traslado de pacientes, carencia de papel toalla, guantes y porque las camillas no tiene barandas por lo cual realizan actividades tales como asegurar (sujetar) a los pacientes en las camillas sin barandas, pues la demanda de pacientes es alta y no se cuenta con la totalidad de camillas adecuadas.

Sin embargo el HRDT y HVLE convergen en que ambos cuentan con espacios limitados, cerrados y poco ventilados, así mismo existe escasez de materiales, como jabón y mascarillas. Para minimizar estos riesgos el personal de enfermería refiere que comunica a la instancia superior inmediata y los gerentes de sus instituciones para cambiar esta realidad.

- **RIESGOS Y RECURSOS HUMANOS:**

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); informa que en la última década se ha introducido en América Latina y el Caribe una serie de reformas en el sector salud en las que las condiciones de trabajo no fueron incorporadas como una prioridad lo cual ha creado una creciente inestabilidad laboral; esto ha conducido a que disminuya el número de profesionales de salud. Así mismo indica que el trabajo de enfermería es intenso en carga física y mental y extensa en horarios de trabajo.

➤ **SABER COMUNICACIONAL:**

Aquí los profesionales refieren que el diálogo o consulta es una parte integral de una buena administración, pues es el medio por el cual los empleadores y los trabajadores laboran conjuntamente para mejorar la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.

A continuación se detallan algunos discursos que evidencian lo descrito.

“Una buena coordinación con la parte administrativa sería lo primero que se debe hacer, para que nos puedan proporcionar los materiales adecuados y atender con más eficacia y eficiencia hacia el paciente y protegernos nosotros”. (Gustavo – HRDT)

“Si claro se han hecho comunicados y la jefa está viendo todo para tratar de mejorar pero a veces no depende de la jefatura del área sino de otra jefatura, hablamos derrepente del director general o gerente”. (Eulisa – HVLE)

“Los riesgos del ambiente es difícil que yo pueda hacer algo, acá lo comunicamos a las instancias superiores pero parece que no les interesa, hay mucha indiferencia, la gestión se interesa poco por los riesgos ocupacionales que podamos tener acá” (Raquel – HRDT)

“La jefa es horizontal, acepta sugerencias y ella lo eleva a las autoridades y muchas veces si se logran, otras veces no porque muchas veces no está dentro de sus posibilidades resolverlos inmediatamente” (Mariana – HVLE)

“Nosotros enviamos documentos evadiendo la responsabilidad haciendo presente que las camillas están sin barandas y por la cantidad de pacientes tenemos que ocupar esas camillas porque no hay otras y tratar de asegurar a los pacientes que muchas veces son incoherentes o confusos y quieren levantarse e inclusive he tenido pacientes consientes que en su sueño al día siguiente tratan de levantarse y se caen” (Clara – HVLE)

En el enunciado, dos profesionales de Enfermería destacan la importancia de mantener una comunicación horizontal con las

autoridades del hospital para prevenir los riesgos y enfermedades ocupacionales a través del abastecimiento de materiales y disposiciones para mejorar la infraestructura; sin obtener, muchas veces, respuesta favorable.

Así mismo se aprecia la percepción sobre los riesgos que están fuera del accionar de enfermería sin embargo se contribuye en informar a las instancias pertinentes, obteniendo como respuesta la indiferencia y el poco interés por la salud de los trabajadores, sin embargo son las instituciones prestadoras de salud las encargadas de fomentar un trabajo seguro, lo cual concuerda con lo mencionado **EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005)**; El proceso de diálogo o consulta puede llevar a mejorar las practicas de salud y seguridad puesto que los trabajadores suelen conocer los riesgos asociados con su trabajo y pueden sugerir soluciones efectivas. Así mismo nos indica: “La electricidad puede causar la muerte o daños serios si uso es inadecuado. La institución prestadora de salud debe asegurar que usados correctamente todos los equipos y las instalaciones eléctricas no representan un riesgo para la salud y seguridad de los trabajadores, pacientes y demás usuarios de sus instalaciones”.

➤ RIESGOS POR FALTA DE PERSONAL:

Aquí los profesionales refieren que debido a una creciente demanda de personas con problemas de salud y a las actividades que realizan con menos tiempo sienten que debe haber más personal de enfermería o falta de materiales para la realización de sus actividades y así mejorar la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.

A continuación se detallan algunos discursos que evidencian lo descrito.

“Falta de personal técnico, hay mucha demanda de paciente y a veces nosotros no utilizamos la técnica adecuada por el tiempo”. (Tina – HVLE)

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); informa que los trabajadores de la salud son más vulnerables a los accidentes y a las enfermedades en el trabajo cuando se ven obligados a trabajar con escasez de personal y en unidades orgánicas precarias. Además se está ensanchando muy rápidamente la brecha entre el riesgo que traen consigo los avances tecnológicos en el sector salud y la falta de procedimientos para garantizar la seguridad ocupacional y ambiental.

A continuación presentamos una tabla comparativa en Riesgos y Recursos Humanos donde encontraremos como es que cada hospital según sus participantes tienen semejanzas y diferencias en cuanto al concepto de riesgos, causalidad de riesgo y cuidado de riesgo.

Tabla 2: TABLA COMPARATIVA EN RIESGOS Y RECURSOS HUMANOS

Atributo de comparación	Hospital Regional Docente de Trujillo	Hospital Víctor Lazarte Echeagaray
Concepto de riesgo	Probabilidad de ocurrencia de un accidente en el personal de salud por falta de materiales.	Probabilidad de ocurrencia de un accidente por falta de personal.
Causalidad de riesgo	Falta de materiales para la protección del personal de salud.	Falta de personal técnico, aunado a la demanda de pacientes y el tiempo, genera el uso de técnicas inadecuadas.
Cuidado de riesgos	Coordinación con la parte administrativa sería lo primero que se debe hacer, para que nos puedan proporcionar los materiales adecuados	

Semejanzas: Comunicación a las instancias superiores, no hay mucho interés por solucionar la problemática de los hospitales.

En la Tabla 2; con el fin de estudiar los saberes teóricos prácticos de los participantes en cuanto a los Riesgos y Recursos Físicos de cada hospital, encontramos que los participantes del HRDT definen a este riesgo como la probabilidad de ocurrencia de un accidente en el personal de salud por falta de materiales; mientras que los participantes del hospital HVLE lo definen como la probabilidad de ocurrencia de un accidente por falta de personal.

Los participantes HRDT evidencian este riesgo debido a que no cuentan con materiales para su protección. Mientras que los participantes del HVLE lo evidencia debido a la falta de personal técnico, aunado a la demanda de pacientes y el tiempo, genera el uso de técnicas inadecuadas.

Sin embargo los profesionales de los HRDT y HVLE convergen en comunican a las instancias superiores, pero no existe interés por solucionar la problemática de los hospitales.

- **ASEGURANDO CUIDADO HUMANO EN LOS RIESGOS:**

MINSA (2005), refiere que la enfermera de emergencias es aquella profesional de ayuda, que establece el primer contacto con el paciente y la familia que acude en busca de ayuda para brindar cuidado inmediato.

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); refiere que los trabajadores de salud más vulnerables a accidentes y enfermedades en el trabajo son el personal de enfermería.

- **RIESGOS POR DESCUIDO, NEGLIGENCIA Y MAL MANEJO:**

Aquí los profesionales refieren debido al poco tiempo que disponen por la aunada demanda de pacientes es que tiene riesgos por descuido, negligencia y mal manejo para mejorar la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.

A continuación se detallan algunos discursos que evidencian lo descrito.

“Adquirir una enfermedad por un descuido, una negligencia, un mal manejo o en todo caso porque suele suceder; la misma estadística lo dice, por decir de cien uno es el que se infecta,

de mil son diez los que se infectan y así sucesivamente”.

(Laura – HRDT)

“Los más comunes que tenemos son las enfermedades de transmisión sexual, como VIH que a veces puede ocurrir por un “pinchazo”, así como no protegernos en el caso de pacientes con tuberculosis, a veces andamos desprotegidos, sabiendo que debemos estar cien por ciento la protegidos”. (Diana – HRDT)

“Puede ser que por una mala técnica podamos pincharnos , otro riesgo también ocupacional dentro del servicio es el no utilizar también las mascarilla porque de repente puede llegar un paciente que aparentemente nosotros no sabemos su diagnóstico, otro riesgo ocupacionales también cuando de repente no tenemos el adecuado lavado frecuente de manos debido a la acumulación de paciente, no quiere decir que no lo hagamos si no que de repente no lo hacemos con la frecuencia que debe ser uno por cada paciente”. (Eulisa – HVLE)

“De repente el lavado de manos, pero hay cuando uno se acuerda rápidamente lo hacemos”. (Mariana – HVLE)

“Personal que por mala mecánica corporal termina con fracturas en el brazo, pierna o también personas que recién están comenzando con las labores se pueden pinchar al

colocar una venoclisis, por una mala maniobra puede pincharse y se han pinchado también”. (Gustavo – HRDT)

“Las enfermedades ocupacionales son las que adquiere el trabajador durante el momento en que trabaja, sea caídas, golpes o el adquirir alguna enfermedad transmisible o también al mal uso de la mecánica corporal”. (Raquel – HRDT)

Claro siempre y cuando no usemos las medidas correctas por problemas lumbares, articulares, musculares. (Mariana – HVLE)

Estos enunciados convergen con lo mencionado en **EL MODULO DEL DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL (2009)**, que se refiere a las enfermedades ocupacionales como “el resultado directo del trabajo que realiza una persona”; además las/os participantes refieren que las causas se deben a la negligencia, descuido y mal manejo por parte de la/el enfermera/o, concordando con lo mencionado por **LÓPEZ, L. y RODRÍGUEZ, A. (2009)**; “La causa más importante de los accidentes en el trabajo es el comportamiento inseguro de los trabajadores. Por ejemplo una institución dedicada al estudio de la accidentabilidad en la empresa atribuía a la conducta humana un 88 por 100 de la responsabilidad en la causa de los accidentes, un 10 por 100 a factores de tipo técnico y un 2 por 100 a factores desconocidos”.

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); nos indica que los

riesgos ocupacionales a los que están expuestos los trabajadores de la salud generalmente se ubican en las siguientes siete categorías básicas: biológicos o infecciosos, ambientales, físicos, químicos, mecánicos, psicosociales y ergonómicos.

➤ RIESGOS EN EL CUIDADO DIRECTO

“Los riesgos de contacto directo, cuando los pacientes; sobre todo en emergencia; cuando se recibe al paciente y no se sabe el tipo de paciente que se atiende; el riesgo que tenemos nosotros en el manejo del cuidado del paciente donde por más que uno intente protegerse siempre el riesgo está presente y es elevado”. (Laura – HRDT)

“como enfermeras de emergencia los riesgos que tenemos son muchos, empezando desde cómo va ingresando el paciente, no sabes, por ejemplo: Que enfermedad tiene, este riesgo es con respecto al paciente y con respecto a nosotras no utilizamos guantes, no nos colocamos mascarillas”. (Luisa – HRDT)

“No siempre se usa mascarilla y guantes, si no tienes guantes y se recepciona un paciente; por ejemplo en traumatología; por los accidentes que tienen, ahí nada más se les entuba, se coloca la vía, se le coloca los drenes y uno ni guantes se

coloca y en realidad uno debe tener guantes a la mano". (Luisa – HRDT)

"A veces caemos en el error, como el ambiente es cerrado, el respirador te asfixia, entonces necesitas quitarlo en varias oportunidades durante la faena, durante el horario de la jornada y si te lo quitaste en algún momento, aunque sea pequeño y un paciente te llama, se te acerca, te conversa; entonces ahí es donde corres el riesgo de por ejemplo inconscientemente en un pequeño descuido estar en contacto directo con esa persona que probablemente tenga alguna enfermedad". (Laura – HRDT)

Se puede apreciar que las/os participantes manifiestan conocer los riesgos desde que ingresa el paciente, así mismo perciben que el riesgo es elevado; sin embargo este riesgo es mayor en ciertas oportunidades debido a que no están usando las medidas preventivas al 100 por 100.

ACEVEDO (2001), ANHUAMÁN (2002); El ámbito de trabajo en las unidades de hospitalización suele ser estresante y las actividades que realizan las enfermeras frecuentemente las exponen a riesgos específicos.

“La manipulación de medios invasivos como tubo endotraqueal, no utilizar la mascarilla adecuadamente, hay un riesgo de infectarse, por ejemplo cuando tiene catéter central, el riesgo que tiene que es un contacto directo, cuando tiene tubo de drenaje es un medio expansivo para contraer la enfermedad”.
(Gustavo – HRDT)

En cuanto a las probabilidades de adquirir una enfermedad ocupacional, las/os participantes se mencionan las infecto – contagiosas, como el Sida, hepatitis, tuberculosis y respiratorias lo cual converge en los mencionado en el manual de salud y seguridad de los trabajadores en el sector salud (2005), “la hepatitis B, la hepatitis C, el SIDA y la tuberculosis se encuentran entre los riesgos más significativos para los trabajadores de salud en general. Además de estos, muchos otros microorganismos, tales como la influenza, citomegalovirus, etc., pueden traer riesgos ocupacionales a los trabajadores del sector salud.

El riesgo de sufrir un accidente con objetos punzo cortantes con jeringas y esto se da a pesar de tener conocimiento del manejo de material punzo cortante, debido a que muchas veces tratan de encapuchar las jeringas antes de desecharlas en vez de desecharlas sin encapucharlas. Como se relata en los siguientes discursos:

“Lo que más comúnmente se da, es el contacto con objetos punzo cortantes, las lesiones por objetos punzo cortantes es lo de mayor riesgo; también hay otras enfermedades que uno

puede sufrir si no utiliza unas medidas de barrera o protectoras que son el uso de los respiradores, lo que tiene mayor incidencia es la tuberculosis entre otras”. (Cristian – HRDT)

“A veces no lavarme las manos antes de atender a los pacientes, a veces inconscientemente tú no haces lo que deberías hacer o a veces te confías y no usas un respirador y de todas maneras vas a estar en riesgo y el solo hecho de nebulizar un paciente y no usar un respirador ya estas aumentando el riesgo, estas más propenso a sufrir alguna enfermedad ocupacional. A veces no tener un cuidado adecuado en la manipulación de objetos punzo cortantes, por ejemplo hay una directiva donde dice que nosotros no deberíamos encapuchar las jeringas y a veces nos tomamos el tiempo tratando de encapuchar y nos aumenta el riesgo de hincarnos, de sufrir alguna lesión”. (Cristian – HRDT)

MINSA (2000); Algunos de los riesgos laborales del ambiente hospitalario pueden conllevar la posibilidad de entrar en contacto con sangre o fluidos corporales y sobre todo sufrir inoculaciones accidentales al manipular objetos cortantes y punzantes o exposiciones de piel y mucosas, así como el riesgo de contraer infecciones debido a la frecuencia de exposiciones percutáneas o mucosas a sangre y a otros líquidos biológicos como consecuencias de las actividades laborales.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000); Los accidentes por exposición percutánea incluyen aquellos que conllevan una penetración a través de la piel por una aguja u otro objeto punzante o cortante contaminado con sangre, con otro fluido que contenga sangre visible, con otros fluidos potencialmente infecciones o con tejidos de un paciente.

MARTINEZ DE LA TEJA (2000); Por otro lado las causas ambientales de los accidentes en general se definen como cualquier condición del ambiente de trabajo que puede contribuir a un accidente. Estas condiciones del ambiente de trabajo está conformado por el espacio físico, herramientas, estructuras, equipos y materiales en general, que no cumplen con los requisitos mínimos para garantizar la protección de las personas y los recursos físicos del trabajo.

Se puede apreciar que las/os enfermeras/os tienen una concepción clara de las técnicas ergonómicas y riesgos a los que se exponen sino las usan adecuadamente, sin embargo no la están aplicando debido a factores como: el apuro, la predisposición por ser un servicio de emergencia, por la edad del profesional “a mayor edad, mayor riesgo”, como se relata en los siguientes discursos:

“En lo que respecta a las enfermedades ocupacionales nosotras debemos tener mucho cuidado al movilizar los pacientes con la técnica de movilización, sino a la larga

nosotras terminamos con los dolores a las articulaciones y todos los malestares. (Luisa – HRDT)

*“Todas las actividades que realizamos en emergencia nos predisponen, en lo que respecta a enfermedades ocupacionales, por el apuro, por el mismo hecho de ser emergencia no se aplica a veces las técnicas de ergonomía”.
(Luisa – HRDT)*

“A veces al apuro solamente movilizamos y no nos cuidamos nosotros mismos”. (Diana – HRDT)

*“Claro siempre y cuando no usemos las medidas correctas, podemos tener problemas lumbares, articulares, musculares”.
(Mariana – HVLE)*

Esto concuerda con lo mencionado en **EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005)**; “Las lesiones musculoesqueléticas y el dolor lumbar son problemas serios en la industria de la salud y son una causa de mayor ausentismo. Las lesiones lumbares pueden ocurrir como resultado de un solo evento, pero usualmente son el resultado de muchos episodios acumulativos de posturas, movimientos, pesos, y fuerzas inadecuadas en la espalda, que causan desgaste y rompimiento a través del tiempo”.

➤ ASEGURANDO EL CUIDADO HUMANO:

Las/los participantes tratan de evitar los riesgos ambientales en la medida de sus posibilidades, implementando estrategias como: evitar la saturación de pacientes, evitando el contacto directo, eliminando material punzo cortante en recipientes adecuados, no encapuchar las jeringas usadas y evitar traer alimentos perecibles que puedan contaminar el ambiente. Ahora sólo falta que el hospital cumpla con las directivas que establecen las leyes de salud: espacios adecuados, abastecimiento de material adecuado para el personal y equipos para el hospital, entre otras; como se menciona en los siguientes discursos:

“Prevenir antes de llegar a tu turno, tratar de o en los primeros minutos de llegar al turno tratar de ver cómo están los equipos, como están los ambientes para trabajar; aparte de eso prevenir, viendo que todo esté en orden, tener lo mínimo necesario para atender a un paciente. Administrando el cuidado”. (Katy – HVLE)

“Trato de mirar primeramente en qué ambiente voy a trabajar, trato de descongestionar a las personas, tratar de que no haya mucha congestión, trato de arreglar las sillas que muchas veces están ocupadas o puestas en un lugar que no es adecuada y puede haber una caída, que los pasadizos estén libres, que la gente no esté ahí, la señalización que justo hoy

día veo que están señalizando, porque el paciente viene y en su desesperación entra y va por todas partes y podemos ser agredidos”. (Raquel – HRDT)

“Tratamos de agilizar las transferencias y puedan utilizar las camas de los servicios; trato de siempre agilizar estos trámites para descargar el pasadizo de pacientes”. (Katy – HVLE)

“Tratamos de descongestionar, cuando los pacientes tienen que hospitalizarse tratamos de hacer los trámites necesarios para que el paciente se hospitalice; se han implementado con lo que son ventiladores, que no es lo más adecuado, pero de alguna manera nos va a ayudar con el control medio ambiental”. (Cristian – HRDT)

“Además eliminar jeringas y los abocats en los depósitos de bioseguridad; donde se usa las bolsas negras para desechar material no contaminado y bolsas rojas para desechar material contaminado”. (Luisa – HRDT)

“Utilizo las jeringas y sin colocar el capuchón lo descarto en el recipiente adecuado”. (Diana – HRDT)

“Si voy a nebulizar por lo menos tomar algunas medidas como por ejemplo que el paciente no esté en tanto contacto con otras personas”. (Raquel – HRDT)

“Vendría a hacer la buena técnica de lavado de manos; es primordial antes y después de cada procedimiento, para evitar diseminar esa contaminación de paciente; utilizar guantes limpios a la hora de colocar la vía periférica, pues a veces se extravasa la sangre y podemos contaminarnos; mantener una buena manipulación del material punzo cortante, teniendo en cuenta que hay frascos donde se puede eliminar ese material”.
(Gustavo – HRDT)

“Cuando llego al servicio intento utilizar materiales de bioseguridad, como un respirador, intento de todas formas aunque es difícil por ejemplo conservar el respirador limpio, lo más limpio posible”. (Laura – HRDT)

“Colocarme guantes; de preferencia nos colocamos doble guante al canalizar una vía, colocar un intramuscular, intravenoso porque no sabemos la procedencia del paciente; también nos colocamos mascarilla, de preferencia la N95 y el lavado de manos después de la atención a cada paciente”.
(Luisa – HRDT)

“Utilizando mandil, mascarilla, lavado de manos constantemente y cambio de uniforme para trabajar”. (Katy – HVLE)

“Siempre el uso de protección, por ejemplo ahorita estoy con mandilón, guantes y el uso del gorro siempre utilizando las medidas de protección”. (Mariana – HVLE)

“Para prevenir el contacto con sangre o alguna secreción uso guantes, que hay en cantidad regular, el uso de las gasas, los algodones nos ayudan también a evitar el contacto directo con el paciente y eso da buen resultado”. (Laura – HRDT)

NAVARRETE, MUÑOZ y COLS (1998); dentro de las varias áreas de actuación laboral está el hospital, éste constituye un tipo especial de ambiente muy distinto del mundo exterior al servir como centro para el tratamiento del enfermo. Estas actividades demandan insumos y energía que después de su uso o consumo se transforman, con lo que se obtiene los desechos propios de la actividad médica. Los desechos se presentan en forma de líquidos, sólidos, gases, humos, ruido, campos magnéticos y reactividad. Estos al entrar en contacto con los pacientes y el personal del hospital, incorporan un factor adicional llamado biológico infeccioso.

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); es importante que en las políticas y en los procedimientos para control de infecciones se tengan en cuenta las características particulares y los riesgos de infección de cada institución en forma individual, dado que las instalaciones de los centros de atención varían considerablemente en lo

referente al tamaño, las características de la población de pacientes o residentes y los recursos disponibles.

Es responsabilidad del empleador proporcionar a todo el personal de la institución de atención en salud una adecuada protección contra infecciones y ofrecer un ambiente de trabajo seguro.

Es responsabilidad de todos los trabajadores poner en práctica todos y cada uno de los pasos para proteger su salud y la salud de sus compañeros de trabajo, los pacientes y demás visitantes de las instalaciones de la institución que presta servicios de salud donde ellos laboran.

Las “precauciones universales” son aquellas que todo el personal de la salud debe tomar, aplicándolas a todos los pacientes y residentes, independientemente de su supuesto estado infeccioso. Reconocen que la sangre de cualquier persona (o cualquier sustancia contaminada con sangre), es potencialmente infecciosa. Estas precauciones se requieren para reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad, de fuentes conocidas o desconocidas de infección.

Todos los servicios de salud deben implementar por lo menos las siguientes precauciones: evitar el contacto con la sangre y todos los fluidos corporales, secreciones, excreciones excepto el sudor (tengan o no sangre visible), piel no intacta o membranas mucosas, mediante: el uso de guantes no solo dentro de las salas de operaciones. El uso de doble guante en los procedimientos quirúrgico en los que se espera una

extensa exposición a sangre. Uso de máscaras, lentes protectores y batas donde haya posibilidad de derrames o efusión. El uso de vendas impermeables para cubrir los propios cortes y heridas. La limpieza inmediata y cuidadosa de todos los derrames o manchas de sangre y otros líquidos corporales. La prevención por objetos punzo cortantes; no volver a cubrir agujas; utilizar recipientes resistentes a perforaciones para desechar agujas usadas. Impartir capacitación rigurosa en técnicas básicas para la utilización de instrumentos punzo cortantes y combatir la fatiga a través de periodos de descanso obligatorios.

Dos participantes hacen uso de algunas medidas para prevenir riesgos mecánicos, como el uso de zapatos cómodos, mantener un ambiente libre y el uso de la señalización, sin embargo existen otras formas de prevenir los riesgos mecánicos, como lo mencionado **EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005)**; “las medidas básicas de seguridad en material de orden y los procedimientos regulares de mantenimiento eliminan muchos riesgos de caídas, se pueden considerar algunas medidas de prevención, como: Inspección regular de la superficie del suelo. Limpieza inmediata de derramamientos. Colocación de señales de precaución para destacar derrames o la realización de procesos de limpieza, diseño de drenajes efectivos. Provisión y uso de calzado apropiado en las áreas de trabajo. Diseño de drenajes efectivos. Aseguramiento de todas las zonas de acceso y trabajo (incluidos los baños), de tal forma que se mantengan libres de equipos y muebles innecesarios. Asegurarse de que hay iluminación suficiente en los

corredores y las escaleras, de manera que siempre se mantengan bien iluminados”. Como se detalla en los siguientes discursos:

“Trato de usar en la medida zapatos cómodos para poder tener facilidad y manejo, estabilidad en la mecánica corporal” (Laura – HRDT)

“La utilización de mascarilla, guantes, gorro, para mí esto es esencial la utilización del gorro por que los microbios se pueden alojar en las cejas y en el cabello; utilizar hasta el mandilón y de manera personal tengo mi propio uniforme para esta área”. (Eulisa – HVLE)

“Bueno en lo posible trato no puedo decir que es siempre; pero en lo posible porque es un poco incomodo; uso el respirador, usar guantes sobre todo y bueno después que termina el turno dándose un duchazo”. (Diana – HRDT)

En cuanto a la prevención de riesgos ergonómicos, dos participantes utilizan la mecánica corporal como estrategia para prevenir los problemas de movilización y procedimientos, además existe otra forma más compleja y beneficiosa para prevenir estos riesgos, como lo menciona el manual de salud y seguridad de los trabajadores en el sector salud (2005); “La capacitación y la educación de los trabajadores sobre cómo hacer los levantamientos no pueden, por sí mismas, tratar los problemas fundamentales de la manipulación de cargas. Se requiere

un enfoque más amplio, multidisciplinario, en el que empleadores y trabajadores trabajen juntos para reducir los riesgos de las tareas de manipulación y ayudar a prevenir lesiones o accidentes. Es decir, se necesita un enfoque sistemático para el manejo de los problemas de la manipulación de cargas conduzcan a estrategias basadas en la prevención”.

“En lo que respecta a nosotros, utilizo las técnicas ergonómicas para atender a un paciente que necesita ser movilizado”. (Luisa – HRDT)

“En cuanto a los procedimientos del paciente utilizo una mecánica corporal adecuada”. (Gustavo – HRDT)

A continuación presentamos una tabla comparativa en Asegurando el Cuidado Humano en los Riesgos donde encontraremos como es que cada hospital según sus participantes tienen semejanzas y diferencias en cuanto al Concepto de riesgos, Causalidad de riesgo y Cuidado de riesgo.

Tabla 3: TABLA COMPARATIVA EN ASEGURANDO CUIDADO HUMANO EN LOS RIESGOS

Atributo de comparación	Hospital Regional Docente de Trujillo	Hospital Víctor Lazarte Echegaray
Concepto de riesgo	Probabilidad de ocurrir un accidente por descuido, negligencia, manejo inadecuado de procedimientos o en todo caso porque suele suceder.	Probabilidad de ocurrir un accidente por manejo inadecuado de procedimientos.
Causalidad de riesgo	Personal joven con poca experiencia en procedimientos (accidentes por objetos punzocortantes).	No utilizar equipo de protección personal (gorro, mandilón). Al empezar el turno, verificar que los equipos estén operativos y los ambientes en orden.
Cuidado de riesgos	Tratan de utilizar las técnicas ergonómicas. Una buena manipulación del material punzo cortante. Uso de ventiladores, que de alguna manera va a ayudar con el control medio ambiental interno	Utilizar mandil en las oportunidades que está disponible. Utilizar uniforme exclusivo para el hospital.

	<p>Uso bolsas negras para desechar material no contaminado y bolsas rojas para desechar material contaminado.</p> <p>Utilización de zapatos cómodos para poder tener facilidad y manejo, estabilidad en la mecánica corporal.</p> <p>Tratar de arreglar las sillas y verificar que los pasadizos estén libres</p>	
--	---	--

Semejanzas:

En cuanto a la causalidad del riesgo:

- Inadecuada mecánica corporal.
- Por malas maniobras de bioseguridad
- No utilizar equipo de protección personal (guantes, mascarilla).
- no usamos adecuadamente los medios de bioseguridad.
- A veces no utilizan el lavado de manos antes de atender a los pacientes.

En cuanto a los cuidados:

- Gestionar con los servicios de hospitalización para descongestionar los ambientes de emergencia.
- Utilizar materiales equipos de protección personal (guantes, respirador N95)
- Buena técnica de lavado de manos.

En la Tabla 3; con el fin de estudiar los saberes teóricos prácticos de los/las participantes en cuanto a Asegurando el Cuidado Humano en los Riesgos de cada hospital, encontramos que los

participantes del HRDT definen a este riesgo como la probabilidad de ocurrir un accidente por descuido, negligencia, manejo inadecuado de procedimientos o en todo caso porque suele suceder.; mientras que los participantes del hospital HVLE lo definen como la probabilidad de ocurrir un accidente por manejo inadecuado de procedimientos.

Los participantes HRDT evidencian este riesgo debido a que existe personal joven con poca experiencia en procedimientos (accidentes por objetos punzocortantes). Mientras que los participantes del HVLE lo evidencia debido no utilizar equipo de protección personal (gorro, mandilón) y al empezar el turno, verificar que los equipos estén operativos y los ambientes en orden.

Sin embargo los profesionales de los HRDT y HVLE convergen en cuanto a la causalidad del riesgo: Inadecuada mecánica corporal, por malas maniobras de bioseguridad, No utilizar equipo de protección personal (guantes, mascarilla), no usamos adecuadamente los medios de bioseguridad, A veces no utilizan el lavado de manos antes de atender a los pacientes.

Así mismo convergen en cuanto a los cuidados actividades como: gestionar con los servicios de hospitalización para descongestionar los ambientes de emergencia, utilizar materiales equipos de protección personal (guantes, respirador N95)

- **RIESGOS Y ESTILOS DE VIDA:**

EL MANUAL DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES EN EL SECTOR SALUD (2005); refiere que el desarrollo de un pueblo depende de la salud de sus trabajadores; es por ello que la promoción de la salud presenta un enfoque de mayor comprensión de la salud y la seguridad de los trabajadores y acerca de su mejor desempeño. Esto ayudará a prevenir lesiones y enfermedades a través de la sustitución de situaciones y comportamientos riesgosos. Asimismo, al promover un estilo de vida saludable, el enfoque no sólo se dirigirá al ambiente de trabajo, sino también hacia los otros tipos de riesgos o factores protectores en la vida de los trabajadores.

- **RIESGOS POR INADECUADOS ESTILOS DE VIDA:**

Aquí los profesionales hacen referencia a sus estilos de vida que realizan para una mejora de su salud y la seguridad de su trabajo.

A continuación se detallan algunos discursos que evidencian lo descrito.

“En los horarios muchas veces no tienes un descanso adecuado, entonces ese tiempo que no descansas te va a predisponer; por el cansancio, agotamiento físico; a cometer algún error que te podría conllevar a algún accidente laboral, entonces influye mucho que como profesionales de salud realicemos una actividad y nos tomemos el tiempo prudencial

de descanso para poder llegar al servicio y hacer nuestro trabajo sin tanto desgaste, que te permita cumplir tus horas”.

(Cristian – HRDT)

“Muchas veces la/el enfermera/o tampoco toma sus medidas, por ejemplo no se alimenta, trabaja derrepente con estrés; estrés propio del servicio; otra cosa que también acá no se cuida cuando un personal que trabaja 12 horas; como en otros países; debe tener lugares y espacios donde por lo menos de 15 a 20 minutos se dé una relajadita para poder recobrar energía, pero eso ni siquiera lo toman en consideración”.

(Raquel – HRDT)

Hay riesgos exteriores o por ejemplo, como la alimentación puede ser. (Katy – HVLE)

“Lo que nos ayuda más que nada es nuestra vocación; porque las guardias, el trabajo que se tiene en los servicios; sobre todo en sectores públicos como en hospitales estatales; el trabajo es arduo, constante y la responsabilidad que uno tiene; tanto del paciente, como de la infraestructura; no solo es cuidar al paciente sino también el material, el equipo, todo eso tensiona y nos afecta emocionalmente”. (Laura – HRDT)

Otro aspecto muy importante para el aumento de riesgos y enfermedades ocupacionales es el aspecto psicológico, donde una participante refiere que el trabajar en hospitales estatales y la

responsabilidad que se tiene al cuidar pacientes, material y equipos; son generadores de tensión y afectan emocionalmente.

GUTIÉRREZ (2004); STONER (2002); el ambiente laboral de las enfermeras, especialmente en las unidades de hospitalización y emergencia suelen ser estresantes y se exponen a riesgos específicos con agentes biológicos, químicos, físicos y psicosociales.

ENCISO (1997); el trabajo hospitalario es intenso en carga física y mental, y extenso en horarios, particularmente en servicios como urgencias, cuidados intensivos, servicios de recuperación quirúrgica, salas de trabajo de parto, servicios de psiquiatría. En todos los servicios se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos, de sus familias y del personal de salud que en su conjunto son generadoras de estrés emocional y fatiga.

MINISTERIO DE TRABAJO (2001); la jornada laboral de la enfermera (o) tendrá una duración máxima de treinta y seis horas semanales o su equivalente de ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna. Sin embargo los diversos roles que desempeñan pueden contribuir a incrementar la sobrecarga laboral, ocasionándose en estos fatiga, cansancio y estrés; los cuales pueden predisponer a un mayor riesgo de accidentabilidad.

➤ FOMENTO DE DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:

Los profesionales de Enfermería destacan la importancia de los Estilos de Vida Saludables en la prevención de riesgos y enfermedades ocupacionales, dentro de las medidas se destaca, alimentación saludable, descanso e higiene personal.

“Antes de salir de casa; antes de venir a mi jornada laboral; trato de descansar el mayor tiempo posible, trato de tomar mis alimentos; sobre todo los básicos, importantes, nutricionales; cuando salgo del trabajo igual, llegar a casa, despojar la ropa contaminada, el baño diario y todas esas cosas que no solo son para protegerme sino para el resto de mi familia”. (Laura – HRDT)

“....Me alimento, eso para mí es una regla de oro”. (Raquel – HRDT)

“Descansar de forma prudencial después de una jornada laboral para poder cumplir con todas las actividades y evitar algún accidente por cansancio o agotamiento físico”. (Cristian – HRDT)

“Trato de venir siempre dispuesta a trabajar, para mí el aseo es importante porque el baño me relaja, descanso antes de una guardia”. (Raquel – HRDT)

Como podemos apreciar dos participantes de acuerdo a sus características personales han implementado estrategias para prevenir el estrés y el agotamiento físico, sin embargo es responsabilidad de la institución implementar estrategias para el manejo de estrés como lo menciona el manual de salud y seguridad de los trabajadores en el sector salud (2005); “implica realizar cambios institucionales y de la organización, incluidos el mejoramiento de la comunicación en el lugar de trabajo y el apoyo para el cambio del personal, con estrategias como el entrenamiento físico, el relajamiento y el manejo adecuado del tiempo.

Tabla 4: TABLA COMPARATIVA EN RIESGOS Y ESTILOS DE VIDA

Atributo de comparación	Hospital Regional Docente de Trujillo	Hospital Víctor Lazarte Echeagaray
Concepto de riesgo	Probabilidad de ocurrencia de un accidente en el personal de salud inadecuados estilos de vida (descanso, nutrición e higiene).	Probabilidad de ocurrencia de un accidente en el personal de salud inadecuados estilos de vida (alimentación).
Causalidad de riesgo	Por el agotamiento físico y emocional.	Por el agotamiento físico.
Cuidado de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> – Nutrición balanceada. – Higiene personal después de 	

	<p>la jornada laboral (como cuidado físico y como terapia de relajación)</p> <p>– Descanso antes de una guardia.</p>	
<p>Semejanzas:</p>		

En la Tabla 4; con el fin de estudiar los saberes teóricos prácticos de los/las participantes en cuanto a Riesgos y Estilos de Vida de cada hospital, encontramos que los participantes del HRDT definen a este riesgo como la probabilidad de ocurrencia de un accidente en el personal de salud inadecuados estilos de vida (descanso, nutrición e higiene); asimismo los participantes del hospital HVLE lo definen como la probabilidad de ocurrencia de un accidente en el personal de salud inadecuados estilos de vida donde solo hace referencia a la alimentación.

Los participantes HRDT evidencian este riesgo debido al agotamiento físico y emocional. Mientras que los participantes del HVLE solo identifican a agotamiento físico.

En esta categoría solo los profesionales del HRDT identificaron actividades tales como: nutrición balanceada, higiene personal después de la jornada laboral (como cuidado físico y como terapia de relajación) y

el descanso antes de una guardia. Para prevenir daños y/o riesgos ocupacionales.

V. CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación evidenció cuatro categorías respecto a los Saberes Teóricos – Prácticos sobre Riesgos Ocupacionales en las unidades de Emergencia del HRDT y HVLE: ***Riesgos y Recursos Físicos; Riesgos y Recursos Humanos; Asegurando Cuidado Humano En Los Riesgos; Riesgos y Estilos De Vida***. Reveladas a través de los discursos brindados por las/os entrevistadas/os. En las cuales se encontraron semejanzas y diferencias en los saberes teórico prácticos la/el enfermera/o en ambas instituciones.

En la Categoría de ***Riesgos y Recursos Físicos*** sobre riesgos ocupacionales las/os enfermeras/os evidencian un saber Científico – Técnico. Definen a los Riesgos y Recursos Físicos como la probabilidad de ocurrir un daño en el área de salud tras sufrir un accidente debido a la escasez y/o falta de materiales y equipos. Así como a la falta y/o inadecuada infraestructura. Identificando de manera relevante los riesgos biológicos y ambientales; sin mencionar los riesgos químicos a los que se exponen, Siendo las semejanzas entre el HRDT y HVLE los espacios limitados, cerrados y poco ventilados, así mismo la diferencia es que en el HRDT existe la escasez de materiales; como jabón y

mascarillas; e inadecuada Infraestructura; mientras en el HVLE los materiales se encuentran en mal estado y no cuentan con Infraestructura adecuada para una unidad de Emergencia.

En la Categoría de **Riesgos y Recursos Humanos** sobre riesgos ocupacionales las/os enfermeras/os evidencian un saber Científico – Técnico sobre riesgos ocupacionales las/os enfermeras/os. Definen a los Riesgos y Recursos Humanos como la probabilidad de ocurrir un daño en el área de salud debido a la falta de personal(HVLE) y por la falta de materiales para la atención a los pacientes (HRDT); Coincidiendo ambas Instituciones en la importancia de mantener una comunicación horizontal con las autoridades del hospital para solucionar y prevenir los riesgos ocupacionales a través del abastecimiento de materiales y disposiciones para la contratación de personal en áreas críticas como la emergencia; sin embargo existe a la fecha falta de interés por escuchar y dar solución a esta problemática.

Las/os Profesionales de ambas instituciones resaltan Coordinación con la parte Administrativa para el abastecimiento de material, lo cual no siempre se cumple, por lo tanto ellas/os tratan de implementar algunas medidas, como evitar la saturación de los ambientes, evitar el contacto directo, eliminar el material punzo cortante de forma adecuada, no encapuchar las jeringas antes de eliminarlas y

no permitir el ingreso de alimentos perecibles; sin embargo cabe mencionar que el hospital tiene la responsabilidad en cuanto a los espacios, abastecimiento de materiales y equipos.

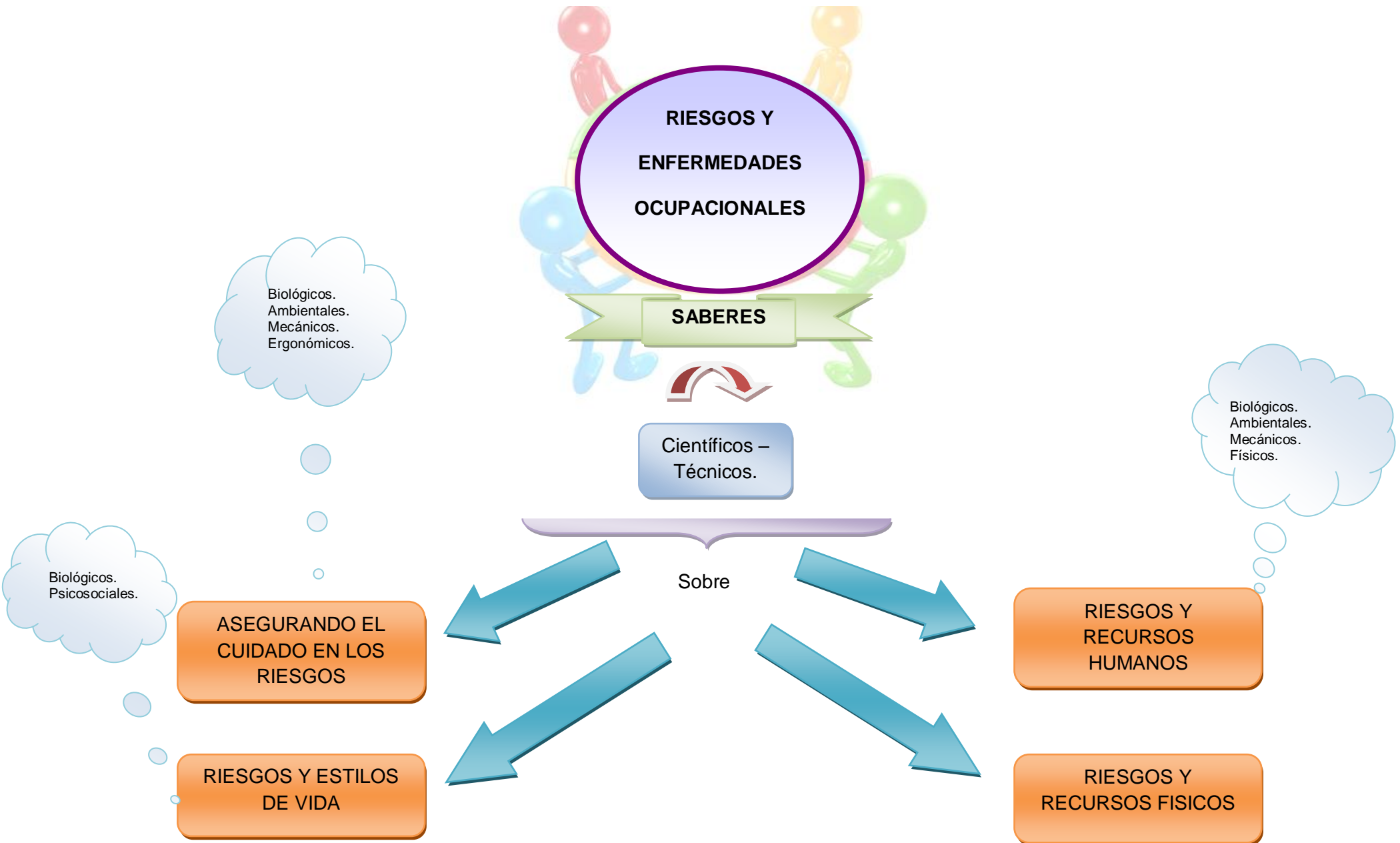
Así mismo se identifica el riesgo que generan las conexiones eléctricas, manifestando que realiza la comunicación con las instancias superiores, resultando poco interés por estos riesgos ocupacionales.

En la Categoría de ***Asegurando Cuidado Humano En Los Riesgos*** sobre riesgos ocupacionales las/os enfermeras/os definen a los riesgos como la probabilidad de ocurrir un daño en el área de salud por descuido, negligencia, manejo inadecuado de procedimientos o en todo caso porque suele suceder, ya sea debido a personal joven con poca experiencia en procedimientos (accidentes por objetos punzocortantes) o por no utilizar equipo de protección personal (gorro, mandilón). Las/os Profesionales de ambas instituciones realizan un cuidado preventivo, mediante acciones dirigidas a evitar el contacto con pacientes de alto riesgo, sangre y secreciones. Resaltando el uso de guantes, mascarilla, lavado de manos, adecuado manejo de material punzo cortante, uso de gasas y algodones; así mismo el uso de la mecánica corporal como estrategia para prevenir los problemas relacionas a movilización de pacientes y la realización de procedimientos.

Siendo esta categoría, donde no se cumple siempre con las medidas de prevención, debido a la falta de material, el apuro, la demanda de pacientes y la incomodidad que resulta al usar el respirador.

En la Categoría de **Riesgos y Estilos De Vida** sobre riesgos ocupacionales las/os enfermeras/os definen a los riesgos como la probabilidad de ocurrir un daño en el área de salud por inadecuados estilos de vida (descanso, nutrición e higiene). Las/os Profesionales resaltan la alimentación saludable, descanso adecuado y una buena higiene personal; así también hacen uso de zapatos cómodos y el uso de estrategias para evitar el cansancio y estrés, como el descanso adecuado y el baño como forma de relajamiento.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE LOS RIESGOS Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES



VI. RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones posteriores en otros ámbitos para poder comparar, buscar convergencias y divergencias que permitan fortalecer la Investigación en el área de la Salud Ocupacional.

Las instituciones formadoras de Enfermería tendría que incluir en sus experiencias curriculares el estudio de la Salud Ocupacional, teniendo como base los resultados de la presente investigación: Saberes Teóricos Prácticos sobre riesgos ocupacionales.

Implementar Programas Educativos en las instituciones de Salud que favorezca la Prevención de Riesgos Ocupacionales, teniendo en cuenta las categorías obtenidas en el presente trabajo de investigación.

Implementar Programas de Sensibilización para el personal y para las autoridades competentes, con el fin de disminuir los riesgos ocupacionales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA y MORALES (2005) Frecuencia de accidentes laborales y algunos factores contextuales en el personal profesional y técnico asistencial que labora en un hospital público de Trujillo. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

AVOLIO, S. y DOLORES, M. (2006) Cómo se construye el saber hacer profesional. Saberes y Habitus. Acceso abril 2010. Disponible en:

http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/ens_eva/pdf/cap4.pdf

BARRANTES, L. (2009) El Modulo Del Diplomado En Salud Ocupacional. Trujillo – Perú.

BUSTAMANTE, S. (2002) Concepto, Sujeto, Objeto y Método de Enfermería. Revista Peruana Enfermería. Investigación y Desarrollo. Trujillo – Perú.

EL PERUANO (1998) Norma Legal: D.S.: 003-98-S.A. “Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo”.

GALLARDO M., MASA J., FERNANDEZ R., IRALA J., MARTINEZ D., DIAZ C. (1997) Factores asociados a los accidentes por exposición percutánea en personal de enfermería en un hospital de tercer nivel. Revista Española de salud pública. Vol 71 n. 4. Madrid España.

GESTAL, J (1997) Riesgos Biologicos. En: Benavides F, Ruiz C, García A. Salud Laboral: Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales. Editorial Masson. Barcelona – España.

GRUPO ESPAÑOL Y REGISTRO DE ACCIDENTE BIOLÓGICOS EN TRABAJADORES DE ATENCIÓN DE SALUD (1995) Accidente biológicos en profesionales sanitarios. Epidemiología y prevención. Madrid: Insalud.

HERNÁNDEZ, R.; C. FERNÁNDEZ Y P. BAPTISTA (2004) Metodología de la Investigación. 3era ed. Edit. Mc Graw Hill. Santa Fe de Bogotá.

LÁZARO, D. (2003) As Dimensões do Cuidado à Criança: um Diálogo entre Famílias e Equipe de Saúde na Comunidade. (Tese de Doutorado) Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN.

LÓPEZ, L. y RODRÍGUEZ, A. (2009) Psicología del Trabajo. Ediciones Pirámide. Madrid – España.

MALVÁREZ, S. Y CATRILLÓN, M (2005) Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. Washington.

MARTINEZ DE LA TEJA, G (2000) Ergonomía Hospitalaria. La prevención de las lesiones de la espalda en el trabajo hospitalario. Acceso enero 2010. Disponible en:

http://www.ergoprojects.com/contenido/articulos_28, 86, 87

MARRINER, A. (1997) Modelos y teorías en enfermería. 3era Edic. Edit. Harcourt Brace. España.

MINAYO, M. (1997) El reto del conocimiento científico: la investigación cualitativa en salud. 2^{da} ed. Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.

MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO (2001) Jornada Laboral de la Enfermera. Acceso enero 2010. Disponible en:
http://www.mintra.gob.pe/legislación/dispositivos_legales/ley_26669.asp

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (2002) Salud ocupacional. Acceso enero 2010. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/html/site/salud_ocup.asp

NAVARRETE N., MUÑOZ O. y COLS (1998) Infecciones Intrahospitalarias en Pediatría. 1era edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México pp. 201.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (2005) Manual de Salud y Seguridad de los Trabajadores en el Sector Salud. Washington, D.C. 20037.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (2000) Seguridad e higiene de trabajo en los servicios médicos y de salud. Acceso enero 2010. Disponible en:

<http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/repind61/ectsms/ectsms.html>

PARRA, S; PARAVIC, T (2002) Satisfacción laboral en enfermeros que trabajan en el sistema de atención medica de urgencias (SAMU) en la región metropolitana y VIII región de Chile. Tesis de Maestría: Universidad de Concepción, Chile. Acceso enero 2010. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0717-955320020002000055&lng=pt&nrm=iso&tlng=es.sthm

POLETTI, R. (1997) Cuidados de Enfermería: Tendencias y conceptos actuales. 2da. Edic. Edit. Mosby Company. España.

REÁTEGUI, E. (2008) Saber sobre Promoción de la Salud en Familias y Personal de Salud. Tesis para optar el Grado de Dra. en Salud Pública – UNT. Perú.

RESCALVO, S. (1998) Vigilancia de la salud de los trabajadores. Publicación institucional de Ibermutuamur. España.

SANCHEZ, G. (1998) Salud Laboral. Acceso enero 2010. Disponible en:

http://www.oit.org.pe/spanish/260/amen/oitreg/activid/pryoyectos/ipec/doc/documentos/salud_practicip_trans.pdf

SANCHEZ, M. (2000) Enfermería Comunitaria: Conceptos de salud y factores que lo condicionan. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana S.A. de C.V. España.

VELASQUEZ, G. y GOMEZ, P. (1996) Fundamentos de medicinas SIDA, enfoque integral. Editorial cooperación para investigaciones biológicas. Colombia.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DPTO. DE SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Entrevista N°:

C.E.P.:

Edad:

Lugar:

Fecha:

Hora:

Tiempo Laboral en Emergencia:

OBJETIVO:

Conocer los saberes teóricos prácticos sobre riesgos y enfermedades ocupacionales que tiene y realiza la enfermera de la unidad de emergencia.

PREGUNTAS:

- 1.- ¿Qué conoce sobre riesgos ocupacionales?
- 2.- ¿Qué hace para disminuir los riesgos ocupacionales durante su jornada laboral en la unidad de emergencia?
- 3.- ¿Qué hace Ud. en sus labores diarias que aumenten los riesgos ocupacionales?

ANEXO Nº 2

TERMINO DE CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN

Después de haber sido debidamente informada/o de los aspectos que conciernen la presente investigación y teniendo garantizado el anonimato, doy el consentimiento de mi participación; así como el derecho de retirarme en caso sea mi decisión.

Nombre:

Fecha:

C.E.P. N°

ANEXO Nº 3

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Yo, **Dr. SEBASTIAN BUSTAMANTE EDQUEN.** , Profesor Principal del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, me comprometo a brindar **ASESORÍA** en la elaboración del Proyecto de Investigación titulado;

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMERGENCIA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SABERES TEÓRICOS PRÁCTICOS DEL/A ENFERMERO/A, EN DOS HOSPITALES PUBLICOS DE TRUJILLO 2012

Del Bachiller CARLOS JOCSAN CASANOVA SAUCEDO, egresado de la Facultad de Enfermería.

Expido la presente para los fines que el interesado crea conveniente.

Dr. Sebastián Bustamante Edquen.
Prof. Princ.