

Seguridad y
salud
en el trabajo:
Programa de
gestión para
las enfermeras



Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación, en su totalidad o en parte, por impresión, medios fotostáticos o cualquier otro medio, su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin autorización expresa y por escrito del Consejo Internacional de Enfermeras. Pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2007 CIE – Consejo internacional de enfermeras,
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN : 92-95040-85-6

Impresión: Imprimerie Fornara, Ginebra

Seguridad y salud en el trabajo: Programa de gestión para las enfermeras

BIOGRAFÍA DEL AUTOR	3
INTRODUCCIÓN	5
EL RIESGO PROFESIONAL Y SUS REPERCUSIONES EN LAS ENFERMERAS Y EN SUS PACIENTES	8
MARCO PARA EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	16
LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD	28
CONCLUSIÓN	36
REFERENCIAS	38
APÉNDICE A	
– LISTA DE LAS ENFERMEDADES LABORALES, DE LA OIT	44
APÉNDICE B	
– UN CASO COMO EJEMPLO	
– EL PROYECTO DE CUIDADOS SEGUROS	50
APÉNDICE C	
DECLARACIÓN DE POSICIÓN DEL CIE SOBRE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LAS ENFERMERAS	56

BIOGRAFÍA DE LA AUTORA

Elaine M. Papp, RN, MSN, COHN-S/CM, está especializada en el establecimiento y la gestión de sistemas de seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras, después de haber trabajado para el sector industrial, organizaciones no gubernamentales y gubernamentales y para organismos del gobierno de los Estados Unidos, entre ellos la Administración estadounidense de salud y seguridad en el trabajo. En el plano internacional, ha contribuido a la planificación de la Bienal EE.UU./UE de 2005 sobre seguridad y salud en el trabajo y la Conferencia de salud, y ha dedicado tiempo al trabajo en la OMS y en el CIE, colaborando en las *Directrices para las enfermeras dedicadas a los cuidados y la lucha contra la tuberculosis y la tuberculosis resistente a múltiples medicamentos, del CIE*. Actualmente está escribiendo algunos capítulos para el Programa de la OIT de Mejoras laborales para las pequeñas empresas. Es especialista titulada en enfermería de salud e higiene en el trabajo por el Consejo estadounidense de salud en el trabajo para las enfermeras y ha sido miembro de ese Consejo.

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras contraen enfermedades y sufren lesiones en el trabajo y discapacidades por su exposición a los riesgos laborales. A consecuencia de ello, la comunidad mundial está perdiendo miembros importantísimos del equipo de atención de salud, lo que complica la crisis ya existente de personal de enfermería y afecta de manera perjudicial a la salud y bienestar de la población del mundo. Esta pérdida innecesaria obstaculiza gravemente la consecución de las Metas de desarrollo para el milenio, de las Naciones Unidas. Asimismo, influye de manera perjudicial en la capacidad de la comunidad mundial para satisfacer las metas de la atención primaria de salud que se definen en la Declaración de Alma Ata 1978 de la OMS / UNICEF (OMS 1978).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoció hace más de 29 años la necesidad de lugares de trabajo seguros y saludables para las enfermeras (Convenio 157 de la OIT y Recomendación concomitante 147, 1977). En la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) viene poniéndose de relieve, desde 1979, el valor de las enfermeras para la comunidad mundial y se ha abordado la necesidad de fortalecer los servicios de enfermería y obstetricia, y de facilitar a las enfermeras entornos de trabajo saludables (AMS 36.11, 42.27, 45.5, 49.12 y 54.12). Organismos internacionales, nacionales y locales y numerosas entidades del Estado han aplicado políticas y reglamentos para proteger a las enfermeras.

Sin embargo, a pesar del amplio apoyo que han merecido los programas de salud y seguridad, en todo el mundo las enfermeras siguen expuestas a riesgos laborales graves y evitables. En muchas comunidades no se aplica la política de la OIT de "mejorar las leyes y reglamentos vigentes sobre seguridad y salud en el tra-

bajo adaptándolos a la especial naturaleza del trabajo de la enfermería y del entorno en el que éste se realiza” (OIT 1977). Muchos empleadores de atención de salud afirman que no pueden financiar programas de salud y seguridad, equipos de protección del personal, ni una tecnología más segura para los objetos cortantes y punzantes.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) está convencido de que esas afirmaciones son imprecisas y de corto alcance. El CIE cree que el gasto no radica en proteger a las enfermeras sino en perderlas. La falta de programas de salud y seguridad en el trabajo en el entorno de la atención de salud no puede ignorarse por más tiempo ante las crecientes necesidades de atención de salud y la crítica escasez de enfermeras en la práctica activa.

El CIE fomenta los entornos de trabajo seguros como medio para fortalecer la práctica de enfermería y fomentar la calidad de los cuidados dispensados. Estamos convencidos de que los gobiernos, las comunidades, las asociaciones nacionales de enfermería (ANE), los empleadores del sector de la atención de salud y las enfermeras han de colaborar para desarrollar una cultura fuerte, coherente y amplia de salud y seguridad en el sector de la atención de salud.

Directrices del CIE para unos programas fuertes y sostenibles de salud y seguridad para las enfermeras

- 1. Dialogar sobre las consecuencias que los entornos de trabajo no saludables e inseguros tienen para las enfermeras y sus pacientes en todo el mundo.*
- 2. Presentar un planteamiento sistemático de gestión del riesgo para proteger a las enfermeras en el trabajo, utilizando un marco amplio para una gestión programada de la salud y seguridad en el trabajo.*
- 3. Definir los derechos y las responsabilidades de los diversos niveles de la enfermería en relación con la salud y seguridad laboral, con inclusión de los dispensadores de cuidados directos, los profesionales independientes o las enfermeras de atención directa empleadas, las enfermeras gestoras, los empleadores, las asociaciones nacionales de enfermería, y la comunidad.*
- 4. Estudiar los problemas de la compensación de las enfermeras que se lesionan o enferman por la exposición a los riesgos laborales.*

Aun cuando el centro de interés se pone en el entorno laboral de las enfermeras, las consecuencias de unos programas fuertes de salud y seguridad se harán sentir naturalmente en todo el sistema de salud, por los pacientes, por el personal de salud y por los empleadores.

EL RIESGO PROFESIONAL Y SUS CONSECUENCIAS EN LAS ENFERMERAS Y EN SUS PACIENTES

Contribuciones de la enfermería a la salud mundial

Las enfermeras constituyen el grupo principal dispensador de atención primaria de salud a todos los niveles, manteniendo vínculos entre las personas, las familias, las comunidades y el resto del sistema de salud. Trabajando con otros miembros del equipo de cuidados de salud, con otros sectores o individualmente, las enfermeras exploran modos nuevos y mejores para la preservación del bienestar, o el mejoramiento de la salud, previniendo la enfermedad y la invalidez. Las enfermeras mejoran la equidad y el acceso a los cuidados, y aportan calidad a los resultados de los cuidados de salud.

Declaración de posición del CIE, Las enfermeras y la atención primaria de salud, 2000

Las enfermeras son el principal pilar de la salud en todo el mundo. Trabajan en contextos diversos, tales como hospitales, casas de convalecencia, gabinetes médicos, clínicas, casas de salud, con los vagabundos sin hogar y en campos de refugiados, centros sanitarios de día, escuelas y el sector industrial. Trabajan en las zonas rurales y en las ciudades.

Las enfermeras prestan una amplia diversidad de servicios a los pacientes y a sus comunidades, desde las inmunizaciones, los primeros cuidados, y enseñar a los pacientes a cuidarse a sí mismos, hasta abogar a favor de una mejor salud de la comunidad y ejercer influencia ante los gobiernos a favor de políticas de salud sostenibles. En resumen, las enfermeras no sólo dispensan cuidados directos a los pacientes, sino que también desempeñan una función esencial en la pre-

vención de lesiones y enfermedades que requieren hospitalización e intervención médica.

“Las enfermeras son de vital importancia. Sin ellas no podrían conseguirse las Metas de desarrollo para el milenio (MDM), de las Naciones Unidas. Los servicios de enfermería y obstetricia son un recurso vital para alcanzar los objetivos de salud y de desarrollo. Para conseguir mejorar los resultados de los sistemas de salud, es preciso actuar urgentemente con el fin de superar los problemas que frenan gravemente la contribución que estos servicios pueden hacer a la visión de una mejor salud para todas las comunidades”.

Dra. Gro Harlem Bruntland, ex Directora General de la OMS, OMS 2002: Informe del Grupo sobre Dirección estratégica para la enfermería y partería: 2002-2008, p.vii.

MDM 1: Erradicar la pobreza y el hambre extremas – Las enfermeras entienden la relación que hay entre pobreza, enfermedad, y mortalidad. Sirven a los pobres: desde los refugiados de los campamentos de Somalia hasta los pobres sin hogar de las calles de Toronto, Canadá.

MDM 3: Promover la igualdad de los géneros y capacitar a las mujeres – Las enfermeras sirven a las niñas y a las mujeres del mundo enseñándoles la importancia que tienen los cuidados de salud, el agua potable y la nutrición.

MDM 4: Reducir la mortalidad infantil – Las enfermeras entienden que los niños son nuestro futuro. Inmunizan a éstos en el mundo entero y enseñan a sus padres el valor de los servicios sanitarios y de la higiene, y la importancia de un pronto tratamiento de la diarrea.

MDM 5: Mejorar la salud materna – Las enfermeras trabajan con las jóvenes embarazadas enseñándoles a cuidarse durante su embarazo y después del nacimiento del niño. Las enfermeras matronas aportan en todo el mundo una experiencia de alumbramiento seguro y limpio para millares de mujeres cada día.

MDM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades – Las enfermeras son las dispensadoras de atención en el mundo y prestan cuidados en innumerables contextos, desde el trabajo de aplicar la terapia de la prevención, el tratamiento y la estrategia contra la tuberculosis en clínicas estadounidenses de tuberculosis hasta prestar servicios a pacientes del SIDA en Sudáfrica, recorriendo muchos kilómetros cada día. Son el centro neurálgico de la atención de salud: no sólo dispensan tratamientos físicos, sino también apoyo emocional – dan la mano a los pacientes, se cercioran de que las familias comprenden la enfermedad y los cuidados. Las enfermeras aportan el elemento humano a los cuidados de salud.

Consecuencias que tienen para las enfermeras unas condiciones laborales de inseguridad e insalubridad

Si bien las enfermeras son esenciales para la salud de la población mundial, ellas mismas se ven con frecuencia en situaciones de peligro físico. En todo el mundo las enfermeras están expuestas cada día a diversos riesgos de salud y seguridad, como los siguientes:

- Biológicos, por ejemplo enfermedades como la tuberculosis, el VIH/SIDA, la neumonía atípica;
- Ergonómicos, por ejemplo al levantar pesos;
- Psicosociales, por ejemplo la violencia y el estrés;
- Químicos, por ejemplo el gluteraldehído, el óxido de etileno; y
- Físicos, por ejemplo la radiación, resbalones, y caídas.

Trabajar en la atención de salud se ha hecho peligroso. En 2003, los trabajadores de atención de salud en los Estados Unidos sufrieron más tiempo perdido por lesiones y enfermedades que los trabajadores de la construcción y otros trabajadores (USDOL 2003). En 1997, en Suecia y en Alemania, el número de informes de enfermedades laborales o de inconvenientes relacionados con la profesión entre los trabajadores de atención de salud fue superior a la media nacional - 4 por 1.000 frente a 3 por 1.000. Los más frecuentemente notificados fueron las enfermedades de la piel y los dolores musculares y de los huesos (Hasselhorn, Toomingas and Lagerstrom 1999, p.2).

Según estimaciones, la exposición a riesgos biológicos tales como los del VIH y las hepatitis B y C, tienen graves efectos en la enfermería. Si bien no se dispone de todos los datos sobre las lesiones y enfermedades de las enfermeras en los países en desarrollo, se ha conseguido cierta información sobre las heridas por objetos cortantes y punzantes y sobre las infecciones por patógenos de transmisión sanguínea. En los países en que la prevalencia del VIH es la más elevada del mundo, las enfermeras sufren cada año un promedio de dos a cuatro heridas por objetos cortantes o punzantes, lo que hace aún mayores sus probabilidades de contraer el VIH, o las hepatitis B o C. En un estudio sobre los trabajadores de salud en tres hospitales de la India se comunicaba que el 60% de los que respondieron (35 de los cuales eran enfermeras) confirmaron que el contacto con la sangre, sin el equipo personal protector, se producía cada semana entre "muchas veces" y "siempre". Nueve de las 35 enfermeras dijeron que las heridas por objetos punzantes o por vidrios rotos, cuando no se tenía equipo protector personal, sucedían todos los días (PRIA 2005).

La carga de la enfermedad contraída por esas exposiciones es todavía objeto de investigación. Los resultados de un estudio (que utilizó un método de probabilidades para hacer una estimación de la carga mundial de enfer-

medad que causan las lesiones por objetos cortantes o punzantes) demostró que, en ciertas regiones de África y Asia, casi la mitad de los casos de infección de hepatitis B y C entre las enfermeras pueden atribuirse a heridas causadas por objetos cortantes o punzantes. Según el mismo estudio, en las regiones desarrolladas en que se han desplegado iniciativas de prevención de las heridas por objetos cortantes o punzantes, se atribuyen a esas heridas el 8% de los casos de hepatitis C y menos del 10% de los de hepatitis B. Esto pone de relieve el valor de los programas de prevención en el sector de la atención de salud (Priuis-Utin, Rapiti and Hutin 2003).

Además de los riesgos biológicos, los desórdenes oseomusculares (DOM) relacionados con la actividad física de la enfermería – levantamiento y traslado de pacientes – sigue causando altos índices de morbilidad en las enfermeras e importantes pérdidas de tiempo de trabajo. Un análisis epidemiológico de las reclamaciones de pagos, hecho en 1990 en Inglaterra, Dinamarca, los Estados Unidos e Israel, mostró que las enfermeras tenían una probabilidad 5,1 veces mayor que los cajeros de hacer reclamaciones de pagos en relación con lesiones de la espalda (Harber 1990). Un estudio sobre las enfermeras y los maestros en Ghana mostró que las enfermeras tenían un índice de dolores renales 21,5 veces mayor que los maestros (Dovlo 2005). De las 844 enfermeras que completaron un cuestionario en el Japón, el 85,5% sufría un desorden oseomuscular en un periodo de 12 meses (Smith, Mihasi, Adachi, Koga and Isitake 2006).

Los problemas psicosociales, tales como la violencia, también afectan a la profesión de enfermería. En 2003, el 73,5% de las 200 enfermeras entrevistadas en uno de los estados de Australia comunicaron que habían sufrido un acto de violencia en los doce meses anteriores a la entrevista. Esos actos de violencia incluían los abusos verbales, amenazas, ataques, empujones, y otros. Treinta y siete de esas enfermeras

comunicaron que habían sido atacadas (Mayhew and Chappell 2003). Un estudio reciente de 200.000 médicos y enfermeras de 130 hospitales generalistas de los Países Bajos reveló que el 90% han sufrido violencia mental y física, el 78% han experimentado intimidación sexual y más del 50% del personal del hospital ha sido amenazado con armas (Franx 2005).

Estos datos estadísticos apuntan a consecuencias muy reales. Muchas enfermeras han sufrido heridas o han enfermado a consecuencia de su exposición en lugares de trabajo peligrosos y han abandonado la profesión. Muchas jóvenes se apartan hoy de la profesión de enfermería por miedo a contraer enfermedades contagiosas graves. Según una encuesta hecha en los Estados Unidos, el 75,8% de las enfermeras encuestadas dijeron que unas condiciones de trabajo inseguras interfieren con su capacidad para prestar cuidados de calidad. El 88% indicaron que las preocupaciones de salud y seguridad influyen en sus decisiones sobre el tipo de trabajo de enfermería que hacen y en el hecho de que vayan a seguir, o no, ejerciendo la enfermería (Houle 2001, p.6).

Consecuencias para la salud de los pacientes

La enfermería está inseparablemente vinculada a la seguridad de los pacientes. Unas condiciones de trabajo deficientes para las enfermeras y unos niveles inadecuados de dotación de personal hacen que aumente el riesgo de errores.

Institute of Medicine of the National Academies Report "Keeping Patients Safe, Transforming the Work Environment of Nurses (IOM 2003; Stone 2004).

Estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que unas proporciones más elevadas de los cuidados prestados por enfermeras diplomadas dan

lugar a unos índices más bajos de infecciones del tracto urinario, menos casos de sangrado gastrointestinal, menos incidencia de neumonía y menor número de incidentes de ataque, paro cardíaco, sepsis, y trombosis en venas profundas (Needleman, Buerhous, Mattke, Stewart y Zelevinsky 2002). “Con una enfermera más por paciente y día se reducen en más de la mitad las probabilidades de muerte” (Curtin 2003, p.6). Varios estudios realizados en los Estados Unidos han confirmado la relación entre la carga de trabajo del personal de enfermería, la rotación de las enfermeras y los resultados obtenidos en los pacientes (Aiken, et al, 2002, Aiken et.al. 2003; Steinbrook, 2002; Sulmasky y McIlvane, 2002; Unruh, 2003).

Por otra parte, un índice elevado de rotación de las enfermeras resulta muy caro. Según un estudio, las organizaciones con una elevada rotación de las enfermeras gastaban, por cada alta hospitalaria, un 36% más que los hospitales en los que la rotación del personal era menor (Gelinas and Bohlen 2002). Con seguridad, esto va en contra de las afirmaciones de los empleadores de que la protección de la salud y la seguridad de las enfermeras son demasiado caras.

La falta de protección de las enfermeras tiene consecuencias para la atención prestada a los pacientes. Los riesgos que perjudican la retención y la contratación de las enfermeras conducen frecuentemente a errores, amenazan la seguridad de los pacientes e inciden de manera negativa en los resultados de los tratamientos aplicados a los pacientes. Actualmente, las pruebas demuestran de manera coherente que la seguridad de los pacientes y los resultados de los tratamientos guardan relación con el nivel de dotación de personal y con las características organizativas de las instituciones de atención de salud (Pronovost 1999; Pronovost 2002 citado en la OPS). Uno de esos factores son los programas de seguridad idóneos (OPS 2006).

Para reducir al mínimo la incidencia y el costo que los entornos de trabajo no saludables tienen para las enfermeras, los pacientes, los empleadores y las comunidades, ha de establecerse una cultura fuerte, coherente y amplia de la salud. A continuación se describe una estrategia para ello.

MARCO PARA UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Un planteamiento sistemático, introducido en el decenio de 1980, para gestionar los riesgos de salud y seguridad en el trabajo es hoy un método generalmente aceptado que se emplea en diversos contextos laborales, entre ellos el de la atención de salud. En 1993, la Administración Estadounidense de Salud y Seguridad en el Trabajo publicó un *Marco para un programa general de la salud y seguridad en un entorno hospitalario (Framework for a Comprehensive Safety and Health Program in a Hospital Environment)* (USDOL, OSHA 1993) empleando un método sistémico. La OIT publicó después una directriz genérica para un planteamiento sistémico de la gestión de la salud y la seguridad (OIT 2001) mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado recientemente una directriz titulada *Seguridad y salud en el trabajo para los trabajadores del sector de salud: Manual para gestores y administradores (2006)*. El Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo llevó a cabo y publicó un estudio titulado *El Empleo de Sistemas de gestión de la salud y seguridad en el trabajo en los Estados Miembros de la Unión Europea*. En este documento se definen los elementos de un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, se citan varios

casos de diversos sectores, entre ellos la atención a domicilio, y se demuestra que muchos de los Estados Miembros de la Unión Europea impulsan los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Gran parte de la información que sigue procede de estas cuatro fuentes.

La **estructura** necesaria para identificar, evaluar y controlar los riesgos laborales tiene cuatro elementos:

1. Compromiso de la dirección;
2. Participación de los empleados;
3. Programa escrito de salud y seguridad en el trabajo; y
4. Un fuerte comité del programa de salud y seguridad. (USDOL, OSHA 1993, pág.3; Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo 2002; OIT 2001; OPS 2006).

Esta estructura sirve de marco para seis importantes **funciones** del programa:

1. Evaluación de los riesgos del lugar de trabajo;
2. Prevención y control de los riesgos;
3. Formación y capacitación de los empleados;
4. Mantenimiento de registros;
5. Examen y evaluación del Programa; y
6. Mejoramiento continuo del proceso.

La estructura y las funciones son lo esencial de las operaciones de salud y seguridad que deben integrarse en las actividades diarias del lugar de trabajo.

Estructura

1. Compromiso de la dirección

Aun cuando los empleadores son los responsables de que se respeten los requisitos reglamentarios y legales de su Estado, el compromiso de la dirección para con los programas de seguridad y salud en el

trabajo exige mucho más que el simple cumplimiento de tales requisitos reglamentarios y legales.

El compromiso de la dirección es la base de un programa fuerte de salud y seguridad que asigna los recursos de la organización (tanto de personal como financieros) y aporta la motivación para el programa de salud y seguridad (OPS 2006). “La dirección ha de estar plenamente comprometida y facilitar los recursos necesarios” (Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo 2002, p. 1).

Los directores han de comunicar políticas laborales claras y adoptar las medidas necesarias para aplicar esas políticas o prestarles apoyo. Pronunciar las “palabras adecuadas” no es suficiente para asegurar el compromiso. Por ejemplo, si hay una política de “no utilizar los ascensores” pero no se dispone de ascensores, esa política carece de sentido. El resultado es que las enfermeras no están trabajando en un entorno más seguro y continuarán las lesiones lumbares.

2. Participación de los empleados

El compromiso de la dirección con los programas de salud y seguridad es evidente cuando participa el personal de todos los niveles en las actividades de evaluación de los riesgos, de selección de los controles de esos riesgos y de evaluación de los programas. La participación en el proceso capacita y motiva a los empleados para intervenir activamente en la consecución de los objetivos y metas del programa (US DOL, OSHA 1993, p.2) y hace que aumente la coincidencia de éstos con las recomendaciones de salud y seguridad.

La participación de los empleados es especialmente importante en la atención de salud cuando, además de la seguridad de las enfermeras, ha de tenerse en

cuenta la seguridad del paciente. Las enfermeras conocen las necesidades de sus pacientes y entienden las relaciones existentes entre el personal y los pacientes y, por eso, pueden ayudar a seleccionar el método de protección más conveniente para las necesidades de ambos.

La participación de los empleados incluye también la adopción de disposiciones para que las enfermeras tengan tiempo y recursos suficientes para participar activamente en los procesos de organización, planificación, ejecución, evaluación y mejoramiento del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (OIT 2001, p.7). Asimismo es esencial alentar a las enfermeras a participar mediante programas de sugerencias y otros incentivos.

Para que el programa sea eficaz, ha de hacerse un seguimiento de las sugerencias y aportaciones de los empleados. Si esas sugerencias se solicitan como valiosas pero luego se ignoran en general, el programa fracasará. Las enfermeras perderán todo aliento para participar.

3. *Programa escrito de salud y seguridad en el trabajo*
Un programa escrito de salud y seguridad en el trabajo, específico para cada institución, establece y documenta la base para las futuras actuaciones, estableciendo objetivos y metas claros. En ese programa se anuncian los compromisos para con un entorno seguro y saludable y se exponen las políticas y protocolos de salud y seguridad. En el programa escrito se asignan responsabilidades al personal de todos los niveles y se recogen los procedimientos para la identificación y evaluación de los riesgos y para la selección de medidas de control adecuadas (USDOL, OSHA 1993; Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo 2002; OIT 2001; OPS 2006). Muchas veces el empleador y el comité de seguridad y salud escriben juntos el programa.

4. *Un comité fuerte de salud y seguridad*

Como ha señalado el Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo (2002, pág.1), “los empleados deben participar en el programa desde el principio, directamente o a través de sus órganos representantes, por ejemplo los comités de seguridad”. El comité de seguridad y salud en el trabajo, integrado por personal y directores, es un grupo permanente que trabaja unido para identificar y resolver los problemas de salud y seguridad de la institución y para comunicar al personal la información sobre salud y seguridad. Aún cuando el comité está encargado de recomendar acciones correctivas, no es el responsable de llevar a cabo esas recomendaciones. La responsabilidad última de la salud y la seguridad corresponde al empleador. (Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo 2002; OIT 2001; OPS 2006; USDOL 1993).

Las dimensiones y la función de la institución determinan el tamaño y la composición del comité. Entre las recomendaciones generales para la composición del comité se incluyen las relativas a los directores y al personal. Más de la mitad de los miembros deben ser enfermeras de atención directa que representen a diversos puestos de trabajo, funciones y sectores de la institución de atención de salud (OPS 2006).

Funciones en el Programa de salud y seguridad

1. *Evaluación de riesgos en el lugar de trabajo*

«La evaluación del riesgo ha de llevarse a cabo para identificar los sectores problemáticos actuales y posibles» (Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo 2002, p.1). Esa evaluación del riesgo en el lugar de trabajo es el primer paso del programa de seguridad y salud. Se trata de un proceso utilizado para identificar los riesgos

actuales, los riesgos posibles y los empleados que pueden correr riesgos. Esta función de evaluación del riesgo en el lugar de trabajo comprende “exámenes de publicaciones, identificación de las categorías de riesgos, realización de estudios en el lugar de trabajo y análisis de las tendencias” (US DOL, OSHA 1993, p.7).

El estudio de las publicaciones proporciona el conocimiento necesario para identificar los procesos, tareas y ocupaciones de riesgo afectados. Debe incluir un examen de la Lista de enfermedades laborales (Apéndice A), de la OIT, en la que se enumeran muchas de las lesiones y enfermedades que experimentan las enfermeras.

La **Lista de Enfermedades Laborales, de la OIT**, se presentó por primera vez en 1964 como Lista del Convenio sobre las lesiones en el trabajo, y se modificó en 1980. La revisa y actualiza periódicamente un grupo tripartito de expertos – representantes de las organizaciones de los trabajadores, de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores – y se revisó por última vez en 2005. La lista tiene por objeto fortalecer los procedimientos de identificación, registro y notificación de los accidentes y de las enfermedades laborales con el fin de identificar sus causas, aplicar medidas de prevención, fomentar la armonización de los sistemas de registro y notificación y mejorar los procesos de compensación en el caso de accidentes y enfermedad laboral en el trabajo (OIT 2002).

Con la información de las publicaciones, puede hacerse un examen del lugar de trabajo:

- dividiendo físicamente la institución en secciones y evaluando los riesgos de cada sección

(por ejemplo, el quirófano, la lavandería, o las zonas de atención a los pacientes);

- examinando los riesgos relacionados con los procesos o las tareas (por ejemplo, la transferencia de los pacientes, la esterilización química de los equipos); o
- evaluando los riesgos relacionados con un puesto u ocupación determinado dentro de la institución (por ejemplo, la enfermera de atención directa en una unidad de cuidados intensivos, o la enfermera especializada que trabaja en una clínica de tuberculosis).

Muchas veces lo mejor es utilizar los tres métodos en combinación, siempre que se cuente con personal suficiente para hacer bien las encuestas. Con esa combinación se consigue una evaluación más amplia.

La evaluación del riesgo laboral puede incluir también la vigilancia de la exposición, llamada con frecuencia vigilancia del entorno, o el muestreo del personal. Es éste un procedimiento de toma de muestras del aire para determinar si las enfermeras están respirando contaminantes peligrosos, tales como gases anestésicos de los desechos. Un profesional de seguridad y salud en el trabajo debe analizar los resultados de cualquier ejercicio de vigilancia de la exposición.

2. Prevención y control de los riesgos

Después de identificar el riesgo existente en el lugar de trabajo, puede seleccionarse un método para eliminarlo o controlarlo recurriendo a la "jerarquía de controles", sistema reconocido que ordena por categorías y órdenes los controles del riesgo, desde los más eficaces hasta los menos efectivos. Véase el Cuadro 1 *infra*.

Nivel de eficacia	Tipo de control	Ejemplo
El más eficaz	Eliminación del riesgo	Utilizar el sistema IV sin agujas
	Sustitución por otro material con menos riesgos	Utilizar productos químicos oxidantes, como el ácido paracético o el peróxido de hidrógeno, en vez del glutaraldehído.
	Controles mecánicos	Utilizar aparatos elevadores para mover o trasladar a los pacientes
	Controles administrativos	Políticas y procedimientos que limitan el número de empleados que entran en las salas de aislamiento, combinando las tareas (llevando la bandeja de los alimentos al mismo tiempo que se toman las constantes vitales del paciente)
	Controles de la práctica profesional	Eliminar el encapsulamiento de las agujas; exigir el lavado de manos
El menos eficaz	Equipo protector del personal	Guantes, respiradores

Un ejemplo de los aspectos que han de considerarse en las deliberaciones para seleccionar las medidas de control para un paciente con tuberculosis resistente a múltiples medicamentos, en el hospital:

- ✓ **Consecuencias para el personal de enfermería, si se halla expuesto:** *Graves.*
- ✓ **Importancia de las tareas:** *Atención de enfermería, tratamientos, y administración de alimentos al paciente, administración de los medicamentos: Imperativo*
- ✓ **Disponibilidad y viabilidad de métodos de control del riesgo?** *Se dispone de salas de presión negativa pero sus costos son prohibitivos. Protección personal – Se dispone de máscaras respiratorias N95 y son viables. Pueden prepararse controles de la práctica administrativa y laboral.*
- ✓ **¿Puede eliminarse o sustituirse el riesgo (tuberculosis resistente a múltiples medicamentos) ?** *No*
- ✓ **¿Puede utilizarse un control mediante aparatos?** *Sí, las salas de presión negativa*
- ✓ **¿Es viable?** *No, su costo es prohibitivo.*
- ✓ **¿Pueden utilizarse controles administrativos y controles de la práctica profesional?** *Sí, para reducir al mínimo la exposición. Control administrativo: la enfermera hace varias tareas al mismo tiempo para limitar el número de veces que debe entrar en la habitación.*
- ✓ **¿Puede utilizarse equipo de protección el personal?** *Sí, se dispone de máscaras respiratorias N95 y pueden utilizarse.*
- ✓ **Controles que hay que utilizar:** *Administrativos, de la práctica laboral y de los equipos protectores personales. Como las consecuencias de la enfermedad son tan graves, y como el personal de enfermería ha de estar cerca del paciente para dispensarle unos cuidados adecuados, deben utilizarse conjuntamente controles del riesgo tales como los administrativos, de la práctica laboral y equipo protector personal. La combinación del empleo de los controles del riesgo da una protección mejor que ninguno de los controles por sí solo. Si se dispone de salas de presión negativa y son viables, su uso, además de los medios antes mencionados hará que sea mayor la protección del personal.*

Lo mejor es establecer métodos de evaluación e indicadores de resultados _ método para determinar la eficacia de los controles _ al mismo tiempo que se seleccionan las medidas de control. Para hacer una evaluación precisa, debe incluirse una comparación "antes" y "después" – antes de establecer el control y después de que éste se haya aplicado durante un periodo de tiempo significativo. Por ejemplo, el número de agujas se registra antes de instaurar un sistema "sin agujas" y después de que el sistema ha operado durante varios meses o un año. Otro ejemplo: el aire del quirófano se vigila y los resultados se registran antes y después de instalar un control por aparatos, que recoge los gases anestésicos sobrantes.

3. *Formación y capacitación de los empleados*

La formación es un elemento esencial de cualquier programa de salud y seguridad. La formación y la educación son características de las enfermeras a todos los niveles, incluida la gestión de sus funciones, derechos y responsabilidades relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo (US DOL 1993, p.13). Para que el programa sea eficaz, las enfermeras deben conocer los riesgos a que se exponen; las señales y los síntomas de la exposición; cómo utilizar controles del riesgo tales como el equipo protector personal; cómo reconocer las señales de un problema; y dónde acudir en busca de ayuda. Además, las enfermeras han de tener formación sobre cómo comunicar un nuevo riesgo laboral no identificado antes y cómo notificar una lesión o una enfermedad laboral.

4. *Mantenimiento de registros*

Unos registros bien mantenidos facilitan la información necesaria para actividades de evaluación de un programa, tales como comparar los resultados "antes y después" y examinar los registros para evaluar los indicadores de resultados. Como mínimo, en los registros debe incluirse la identificación

de los riesgos, las medidas de control utilizadas, el número y los tipos de lesiones y enfermedades laborales, y el número y tipo de las sesiones de formación impartidas.

5. *Examen y evaluación del programa*

El examen y evaluación del programa es un proceso cíclico y dinámico que se realiza de manera periódica y sistemática. En él se miden los resultados, se determinan los éxitos y los fracasos y se identifican los aspectos que hay que mejorar. Incluye el análisis de los datos existentes para todos los elementos del programa y la preparación de nuevos modos de abordar las deficiencias de los resultados. El examen y evaluación del programa implica un procedimiento de análisis de los procesos, una comparación de los resultados del examen con los indicadores de resultados previamente establecidos, y un análisis de las tendencias. El examen oficial del programa debe hacerse cada año, como mínimo, y debe dar lugar a mejoramientos continuos del programa.

6. *Mejoramiento continuo del proceso*

El mejoramiento continuo del proceso implica dos elementos: 1) un examen y evaluación formal del programa, cada año y 2) cambios “inmediatos” cuando se descubre una situación insegura. El mejoramiento del proceso ha de integrarse en el examen y evaluación anual del programa. Estos tipos de exámenes ayudan a identificar los sectores que precisan mejorarse, a determinar las medidas correctivas, documentarlas y establecer nuevas metas e indicadores de resultados.

El mejoramiento “inmediato” del proceso se inicia muchas veces en cualquier momento que una enfermera gestora o de atención directa, o un profesional de salud independiente observa una situación de riesgo tras un accidente laboral ocurrido o evitado por poco (un incidente que no ha causado

lesiones, pero ha estado muy cerca de causar heridas, o daños a la propiedad).

Para instaurar una cultura fuerte y eficaz de la salud, ha de autorizarse a las enfermeras de atención directa y a las enfermeras gestoras a introducir mejoras “inmediatas” o a avisar a la persona adecuada para que lo haga. Por ejemplo, los resbalones, tropezones y caídas causan un elevado número de lesiones en una institución de atención de salud; por eso, todo el personal ha de limpiar el agua que se haya caído, recoger lo que se haya dejado por el suelo y comunicar las situaciones de riesgo. “Todo el personal” incluye a las enfermeras, las enfermeras gestoras y el personal que no es de enfermería, incluido el director gerente de la institución. El objetivo consiste en identificar y tratar los riesgos antes de que se produzcan accidentes.

Para fomentar la comunicación “inmediata” y la consiguiente reducción de los accidentes, ha de establecerse una cultura de líneas de comunicación abiertas y de “no buscar culpables”. Las enfermeras han de tener libertad para comunicar los riesgos sin temor a represalias por cometer un error o encontrar un problema. Es esencial que el sistema esté integrado en cada una de las facetas de la empresa, y que esté vinculado al sistema de gestión existente (Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2002).

En el Apéndice B figura un ejemplo de Marco para un programa de gestión de la salud y seguridad en el trabajo.

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD

Aun cuando cada persona es responsable de la salud y seguridad en el trabajo, ha de haber un compromi-

so conjunto de las comunidades, las administraciones, las asociaciones nacionales de enfermería, los empleadores de las instituciones de salud, y el personal de salud, incluidas las enfermeras de todos los niveles. Ese compromiso ha de comprender una justa compensación para las enfermeras que sufran lesiones o enfermen por exposiciones en el trabajo.

La comunidad

Una cultura comunitaria favorable es la que valora y reconoce la importancia de los programas de salud y seguridad, evita todo daño a las enfermeras y contribuye a conseguir que éstas permanezcan en buena salud y puedan cuidar a la comunidad. El apoyo de la comunidad alienta a los gobiernos a establecer medios de protección de la salud y seguridad de las enfermeras y capacita a los empleadores, las enfermeras gestoras y a las enfermeras de todos los niveles para cumplir sus funciones y aceptar sus responsabilidades de instaurar programas eficaces de salud y seguridad. El reconocimiento del valor que tiene para las enfermeras un entorno de trabajo saludable y seguro en el plano nacional facilita su aplicación en el plano local.

Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) han de instruir a sus gobiernos y ciudadanos para que reconozcan la importancia que las enfermeras y su bienestar tienen para la salud de las personas de su nación, en general. Las ANE harán lo posible para formar al público (es decir, la administración y los administrados) acerca de la función que las enfermeras desempeñan en la reducción de los costos de la atención de salud.

La institución de salud empleadora

Como se indicó en la sección anterior, titulada “Marco para un programa de gestión de la salud y seguridad en el trabajo”, el empleador del sector de salud tiene el deber y la prominente función de proteger a las enfermeras de todo daño estableciendo programas eficaces de

salud y seguridad. Que el empleador tiene una responsabilidad por los programas de salud y seguridad es una idea bien aceptada por los organismos nacionales e internacionales. En las Directrices sobre seguridad y salud en el trabajo y sistemas de gestión de la salud (OIT, 2001) se establece claramente que el empleador es “responsable de la seguridad y salud en el trabajo y tiene el deber de organizarla”. La OIT especifica las responsabilidades de la siguiente manera:

- Establecer una política general con objetivos medibles;
- Aportar recursos;
- Delegar responsabilidades dentro de la organización;
- Asegurar la responsabilidad de la salud y seguridad, que corresponde a la dirección de línea;
- Promover la cooperación dentro de la organización;
- Comunicarse;
- Supervisar; y
- Cerciorarse de que se toman disposiciones para la ejecución del programa y la participación de los empleados.

Las enfermeras

Las enfermeras han de participar activamente en la protección de la integridad de su entorno laboral. Sin la participación de todas en el programa de salud y seguridad, nunca podrán conseguirse unos resultados óptimos.

Derechos de las enfermeras

Todas las enfermeras tienen derecho a trabajar en un entorno (físico, psicológico y social) saludable y seguro, con personal, suministros, equipo de seguridad e inmunizaciones suficientes para llevar a cabo sus tareas con seguridad. Tienen derecho a una información oportuna acerca de las exposiciones que puedan ser peligrosas y acerca de las medidas de control adecua-

das, con inclusión del equipo de protección personal facilitado por el empleador.

Las enfermeras deben esperar recibir formación sobre salud y seguridad, con libertad para hacer preguntas acerca de los temas de la formación y de los procedimientos de seguridad. Además, las enfermeras tienen derecho a disponer de líneas de comunicación abiertas y han de estar libres de toda represalia por comunicar condiciones o prácticas poco saludables.

Responsabilidades de las enfermeras

Con los derechos vienen las responsabilidades. Todos tienen la responsabilidad de contribuir a la salud y seguridad en el entorno laboral. Las enfermeras no son excepción. Tienen el deber de seguir las políticas de salud y seguridad de la institución utilizando adecuadamente todos los equipos de salud y seguridad. Deben participar en la formación sobre salud y seguridad.

Además, las enfermeras tienen también un deber de informar y comunicar. Deben comunicar las condiciones de inseguridad, accidentes evitados por poco y situaciones inseguras o de riesgo. Las enfermeras deben asimismo aliviar esas situaciones “inmediatamente”, si es posible. Los accidentes no pueden impedirse si las condiciones de inseguridad no se reconocen y rectifican. Además de las condiciones de riesgo, las enfermeras han de comunicar todos los accidentes, las lesiones y las enfermedades.

Las enfermeras deben cuidar razonablemente su propia salud y seguridad en el trabajo. Deben abstenerse de correr riesgos innecesarios en una situación que ya es peligrosa. Han de cerciorarse de que sus acciones u omisiones no ponen en peligro la salud o la seguridad de otras personas. Deben cumplir todas las normas de los cuidados, incluidas las de salud y seguridad.

Aun cuando todas las enfermeras tienen los derechos y responsabilidades antes descritos, las funciones de la enfermera gestora son especialmente importantes para unos entornos de trabajo saludables y seguros.

La enfermera gestora

La enfermera gestora tiene dos funciones distintas y en cierto modo opuestas – una como brazo derecho del empleador y otra como defensora del personal de enfermería. En tanto que directiva, la enfermera dirige a las enfermeras contratadas en la prestación de los cuidados de salud y coordina los servicios de salud de todo tipo, incluidos los servicios dispensados a los pacientes a lo largo de todo el día. La participación de la enfermera gestora en toda la planificación y elaboración de la política es esencial. En tanto que defensora del personal de enfermería, la enfermera gestora ha de cerciorarse de que el personal dispone del equipo, el tiempo y la formación necesarios para hacer su trabajo.

Como ayuda del empleador, las responsabilidades de salud y seguridad de la enfermera gestora comprenden la elaboración de la política general y una gestión económica de los recursos humanos. La enfermera gestora también hace las veces de enlace de comunicaciones entre la alta dirección y el personal en lo referente a las cuestiones de salud y seguridad. Las enfermeras gestoras supervisan la aplicación del programa de salud y seguridad en los servicios de enfermería, toman nota de cualesquiera situaciones de riesgo y las comunican y remedian. De los directivos se espera que escuchen al personal y actúen cuando éste les notifica la existencia de situaciones de inseguridad. Asimismo, han de estar al corriente de las últimas tecnologías de salud y seguridad para aplicarlas en el entorno de la atención de salud.

Como defensora del personal de enfermería, la enfermera gestora ha de asegurarse de que el personal de enfermería trabaja en un entorno seguro y saludable. Las

enfermeras gestoras comprueban si se han identificado los riesgos laborales y se aplican controles adecuados y protecciones de la salud y seguridad, tales como equipos de protección personal. Han de cerciorarse de que el personal cuenta con los recursos y la información que necesita para aplicar programas eficaces de salud y seguridad y para protegerse de todo daño. La enfermera gestora debe programar el trabajo de manera que el personal tenga tiempo para participar en la formación de salud y seguridad que facilita el empleador.

La enfermera gestora tiene derecho a esperar que el empleador preste oídos a las necesidades del personal de enfermería, respete su juicio profesional y aporte los recursos necesarios para que el programa de salud y seguridad sea eficaz. Esto incluye un número suficiente de enfermeras, que permita dispensar unos cuidados de enfermería seguros y eficientes.

La enfermera gestora tiene derecho a esperar que el personal de enfermería colabore en el programa de salud y seguridad, observe los requisitos de las normas de salud y seguridad de los cuidados, siga las políticas de salud y seguridad, utilice el equipo sanitario y de seguridad que se facilita y cumpla los requisitos de formación y de comunicación de la información.

La enfermera de atención directa

Todas las enfermeras de atención directa tienen derechos y responsabilidades en relación con la salud y seguridad de su entorno laboral antes mencionado. Las enfermeras independientes se encuentran en una situación exclusiva. Pueden trabajar por su cuenta o en instituciones de atención de salud distintas cada semana y, por eso, no ser consideradas personal fijo. Quizá es más difícil para ellas obtener información. Sin embargo, tienen el derecho y el deber de pedir información sobre los riesgos laborales y el acceso a medidas de protección. Asimismo, tienen derecho a estar libres de toda represalia por cuestionar la seguri-

dad de los procedimientos de trabajo e informar de unas condiciones laborales inseguras. Las enfermeras independientes tienen el deber de cumplir todos los requisitos del programa de salud y seguridad, emplear equipo protector y comunicar las condiciones laborales inseguras o insalubres y las lesiones o las enfermedades laborales.

Todos cuantos trabajan en la institución deben procurar establecer y mantener un entorno laboral sano. Han de abstenerse de correr riesgos innecesarios en una situación que ya es de por sí peligrosa, cuidar razonablemente de su propia salud y seguridad en el trabajo y cerciorarse de que los otros no se ponen en situaciones de riesgo por sus propias acciones u omisiones.

Las asociaciones nacionales de enfermeras

El CIE apoya decididamente los Convenios de la OIT y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relacionados con la salud y seguridad en el trabajo, y está convencido de que la función de las asociaciones nacionales de enfermeras consiste en:

- Defender los programas, la legislación y los reglamentos nacionales de salud y seguridad para las enfermeras;
- Abogar por una justa compensación por las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo;
- Formar a las enfermeras, a sus empleadores y a la comunidad en lo que se refiere a los programas de salud y seguridad.

En la Declaración de posición del CIE sobre Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras (Apéndice C), publicada en 2006, se insta a las ANE a que colaboren con sus respectivos gobiernos en apoyo de programas de salud y seguridad para las enfermeras. El CIE está convencido de que las ANE deben iniciar investigaciones, hacer a las enfermeras más conscientes de sus derechos y sensibilizar a los empleadores, a las

comunidades y a los gobiernos de los riesgos profesionales que las enfermeras corren cada día.

Compensar a la enfermera por las lesiones laborales

A las ANE incumbe asimismo una importante función en relación con la compensación de las enfermeras que, a pesar de hacer cuanto pueden, quizá sufren una lesión o una enfermedad por una exposición profesional peligrosa. La compensación justa y equitativa para las enfermeras que han sufrido heridas a consecuencia de su trabajo en la institución de atención de salud no puede pasarse por alto. Las ANE, juntamente con los representantes del gobierno, las organizaciones sindicales y los empleadores deben establecer, según se precise, una lista nacional de enfermedades laborales y cerciorarse de que las enfermedades que pueden contraer las enfermeras están incluidas en esa lista. Las ANE deben colaborar constantemente con las autoridades para mejorar la Lista de enfermedades laborales, de la OIT, y su importancia para el personal de enfermería.

Las listas de las enfermedades laborales son frecuentemente la medida por la que se establece la compensación. Por ejemplo, la Lista de enfermedades laborales, de la OIT, sirve de modelo y ayuda a las naciones de todo el mundo para preparar un método para compensar a los empleados que han sufrido lesiones o enfermedades por una exposición relacionada con el trabajo. (Véase el Apéndice A).

En 2002, la Conferencia General de la OIT recomendó que cada una de sus organizaciones miembros elaborase una lista nacional de las enfermedades laborales para los fines de prevención, registro y notificación (OIT 2002). Las comunidades deben seguir esa recomendación y cerciorarse de que sus gobiernos aplican una lista de enfermedades laborales como la indicada en la Recomendación 197 de la OIT, ini-

ciativa de 2002 en la que se establece la base para una compensación adecuada por las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Las enfermeras deben comunicar sus lesiones y enfermedades laborales. Para ello, han de saber cómo presentar una reclamación por lesión / enfermedad, los correspondientes procesos y lo que hay que esperar. Todas las naciones tienen reglamentos o leyes de compensación diferentes y distintos niveles de compensación. Las enfermeras han de conocer las normas que rigen en su institución y en sus jurisdicciones locales o nacionales.

Las ANE pueden ayudar facilitando a las enfermeras información sobre el sistema de compensación vigente en el país – cómo, cuándo y a quién presentar una reclamación por lesión o por enfermedad, y el tipo de documentación que se precisa y los formularios que hay que rellenar. Además, las ANE deben facilitar a sus miembros información sobre lo que pueden esperar después de presentar una reclamación, por ejemplo el periodo de espera antes de recibir los fondos. En algunos casos, las ANE prestan asistencia jurídica a sus miembros para presentar reclamaciones y para proteger sus intereses.

En cuanto la enfermera reconoce los síntomas de una enfermedad laboral, sus primeros pasos generalmente consisten en comunicarlo a la enfermera gestora, rellenar los formularios correspondientes y facilitar la documentación necesaria de conformidad con los reglamentos o las leyes por los que se rija la compensación. La enfermera gestora ha de cerciorarse de que el informe se cumplimenta adecuadamente y que se notifica al empleador. Éste ha de comunicar las lesiones y las enfermedades laborales a las autoridades competentes.

Si no puede evitarse una lesión o enfermedad laboral, han de compensarse equitativamente los salarios per-

dados. Las enfermedades que contraen las enfermeras a consecuencia de su trabajo han de estar representadas en la Lista nacional de las enfermedades laborales o en la Lista de las enfermedades laborales, de la OIT.

CONCLUSIÓN

Las enfermeras son esenciales para mejorar y mantener la salud de la población mundial. Ni los objetivos nacionales de salud, ni las Metas de desarrollo para el milenio podrán alcanzarse sin un amplio contingente de enfermeras cualificadas que trabajen en las comunidades locales. Esas enfermeras dispensan atención de salud a las personas del mundo, favoreciendo así el desarrollo sostenible.

Como el alto índice de enfermedades y lesiones laborales entre las enfermeras es evidente, han de reforzarse los programas de salud y seguridad en el trabajo en los contextos de la atención de salud. Deben aplicarse ampliamente los conceptos presentados por la OIT y las Directivas estratégicas de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud para la enfermería y partería, 2002-2008. Las instituciones de atención de salud de todo el mundo han de establecer una cultura de la seguridad. Han de estar dedicadas a elaborar programas firmes de gestión de la salud y seguridad en el trabajo para reducir al mínimo entre las enfermeras el número y la gravedad de los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo.

Los países deben establecer una fuerte cultura nacional que reconozca la importancia que tiene proteger la salud y seguridad de sus trabajadores. Cuando las comunidades establecen una cultura y entorno que valora los lugares de trabajo seguros y saludables, mantienen unos recursos humanos más fuertes y mitigan la pérdida de trabajadores valiosos por lesiones y enfermedades imprevisibles. Finalmente, establecien-

do un marco fuerte de salud y seguridad en el trabajo con unas funciones bien definidas de los empleadores, las enfermeras, las enfermeras gestoras y las asociaciones nacionales de enfermería, se impulsa la práctica de enfermería y se consiguen cuidados de salud mejores para todos.

Cuando los métodos de prevención establecidos no funcionan y las enfermeras sufren lesiones o caen enfermas por su trabajo, deben ser justamente compensadas. Las ANE deben unirse a los representantes del gobierno, las organizaciones laborales, y los empleadores para establecer una lista adecuada de las enfermedades laborales y conseguir que figuren en ella las enfermedades que contraen las enfermeras.

Los programas de salud y seguridad, junto con las protecciones salariales para las enfermeras que caen enfermas o sufren lesiones, son una responsabilidad compartida y por ello requieren un compromiso y dedicación compartidos para conseguir que los lugares de trabajo sean saludables y seguros. Con la cooperación, puede reducirse al mínimo la pérdida de recursos esenciales. Con la cooperación se conseguirá que las instituciones de salud de todo el mundo sean seguras para los pacientes y para las enfermeras.

REFERENCIAS

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., and Silber, J.H., 2003, Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, VOL. 290, no.13. pp 1617-1623
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Douglas, M.S., Swchalski, J., Silbe, J.H., 2002. 'Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction'. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, VOL 288, no. 16, pp. 1987-1993.
- American College of Nurse-Midwives and Health Care Without Harm (2001). *Green Birthdays*, Washington, DC
- Curtin L (2003). 'An integrated analysis of nurse staffing and related variables: effects on patient outcomes, *Online Journal of Issues in Nursing* [on-line] Agosto de 2006. Disponible en: www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_5.htm
- Dolvo D (2005). 'Wastage in the health workforce: some perspectives from African counties', *Human Resource Health*, Vol.3, no.6 [on-line] Agosto de, 2006. Disponible en <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pmc.ncbi&artid=1198245>
- Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo (2002). *Comunicado de prensa: Se identifican mediante estudios los elementos esenciales de los sistemas eficaces de gestión de la salud y seguridad en el trabajo* [en tiempo real] Agosto de 2006. Disponible en: www.osha.eu.int/press_room/020805.xml
- Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo (2002). *Empleo de sistemas de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo en los Estados Miembros de la Unión Europea*, Número 307, Bilbao, España.
- Gelinas L and Bohlen C (2002). 'The business case for retention', *Journal of Clinical Systems Management*, Vol. 4, no. 78 pp. 14-16, 22.
- Franx J (2003). Report: 'Programme for a safer hospital: 'Safe Care', *European Agency for Safety and Health at Work: Practical Solutions*. [on-line] Agosto de 2006. Disponible en: osha.eu.int/publications/reports/104/index_13.htm
- Harber P (1990). 'Occupational Back Pain of Nurses, *The Western Journal of Medicine*', Febrero de 1990, pp. 175-176.

- Hasselhorn HM, Toomingas A and Lagerstorm M (1999). *Occupational Health for health Care Workers: A Practical Guide*, Elsevier Science, Amsterdam.
- Houle, J., 2001, *Nursingworld.org: Health and Safety Survey*, Asociación de Enfermeras de los Estados Unidos, Washington, D.C
- Institute of Medicine of the National Academies, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, Board on Health Care Services, Ed. Page A (2003). *Keeping Patients Safe: Transforming the work environment of nurses*. National Academies Press, Washington DC.
- Consejo Internacional de Enfermeras (1999). *Declaración de posición: Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras*, [en tiempo real]. Disponible en: www.icn.ch/pshealtsafety00.htm
- Organización Internacional del Trabajo (1977). *Recomendación 157, Recomendaciones para el personal de enfermería*, [en tiempo real]. Disponible en: www.ilo.org/ilolex/english/recdispl.htm
- Organización Internacional del Trabajo (2001). *Directrices sobre los sistemas de gestión de la salud y seguridad en el trabajo*, Safe Work-ILO InFocus Programa sobre seguridad sobre salud y seguridad en el trabajo y en el medio ambiente. Ginebra, Suiza.
- Organización Internacional del Trabajo (2002). *Recomendación relativa a la Lista de las enfermedades laborales y al registro y notificación de accidentes y enfermedades laborales*, Recomendación nº 194, [en tiempo real]. Disponible en: www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R194
- Organización Internacional del Trabajo (2005). *Informe de la Reunión de expertos sobre la actualización de la Lista de enfermedades laborales*. [en tiempo real]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/gb/docs/gb295/pdf/meulod.pdf>
- Mayhew C and Chapell D (2003). 'Workplace Violence in the Health Sector—A Case Study in Australia', *The Journal of Occupational Health and safety – Australia and New Zealand*, 2003, Vol.19 (6), pp. 5-43.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M and Zellevisky K (2002). 'Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals', *New England Journal of Medicine*, Vol 346, no. 22, pp. 1715- 1722.

- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Seguridad y salud en el trabajo para los trabajadores del sector de salud: Manual para gestores y administradores*, Washington, DC.
- PRIA (2005). *AIDS and the Health Care Workers*, [online]. Disponible en: http://www.pria.org/cgi-bin/projectsdesc.htm?r_reportid=16
- Pronovost P.et.al (1999). 'Organizational Characteristics of Intensive Care Units Related to Outcomes of Abdominal Aortic Surgery', *JAMA*, 281(14), pp. 1310-1317.
- Pronovost P. et.al. (2002). 'Physician Staff Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients: A systematic review', *JAMA* 288(17), pp. 2151-2162.
- Pruiss-Ustin A, Rapiti E, Hutin Y (2003). *Sharps Injuries: Global Burden of Diseases from Sharps Injuries to Health-care Workers*. Environmental Burden of Disease Series No.3, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- Smith DR, Mihashi M, Adachi, Y, Koga H and Ishitake T (2006). A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *Journal of Safety Research*, Vol. 37, no.2, pp.195-200.
- Steinbrook R (2002). 'Nursing in the crossfire,' *New England Journal of Medicine*, Vol. 346, no. 22, pp. 1757-1766.
- Stone, P.W., Clarke, S.P., Cimiotti, J., Correa-de-Araujo, R., 2004, "Nurses' working conditions: Implications for infectious disease", *Emerging Infectious Diseases*, Vol.10, no. 11, pp.1984-1989
- Sulmasy DP and McIlvane JM (2002). 'Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life', *Archives of Internal Medicine*, Vol. 162, no. 18, pp. 2098- 2104.
- Naciones Unidas (2000). *Declaración sobre el Milenio: Metas de desarrollo para el milenio*, [en tiempo real]. Disponible en: www.un.org/millenniumgoals/
- Unruh, L. ,2002, 'Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals'. *Medical Care* Vol. 41. No 1, pp. 142-152.
- U.S. DOL, Occupational Safety and Health Administration (1993). *Framework for a Comprehensive Occupational Safety and Health Program in a Hospital Environment*. Publication No. 029-016-00149-2, Washington, DC.
- U.S. DOL, Occupational Safety and Health Administration (1998). *Shipping Industry*, OSHA publication No. 2268, Washington, D.C., p. 1-13.

- US DOL, Bureau of Labor Statistics (2003). *Lost-Worktime Injuries and Illnesses: Characteristics and Resulting Days Away From Work, 2001*. News Release USDL 03-138, Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud / UNICEF (1978). *Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, Alma Ata U.R. S.S.* [en tiempo real]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1983). Recomendación 36.11 de la Asamblea Mundial de la Salud: *La función del personal de enfermería y partería en la estrategia para Salud para todos*, [en tiempo real]. Disponible en: www.who.int/hrh/nursing_midwifery/resolutions/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud (1989). Recomendación 42.27 de la Asamblea Mundial de la Salud. *Fortalecer la enfermería y partería en apoyo de la estrategia Salud para todos*, [en tiempo real]. Disponible en: www.searo.who.int/LinkFiles/HRH_Documents_WHA42.27.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). Recomendación 45.5 de la Asamblea Mundial de la Salud. *Fortalecer la enfermería y partería en apoyo de la estrategia Salud para todos*, [en tiempo real] Disponible en: http://www.searo.who.int/LinkFiles/HRH_Documents_WHA45.5.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1996). Recomendación 49.12 de la Asamblea Mundial de la Salud. *Estrategia mundial de la OMS de Salud para todos en el trabajo*, [en tiempo real]. Disponible en: www.who.int/occupational_health/publications/wha49rep/en/
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Salud en el trabajo: Éticamente correcta, económicamente sensata*, Boletín informativo n° 84. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Recomendación 54.12 de la Asamblea Mundial de la Salud. *Fortalecer la enfermería y partería* [en tiempo real]. Disponible en: www.wpro.who.int/pdf/wha54_12.pdf
- Grupo asesor mundial sobre enfermería y partería, Organización Mundial de la Salud (2002). *Directivas estratégicas para fortalecer los servicios de enfermería y partería*, OMS, Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Seguridad del trabajador de atención de salud, Memorandum*, Secretaría de la Red mundial para la seguridad de las inyecciones, Rev.1 WHO/EHT/03.11.

Más información / otros sitios web

A otros sitios web que ofrecen información sobre programas de salud y seguridad para las enfermeras puede accederse a través de:

Dirección del Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo: www.osha.europa.eu/OSHA

Se enumeran varios programas de todo el mundo con las descripciones y enlaces con el sitio web. Para acceder a la información sobre los programas para las enfermeras o para los trabajadores de atención de salud, póngase la palabra en "búsqueda" y aparecerán mucho de los documentos del sitio web.

Además, el Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo ha lanzado la "Iniciativa a favor de lugares de trabajo saludables" para facilitar a los empleadores y empleados un acceso fácil a información de calidad sobre salud y seguridad: www.hwi.osha.europa.eu/

Fundación para la Seguridad de los trabajadores de primera línea en la atención de salud, Organización no gubernamental: www.frontlinefoundation.org

El Centro internacional para la seguridad de los trabajadores de salud está dedicado a prevenir la transmisión de las enfermedades laborales por patógenos de transmisión sanguínea. El sitio ofrece más de 2.000 referencias y numerosos recursos: www.healthsystem.virginia.edu/internet/epinet

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se ha unido al CIE, a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a Public Services International (PSI) para abordar la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>

Directrices de la OIT sobre salud y seguridad en el trabajo: www.ilo.org/public/english/support/publ/pdf/guidelines.pdf

Sistema japonés de Gestión de salud y seguridad en el trabajo: Directrices para los empleadores: www.jicosh.gr.jp/english/guideline/oshms.html

Directrices coreanas sobre salud y seguridad en el trabajo: www.kosha.or.kr

Directrices neozelandesas para el sector de atención de salud: www.osh.govt.nz/order/catalogue/284.html

Organismo de Salud y Seguridad en el Trabajo, de Healthcare de Columbia Británica, Canadá, el Organismo elaboró una Directriz de referencia para el traslado seguro de los pacientes, titulada: It doesn't have to hurt: A guide for implementing musculoskeletal injury prevention (MSIP) programs in healthcare. Esta directriz, de 196 páginas, puede descargarse gratuitamente de Internet mediante el Lector Acrobat: www.ohsah.bc.ca/EN/309/

Organización Panamericana de la Salud

El Documento de la OPS "Salud y seguridad en el trabajo para los trabajadores del sector de salud: Manual para gestores y administradores, es una guía completa disponible en CD, en español y en inglés. En este documento se presentan numerosos ejemplos de formularios y listas para programas de salud y seguridad. Pónganse en contacto con la Organización Panamericana de la Salud en la dirección WWW.PAHO.org. En este documento se incluye también una lista completa de documentos de referencia en portugués, español e inglés.

La Formación para el desarrollo de tecnologías de control innovadoras (TDICT) se ocupa principalmente de la prevención de las lesiones por agujas y objetos cortantes o punzantes: www.tdict.org

La Administración estadounidense de seguridad y salud en el trabajo tiene instrumentos electrónicos interactivos en tiempo real, dos de los cuales guardan relación con la atención de salud a los trabajadores.

- El Instrumento electrónico para los hospitales: www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/mainpage.html
- El instrumento electrónico para las casas de convalecencia: www.osha.gov/SLTC/etools/nursinghome/index.html
- El instrumento electrónico de sistemas de gestión de la salud y seguridad: www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/index.html

Organización Mundial de la Salud. La OMS está preparando un nuevo folleto para la Serie Protección de la salud de los trabajadores. Se ocupará de la protección de los trabajadores de atención de salud.

LISTA DE LAS ENFERMEDADES LABORALES, DE LA OIT

Recomendación R194: Lista de las enfermedades laborales, 2002

LISTA DE LAS ENFERMEDADES LABORALES

1. Enfermedades causadas por agentes

1.1. Enfermedades causadas por agentes químicos

- 1.1.1. Enfermedades causadas por el berilio o sus compuestos tóxicos
- 1.1.2. Enfermedades causadas por el cadmio o sus compuestos tóxicos
- 1.1.3. Enfermedades causadas por el fósforo o sus compuestos tóxicos
- 1.1.4. Enfermedades causadas por el cromo o sus compuestos tóxicos
- 1.1.5. Enfermedades causadas por el manganeso o sus compuestos tóxicos
- 1.1.6. Enfermedades causadas por el arsénico o sus compuestos tóxicos
- 1.1.7. Enfermedades causadas por el mercurio o sus compuestos tóxicos
- 1.1.8. Enfermedades causadas por el plomo o sus compuestos tóxicos
- 1.1.9. Enfermedades causadas por el fluor o sus compuestos tóxicos
- 1.1.10. Enfermedades causadas por bisulfuro de carbono
- 1.1.11. Enfermedades causadas por los derivados halógenos tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos
- 1.1.12. Enfermedades causadas por el benceno o sus homólogos tóxicos
- 1.1.13. Enfermedades causadas por derivados tóxicos nitro- y amino- del benceno o sus homólogos

- 1.1.14. Enfermedades causadas por la nitroglicerina y otros ésteres del ácido nítrico
- 1.1.15. Enfermedades causadas por los alcoholes, los glicoles o las cetonas
- 1.1.16. Enfermedades causadas por los asfixiantes: monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, sulfuro de hidrógeno
- 1.1.17. Enfermedades causadas por el acrilonitrilo
- 1.1.18. Enfermedades causadas por los óxidos de nitrógeno
- 1.1.19. Enfermedades causadas por el vanadio o sus compuestos tóxicos
- 1.1.20. Enfermedades causadas por el antimonio o sus compuestos tóxicos
- 1.1.21. Enfermedades causadas por el hexano
- 1.1.22. Enfermedades dentales causadas por ácidos minerales
- 1.1.23. Enfermedades causadas por agentes farmacéuticos
- 1.1.24. Enfermedades causadas por talio o sus compuestos
- 1.1.25. Enfermedades causadas por osmio o sus compuestos
- 1.1.26. Enfermedades causadas por selenio o sus compuestos
- 1.1.27. Enfermedades causadas por el cobre o sus compuestos
- 1.1.28. Enfermedades causadas por latón o sus compuestos
- 1.1.29. Enfermedades causadas por zinc o sus compuestos
- 1.1.30. Enfermedades causadas por ozono, fosgeno
- 1.1.31. Enfermedades causadas por irritantes: benzoquinona y otros agentes irritantes de la córnea
- 1.1.32. Enfermedades causadas por cualesquiera otros agentes químicos no

mencionados en los anteriores puntos 1.1.1 a 1.1.31, en que se establece una relación entre la exposición de un trabajador a esos agentes químicos y las enfermedades sufridas.

1.2. Enfermedades causadas por agentes físicos

- 1.2.1. Pérdida de audición causada por el ruido
- 1.2.2. Enfermedades causadas por vibraciones (desórdenes musculares, y de los tendones, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos periféricos o nervios periféricos)
- 1.2.3. Enfermedades causadas por el trabajo con aire comprimido
- 1.2.4. Enfermedades causadas por radiaciones ionizantes
- 1.2.5. Enfermedades causadas por la radiación calorífica
- 1.2.6. Enfermedades causadas por la radiación ultravioleta
- 1.2.7. Enfermedades causadas por temperaturas extremas (por ejemplo, insolación, congelación)
- 1.2.8. Enfermedades causadas por cualesquiera otros agentes físicos no mencionados en los anteriores puntos 1.2.1 a 1.2.7, cuando se establece una relación directa entre la exposición del trabajador a esos agentes físicos y la enfermedad contraída.

1.3. Enfermedades causadas por agentes biológicos

- 1.3.1. Enfermedades infecciosas o parasitarias contraídas en una profesión en que hay especial riesgo de contagio.

2. Enfermedades, por los sistemas orgánicos atacados

2.1. Enfermedades profesionales respiratorias

- 2.1.1. Neumoconiosis causada por el polvo mineral esclerogénico (silicosis, antracosis, asbestosis) y silicotuberculosis, siempre que la silicosis sea un factor esencial causante de la incapacidad o la muerte resultante
- 2.1.2. Enfermedades broncopulmonares causadas por polvo de metales duros
- 2.1.3. Enfermedades broncopulmonares causadas por el polvo de algodón, de lino, de cáñamo o de sisal (bisinosis)
- 2.1.4. Asma laboral causado por agentes sensibilizadores o irritantes reconocidos, inherentes al tipo de trabajo
- 2.1.5. Alveolitis alérgica extrínseca causada por la inhalación de polvos orgánicos, según se estipule en la legislación nacional.
- 2.1.6. Siderosis
- 2.1.7. Enfermedades pulmonares crónicas obstructivas
- 2.1.8. Enfermedades pulmonares causadas por el aluminio
- 2.1.9. Desórdenes de las vías respiratorias superiores causados en el trabajo por agentes sensibilizadores o irritantes reconocidos
- 2.1.10. Las demás enfermedades respiratorias no mencionadas en los anteriores puntos 2.1.1 a 2.1.9, causadas por un agente, cuando se establece un vínculo directo entre la exposición del trabajador a ese agente y la enfermedad sufrida.

2.2. Enfermedades profesionales de la piel

- 2.2.1. Enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos

- gicos, no incluidas en otros puntos
- 2.2.2. Vitiligo profesional

2.3. Desórdenes profesionales oseomusculares

- 2.3.1. Enfermedades oseomusculares causadas por determinadas actividades laborales o entornos de trabajo en que están presentes factores de riesgo especiales. Ejemplos de esas actividades o entornos son:
- a) los movimientos rápidos y repetitivos
 - b) los esfuerzos extraordinarios
 - c) la excesiva concentración de fuerza mecánica
 - d) las posturas torpes o perjudiciales.
 - e) las vibraciones

El riesgo puede aumentar con el frío local o ambiental

3. Cáncer profesional

- 3.1. Cáncer causados por los agentes siguientes:
- 3.1.1. Amianto
 - 3.1.2. Benzidina y sus sales
 - 3.1.3. Éter biclorometílico (BCME)
 - 3.1.4. Cromo y compuestos de cromo
 - 3.1.5. Alquitrans de carbón, breas y hollines de alquitrans de carbón
 - 3.1.6. Betanaftilamina
 - 3.1.7. Cloruro de vinilo
 - 3.1.8. Benceno o sus homólogos tóxicos
 - 3.1.9. Derivados nitro- y amino tóxicos del benceno o de sus homólogos
 - 3.1.10. Radiaciones ionizantes
 - 3.1.11. Brea, alquitrán, bitumen, aceite mineral, antraceno, o los compuestos, productos o residuos de estas sustancias
 - 3.1.12. Emisiones de los hornos de coque

3.1.13. Compuestos del níquel

3.1.14. Polvo de madera

3.1.15. Cáncer causado por cualesquiera otros agentes no mencionados en los anteriores puntos 3.1.1 a 3.1.14, cuando se establece un vínculo directo entre la exposición del trabajador a este agente y el cáncer.

4. Otras enfermedades

4.1. Nistagmo de los mineros

EL PROYECTO “CUIDADOS SEGUROS” UN EJEMPLO

El caso que se expone en el cuadro siguiente demuestra la eficacia del Marco para un programa de gestión de la salud y seguridad en el trabajo. En el informe publicado el proyecto “Cuidados seguros” no se definen los elementos empleados como Marco para la salud y seguridad en el trabajo. Sin embargo, a medida que se planificaba y aplicaba el programa “Cuidados seguros”, se emplearon todos y cada uno de los elementos estructurales y funcionales descritos en esta directriz. La información utilizada para este ejemplo se ha tomado de la página web del Organismo Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo, titulada Soluciones prácticas, ‘Programa para un hospital más seguro: Cuidados seguros’ (Franx 2003).

Ejemplo de Marco para un programa de gestión de la salud y seguridad en el trabajo
Hospital Westfries Gasthuis, Hoorn, Países Bajos

Proyecto de Cuidados seguros

Problema: Alta incidencia de casos de violencia contra el personal del hospital.

Finalidad del Proyecto: Reducir el número de incidentes verbales y físicos contra el personal del hospital, aplicando una política de tolerancia cero para la agresión y la violencia, mediante acuerdos establecidos con la policía regional y el Departamento del Fiscal Público.

Resultados del Proyecto: Un estudio realizado después de la aplicación del programa mostró que la violencia física había disminuido un 30% y la agresión verbal un 27 por ciento.

Descripción del Proyecto: «Cuidados seguros» es un proyecto que tiene por objeto reducir al mínimo

el número de eventos violentos en diversas instituciones hospitalarias de los Países Bajos. Los eventos violentos se describen como agresiones verbales, amenazas graves y violencia física con inclusión de la agresión sexual y los daños a la propiedad. Cada institución ha de comenzar el proyecto desde cero, sin tener en curso otros proyectos destinados al mismo fin, lo que permitirá obtener una medida cero antes de aplicar los controles del proyecto. Cada institución ha de estar dispuesta a compartir con otras instituciones la información que obtengan. La institución ha de poner a disposición los recursos necesarios para ejecutar el proyecto.

El proyecto aplicado en el Westfries Gasthuis Hospital implicaba reuniones con la dirección y un comité permanente para establecer un plan de acción. El plan conlleva un inventario de riesgos – evalúa el número de casos de violencia y los lugares del hospital en que tenían lugar más incidentes. Después de hacer el inventario de los riesgos, se forma al personal en lo referente al funcionamiento del programa y a las funciones del propio personal. Se forma al personal no sólo en el modo de utilizar el sistema, sino también en autodefensa. Además, un grupo del personal recibe formación en asesoramiento en casos de traumas. A cada uno de los miembros del personal se le provee de una alarma que ha de llevar consigo y de un sistema de tarjetas de colores con los distintos incidentes de agresión asignados a cada tarjeta de color. Las alarmas se utilizan para llamar al personal de seguridad y las tarjetas amarillas o rojas se dan a cualquier persona que causa una amenaza seria (tarjeta amarilla) o un incidente físicamente violento (tarjeta roja). Por ejemplo, en caso de violencia física la enfermera pulsa el botón de alarma inmediatamente, el personal de seguridad responde dando al agresor una tarjeta roja y notificando el incidente a la policía. Esto da lugar a que el causante haya de presentarse ante el segundo fiscal público. En caso de una emergencia de seguridad, en una pantalla de la zona de recepción se anuncia lo que sucede y se informa a los

visitantes el retraso de las citas concertadas. El proyecto incluye reuniones cada seis semanas para hablar de los problemas y de cómo se trataron los casos. Al final del año, el número de incidentes violentos se compara con el número anterior a la aplicación del plan.

Elementos y funciones del Marco para un programa de gestión de la salud y seguridad en el trabajo	Actuaciones Incluidas en el desarrollo y ejecución del Proyecto «Cuidados seguros».
Compromiso de la dirección	Primero, se consulta a la dirección del hospital acerca de la planificación del proyecto, las tareas, las responsabilidades y las condiciones de participación. Después de conseguir que la dirección se comprometa a participar, se redacta un memorando con las bases del plan.
Programas escritos de salud y seguridad en el trabajo	Se escribe el plan de acción sobre la base de una medición "anterior" o una medición "nula", que es el punto de partida para el número de eventos violentos antes de la intervención.
Participación de los empleados	El consejo ejecutivo / de dirección y el consejo de mantenimiento acuerdan un plan de acción. La dirección acepta poner a disposición los recursos, el tiempo del personal y un grupo de trabajo del personal.
Comité de salud y seguridad	Se establece un grupo de trabajo integrado por miembros del personal de los departamentos en riesgo.
Análisis del lugar de trabajo	Se anota el número total de eventos violentos ocurridos antes de presentar el proyecto a la dirección. Después, cuando el plan de acción está ya escrito, el grupo de trabajo establece un "inventario de riesgos" recurriendo a un código de colores para señalar los sectores de alto riesgo en el plano de planta del hospital.

Prevención y control de riesgos	Después de completado el inventario, el grupo de trabajo dialoga sobre cómo pueden introducirse mejoras. El grupo elabora un plan. Los controles se describen antes, en la descripción del proyecto.
Formación de los empleados	Se imparte a los empleados formación en diversos sectores. El personal encargado de las alarmas y las tarjetas recibe instrucciones sobre cómo y cuándo utilizarlas y sobre la función que ellas deben desempeñar en el proceso. En las zonas de servicios al cliente el personal recibe formación sobre cómo tratar las agresiones y sobre autodefensa. Además, un grupo del personal recibe formación en asesoramiento en caso de traumas. El resto de la organización recibe formación sobre el plan "Cuidados seguros".
Examen y evaluación del programa	Antes de la ejecución del proyecto, se establece una medida "cero" como medición inicial de los eventos violentos antes del inicio del programa. La medición se hace de nuevo un año después para establecer la eficacia del proyecto.
Mantenimiento de registros	Mantener un registro de los eventos, con su ubicación y tipo, permite hacer una evaluación comparativa al fin del año.
Mejoramiento continuo	Cada seis semanas el proyecto "Cuidados seguros" se sitúa en el orden del día de las reuniones consultivas de cada departamento en riesgo. El personal hace preguntas, y examina todos los incidentes violentos y la respuesta dada a ellos, para asegurarse de que detecta cualquier problema y lo corrige lo antes posible.

SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO PARA LAS ENFERMERAS

Posición del CIE:

Para el CIE es evidente que un entorno de trabajo seguro en el sector de salud contribuye en medida significativa a la seguridad de los pacientes y favorece los resultados positivos en ellos. Para ese fin, el CIE promueve la elaboración y aplicación de políticas o instrumentos internacionales, nacionales y locales que preserven el derecho de las enfermeras a un entorno seguro de trabajo, a la formación continua, la inmunización y los trajes o equipo de protección. El CIE confirma de nuevo su mandato de alentar la investigación en este sector y de distribuir periódicamente información pertinente a los interesados que convenga.

El CIE lamenta la falta de una legislación nacional adecuada sobre salud y seguridad, que cubra a las enfermeras en el lugar de su empleo; lamenta también los mecanismos, frecuentemente deficientes, para la participación de los trabajadores en la vigilancia y supresión de los riesgos profesionales, y la insuficiencia de los recursos asignados para conseguir unos servicios y una inspección laboral óptimos de salud y seguridad en el trabajo.

El CIE apoya decididamente los diversos convenios de la OIT sobre salud y seguridad, y está convencido de que las asociaciones nacionales de enfermeras deben:

- Instar a sus respectivos gobiernos a velar por que todos los organismos de salud estén cubiertos por las disposiciones de la Legislación sobre salud y seguridad en el trabajo. Esto puede hacerse mediante el ejercicio de influencia y la acción política individual o colectiva.
- Iniciar y apoyar en sus respectivos países la investi-

gación sobre la seguridad e idoneidad del entorno de trabajo de las enfermeras y sobre los comportamientos, actitudes, procedimientos y actividades de riesgo.

- Sensibilizar al personal de enfermería, a los empleadores y al público de los riesgos laborales, con inclusión de la violencia y el abuso, que existen en el sector de salud.
- Mejorar la conciencia que las enfermeras (en tanto que trabajadoras) tienen de sus derechos a un entorno seguro de trabajo, y de sus obligaciones de proteger su seguridad y aumentar la seguridad de otras personas.
- Persuadir a los gobiernos y empleadores para que adopten y apliquen todas las medidas necesarias, inclusive la vacunación si conviene, para preservar la salud y el bienestar de las enfermeras que corren riesgos en el desempeño de su trabajo.
- Instar a los gobiernos y empleadores a que garanticen que el personal de enfermería tendrá acceso a medidas y equipos de protección (por ejemplo, trajes) sin costos adicionales.
- Alentar a las enfermeras a que se pongan las vacunas convenientes para su salud y seguridad en el lugar de trabajo.
- Colaborar con las autoridades competentes para conseguir que la Lista de enfermedades laborales sea exacta y evaluar regularmente su importancia para el personal de enfermería.
- Apoyar las reclamaciones de compensación hechas por las enfermeras en relación con enfermedades o lesiones laborales.
- Obtener y difundir información sobre la incidencia de los accidentes, lesiones y enfermedades laborales de las enfermeras.
- Cooperar con otras organizaciones favorables al derecho de los trabajadores a un entorno seguro de trabajo.
- Reconocer la importancia de las relaciones que existen entre los trabajadores y sus familias, para

elaborar políticas de salud y seguridad en el trabajo y planes de tratamiento, culturalmente adecuados.

- Conseguir que las enfermeras, en su función de defensa de los pacientes, se vean libres de toda intimidación.
- Solicitar sistemas adecuados de vigilancia en todos los niveles, para que las políticas se apliquen de manera adecuada.
- Difundir información sobre la presencia de riesgos nuevos en el lugar de trabajo.
- Difundir información cuando los empleadores no cumplan la legislación sobre salud y seguridad en el trabajo, y utilizar mecanismos de información sobre tales incumplimientos.

El CIE es favorable a la ampliación de la función que desempeña la enfermera de salud y seguridad en el trabajo para satisfacer las necesidades de atención primaria de salud de los trabajadores, y pide una remuneración equitativa y estructuras de carrera profesional adecuadas que favorezcan el desarrollo profesional. El CIE hace un llamamiento para que se reconozca la salud y seguridad en el trabajo como función profesional de la enfermería, con una remuneración adecuada que corresponda al nivel de experiencia y capacidad y con incentivos que atraigan y retengan a las enfermeras en este sector de su práctica profesional.

Antecedentes:

El CIE reconoce la importante función que la salud y seguridad en el trabajo desempeñan en la promoción de la salud. Por otra parte, el CIE reconoce también que las enfermeras han adquirido unos conocimientos y experiencia cada vez mayores en el sector de la salud y seguridad en el trabajo, y que los servicios prestados a los trabajadores son eficientes en costos.

La atención a los pacientes mejora cuando el entorno de trabajo del personal de salud es seguro. El entorno de trabajo de la enfermera es a menudo inseguro por:

- La contaminación medioambiental causada por los desechos resultantes de la actividad humana e industrial.
- Los riesgos (por ejemplo, químicos, biológicos, físicos, ruidos, radiaciones, trabajo repetitivo).
- La tecnología médica: la falta de mantenimiento y la formación inadecuada para utilizar esa tecnología.
- El acceso inadecuado a trajes de protección y equipos de seguridad.
- La perturbación de las pautas de vida diarias, relacionada con el trabajo por turnos.
- Las crecientes demandas que pesan sobre los recursos emocionales, sociales, psicológicos y espirituales de la enfermera que trabaja en contextos políticos, sociales, culturales, económicos y clínicos complejos.
- Los incidentes de violencia, inclusive de acoso sexual.
- Las características ergonómicas deficientes (ingeniería y diseño de los equipos, materiales e instalaciones médicas).
- La asignación inadecuada de los recursos, por ejemplo humanos y financieros.
- El aislamiento.

El CIE observa que la mayoría de los gobiernos no recogen información actual y precisa sobre la incidencia de los accidentes, lesiones y enfermedades del personal de enfermería, como base para formular políticas sólidas. La falta de datos pertinentes es causa de gran preocupación.

En algunos países no hay legislación sobre salud y seguridad en el trabajo. En otros, los medios de vigilar su aplicación y los mecanismos de corrección de los empleadores infractores son ineficaces o inexistentes. Otros países han adoptado legislación que no se aplica a los hospitales ni a otros organismos de salud.

El Convenio N° 149 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el Empleo y las condiciones de

vida y de trabajo del personal de enfermería ¹⁾ pide a los Estados Miembros “que mejoren las leyes y reglamentos vigentes sobre salud y seguridad en el trabajo, adaptándolos al carácter especial del trabajo de enfermería y del medio en que se ejerce”. La Sección IX de la Recomendación (157)¹⁾ que la acompaña, elabora aún más las medidas que se consideran necesarias para garantizar la salud y seguridad de las enfermeras en el lugar de trabajo.

Adoptada en 1987. Revisada y actualizada en 2006.

Posiciones del CIE relacionadas:

- Abuso y violencia contra las enfermeras
- Trabajo por turnos

Publicaciones del CIE:

- Directrices para hacer frente a la violencia
- Directrices marco para tratar la violencia laboral en el sector de salud

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar unos cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

¹⁾ Organización Internacional del Trabajo, Convenio 149 y Recomendación 157 referentes al Empleo y las condiciones de vida y de trabajo del personal de enfermería, Ginebra, OIT, 1977.

**CONSEJO INTERNACIONAL
DE ENFERMERAS**

3, place Jean-Marteau
1201 Ginebra, Suiza
Tfno. +41 22 908 01 00
Fax +41 22 908 01 01

Correo el.: icn@icn.ch
Web: www.icn.ch