

Facultad de ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura en Enfermería



Universidad Nacional de Cuyo

TESIS FINAL

Tema

“Sobrecarga horaria”

Autores:

-Susana Salazar

-Jorge Luis Estelrich

Mendoza: Noviembre de 2014

Esta Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Directora de la Escuela y/o Autores del trabajo



INTEGRANTES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

PRESIDENTE:

VOCAL 1:

VOCAL 2:

TRABAJO APROBADO el...../...../.....



RESUMEN

Introducción: El presente trabajo se realiza en el servicio de ACQ del Hospital Notti en los meses de Julio-Agosto del 2013 para evaluar los trastornos psico-físicos-sociales que produce la sobrecarga horaria en el personal de enfermería, mediante 35 cuestionarios (población aleatoria de análisis). Los datos obtenidos y analizados se presentan en tablas y gráficos.

Con este concepto y valorando el papel substancial que ejercen dichos profesionales dispensando a la sociedad como servicios de atención de salud. Los mismos pueden verse resentidos por constantes escenarios perturbadores que pueden ir desde situaciones estresantes, apatías, falta de comunicación entre el equipo de salud, cansancio extremo, partes médicos innecesarios. Esto trae aparejado recargos, problemas de servicio, ausentismo, falta de motivación dentro del plantel de enfermeros, entre otras consecuencias.

Objetivo: demostrar los efectos de la sobrecarga horaria de acuerdo a la edad, formación, antigüedad y sexo, entre otras variables.

Material y método:

Diseño: de tipo descriptivo-prospectivo-transversal y cuantitativo.

Instrumento: cuestionario

Resultados: se observa que en lo respectivo a la edad el 54% de los enfermeros se ubican entre 30-40 años; con predominio del sexo femenino en un 91%; en cuanto a la formación tenemos un 51% de enfermeros profesionales y un 43% de licenciados; la antigüedad que sobresale está entre 1 mes a 10 años en un 54% y de 11-21 años en un 31%; predominan las 40 horas semanales de trabajo que concuerda con el grado de formación; los recargos son poco frecuentes (43%); la mayoría del personal tiene un solo trabajo en un 91%; no hay suspensión de francos; las horas diarias trabajadas son 7; el turno que más se realiza es la mañana y el que más se recarga es la tarde; la rotación por los turnos es poco frecuente; las guardias no se reciben temprano; el agotamiento al terminar la jornada laboral es frecuente; no se visualizan problemas o alteraciones interpersonales; el personal esta medianamente motivado en un 43%, siente la necesidad de capacitarse en un 54% y no lo realiza por falta de dinero y tiempo.

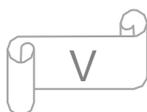
Palabras Claves: sobrecarga horaria, deterioro psico-físico-social, alteraciones interpersonales, enfermero, recargos.

AGRADECIMIENTOS Y/O DEDICATORIA

A nuestros docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo: Licenciados en Enfermería María Rosa Reyes, Ana Andrada y Jorge Michel.

Queremos dejar impreso en esta página de nuestra tesis, nuestro agradecimiento por habernos guiado, con paciencia y con verdadera vocación docente a lo largo de nuestra carrera; paso a paso en este proceso de aprendizaje.

Gracias por su preocupación e interés en nuestro trabajo.



Gracias a Ustedes que nos dieron su apoyo incondicional y

Aliento, depositando en nosotros su fe, de saber que

Podíamos llegar a esta meta: Licenciatura en Enfermería.

Les agradecemos el acompañarnos en este camino hacia

Este sueño, con el más profundo cariño les dedicamos estas páginas

GRACIAS:

- ✓ **a mi esposa: Miriam**
- ✓ **a nuestros hijos: Eve, Gian, Gonzi, Guada, Cami**
- ✓ **Heidi, Berenice, David**
- ✓ **a la licenciada: Sandra López Enfermera jefe del servicio de ÁREA CRÍTICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DR.**

HUMBERTO NOTTI, como así también a todo el personal

Que de una u otra manera ha colaborado en la realización del presente trabajo.

PRÓLOGO

Mucho se habla sobre la función del enfermero y su campo de acción, se sabe que además de sus funciones asistenciales puede desarrollarse en el área comunitaria docente y en la investigación.

Hemos visto muchos trabajos relacionados con la carga horaria y los trastornos relacionados con la misma.

En nuestro lugar de trabajo, como en la mayor parte de los servicios de enfermería, se encuentra presente este fenómeno de estudio, afectándonos en forma directa y poniéndonos en una posición vulnerable.

Nos hemos sentido motivado a elegir como tema de nuestra tesis final,(sobrecarga laboral)y la problemática presente manifestada a causa de la presencia de esta en nuestro ámbito de trabajo ,no se pretende modificar conductas solo mostrar y ampliar conocimientos sobre el tema a través de un estudio descriptivo.

Tomamos como campo de estudio nuestro lugar de trabajo, Área de internación quirúrgica del Hospital DR. Humberto Notti.

Invitándolos a acompañarnos en esta investigación siendo un tema común, actual y vigente en la gran mayoría de las instituciones sanitarias del país

La importancia de este trabajo radica en tomar conciencia aprendiendo a cuidarnos para poder cuidar.

Lo que nos parece un hermoso tema de reflexión.

ÍNDICE GENERAL

<i>Integrantes del Tribunal Examinador.....</i>	<i>III</i>
<i>Resumen.....</i>	<i>IV</i>
<i>Agradecimientos y/o Dedicatoria.....</i>	<i>V</i>
<i>Prólogo.....</i>	<i>VII</i>
<i>Índice General.....</i>	<i>VIII</i>
<i>Índice de Tablas y Gráficos.....</i>	<i>X</i>
CAPITULO I Planteo del Problema.....	1
<i>Introducción.....</i>	<i>1</i>
<i>Descripción del problema.....</i>	<i>2</i>
<i>Formulación o Planteamiento del Problema.....</i>	<i>4</i>
<i>Justificación.....</i>	<i>5</i>
<i>Objetivo General.....</i>	<i>7</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>8</i>
<i>Marco Teórico.....</i>	<i>9</i>
APARTADO I Deterioro Físico.....	11
<i>Sueño y Vigilia.....</i>	<i>13</i>
<i>Alteraciones Interpersonales.....</i>	<i>15</i>
APARTADO II Realidades de diferentes profesiones.....	16
APARTADO III Panorama de la realidad del enfermero.....	49
CAPITULO II Diseño Metodológico.....	54
1. Tipo de Estudio.....	54
2. Área de Estudio	54
3. Universo.....	54

4. Población.....	55
5. Muestra.....	55
6. Variables y operacionalización de las mismas.....	55
6-1.-Sobrecarga Horaria.....	58
6-2-Deterioro Psicofísico y social de los enfermeros.....	58
6-3Sexo.....	58
6-4-Edad.....	59
6-5-Formacion.....	59
6-6 Antigüedad.....	59
7. Tipo de Instrumento.....	59
8. Procedimiento para la recolección de datos.....	60
Tablas y Gráficos: Análisis y Comentario.....	61
Tablas y gráficos.....	62
CAPITULO III.....	86
Conclusiones.....	86
Sugerencias.....	89
Bibliografía.....	90
APÉNDICES Y ANEXOS.....	93
Croquis del servicio de ACQ.....	94
Referencias.....	96
Salud Ocupacional Estadística año 2012-2013.....	98
Funciones del enfermero, según normas Hospital Humberto Notti.....	101
Cuestionario.....	105
Tabla Matriz.....	109

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Resultados obtenidos a través del cuestionario realizado en el servicio de Área Crítica Quirúrgica del tema sobrecarga horaria.

Operatividad de las variables: edad, sexo, formación y antigüedad.

Tabla y Grafico nº 1: variable edad.....62

Tabla y Grafico nº2: variable sexo..... 63

Tabla y Grafico nº3: variable formación..... 64

Tabla y Grafico nº4: variable antigüedad..... 65

Se trabaja con las dimensiones horas semanales, recargos, otro trabajo.

Tabla y Grafico nº5: horas semanales..... 66

Tabla y Grafico nº 6: recargos.....67

Tabla y Grafico nº7: otro trabajo.....68

Se trabaja con las dimensiones frecuencia de suspensión de francos, horas trabajadas, turnos que realiza.

Tabla y Grafico nº 8: frecuencia de suspensión de francos.....69

Tabla y Grafico nº9: horas de trabajo.....70

Tabla y Grafico nº10: turno que realiza.....71

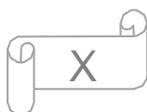
Turno que se recarga más, rotación por otros turnos, agotamiento aboral.

Tabla y Grafico nº11 :turno que se recarga más.....72

Tabla y Grafico nº12: rotación por otros turnos.....73

Tabla y Grafico nº13: recepción de guardia.....74

Tabla y Grafico nº14: agotamiento laboral.....75



Valoración en el trabajo (por colegas, médicos, superiores).	
Tabla y Grafico nº15: valoración del trabajo.....	76
Frecuencia de partes medico, tipos de partes médico, tiempo de duración del parte médico.	
Tabla y Grafico nº16: frecuencia de partes medico.....	77
Tabla y Grafico nº17: tipos.....	78
Tabla y Grafico nº18: tiempo de duración.....	79
Grado de motivación, capacitación, calidad de atención	
Tabla y Grafico nº19: motivación laboral.....	80
Tabla y Grafico nº20: necesidad de capacitación.....	81
Tabla y Grafico nº21: calidad de atención.....	82
Relacionado con aislamiento en el trabajo, mal humor, dificultad en la comunicación	
Tabla y Grafico nº22: aislamiento.....	83
Tabla y Grafico nº23: mal humor.....	84
Tabla y Grafico nº24: dificultad en la comunicación	85

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

Este trabajo trata de sobrecarga horaria del personal de enfermería, hemos elegido este tema porque forma parte de una problemática actual y vigente en gran parte de las instituciones sanitarias de la provincia, se trabajó con personal de enfermería de internación de Área Quirúrgica del Hospital Humberto Notti.

Esta investigación está pensada para concientizarnos de los problemas que forman parte de nuestro trabajo y de nuestros colegas, es un tema de reflexión el aprender a cuidarnos y proyectar esa imagen en nuestros diferentes campos de acción.

Hemos utilizado un método descriptivo para explicar este fenómeno en estudio. A través de un cuestionario fuimos recolectando dato relacionado con el tema, que nos sirvieron para tener una visión de cómo diferentes factores nos afectan, tales como edad, sexo, formación, antigüedad y nos proporcionaron diversas variables las cuales se estudiaron.

Si bien sabemos que estamos limitados para modificar conductas si podemos mostrar y ampliar conocimiento del tema.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde la creación del servicio de Área crítica quirúrgica, del Hospital Dr. Humberto Notti (1994) hasta la actualidad, los autores han observado como la sobrecarga horaria va afectando y contribuyendo en forma progresiva al deterioro de la salud psicofísica y social del personal de enfermería.

Evidenciada por las notorias alteraciones en las relaciones interpersonales (entra y extra hospitalarias), el aumento de partes psiquiátricos prolongados, deficiencias en la calidad de atención que se brinda al paciente, el elevado porcentaje de partes de enfermos que reporta medicina laboral, agotamiento físico e intelectual, accidentes laborales por descuidos; entre otros.

Todo esto despierta un especial interés por parte de los autores, que a criterio de los mismos tiene un factor común, el exceso de horas de trabajo del personal de enfermería en dicha institución.

Cabe destacar que el nosocomio cuenta con personal de planta, contratados y

limpieza, seguridad , .pero nos referiremos en la presente investigación exclusivamente al personal de enfermería del establecimiento repartidos en los servicios de guardia, internación y consultorios externos y en especial a la sobrecarga horaria sufrida por el plantel de enfermería de dicho servicio.

Partiendo del gran interrogante del conocimiento que tienen los mencionados profesionales sobre las leyes institucionales, provinciales, nacionales y/ o de ejercicio y estatuto del empleado público, que obliguen al enfermero a quedarse recargado y/o a tener que cumplir con horas extras después de su horario.

A través de una charla no estructurada, surgen respuestas variadas que refieren desde fundamentos éticos, obligaciones amistosas, formales, ansiedades, frustraciones, acosos laborales, hasta rebeldías profesionales.

Como también surgió un cierto desconcierto por parte de otros, en relación a los protocolos, normas, reglamentos internos, que haya sido bien sabido o al menos difundido de manera masiva a la vista del personal, que lo fundamente fehacientemente, esas horas extra de guardia, generando agotamiento físico y mental, apatías profesionales, sumarios administrativos y notas como consecuencias de estas circunstancias.

Si se tiene en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede afirmar que el estado actual de la enfermería se torna por momento en alto grado pesimista. Si se le agrega como es de público conocimiento los salarios no acorde con las necesidades individuales, el cuidado familiar a cargo de la mujer, entre otros motivos.

Se puede concluir un problema potencial, que de no ser modificado puede no solamente no permitirle a la profesión avanzar, sino llevarla a menospreciar logros conquistados hasta hoy. ,

FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación tiene como finalidad de determinar la carga laboral del profesional de enfermería comparándolo con otras profesiones (como es el caso del médico, docente, piloto, mostrando estadísticas, encuestas, definiciones etimológicas de la palabra). Ella refiere entre los factores de riesgos se destacan las malas relaciones humanas, falta de reconocimiento y apoyo del servicio, entre otros. Respondiendo a la siguiente formulación ¿En qué grado la sobre carga horaria contribuye al deterioro psicofísico y social de los enfermeros del Área crítica quirúrgica del Hospital DR. Humberto Notti, durante julio y agosto 2013?

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con lo descrito anteriormente, los autores desde su punto de vista ven un excelente tema de investigación, al parecer poco desarrollado o al menos desconocido por el enfermero. Tomando en consideración las respuestas dadas por el personal implicado y analizando los riesgos en la salud que acarrea la desinformación en el personal. Ven reflejado que es de vital importancia abocarse de lleno a tratar con extrema seriedad esta temática.

Ya que al repasar objetivamente dichas respuesta de los profesionales del servicio resalta una problemática real, en la mayoría de los servicios de salud, dejando un desconcierto aún mayor en relación de quien es la persona encargada de realizar recargos y horas extras, qué norma vigente hay para que el enfermero sea recargado, ¿Quién se encarga de supervisar que se cumpla el protocolo, ley o norma?

A fin de justificar de una manera adecuada este trabajo desde el criterio de los mencionados. Surge un particular convencimiento que con el presente estudio se podrá evacuar todas las dudas existentes a la hora de producirse la sobrecarga horaria. Los riesgos reales a los que se expone el individuo al realizar dichos horarios extras sin un descanso adecuado, partes médicos prolongados que podrían ser evitados, posibles juicios de mala praxis y demandas judiciales al estado por invalidez. Como también se cree que de esta forma se podría beneficiar al personal de enfermería y a la institución.

Tal vez el objetivo de lograr determinar como la sobrecarga horaria contribuye al deterioro físico, psicológico y social del personal de enfermería no sea alcanzado en su totalidad, o no sea viable. Pero la importancia del trabajo radica fundamentalmente en ser una guía de concientización del enfermero a la hora de exponerse a dichas recargas laborales, como así también los riesgos físicos, amenazas psicológicas y sociales a las que se ven involucrados, como también las instituciones de potenciales juicios por acoso laboral, demandas

Se cree que con este trabajo se puede demostrar los objetivos aunque no se produzcan modificaciones a nivel conducción.

OBJETIVOS GENERALES

Determinar como la carga horaria contribuye al deterioro psicofísico y social del personal de enfermería considerando: el sexo, edad .formación y antigüedad

OBJETIVOS ESPECIFICOS

#Señalar la repercusión en la salud física del personal de enfermería en un grupo etario de 20 a 55 años.

#Medir el nivel de stress ocupacional al que está sometida la enfermera considerando el sexo y la antigüedad.

#Resaltar como se alteran las relaciones intra / extra hospitalarias del personal según el grado de formación y la carga horaria.

MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo y la comprensión de este fenómeno en estudio los autores han definido al hombre como: **“Un ser bio- psico- social en una interrelación continua con el entorno”**.

Con este concepto, valorando el papel fundamental que cumplen estos profesionales brindando a la comunidad servicios de atención a la salud. Los cuales están expuestos a permanentes confrontaciones a estímulos tanto externos, como internos, sometidos a situaciones estresantes tales como: responsabilidad laboral, falta de personal, falta de comunicación entre el equipo de salud, problemas de servicio, etc. Y particularmente su constante relación con el sufrimiento y la muerte; los autores consideran primordial el cuidado de la salud del personal. Así mismo definiendo conceptos podrían decir que la naturaleza del trabajo de enfermería es el responsable de las ejecuciones directas e indirectas destinadas a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación del paciente. Y en cuanto a las funciones del mismo se enumeraran las más representativas: brindar cuidados de enfermería teniendo en cuenta las necesidades básicas del paciente (respiración, alimentación, eliminación, descanso, ejercicio, higiene y confort). También tener en cuenta los aspectos psíquicos, espirituales y familiares del paciente, proporcionando seguridad y fomentando la autoestima. Otro aspecto importante es la capacitación del profesional. Como vemos es muy importante el cuidado del personal, su seguridad, y fomentar la autoestima para un mejor desempeño en sus funciones. Sabemos que el personal debe prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello tenemos que contar con un elevado sentimiento de autoestima y tener un equilibrio físico y mental que le permita desarrollar su actividad con la mayor efectividad. ¿Cómo lo lograremos? “Cuidando su salud”.

Tenemos conocimiento que cada persona responde de una manera particular a un mismo estímulo o factor estresante. De ahí que se puede optar por la huida o la lucha. Es claro que en el ámbito laboral la huida se manifiesta como ausentismo y la

lucha como un excedente de gasto energético. Pero estas respuestas no se pueden repetir por mucho tiempo, por lo tanto el resultado directo son las enfermedades laborales, es el índice elocuente de esta problemática.

La constante presentación de situaciones de confrontación del individuo con el entorno lo lleva a situaciones de estrés, los autores tomaron diferentes definiciones de estrés, el primero en introducir al ámbito de salud este concepto fue en 1926, HANS SELYE¹, quien lo define como **“La respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante”** Otra definición es la que da el diccionario de terminología médica: **“conjunto de reacciones psicológicas y biológicas) que se desencadenan en el organismo cuando este se enfrenta en forma brusca con un agente nocivo cualquiera sea su naturaleza”**.

Una definición que tiene gran aceptación en salud es la de MC GRATH² (1970) **“El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta del (individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas”**.

Por lo anteriormente expuesto se siente apropiado decir que hay una estrecha vinculación entre la demanda (estímulo), receptor (individuo) y la respuesta con el entorno en relación a distintos factores intervinientes. Los cuales en menor o mayor intensidad aparecen. De acuerdo a todo lo expuesto se destaca la relación del sujeto con el entorno, para luego ir desglosando al individuo en cada uno de sus aspectos biopsico-social y estudiándolo por separado, así se podrá demostrar el deterioro en la salud.

¹ -Dr. Hans Selye filósofo y médico Austriaco nacionalizado en Canadá (Viena 1907 – Montreal 1982)

² -Ma Grath biofísico y teólogo Irlandés

APARTADO I

Deterioro Físico

Para hablar de trastornos posturales los autores deben comenzar por definir términos utilizados, dirían que postura es la posición del cuerpo con respecto al espacio circundante, el tiempo y la fuerza de gravedad constante, que determina el movimiento coordinado de diversos músculos que movilizan extremidades por mecanismos propioceptivos y de equilibrio, las posturas forman parte de nuestra personalidad. Es una descripción somática de las emociones internas. Estas no son siempre estáticas si no dinámicas. Malas posturas o defectos de posturas, es una relación deficiente entre las diferentes partes del cuerpo, lo que produce aumento de la tensión y fatiga en las estructuras de sostén y desajustes del cuerpo sobre la base de sustentación, esto puede deberse a: Hábitos o deformidades de la columna, sus causas pueden ser congénitas, posturales, posquirúrgicas, traumáticas por alteraciones neurológicas, neuromusculares, deficiencia del equilibrio pélvico. De todas ellas la que más nos interesa es la postural, podemos definirla como “vicios posturales mantenidos en el tiempo”.

También es importante destacar los dolores de espaldas que por lo general son inespecíficos, porque no tienen una causa determinada. Influye mucho la parte psicológica y puede variar en cada persona. En muchos casos pueden aparecer cuando las personas están sometidas a situaciones estresantes, desapareciendo sin tratamiento.

Pueden comenzar con malos hábitos, moverse de manera indebida o adoptar malas posturas; sillas inadecuadas, no flexionar las rodillas para levantar algo, mucho tiempo parado, dormir en una mala posición, levantar demasiado peso de manera incorrecta. Las partes más afectada en la columna se ven a nivel lumbar y cervical.

También se puede hablar de trastornos nutricionales. Cuando se pasa mucho tiempo sin ingerir agua y o alimentos este ayuno produce diferentes alteraciones en el organismo. Tales como el ayuno hídrico.

¿Qué sucede en el organismo?

El organismo se alimenta de sus propias reservas, en las primeras horas el cuerpo consume azúcar (glucosa) en la sangre y lo almacena en el hígado o músculo, luego transforma sus propias grasas y por último las proteínas. El organismo no deja de alimentarse y utiliza los nutrientes almacenados en sus propias células. Y si a eso le adosamos más actividad el consumo es mayor.

¿Qué síntomas se pueden llegar a observar?

Dolor de cabeza, sed, debilitamiento muscular, sensación de mareo, escalofrío, aumenta la sensibilidad de los sentidos, la orina se vuelve más oscura y se carga de sedimentos. Como hay una íntima relación entre la ingesta y la excreción de líquidos menos ingreso menos egresos.

¿Qué sucede con los ácidos grasos de nuestro cuerpo?

Si a este ayuno se le suma mayor gasto energético se tendrá como resultado más consumo de ácido graso los cuales son una importante fuente energética tanto para el músculo esquelético, como cardíaco. Cuando no se produce correctamente la gluconeogénesis, urea génesis y cetónicos, las células cerebrales son las más afectadas, quienes utilizan los cuerpos cetónicos como fuente de energía. Estos cuerpos son producidos por el hígado como combustible auxiliar. Lo sentimos en nuestro organismo, como sensación de sueño, mareo, frío, dolor de cabeza (nuestro cerebro está faltándole combustible).

Otra afectación importante se produce a nivel del metabolismo de los glúcidos, los cuales son la mayor fuente de energía del organismo. El consumo calórico varía de acuerdo a la edad, peso, sexo, altura y actividad física. Por ejemplo con peso y estatura normal necesita: unas 35 calorías por kilo/peso para una actividad moderada y 40 a 50 para una actividad intensa. De este valor calórico el 55% deben ser glúcidos, el 15 a 20 % proteínas y el 35 al 30% restantes por lípidos.

Los glúcidos luego de la digestión se absorben en forma de monosacáridos (glucosa, fructosa, manosa, galactosa) los cuales en el hígado se transforman en polisacáridos y se almacenan como glucógeno, importante fuente energética. No

todo se almacena en el hígado, el 75% aproximadamente pasa a sangre y es utilizada por los tejidos. Los músculos almacena la mayor cantidad de glucógeno que en el hígado. El tejido nervioso no lo almacena, de ahí se explica su sensibilidad a la falta de glucemia. ¿Qué pasa cuando falta esta sustancia nutritiva en el organismo o desciende su nivel? se afectan varios procesos como: la glucogenogénesis, liberación de grasa y glucólisis nuestro organismo lo somatiza en una hipoglucemia y/o debilidad muscular.

Pasamos a otras transformaciones a nivel renal, cuando la orina es retenida durante varias horas y repetidas veces durante un tiempo, tenemos que tener en cuenta la posibilidad de que esto nos puede llevar a infecciones urinarias repetidas y desencadenar con el tiempo en infecciones crónicas.

Sueño y vigilia

El sueño reparador es necesario para gozar de buena salud, las horas recomendadas de sueños de un adulto varía entre 8 a 10 horas según cada individuo. La mayoría de las personas duermen durante la noche, mientras que otros lo hacen en el día por razones generalmente laborales; lo que produce trastornos de sueños.

La duración del sueño y la calidad de horas de descanso desencadena factores como: excitación o stress, el uso de drogas. El consumo de algunos alimentos pueden afectar el sueño tales como: la cafeína, condimentos fuertes, el glutamato mono sódico.

Con el aumento de la edad, las personas tienden a dormirse y levantarse más temprano y toleran menos los cambios o alteraciones en las horas de descanso. También se despiertan durante la noche más veces y en realidad no se sabe bien la causa.

Vamos a definir o explicar que se entiende por sueño y vigilia: de acuerdo a unos estudios realizados por la Fundación Ana Vázquez³ la cual es una identidad sin

³ -Ana Vázquez sin fines de lucro para estudiar el cáncer infantil

finde de lucro que trabaja con pacientes con cáncer cerebral; hemos considerado algunas definiciones y conceptos: la conciencia oscila entre estados particulares:

*Estado de vigilia--- donde el individuo está en actividad, con total conocimiento de sí mismo y de su entorno.

*Un estado de no vigilia--- acá es la etapa de dormir, donde no hay conciencia.

*Un estado intercalado en el dormir--- en donde se presentan vivencias no siempre consientes. Es la etapa de soñar.

Estos dos últimos lo definimos como periodo de reposo, en estos estados de conciencia la actividad cerebral cambia pasando de un periodo de alta actividad (ondas estrictas de altas frecuencias aunque de baja amplitud) propia del estado de vigilia a otro periodo donde las ondas cerebrales se vuelven lentas (que es la etapa de dormir). Se ven interrumpidos por una gran actividad eléctrica que coincide con una etapa del sueño que se denomina sueño REM, es en el momento donde el individuo sueña (etapa profunda del sueño) donde puede aparecer el sonambulismo y los terrores nocturnos, en este momento se observan movimientos oculares rápidos.

Cuando la persona duerme, se produce una baja sensibilidad en respuestas a estímulos sensoriales, baja el tono muscular. La actividad cerebral baja pero hay un periodo de aumento en el sueño profundo.

Como también disminuye la frecuencia cardíaca, respiratoria, presión sanguínea (funciones autónomas) la actividad neuroendocrina aumenta con gran liberación de gonadotrofinas y de las hormonas del crecimiento.

Al sueño lo podemos dividir en:

- Primera etapa: entre la etapa de vigilia y reposo (estado de límite)
- Segunda etapa: del sueño ligero, el tono muscular y funciones vegetativas disminuyen.
- Tercera y cuarta Etapa: El sueño es profundo y lento.

- Quinta etapa: Gran actividad cerebral, movimientos oculares (REM, soñar) dura alrededor de 20 minutos.

En el estado de vigilia la unidad cerebral procesa principalmente información externa, es decir del medio ambiente, durante el reposo este sistema se desactiva y en el sueño (REM) etapa de soñar se produce la representación del mundo exterior que está en el interior ahora.

Uno de los trastornos más comunes es el insomnio en los patrones de sueño. La falta de descanso puede presentarse con síntomas de irritabilidad, cansancio durante el día, problemas para concentrarse o trabajar bajo presión, somnolencia, disminución de los reflejos, lo cual puede ser muy peligroso para las personas que trabajan durante la noche.

Alteraciones interpersonales

Teniendo en cuenta que se divide el día en tres partes podríamos decir que tenemos: ocho horas de descanso, ocho horas de trabajo y ocho horas de ocio.

Hablaremos de las horas de ocio que el individuo debe tener, son aquellas horas en donde el individuo realiza actividades al aire libre o no, en las cuales se realizan para satisfacción personal, ya sea reuniones con amigos, familiares, realizar deportes, ir a un gimnasio, etc. Es todo aquello que hacemos porque nos gusta, aporta satisfacción personal, ayuda para sentirnos realizados a nivel intelectual. Ya que se define al hombre como un ser social es importante para todos los seres humanos relacionarse afectivamente con sus pares, tenemos un entorno con el cual estamos en permanente intercambio. Cuando la persona deja de tener contacto con sus pares y esas horas que deben ser de recreación, o simplemente dedicarlas a la familia y o amigos, la emplea trabajando por diferentes motivos, comienza un periodo de aislamiento.

La fatiga y el cansancio producen irritabilidad y mal humor, falta de comunicación con sus semejantes, ya sea en el núcleo familiar o laboral lo cual comienza deteriorar sus relaciones afectivas.

APARTADO II

“Una nación de personas sanas puede llevar a cabo aquellas cosas que hacen la vida valadera y a medida que aumenta el nivel de la salud, lo hace también la posibilidad de felicidad”⁴.

El individuo busca constantemente una mejora en su estabilidad personal, que crea para la satisfacción de sus necesidades prioritarias en su entorno personal y familiar.

Según el **LIBRO BLANCO DE LA ENFERMERÍA ACTUALIDAD, MARZO DE 1998. NUMERO 23**, ella refiere de las condiciones laborales de la profesión de enfermería se caracterizan por una sobrecarga y tensión que dificultan el desempeño profesional y está en el origen de las quejas sobre la falta de incentivos y estímulos, es el trastorno asociado a horarios que dependen más de las necesidades del personal de enfermería para satisfacer su necesidad familiar, personal, hay que tener en cuenta una serie de riesgos presentes en el ejercicio profesional, la situación de sobre carga laboral , ella refiere al trabajo nocturno y los turnos están cada vez más extendidos por distintas razones: Económicas, un salario pésimo, por necesidades de producción o por motivos sociales, desde el punto de vista de salud laboral, sin embargo, el trabajo a turnos debe organizarse teniendo en cuenta que se han de prevenir sus implicaciones sobre la salud de los trabajadores, tanto al nivel físico como psicológico o de interacción social.

Etimológicamente el significado de la palabra carga, según el diccionario define: f. Acción y resultado de cargar

- Cantidad de energía eléctrica que se acumula en un cuerpo: *carga positiva o negativa.*
- Obligación que conlleva una actividad o una situación: *a la abuela le ha dado por decir que no quiere ser una carga para nosotros.*
- Efecto que provocan en la persona hechos o situaciones que cansan, desgastan o hacen sufrir: *mantener sola a la familia es una dura carga para ella.*

⁴ -A new perspective on the health of Canadians, document de studio. Ottawa 1974 pág. 5.

- En situaciones que afectan al orden público, acción ofensiva de los cuerpos de policía contra aquellos que lo alteran: *una carga policial dispersó a los manifestantes.*
- En algunos deportes, choque violento de cuerpos: *el entrenador no permite la carga entre sus jugadores porque lo considera agresivo.*

Hay distintas acepciones de la palabra. Pero nos ocuparemos a la definición que conlleva una actividad o situación y al efecto que provocan en la persona hechos o situaciones que cansan, desgastan o hacen sufrir, si a estos significados etimológicos de carga le agregaríamos el tiempo como un factor determinante, se torna una conjunción altamente desbastadora para el individuo, para la organización y para la comunidad. Veremos más adelante como la sobrecarga horaria produce consecuencias relativamente graves en el personal de enfermería.

Unos cinco millones de trabajadores están ocupados más de 45 horas semanales y caen en una sobreocupación horaria; mientras que 2,4 millones buscan un empleo alternativo al principal. Estos datos surgieron del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Índex) y correspondieron al informe "Indicadores socioeconómicos", elaborado por el organismo con fecha de cierre del 31 de marzo de 2013.

El trabajo precisó que al 30% de los trabajadores, tanto inscriptos como informales, su labor productiva le ha insumido más de 45 horas semanales, período tomado como promedio básico de todas las actividades registradas.

Este grupo de trabajadores excedió su tiempo de trabajo al de los convenios, pero no se detalló bajo qué términos se realizaron esas labores adicionales, o sea, si fueron horas extras pagas o estuvieron obligados por circunstancias particulares.

Sobre una población económicamente activa de 18 millones de personas y una tasa de desocupación de un 7,9%, la población ocupada fue de 16,6 millones. En consecuencia, 5 millones vienen trabajando más de lo convenido.

El Índex indicó que un 21,2% "buscó activamente" otra ocupación, incluidos los que estuvieron desocupados, 3,8 millones de empleados demandaron otra labor, del

1,4 millón que no tuvo ocupación. Algo menos de 2,4 millones pretendió añadir un nuevo empleo o sustituir el que se desempeña.

Según información oficial, se observó un fuerte contraste en el norte del país; mientras en el Noroeste, un 24% de los trabajadores buscó un nuevo empleo, en el Noreste ese porcentaje es de apenas un 6,5%, en el Norte argentino se registran los peores indicadores en lo laboral, ya que dos de cada cinco empleados está en negro y, por ende, no cuenta con descuentos jubilatorios.

Es la zona del país donde se encuentra el mayor porcentaje de empleo estatal, con un 55% de la fuerza laboral incluida en el sector público, de acuerdo con estudios privados.

Según el Índex, alrededor de 4 millones de trabajadores estuvo en la informalidad a nivel nacional al cierre del primer trimestre del año, según consignó la agencia de noticias DyN. Ese número implicó una tasa de un 32%, 0,8 puntos por debajo del registro del mismo período de 2012.

Se corroboraron también que los jóvenes son los más castigados por el desempleo, con una tasa de un 11,2%, casi el doble que el indicador general, de un 5,8%

Según (ETE), realizada en los meses de octubre y noviembre de 2005, se aplicó a asalariados registrados de empresas privadas con 10 y más trabajadores ocupados en actividades secundarias y terciarias de cinco aglomerados urbanos: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Rosario y Tucumán. Esta muestra es representativa de los 2.170.000 trabajadores localizados en las ciudades mencionadas, que integran el universo de asalariados registrados en empresas privadas de 10 y más ocupados, los cuales, en el período del relevamiento, referente al cuarto trimestre de 2005, constituían el 71% del total de asalariados privados registrados urbanos. Para el diseño de la muestra, se tomó en cuenta la composición de los trabajadores del universo según rama de actividad, estratos de tamaño de las empresas según cantidad de trabajadores, calificación, y sexo, y los

resultados obtenidos fueron ponderados por esas variables. Las encuestas se realizaron dentro del lugar de trabajo, para lo que se solicitó el acuerdo de las empresas. El instrumento utilizado para relevar la información se dividió originalmente en ocho bloques temáticos: organización del trabajo; tiempo de trabajo; contrato de trabajo; capacitación para el trabajo; condiciones de trabajo; relaciones sindicales; ingresos; datos sociodemográficos. Hasta la realización de la ETE fueron escasos, en la Argentina, los relevamientos directos de los trabajadores en relación con estos bloques temáticos, tan importantes en la determinación de sus condiciones de trabajo y existencia cotidiana.

Se incluyen dos estudios que analizan e interpretan los resultados de la ETE vinculados con la jornada de trabajo y las percepciones de los trabajadores sobre las relaciones laborales en las empresas.

Para una adecuada comprensión de estos resultados, conviene tener en cuenta el perfil de trabajadores incluidos en la ETE. El universo estudiado comprende al sector, normas legales y la contratación colectiva, y que percibe de manera regular

Los trabajadores entrevistados en su propio lugar de trabajo y, por el método de selección, se incluyeron en la muestra a los contratados de manera directa por sus empleadores.

El cuarto trimestre de 2005, este período es posterior a la profunda crisis económica y de empleo registrada durante fines de 2001 y posterior al primer momento de recuperación económica y de empleo iniciado a fines de 2002, en el que las empresas recurrieron a la extensión de las jornadas de trabajo, fenómeno perceptible a través del incremento de horas trabajadas. Recién a partir de 2004 pudo apreciarse un crecimiento del empleo con el consiguiente retorno paulatino a una utilización “normal” de las horas trabajadas.

Este proceso contrasta con el extenso período previo en el que esas negociaciones eran menos frecuentes y estaban más enfocadas sobre los mecanismos de adaptación de las empresas al ciclo económico, que a la revisión de

los salarios. Son necesarias para destacar que la encuesta se realizó en un momento de renovación de los planteles de las empresas por incorporación de trabajadores, de “normalización” de las jornadas de trabajo luego de períodos sucesivos de reducción de la misma durante la crisis y posterior intensificación de las jornadas en el primer momento de la recuperación económica, y de un cambio en el horizonte de expectativas depositadas en la negociación colectiva para la mejora de los salarios.

Se excluyen los trabajadores no registrados por sus empleadores en el sistema de jubilaciones y pensiones, los cuales, se presume, no cuentan plenamente con las mismas garantías que los registrados. Además, método de selección de trabajadores dentro de las empresas, fueron excluidos los trabajadores tercerizados, quienes eventualmente podían desempeñar sus tareas en esos mismos lugares de trabajo, pero con una dependencia contractual establecida con empresas subcontratadas.

Estos tienen para el trabajador relación con la intensidad de la jornada y la observación del ritmo y las pausas en el trabajo, las cuales también toman características particulares según sector de actividad y calificación .

En la Argentina las horas de trabajo se rigen por leyes o reglamentos y, en ocasiones, se complementan con los convenios colectivos. La Ley de Contrato de Trabajo (LCT), sancionada en 1945, remite a la Ley 11.544, sancionada en 1929, con respecto a la regulación de la jornada y los horarios de trabajo, estipulando un máximo semanal de 48 horas y una jornada de trabajo de 8 horas diarias. Dicha jornada no se puede exceder en más de una hora diaria con excepción de los casos en que se establezca una jornada desigual (por ejemplo, 5 días hábiles de 9 horas y 3 horas el día sábado). Luego de superado ese tiempo máximo, se deben abonar horas extras con un recargo de 50% sobre el salario habitual, que se extiende a

Por otro lado, la LCT fija el tope con que puede sobrepasarse el límite máximo de ocho horas, es decir, no permite realizar más de tres horas extraordinarias por día, ni más de 48 mensuales, ni de 320 por año. Entre jornada y jornada debe,

además, mediar un descanso de doce horas. Para el trabajo nocturno se establece una jornada de siete horas y para el insalubre de seis horas. La extensión de la jornada de trabajo De acuerdo con los resultados obtenidos en la ETE, el promedio semanal de horas trabajadas alcanza en total 42,4 horas por trabajador. Si se excluye a los servicios educativos, este promedio asciende a 44,1 horas semanales (esta diferencia indica, en principio, la existencia de un régimen diferenciado para la educación, que se analizará más adelante). Este promedio de horas trabajadas totales, se ubica por debajo del límite legal de 48 horas mencionado. De ese promedio de horas trabajadas totales, pueden desagregarse las correspondientes a jornadas “normales o habituales” y las “horas extras”. Considerando sólo la jornada “habitual”, es decir sin considerar las “extras”, el promedio desciende a 42,6 horas semanales de trabajo “normales” (este promedio no incluye a la educación). Cabe destacar que el promedio de jornada habitual de trabajo de 42,6 horas semanales, corresponde a una importante pero limitada cantidad de trabajadores (37,4%), y que, la mayoría de éstos, cumple horarios menores o superiores a dicho promedio. Esto habilita la descripción de diversos regímenes horarios o, por lo menos, de las principales tendencias que pueden observarse al respecto a través de los resultados de la encuesta agregados por rama y sector de actividad. Este promedio difiere del registrado por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) para el mismo segmento de población en el mismo período, cuarto trimestre de 2005. El promedio de la EPH excede en 2 horas al calculado a partir de la ETE. Esta diferencia puede deberse a las diferentes metodologías utilizadas por ambas encuestas. Dado que la ETE se aplicó a los trabajadores en las empresas, puede ser considerada una mejor aproximación a esta temática, ya que la encuesta del INDEC se aplica en hogares a informantes que no siempre coinciden con el trabajador directo. En los últimos años se ha generado una conciencia colectiva sobre la necesidad de mejorar la seguridad en la prestación de servicios sanitarios, por lo que desde los diferentes estamentos se viene impulsando una Política de Seguridad del Paciente, la cual pretende, entre otros objetivos, disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes, prevenir la ocurrencia de eventos adversos y coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención.

Por otra parte, el escenario laboral para los profesionales de la salud ha sufrido importantes cambios en los últimos años, quizás debido a las nuevas reglas del mercado, a los efectos de la globalización económica y a las nuevas tendencias de los modelos de gestión y administración en salud. Uno de esos cambios es la disminución del poder adquisitivo de los profesionales de la salud, lo cual conlleva a que para mantener su nivel de vida y de ingresos, y estar en capacidad de responder a las obligaciones económicas y necesidades impuestas por la sociedad, estos profesionales trabajen más horas de las recomendadas y estipuladas. ¿Existe alguna relación entre el número de horas laboradas por los profesionales de la salud y la seguridad del paciente? Para dar respuesta al interrogante planteado, primero analizaremos la importancia de la seguridad en los servicios de salud y posteriormente abordaremos la carga laboral.

Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente

La Seguridad en los servicios de salud hasta hace algunos años el diseño de los sistemas de salud se enfocaba en las necesidades y conveniencias de los proveedores y de las instituciones. Hoy el enfoque ha cambiado y está basado en las necesidades del paciente, que incluyen calidad y seguridad.

Solo hasta finales de la década de 1990 el concepto de seguridad del paciente adquirió importancia en el escenario de la atención en salud. La publicación en 1999 del reporte del Institute of Medicine (IOM): "To Err is Human: Building a Safer Healthcare System" abrió la discusión sobre los errores prevenibles en medicina, pues este informe estimó que entre 44.000 y 98.000 personas morían en los hospitales de los Estados Unidos anualmente como resultado de errores médicos, e impulsó un movimiento nacional en pro de la seguridad del paciente. Este estudio es fundamental porque identificó las fallas en el sistema de atención en salud como un problema importante de salud pública y como la octava causa de muerte en Estados Unidos, y estableció la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la atención centrada en el paciente como niveles cada vez más altos de excelencia en el proceso general de atención a la salud .Desde entonces se

comenzó en el mundo una cruzada por comprender la complejidad de los sistemas de salud y lograr volverlos más seguros.

La fatiga resultante de la sobrecarga en el trabajo produce un deterioro del rendimiento humano, el cual puede verse reflejado en errores de omisión y la consecución de eventos adversos

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a liderar y coordinar las acciones en seguridad del paciente. Con la resolución de la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza, en su capítulo 13 refiere “Calidad de la atención: seguridad del paciente”, se insta a los 193 estados miembros a atender el problema de evento adverso en la prestación de servicios de salud y a la implementación de sistemas de seguridad en el paciente. Este llamado se realizó al considerar que los eventos adversos en la prestación de servicios de salud son un problema de salud pública debido a que aún, cuando las intervenciones en salud tienen la intención de beneficiar a los pacientes en algunas ocasiones, podían causar daño, en especial al combinar procesos tecnológicos e interacciones humanas que aportan beneficios importantes, pero implica un riesgo de eventos. En el 2004, durante la 57 Asamblea Mundial de la Salud es acogida la propuesta de establecer una alianza internacional para facilitar la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los países miembros. Es por esto que en octubre de 2004 se crea la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, cuyo objetivo es coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, convirtiéndose en el medio para propiciar la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados miembros y demás actores.

La seguridad es la base sobre la cual se construye la calidad (aplicación de estrategias basadas en la evidencia) y a partir de allí el enfoque de atención centrada en el paciente, pero todos son elementos necesarios en el objetivo de brindar mayor calidad en la atención. En este punto, y dada la gran variedad de terminología disponible y su interpretación, es importante definir los principales términos relacionados con la seguridad del paciente. El Ministerio de Protección

Social de Colombia en su documento: “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” (2007), dedica un capítulo a los resultados de la revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente.

La seguridad es la base sobre la cual se construye la calidad y a partir de allí el enfoque de atención centrada en el paciente. El grupo de trabajo termina proponiendo las siguientes definiciones:

Evento adverso: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial, y puede o no estar asociado a error.

Complicación: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Incidente: Falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

Error asistencial: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención, bien sea por acción y/o por omisión.

Riesgo asistencial: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

Práctica segura: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

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

Evento centinela: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente la muerte. Requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

Los conceptos de seguridad del paciente, aseguramiento de la calidad y manejo del riesgo están relacionados, pero tienen diferencias importantes. La seguridad del paciente se enfoca en prevenir o minimizar el evento adverso. El aseguramiento de la calidad casi siempre trata con el espectro más amplio de la calidad, incluido el éxito de los tratamientos. Desde hace tiempo, el manejo de riesgo se ha dirigido al tratamiento de las consecuencias de los resultados adversos, pero el manejo de riesgo moderno se enfoca en la seguridad proactiva del paciente basado en el siguiente principio: “la prevención de lesiones mediante la reducción de errores y mejoras en el sistema disminuyen los acontecimientos y eventos adversos”.

Es importante tener en cuenta que como la seguridad se enfoca en la prevención de incidentes y eventos adversos, es mucho más difícil desarrollar una base de evidencia para las acciones que crean la seguridad. Aunque es posible realizar estudios aleatorios controlados para probar muchos tipos de medidas que mejoren la calidad, casi no existen estudios sobre medidas de seguridad.

Muchas nacen de la investigación de eventos adversos graves, de tal manera que son los argumentos y juicios más intuitivos los que guían la implementación de los principios de seguridad. De acuerdo con lo anterior, tenderíamos razones para pensar que son pocas las soluciones sencillas para la prevención de incidentes y eventos adversos. Sin embargo, las nuevas políticas de seguridad en salud ofrecen estrategias y tácticas posibles para disminuir las probabilidades de accidentes

El Dr. Gustavo Calabrese, Presidente de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA), ha liderado los temas laborales de los anesthesiólogos y profesionales de la salud en la región.

Ante la prevención del error humano y sus precursores: Los factores que fomentan y propagan los errores. Diferentes modelos ofrecen explicaciones genéricas de cómo ocurren los accidentes.

James T. Reason es tal vez el autor más citado respecto al pensamiento conceptual general sobre los mecanismos del error humano y las fallas en el sistema. Reason mostró el proceso de evolución de un accidente en lo que suele llamarse “modelo del queso suizo”. El “modelo de queso suizo” ilustra que los accidentes suelen ser el resultado de una serie de incidentes que incluyen precursores, los cuales desencadenan o permiten que la cadena de sucesos termine en el evento adverso final.

Reason llamó a estos precursores errores latentes. Los factores latentes son situaciones que existen de manera regular en cualquier ambiente de trabajo. Tienen la capacidad de incidir en el inicio o propagación de un accidente en progreso. Entre los ejemplos de errores latentes se encuentra la fatiga, siendo esta una consecuencia de la sobrecarga laboral.

Por lo tanto es importante analizar el calendario laboral en los profesionales de la salud. El calendario laboral se compone de la interrelación dinámica de variables tales como la carga horaria expresadas en horas/ día, horas/por semana, horas continuas, horas extras, horas diurnas, horas nocturnas, y la organización de los turnos de trabajo en cuanto a horas de comienzo, dirección, rotación y los descansos. La mayoría de estudios y datos disponibles sobre calendario laboral aportan información acerca del número de horas laboradas expresadas en horas/por semana, pero las demás variables no son tenidas en cuenta. una publicación electrónica, que ofrece a los distintos profesionales de la salud información médica con herramientas de educación, publicó el resultado de un estudio, basado en una encuesta realizada a 15.795 médicos de diferentes especialidades, sobre las condiciones laborales de estos profesionales en Estados Unidos. La encuesta se realizó entre el 2 de febrero y el 30 de marzo de 2012.

Entre los aspectos estudiados se incluye la carga laboral expresada en horas/por semana. El estudio muestra que la mayoría de los profesionales de las diferentes especialidades médicas trabajan en promedio entre 46-50 horas a la semana pero con un rango muy amplio que varía desde menos de 30 horas a la semana hasta más de 65 horas. Con un importante porcentaje de médicos especialistas, 40% que trabajan más de 50 horas a la semana y 10% que trabajan más de 65 horas a la semana. Según este estudio, dentro de las especialidades con mayor número de horas laboradas a la semana se incluyen urología, anestesiología, gastroenterología y cardiología.

En Colombia un estudio realizado , en el 2010, por la Fundación Universidad Empresa del Eje Cafetero, sobre los Factores del Entorno y del Contexto que influyen en la Remuneración Salarial y Calidad de Vida de los Anestesiólogos, publicado por el Observatorio Gremial de la S.C.A.R.E. arroja resultados similares. Aunque en este estudio la carga laboral se expresa en horas/por mes, al convertirlas en horas/por semana se encuentra que en promedio los anestesiólogos en Colombia laboran alrededor de 56 horas a la semana, pero con un rango muy amplio que varía desde menos de 30 horas a la semana, hasta más de 72 horas. Al igual que en el estudio anterior, publicado por Medscape, existe un preocupante porcentaje de anestesiólogos cercano al 10% que laboran más de 72 horas a la semana. Otros estudios presentan resultados similares. Según Calabrese, el promedio de horas/por semana laboradas por los anestesiólogos en Latinoamérica está en un rango que varía dentro de 24 hasta 76 horas. En Nueva Zelanda la carga horaria se encuentra entre 35 y 95 horas semanales, resaltando que el 47% de especialistas reportaron trabajar más de 70 horas semanales en los últimos 6 meses, y periodos continuos de trabajo de 20 horas promedio. En el Reino Unido la carga horaria registrada estuvo entre 48 y 112 horas semanales, con 75 horas semanales como promedio. El “modelo de queso suizo” ilustra que los accidentes suelen ser el resultado de una serie de incidentes que incluyen precursores, los cuales desencadenan o permiten que la cadena de sucesos termine en el evento adverso final.

En el caso de los estudiantes de postgrado de anestesiología, en Estados Unidos se registró cargas horarias entre 48 y 96 horas semanales, con 36 horas

continúas de trabajo. En Nueva Zelanda, entre 45 y 70 horas semanales, en donde el 79% de los estudiantes trabajaron más de 70 horas semanales en los últimos 6 meses con periodos continuos de trabajo de 20 horas, y un promedio de 2.7 noches por semana. La realidad actual muestra que en la mayoría de los estudios realizados en los distintos profesionales de la salud se registran cargas horarias que exceden las 48 horas semanales, que dictan las regulaciones sobre horas de la Comunidad Europea en el campo laboral general donde se incluye el trabajo médico. También exceden las regulaciones de horas en, campos no médicos como en transportistas terrestres (conductores de camiones) y aéreos (pilotos de aviación. Por tal motivo la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA), de acuerdo con el número de horas/semana laboradas, establece el riesgo y una serie de recomendaciones respecto a la carga laboral, para los especialistas y médicos en formación de anestesiología en Latinoamérica. De acuerdo con estas recomendaciones, el riesgo se puede considerar bajo si el anestesiólogo labora menos de 50 horas/semana, máximo 10 horas consecutivas trabajadas/ día, no realiza turnos nocturnos, no efectúa extensión del turno en la noche, dispone de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo y 2 días libres de trabajo/semana. El riesgo se puede considerar significativo cuando se trabaja entre 50 y 70 horas/semana, 14 horas consecutivas/día, 1 o 2 turnos nocturnos/semana, tiene extensión del turno en la noche, menos de 10 horas de descanso entre períodos de trabajo y 1 día libre de trabajo/semana. El riesgo se puede considerar alto cuando se trabaja 70 o más horas/semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces/semana, trabaja 3 turnos nocturnos/semana, tiene extensión nocturna del turno y no tiene día libre. La Asociación Médica Australiana establece que aquellos médicos que trabajen cargas horarias superiores a las 70 horas tienen alto riesgo para la salud y por ende una mayor probabilidad de riesgos de accidentes, injurias y enfermedades. Por tanto, debido a las características del calendario laboral, el anestesiólogo (y los demás profesionales de la salud que trabajan bajo estas condiciones) asume en general un riesgo significativo o alto para la salud. ¿Cuál es la influencia de la sobrecarga laboral en la atención médica y la seguridad del paciente? Los estudios de incidentes críticos identificaron el problema básico del error humano como un componente de lo que se denomina “infortunios”. Se identificaron los factores

relacionados con estos incidentes adversos también llamados factores latentes, los cuales incluyen defectos en el entrenamiento, más debilidades en el diseño del equipo y la contribución de la fatiga. Existe evidencia reciente en médicos en proceso de entrenamiento que muestra una relación clara entre la privación de sueño y los errores humanos, incluida la falta de atención en una tarea, accidentes automovilísticos graves y errores médicos, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Hay muchos ejemplos de accidentes industriales a gran escala, automovilísticos o de aviación, en los que la privación de sueño o la fatiga se identificaron como factor contribuyente importante. Muchos de los efectos fisiológicos de la fatiga son similares a los de la intoxicación por alcohol, la hipoxia y la exposición excesiva al calor (insolación). Por ejemplo, si un profesional permanece 17 horas continuas trabajando, esta situación es equivalente al estado que produce una concentración de 0.05% de niveles sanguíneos de alcohol; y si son 24 horas continuas despierto, los síntomas equivalen a una concentración de alcohol del 0.10%, la cual supera los límites permitidos para conducir Howard revisó la bibliografía acerca del sueño y la fatiga con referencia particular a la anestesia. Entre los hallazgos principales encontraron los siguientes: El sueño inadecuado degrada el desempeño; las personas necesitan distinta cantidad de sueño para sentirse despiertas y alertas; la falta de este produce un deterioro. Existe evidencia reciente en médicos en proceso de entrenamiento que muestra una relación clara entre la privación de sueño y los errores humanos, incluida la falta de atención en una tarea, accidentes automovilísticos graves y errores médicos. Sueño adecuado origina una “deuda de sueño” que es acumulativa y solo puede disminuirse con el sueño para

cumple un ciclo cada 24 horas aproximadamente, tienen una influencia importante, tanto en la tendencia a dormir como en la capacidad para dormir; el adormecimiento pasajero relacionado con el deterioro del desempeño se presenta entre las 2:00 y 6:00 a.m. y entre las 2:00 y 6:00 p.m.. Con respecto a la fatiga, esta puede disminuir en el campo laboral el desempeño psicomotor, alterar la capacidad de reacción, deteriorar la capacidad de vigilancia, reducir la habilidad de trabajo, generar tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas y establecer conductas que conducen al “error humano”, lo que puede repercutir en la seguridad del

paciente. En la administración de anestesia el “error humano” está implicado en el 83% de incidentes de seguridad. En ese sentido la fatiga contribuyó al 50% de los errores médicos, y al 60% de los errores en cuidados anestésicos. Además, se la vinculó según los estudios entre 2% y 6% a incidentes críticos en anestesiología, y 10% de errores en la administración de medicamentos. De otra parte, la fatiga también se relaciona con los accidentes automovilísticos en personal médico y en anesthesiólogos, luego de la jornada laboral, así como a lesiones y accidentes laborales, sobre todo relacionados con el manejo de las agujas, incrementándose el riesgo exponencialmente, luego de la novena hora de trabajo consecutivo. Con respecto a la privación de sueño es importante señalar que puede afectar el rendimiento debido a alteraciones psicomotoras, alteraciones de las capacidades mentales y cognoscitivas. El funcionamiento cognoscitivo disminuye 25% ante la privación de una noche de sueño y disminuye en un 40% cuando faltan 2 noches de sueño.

Estos efectos se ven reflejados en varios estudios realizados en residentes médicos, que luego de trabajar toda una noche sin dormir mostraron que tenían dificultad en interpretar un electrocardiograma, en realizar un cálculo matemático, en hablar con fluidez y en la memoria a corto plazo. También se registraron bajos puntajes de vigilancia de pacientes, disminución en la velocidad y calidad de intubación orotraqueal, mayor probabilidad de La privación de sueño puede afectar el rendimiento debido a alteraciones psicomotoras, capacidades mentales y cognoscitivas. la punción involuntaria de duramadre al realizarse anestesia epidural, todo ello relacionado al trabajo nocturno. Con respecto al trabajo que realizan los estudiantes de medicina para cumplir sus objetivos académicos, un editorial de *Annals of Surgery* expresó con respecto al tiempo de trabajo de los residentes, que menos de 40 horas semanales era poco y que más de 60 horas pueden ser perjudiciales. Otro factor importante independiente de la privación de sueño y la fatiga, relacionado con la presencia de complicaciones y eventos adversos, es la edad del profesional de la salud. Un reciente artículo de Tessler, publicado en *Anesthesiology*, “Association Between Anesthesiologist Age and Litigation”, presenta el resultado de un estudio que trata de relacionar la edad del anesthesiólogo con la

incidencia de demandas, y la presencia de complicaciones y eventos adversos. El estudio concluye que el mayor número de demandas y la mayor incidencia de eventos adversos se presentan en el grupo de anestesiólogos mayores de 65 años. Conclusión Existe en la actualidad una marcada preocupación por la sobrecarga laboral en los profesionales de la salud, debido a que la fatiga resultante produce un deterioro del rendimiento humano como consecuencia de la existencia de diferentes factores dentro de los que se incluyen: privación de sueño, alteraciones del ritmo circadiano y sobrecarga de trabajo tanto físico como mental. Esta situación produce una variedad de síntomas: aumento de la ansiedad, disminución del tiempo de reacción, disminución de la memoria de corto plazo, bajo rendimiento laboral, disminución de la motivación y alerta, y variabilidad en las diferentes tareas que se ejecutan, incluyendo errores de omisión, los cuáles conllevan necesariamente a la presentación de eventos adversos.

Los diferentes estudios recomiendan regular las horas de labor asistencial, tanto de los profesionales de la salud, como de los médicos residentes en formación, porque esta medida mejora el estado emocional, permite un mayor interés en las actividades clínicas, disminuye los costos hospitalarios y los eventos adversos e incidentes críticos. Está demostrado que la privación del sueño y la fatiga pueden afectar el desempeño clínico y contribuir al “error humano”, repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. La seguridad demanda que cada individuo así como las organizaciones hagan de la prevención de cualquier lesión o daño al paciente su mayor prioridad. Para el médico, un compromiso continuo para la práctica segura incluye evitar el riesgo innecesario y prevenir los errores. La vigilancia es la estrategia principal para prevenir errores. Vigilancia significa sostener la atención y en su definición se incluyen tres componentes: alerta, selección de la información y esfuerzo consciente. La fatiga y la privación de sueño alteran estos tres componentes de la vigilancia, y son tal vez las causas más frecuentes de error médico.

Por lo tanto es importante evitar la sobrecarga laboral, y tanto para los profesionales e instituciones sería conveniente seguir las recomendaciones establecidas. Las principales recomendaciones establecidas por la CLASA son las

siguientes: la duración media del trabajo no debe exceder las horas recomendadas. Período de siete días en médicos residentes; no laborar más de seis horas continuas sin descanso por día; se recomienda no trabajar más de 10 horas consecutivas en el día; no laborar más de dos turnos nocturnos de 12 horas semanales; no trabajar dos turnos contiguos diurno – nocturno, o nocturno –diurno; también se recomienda descansar 10 horas entre turnos. En relación con los turnos nocturnos, podrán realizarse hasta los 55 años de edad.

Otro factor importante independiente de la privación de sueño y la fatiga, relacionado con la presencia de complicaciones y eventos adversos, es la edad del profesional de la salud.

Además de evitar la sobrecarga laboral y seguir las anteriores recomendaciones, otras formas de mantenernos vigilantes y alertas es realizar pausas activas, tomar medidas contra la fatiga, establecer medidas de higiene del sueño y adecuando las siestas de acuerdo al ritmo circadiano.

Como hemos visto anteriormente la manera en que es afectado el personal médico de una institución y la manera que se expone a la inevitable posibilidades de error, por todo lo anteriormente mencionado .comparándolo con otros miembros del equipo, el caso del personal de enfermería se multiplica .ya por razones de servicio no solo tiene que pensar, sino que también tiene que camillar, realizar mensajería , etc.exponiéndose a tener más accidentes laborales, enfermedades de contacto con el paciente contagio de patologías respiratorias , psicofísico, entre otra .lo que en mucha ocasiones va en decremento de la atención que brinda y en relación inversa a la evolución del paciente, si a todo esto le sumamos la falta de un lugar físico para poder distenderse, ya sea para realizar un descanso reparador de corto plazo o para descansar los músculos y la mente, sin la exposición del familiar y /o paciente nos encontramos inevitablemente en desventaja

Creemos, a nuestro juicio que se torna un panorama caótico si no se modifican algunas conductas desde los ámbitos directivos ,para el personal y paciente como reflexión . De forma consciente ¿abordaría usted un avión cuya tripulación está expuesta a sobrecarga laboral, fatiga y privación de sueño? La respuesta lógica es que no. De la misma manera no es admisible que los profesionales de la salud, en especial enfermería, intervengan y manejen pacientes bajo estas mismas condiciones desfavorables. Es el momento de detenernos a pensar y reflexionar con juicio sobre nuestras condiciones laborales, más allá de lo económico, y entender que al trabajar más de las horas recomendadas (sobrecarga laboral), o más allá de una edad determinada (65 años), no solo nos estamos exponiendo a nosotros mismos, sino ante todo, estamos exponiendo al paciente quien es la razón de nuestra actividad, como así también a nuestra familia, amigos

Pero podemos coincidir que el ausentismo laboral es un problema en cualquier empresa o institución pública. No solo constituye una pérdida económica para cualquier empresa sino que también constituye una desorganización de las programaciones realizadas y también la calidad se ve afectada, pues la tarea es realizada por un reemplazante.

En el caso en una Institución educativa ese problema se ve potenciado por las consecuencias en los usuarios directos del sistema educativo: los estudiantes. La ausencia de un docente constituye una desorganización del centro educativo y no siempre se logra conseguir un reemplazante inmediatamente, sobre todo en el sistema público.

Las autoridades lo ven como un problema y así lo manifiestan en diferentes declaraciones. Por ejemplo el maestro Luis Garibaldi, Director de Educación del Ministerio de Educación y Cultura manifiesta que el ausentismo docente llega a cifras alarmantes alcanzando un 30% de clases perdidas en toda la educación media por esta causal⁵. En investigaciones realizadas en la Administración Nacional

⁵ -Congreso Nac. De Educación. "Que hacemos con la Educación. Proyectos, recursos y roles. Junio de 2006.

de Educación Pública (ANEP) hablan entre un 25 y un 30 % de clases perdidas por ausentismo docente. Aunque los distintos actores reconocen que existe una multifactorialidad en la génesis de ese ausentismo.

Sabiendo de antemano lo reducido de la muestra y que no es representativa de la heterogeneidad que presenta la educación media en este sentido, no se encontró en la Institución, ni en el Consejo de Enseñanza Secundaria otros estudios que analicen el ausentismo docente, por lo que no hay posibilidades de comparación.

Las fuentes de las cifras que manejan las autoridades del sistema educativo nacional no se pudieron determinar con precisión. Con respecto al material bibliográfico cabe aclarar que no existen hasta el momento estudios que describan con relativa precisión el fenómeno del ausentismo docente y mucho menos sobre sus consecuencias. Si bien el ausentismo existe, es un fenómeno en el que interactúan

La Organización Internacional del Trabajo(OIT) define al "ausentismo laboral como la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los períodos vacacionales y huelgas".Behrend citado por Daniel Danatro⁶, señala que "el ausentismo no constituye un síntoma de inquietud social tan espectacular como las huelgas, pero el volumen del tiempo perdido como consecuencia de este fenómeno es muy superior al del tiempo perdido por causa de los conflictos de trabajo".

El Dr. Daniel Danatro. Ausentismo laboral de causa médica en una institución pública. Revista Médica Uruguay- 1997 Y lo define como "sinónimo de ausencia voluntaria del trabajo, es decir la práctica de aquellos trabajadores que dejan de presentarse al trabajo dando excusas o sin alegar razón alguna".

Para analizar este tema, partiremos del enfoque sistémico de John T.Dunlop, para tratar de identificar las características del subsistema "Enseñanza Secundaria"

⁶ - Dr. Daniel Danatro. Ausentismo laboral de causa médica en una institución pública. Revista Médica Uruguay- 1997

en cuanto al tema que nos interesa: a u s e n t i s m o docente. En este sentido

- Los factores: los trabajadores y sus organizaciones, los empleadores y sus organizaciones y el Estado. En este caso, al tratarse del sistema público, el Estado cumple una doble función: la de empleador y la de regulador del sistema.
- El contexto (escenario): descripción del medio ambiente laboral en los aspectos económicos, políticos, etc.
- Una ideología: es el conjunto de ideas o creencias que los actores tienen en común. Son valores o ideas compartidas que permiten la convivencia y son la base del acuerdo, lo que mantiene unido al sistema.
- Las normas: los actores interactuando en determinado contexto, establecen las normas o reglas que rigen sus relaciones, que determinan el funcionamiento de su comunidad de trabajo.

El ausentismo docente en Consejo de Enseñanza Secundaria (CES), es aquí entendido como la no presentación del docente al centro educativo, cuando se pensaba que lo iba a hacer, y es visto, según las autoridades de la enseñanza, como un problema.

Según las cifras de ausentismo manejadas por las autoridades⁷ llegan al 30% de clases no dictadas por los docentes por este motivo. Esto implica que por este motivo, los usuarios del sistema, recibieran un 30% de clases menos, produciendo un deterioro de sus aprendizajes y muestran la ineficiencia del sistema educativo. Son escasos los estudios realizados, pero se ha podido estimar la magnitud del ausentismo docente y han demostrado que es un problema pendiente que el sistema educativo no ha podido resolver y que tiene un impacto importante sobre el funcionamiento y gestión de las instituciones educativas.

⁷-Figuera-Lamas. "Gestión de los centros de Enseñanza Secundaria de Montevideo". (Versión en borrador) 2006

Esa preocupación se vio reflejada en el requerimiento que se le hizo a la Unidad de Certificaciones y Peritajes Médicos del CODICEN a fines del 2006, por el aumento de las licencias médicas concedidas⁸. Se ha convertido en la causal de inasistencia más importante en este sistema. El ausentismo de causa médica es definido por la OIT como “el periodo de baja laboral que se acepta como atribuible a una incapacidad del individuo, excepción hecha del embarazo normal”. Se entiende por baja laboral al periodo ininterrumpido de ausencia al trabajo contabilizado desde su comienzo y al margen de su duración. El ausentismo de causa médica responde a una multiplicidad de factores que pueden ser:

- Individuales: que residen en el factor humano, tomando al trabajador como unidad básica de la organización del trabajo con inquietudes, expectativas, necesidades, valores, conocimientos, etc.
- Laborales: relacionados con el medio ambiente y condiciones de trabajo, y
- Extralaborales: determinadas por el medio social en el que realizan sus actividades las instituciones

En relación al subsistema de educación pública, podemos distinguir los siguientes actores: Publicado en el Boletín de FENAPES. Pág. 12. Noviembre-

Es el Estado, que haciendo cumplir constitucional regula y controla el funcionamiento del sistema educativo. Cumple un doble rol: el de EMPLEADOR, a través del CES (Art.13, inc. 6 de la Ley N° 15.739), contrata a los docentes.

Tiene una estructura jerarquizada y burocratizada, las jerarquías se hallan claramente establecidas en el subsistema.

Posee, además, una organización extendida en todo el país en 365 centros educativos. El otro rol es el de REGULADOR del subsistema a través de sus

⁸ - Publicado en el Boletín de FENAPES. Pág. 12. Noviembre- Diciembre de 2006.

diferentes organismos. El empleador es el CES, que según el organigrama del Sistema Educativo Uruguayo regido por la ley N° 15.739 de 1985, es un subsistema dentro de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), dirigido por el Consejo Directivo Central (CODICEN).

El subsistema educativo aparece como parte de un sistema social más amplio y se diferencia de otras instituciones por su especificidad. Estas establecen con la sociedad una especie de “contrato fundacional”⁹. Así la institución educativa es portadora de un mandato social y tiene la responsabilidad de movilizar los recursos para crear una dinámica interna que permita y favorezca el cumplimiento de ese mandato. El estado es el encargado de controlar el cumplimiento de ese mandato que consistía en instruir al pueblo y crear ciudadanos desde el punto de vista político, y desde el punto de vista económico se trataba de asegurar la integración de esos ciudadanos al mundo del trabajo, además las instituciones debían garantizar la formación de recursos para la elaboración de nuevos saberes. Este contrato implicaba compromisos para la institución educativa y para el Estado. A pesar de eso, cada centro educativo tiene cierto grado de autonomía interna para la creación de las condiciones necesarias para el cumplimiento de la tarea de enseñar. Cuando la escuela y la sociedad no pueden dar cumplimiento a los compromisos asumidos se produce una crisis. El estado ha encontrado inconvenientes para sostener el contrato y ha dejado de cumplir con muchas de sus obligaciones. La más evidente de sus faltas es la desatención económica a las instituciones y a los docentes, entre otras. Esto podría explicar el malestar interno del sistema.

Desde varios foros se aprecia la preocupación de las autoridades sobre el tema ausentismo docente, y en general se menciona que está alrededor del 30%. Este, se constituye así, en un indicador de ese “malestar”.

En este caso los funcionarios docentes, son alrededor de 20.000 en el CES. Tienen una composición muy heterogénea en edad y formación. El régimen de acceso a la docencia y las condiciones para hacerlo, lo rige el Estatuto del Funcionario Docente, donde además se establece el tipo de relación laboral con el

⁹ - Frigerio-Poggi.”Las instituciones educativas. Cara y ceca “Argentina 1999

CES: los docentes pueden ser efectivos, interinos o suplentes. Los docentes del CES cuentan con una organización gremial con una tradición de 43 años, la Federación Nacional de Profesores de Enseñanza Secundaria (FENAPES), integrante de la Coordinadora de Sindicatos de la Enseñanza del Uruguay y del PIT-CNT. Según lo informado por este sindicato, son alrededor de 8000 los docentes afiliados.

Los factores en las relaciones laborales interactúan en un medio o contexto que está determinada por la sociedad global y los otros subsistemas. A su vez este contexto determina las características de esas relaciones influyendo en la conducta de los actores de distintas maneras y en distintas direcciones¹⁰.

En el medio ambiente laboral o “escenario”, hay que tener en cuenta aspectos políticos-económicos- sociales que van a influir en el subsistema educativo, pero fundamentalmente, en su unidad básica: el centro educativo. El mandato social y el contexto son procesados de modo diferente en cada centro.

Así, cada centro educativo da cuenta de esos aspectos en forma distinta, pero fundamentalmente la desatención económica por parte del Estado hacia los centros y los docentes actúan como, si bien se aprecia el aumento salarial programado para enero de 2007, se lo reconoce como insuficiente y se convoca a la movilización para los meses siguientes para acompañar la negociación en los Consejos de Salario y mejorar las partidas en las Ley de Rendición de Cuentas en junio de 2007. Situación que, en la perspectiva del año en curso podría provocar un aumento de la conflictividad, sobre todo antes de la aprobación de dicha ley.

El Director entrevistado, manifiesta que, a pesar de los bajos salarios de los docentes y de ese “cansancio”, las condiciones creadas en cada centro educativo para el desarrollo de su labor, influyen en el compromiso asumido por los docentes y en las inasistencias. Lo que vuelve la situación aún más compleja y heterogénea, ya que dependen de las condiciones personales que cada Director tenga para dirigir y gestionar su centro. Un “Clima institucional” menos tensionado, de mayor equilibrio

¹⁰ -Hermida Uriarte, Oscar- Curso Introductorio de Relaciones laborales.

entre los docentes y la Dirección, la intención de solucionar los problemas locativos y de falta de insumos para la realización de la tarea docente, la participación de los docentes en la toma de decisiones que afectan al centro y a ellos mismos; generan un equilibrio en la distribución de poder interno. Esto favorece las condiciones para la disminución de las inasistencias, especialmente en las de causa médica, ya que se disminuye la tensión y el “malestar” docente.

Este “Clima institucional “ al que hacemos referencia no siempre se puede lograr por la excesiva rotación del personal docente ya que atenta contra la necesidad de crear equipos estables de directores y docentes considerados como el verdadero centro de la actividad educativa.

El poder remite a las relaciones de intercambio entre los actores institucionales. A veces está relacionado con los lugares formales, y en particular con las cúpulas de las instituciones. Sin embargo, el poder no siempre está allí. Las redes informales de cada institución, dan cuenta de cómo se ha distribuido o concentrado el poder en las prácticas cotidianas y condicionan el clima institucional.

Otro aspecto a tener en cuenta es el medio o contexto donde las instituciones operan. Los docentes, principal categoría del sector servicios, es una de las categorías más expuestas a la violencia y el estrés ligados al lugar de trabajo, agregando factores relativos a la organización interna del sistema (m u l t i e m p l e o , carga horaria excesiva) y las elevadas exigencias en cuanto a su calificación y resultados obtenidos por los estudiantes, estos suelen sentirse abrumados y aumenta el ausentismo por causa médica. Encontramos la opinión del Dr. Rodríguez Osore, Jefe de la unidad de Certificaciones y Peritajes Médicos que manifiesta que a “patología siquiátrica es la segunda causal de licencias por enfermedad de los docentes y son causa de declaración de ineptitud para el ejercicio de la docencia.” Y que su desempeño los enfrenta a condiciones que actúan como desencadenantes de la enfermedad como “s o n las bajas remuneraciones, que llevan al sobre empleo y a la acumulación de horas, el entorno adverso en las que son frecuentes las agresiones sicofísicas por parte de los alumnos y padres, los que hacen de la Docencia una Profesión de Riesgo”. La OIT considera una enfermedad

profesional a “todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar que haya sido determinada previamente como tal”. En este sentido, el propio Dr. Rodríguez Osoreo menciona en su informe al “Síndrome de Bern Out” o desgaste profesional, como una enfermedad cada vez más frecuente entre los docentes. Un estudio realizado por el Banco Mundial¹¹ encontró que cuanto mejor sea el entorno laboral en el centro educativo y la buena infraestructura, el ausentismo es más bajo; lo que podría explicar el menor ausentismo.

En el Estatuto del Funcionario Docente se observa que son numerosas las causales que justifican la inasistencia de los docentes a los centros educativos, encontrándose por lo menos quince. Más allá de que la reglamentación es generosa, se encuentra en un contexto laboral que agrava sus efectos negativos (multiempleo, elevada carga horaria, fraccionamiento horario en varios centros).

Los motivos por los que se producen las inasistencias de los docentes son variados, pero entre los más frecuentes se encuentran:

- las inasistencias por enfermedad
- las inasistencias producidas por reuniones de profesores e integración de tribunales de examen en otros liceos
- las inasistencias por actividades académicas (cursos, concursos, etc.)
- las inasistencias por el derecho de faltar 5 días en el año
- las inasistencias por encargo de funciones (tribunales, comisiones,
- las inasistencias sin causal (con descuento salarial).

No se niega que los docentes tengan derecho a faltar por enfermedad o por razones de capacitación profesional, pero las inasistencias de los docentes, ya sean

¹¹ - Información brindada por el Servicio de Actividades Sectoriales de OIT

justificadas o no, descomponen el normal funcionamiento del centro. El sistema de certificación, por el cual el docente puede tomar sucesivas licencias cortas, prevé que recién se habilite el nombramiento de un suplente cuando este tiene más de 30 días de licencia por enfermedad.

Además, el sistema posee una reglamentación que justifica un número elevado de inasistencias, pero no hay una previsión para la previsión de los sustitutos o suplentes. Por otra parte, se evidencia la falta de mecanismos efectivos de control así como de un sistema claro de recompensas y sanciones por parte del sistema educativo.

Con respecto a las recompensas por asistencia, existe un mecanismo de pago por “presentismo” a nivel semestral (entre 0 y 8 % del salario mensual), que resulta poco claro e insuficiente, para marcar una diferencia sustantiva que implique no ausentarse. Con respecto a las sanciones, no existen mecanismos rápidos e eficientes que establezcan sanciones reales para los docentes que incurren en continuas inasistencias, incluso aunque no cuenten con justificación.

Básicamente no es intención de los autores de este trabajo, se tratar de analizar la magnitud del ausentismo docente y su multifactorialidad.

Solo mencionar que el ausentismo docente se eleva entre un 25 y 30% a nivel nacional y sus causas de inasistencias. Lo que genera igual porcentaje de clases no dictadas. Los motivos son variados y ya se trataron. Pero es interesante resaltar lo generosa que es la reglamentación existente en cuanto a las justificaciones de las mismas. Se tiene la impresión que el sistema educativo ha perdido el control sobre la regularidad de la asistencia docente a un punto crítico.

La modalidad de “elección de horas” o de los cargos constituye uno de los principales mecanismos que impactan negativamente en el sistema provocando entre un 40 y 50% de rotación anual del personal docente. Esta modalidad no es compatible con elementales normas técnicas del buen funcionamiento de cualquier empresa o institución.

Es ineficiente, puesto que no contribuye a la creación de un compromiso e identificación por parte del docente ni se pueden crear equipos de trabajo estables, contribuyendo así al ausentismo .si lo comparamos con nuestra actividad notamos que las inasistencias sobrecargan al personal de turno ya que genera recargos innecesarios, tirantes entre colegas y la sobre carga de trabajo del personal que entra en el turno ya que deben reasignarse los pacientes que tomaría el enfermero que

Aspectos relacionados con el medio ambiente laboral y social en el que se desempeñan las instituciones educativas influyen en forma importante en el ausentismo docente.

Ninguno de los aspectos mencionados y de los problemas analizados es nuevo ni desconocido para ninguno de nosotros. En general, existe consenso sobre los mismos.

Muchas veces estos aspectos, que gozan de menos simpatía, han sido relegados de la agenda educativa. Sobre todo, a favor de otros que gozan de mayor prestigio y atención, como los cambios curriculares o metodológicos.

En general han sido abordados como aspectos menores, pero si no se logra colocarlos en la agenda a pie de igualdad a este tipo de problema administrativo, de gestión y organización; Educación secundaria seguirá con carencias básicas de

Hasta aquí hemos analizado las consecuencias que produce la sobrecarga horaria en médicos, docentes, camioneros y pilotos; entre otras profesiones, pero ¿qué sucede con el personal de enfermería concretamente? Como primera medida

, es importante establecer que pertenecemos a un grupo que forma parte del mayor numero de recurso humano profesional, que se encuentran concentrado en un

Sin mencionar que una institución de salud no puede cerrar su puerta por ningún motivo (huelga, feriado, sismo, etc.). Lo que nos pone en una condición vulnerable, en cuanto se refiere a las demás profesiones.

El estatuto del empleado público, leyes laborales, no discriminan si se trata de un docente, municipal o un enfermero, lo que a criterio de los autores, no es el mismo desgaste, ni las realidades que tiene un enfermero comparado con las demás profesiones, solo basta observar y recordar a nuestros compañeros de nuestro comienzo de ejercicio profesional que ya no están, para caer en la triste conclusión que muchos colegas no alcanzan a jubilarse a la edad requerida (ya sea por jubilación por incapacidad física- mental, decesos, etc.) .

El alto grado de descaso que tiene enfermería ya sea en actividad y después de jubilarse (en el periodo inmediato que abarca los primeros cinco años) es alarmante, para los autores como consecuencia de la sobre carga laboral que ha

No es para nadie una primicia que la enfermera hasta hace dos décadas atrás tenía que realizar tareas de limpieza, cocina, mensajería, office, etc. quitándole especificidad a su profesión y convirtiéndola en la persona víctima del sistema de salud, personal que debido a la falta de una ley nacional que contemple el 82 % de su salario a la hora de se, debe extender por cinco años mas la jubilación.

Si observamos con atención la situación antes mencionada, no es mesiánico entender que la situación actual de enfermería es crítica, porque ese personal no solo tiene el cansancio lógico de la edad sino que también ideas conservadoras, falta de adaptación a la tecnología, tareas limitadas, en algunos casos apatías en relación al paciente y a la profesión, etc. Lo que es peor en algunos casos ya dejaron de se, debido a distintas causas de índoles personales, lo que la ponen en desventaja en relación de las nuevas generaciones de enfermeras.

A medida que el colectivo enfermero avanza en su proceso de profesionalización, se amplía y concreta de forma progresiva su ámbito de responsabilidad profesional, entendiendo a esta como la obligación de responder

, razonablemente las actuaciones profesionales y actuar responsablemente analizando y eligiendo aquello que sea de mayor interés para el paciente y/ o comunidad, cual comprende obligaciones deontológicas administrativas y legales, entre otras. En la práctica es preciso tomar en consideración aspectos de tipo latitudinal, evitando la rutina, la prisa, la fatiga y la costumbre que conduzcan a actuaciones negligentes, descuidadas e imprudentes para que ello se cumpla es imperiosamente necesario que nos concienticemos que la sobrecarga horaria, como en las profesiones antes mencionadas, produce en el enfermero y en el paciente consecuencias altamente nocivas.

En el Paraguay hay una oferta de unos 11.000 cargos para enfermeras, pero existen solamente 7.000 licenciadas y licenciados en esta especialidad que trabajan actualmente, a lo que se suma que unas 100 enfermeras salen al año del país en busca de mejores remuneraciones.

Esta realidad hace que la mayoría de las licenciadas y licenciados en Enfermería, principalmente los especializados, trabajen en dos y tres hospitales o sanatorios, llegan a sus puestos de trabajo generalmente cansadas y con una enorme carga de stress.

Las 2.500 enfermeras que prestan sus servicios en hospitales, unidades y puestos sanitarios del IPS, tampoco son ajenas a esta realidad. La mayoría de ellas vienen de otros trabajos luego de haber completado distintos turnos. El multiempleo se convierte en una sobrecarga horaria, cuyos resultados derivan en enfermedades y en ausentismos reiterados, lo cual afecta directamente al rendimiento del servicio.

En consecuencia, los servicios de los hospitales sufren el elevado sobre costo y lo convierten en servicios críticos y este problema demanda estrategias para hacerles frente y que afecta no sólo al Hospital Central sino a todo el país. El dilema es no seguir desangrando servicios como el del IPS, sino buscar el desaliento de la presentación de muchos permisos. Para la jefa del Servicio de Enfermería, Lic. Agustina Pérez, la salida sería “la educación, pues cuanto más preparado esté el recurso humano, tanto más consciente será”. Lo que los autores de esta

investigación adhieren en un todo, ya que a nuestro criterio es la única forma de concientizar y erradicar el problema o al menos disminuir las consecuencias provocadas sobre el tema. La Lic. Pérez, habla que en búsqueda de la erradicación del ausentismo, principalmente en Terapia Intensiva, se vienen realizando constantes talleres con gente de Alto Rendimiento y con el departamento de Psicología.

La capacitación se realiza de manera continuada, se insiste mucho en el campo de la humanización de los cuidados y la paciencia. Se resalta la vocación de servicio porque ésta debe ser la regla, indica la Lic. Pérez. En este sentido se trabaja también con la Pastoral de la Salud y parte de esa actividad, apela a la concienciación, a la motivación, a que se sientan parte importante del Sistema, cualquiera sea el trabajo que desempeñen, comprendiendo, que la irresponsabilidad en un sector, afecta al todo. Hay una tendencia de que el trabajador utiliza mal los beneficios del Art. 43 del contrato colectivo, beneficio al que se debería recurrir en forma más racional. Mi administración busca provocar un cambio de mentalidad, puntualiza la jefa de las enfermeras.

En el IPS, de las 2.500 personas que trabajan en enfermería, el 40 % ya presentan algún tipo de enfermedad. Uno de los servicios más exigentes en Enfermería es el de Terapia Intensiva, que demanda una relación de 2 pacientes para una licenciada que deben ir rotando en los distintos turnos para una cobertura completa, es decir, de 24 horas los 365 días al año, explica la Lic. Pérez. La situación de Argentina ,en este tema no varía mucho de la realidad de la república del Paraguay , ya que se cuenta con la falta de recurso humano calificado , produciendo mucha demanda de enfermeros en las distintas especialidades en la mayoría de las instituciones a lo largo del país, si al mencionado panorama nacional , le sumamos sueldos no acordes a la economía familiar, tenemos la primera causa de sobrecarga laboral .El enfermero se ve obligado a buscar una solución monetaria para poder satisfacer las necesidades familiares e individuales, permitirse gastos

Dicha sobrecarga horaria no es gratuita ni pasa desapercibida. Por el contrario requiere del enfermero un esfuerzo mayor tanto del profesional que realiza la prestación, como del compañero de las guardia que este realice, si esto se prolonga en el tiempo desencadena efectos propios de la fatiga, sueño, antipatías personales y profesionales, stress.

En el boletín oficial del 9 de setiembre 2005 el Senado y Cámara de Diputados de la provincia de Mendoza, sancionan con fuerza de ley:

- El personal que se encuentra comprendido en las Leyes 5241 y 5465, Estatuto y Escalafón respectivamente, para el personal del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Salud, gozará de una reducción horaria de cinco (5) horas semanales previo cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Encontrarse realizando el régimen de cuarenta (40) horas semanales.

b) Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad el personal femenino y sesenta (60) años de edad el personal masculino. A los fines del cómputo del régimen horario semanal previsto en el Apartado a) no se tomará en cuenta el cumplimiento de horas suplementarias, mayor dedicación y/o full time.

- La reducción establecida en el artículo anterior no afectará la remuneración del personal (Asignación de la Clase, Adicionales Generales y Particulares y Suplementos).

- Para la implementación de la reducción horaria de cinco (5) horas semanales, la Autoridad de Aplicación podrá optar entre las siguientes alternativas:

a) Ingresar una hora después del horario habitual.

b) Retirarse una hora antes del horario habitual.

c) No trabajar los días sábados.

Como vemos aquí se manifiesta la segunda causa ,Si bien la ley de Mendoza es clara ,en la práctica se torna poco real a la hora de dar una solución al servicio donde desempeña sus tareas el personal que goza del beneficio que enuncia la ley, ya que nos encontramos con la falta de previsión por parte de los directivos de las instituciones que conjugada a la falta de recurso humano, desencadena sobrecarga del trabajo del personal que se queda laborando, reasignación de los pacientes que tenía el personal que goza del beneficio , deterioro de las relaciones interpersonales

Como hemos visto anteriormente cuando nos referíamos a los docentes, los motivos por los que se producen las inasistencias de los enfermeros pueden ser

- las inasistencias por enfermedad.
- las inasistencias por actividades académicas (cursos, concursos, carreras de grados
- las inasistencias por el derecho de faltar 6 días en el año
- las inasistencias por encargo de funciones (electorales, comisiones, etc.)
- las inasistencias sin causal (con descuento salarial).
- las inasistencias producidas por cuidado de familiar enfermo de 10 días en el año.

Tendríamos la tercera causa más importante de sobrecarga horaria en enfermería puesto que las inasistencias genera los recargos innecesarios, suspensión de licencias ,cambios de turnos sin previo aviso , entre otros .Lo que convierten las guardias reasignadas en un factor causal que como consecuencia no solo genera stress, incertidumbres cuando se acerca el horario de entrega de guardia ante la posibilidad de que falte el enfermero que tiene por costumbre faltar sin avisar, rebeldías ,entre otros. Sino también agotamiento físico, mental y deterioro de

Ya hemos visto lo que produce el sueño y la fatiga en el personal médico, choferes y pilotos aéreos, si tenemos en cuenta la proximidad que tenemos con el paciente y la cantidad de horaria a la que nos exponemos, es lógico pensar que la calidad de atención se ve resentida por el cansancio, sueño, stress, mal humor, la alteración del ritmo circadiano, falta de descanso puede disminuir en el campo laboral el desempeño psicomotor, alterar la capacidad de reacción, deteriorar la capacidad de vigilancia, reducir la habilidad de trabajo, generar tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas y establecer conductas que conducen al "error humano", lo que puede repercutir en la seguridad del paciente, anteriormente mencionábamos que 17 horas de vigilia equivalen a 0,5% de alcohol en sangre y las leyes viales desaconsejan conducir en ese estado, imaginemos lo que podríamos generar en el paciente que es depositario de la atención deficiente brindada, el cual deposita conjuntamente a su familia la esperanza de ser el motivo de nuestra atención. Como conclusión podemos afirmar con seguridad que la sobrecarga horaria no sólo se ve afectado el enfermero y el paciente, sino también la institución por el elevado costo que produce innecesariamente.

APARTADO III

En este apartado, los autores trataran de mostrar un panorama de la realidad del enfermero.

Si se toma en cuenta los cambios vertiginosos vividos en las últimas décadas en la sociedad, desde el punto de vista tecnológico, demográfico, de valores, etc., se hace imperiosa la necesidad de que las empresas de salud, en la reducción de costos y la nueva conducción económica de las instituciones públicas y en su afán de intentar brindar eficacia, eficiencia y calidad, hacen de los cuidados de enfermería una cuestión prioritaria, ya que se entiende que los enfermeros tienen una extensa practica anclada en los procesos históricos de la humanidad, los que han moldeado su evolución, según los acontecimientos socioculturales marcados en cada época. Si a dicha prioridad sanitaria, se le agrega la falta de recursos humanos calificados para satisfacer los requerimientos institucionales y la falta de una política de salud (restricciones presupuestarias que afectan e imponen una nueva definición de nuestras prioridades y el lugar relegado que posee los cuidados enfermeros como disciplina autónoma).

Por un lado se exige del enfermero una respuesta de trabajo, no solo de calidad, sino también en la cantidad y por otro lado la falta de herramientas que impiden la ejecución de dicha labor, dicha necesidad no solo genera ineficiencia del sistema de salud, sino que también sobre carga del personal enfermero.

Los autores han observado que para que se cumplan las condiciones de sobrecarga horaria laboral existen una serie factores que influyen negativamente dentro de la realidad actual que posee el personal de enfermería. Dichos factores no solo se consideran evitables, sino también determinantes de la situación crítica que afecta al personal.

Los enfermeros constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden. En número, sus miembros sobrepasan por lejos a otros profesionales de la salud. El poder potencial que significa la cantidad de enfermeros que trabajan en los servicios

de salud se ve generalmente fragmentado por los desacuerdos internos, envidias profesionales ,diferencias en la formación y la rivalidad .En lugar de presentar frentes comunes cada subgrupo se encierra en sí mismo ,dando como, resultado la impotencia política e ineficacia profesional (generando roces, stress, mal humor)que se ve reflejada en la atención del paciente.

Sus competencias son diversificadas (educa, dirige , organiza e investiga),su trabajo está marcado por polivalencia, flexibilidad, multidisciplinaria ,como también llenos de paradojas (se le exige espíritu crítico y competencia de alto nivel manteniendo calor humano y simplicidad en el contacto en una cultura globalizada y violenta) siguiendo este pensamiento los autores afirman sin temor a equivocarse que para algunos enfermeros el ejercicio se resume a la labor que les brinda remuneración económica y cierto grado de satisfacción de sus necesidades básicas , (carentes de participación, compromiso y motivación) muchos estudiantes la consideran como un trabajo y no una profesión .datos estadísticos marcan que el 75% de las enfermeras tituladas laboran activamente .el 25% restante abandonan el trabajo para dedicarse a la familia o solo lo realizan para aumentar el ingreso familiar .

Si consideramos que en la actualidad también un porcentaje del personal de la población hospitalaria (como veíamos en el apartado II) .agentes que por distintas razones (monetarias, afectivas, por sentirse útil, para conservar un estatus de vida). Es decir personas que a pesar de tener cumplido los años de servicio y contar con la edad para hacer uso de su jubilación no lo hace.

Otro porcentaje ,aproximadamente en un 85% ,tiene otro trabajo con una sobrecarga voluntaria ,es decir tiene 2 o más trabajos ,ya sea medio contrato dentro de la misma institución o en otro establecimiento originando riesgos antes mencionados como lo visto en el apartado anterior (apartado II) y sin tener en cuenta los deterioros de salud que va teniendo y como se va resintiéndose sus relaciones .Toda esta carga horaria de los agentes, perjudica a los servicios en gran porcentaje porque se ve traducido en ausentismo, tardanzas, recargos, aumento del

en tiempo y forma) entre otros perjuicios; se puede afirmar que el personal va cansado, irritable, de mal humor, con sueño; generando altercados (con sus superiores , pacientes), desmotivación para capacitarse , médicos prolongados y errores por emisión u omisión.

Como es lógico pensar, el servicio y la institución se ven severamente afectados por los partes médicos prolongados, que en un 80% son psiquiátricos y quirúrgicos, como lo demuestra una estadística, proporcionada por medicina laboral del hospital DR. Humberto Notti.

Otro factor a tener en cuenta y poco analizado, al menos por el colectivo enfermero, es el hecho que tradicionalmente el sector de salud ha tendido siempre a absorber un gran número de mujeres, ya sea por las características propias de los servicios prestados o por la tradición de la profesión. Este es el caso del área de enfermería, la cual ha contado con un personal mayoritariamente femenino un 87% son mujeres y un 13% son hombres, vale advertir que aunque en la actividad de los Hospitales se han ido incorporando hombres a la enfermería, todavía se trata de un grupo minoritario de varones que ejerce la profesión.

Durante mucho tiempo el personal femenino de enfermería ha manifestado descontento por ciertas condiciones laborales constantemente, en todos los ambientes hospitalarios surgen conversaciones de cansancio físico, mental, fatiga, estrés, dolores musculares, mucha responsabilidad en el hogar, etc.(problemas propios del género femenino), por lo que socialmente se considera el mundo de la mujer: Labores del hogar, hijos, esposo.

Los límites que se imponen socialmente a la mujer no se rompen cuando se incorpora al trabajo asalariado, sino que cada trabajadora los amolda con estrategias propias. La contradicción entre el mundo laboral y el del hogar no se resuelve socialmente, Se les exige además que los problemas generados en el hogar no interfieran en su trabajo profesional, con el propósito de combinar las actividades y responsabilidades de la vida laboral, familiar y personal en función de las exigencias, esto implica múltiples cambios y adaptaciones de flexibilidad entre diversas áreas (el aspecto personal, familiar y laboral), la rigidez de los horarios de trabajo

desorganizan la vida familiar, particularmente quienes tienen que conciliar las demandas de trabajo con las exigencias del hogar, como es de imaginarse, las condiciones laborales de la profesión de enfermería se caracterizan por una sobrecarga y tensión que dificultan el desempeño profesional y está en el origen de las quejas sobre la falta de incentivos y estímulos, un factor añadido a esta situación es el trastorno asociado a horarios que dependen más de las necesidades del personal de enfermería para satisfacer su necesidad familiar, personal, por otro lado hay que tener en cuenta una serie de riesgos presentes en el ejercicio profesional, eso conlleva una sobrecarga laboral, cansancio y agotamiento físico-mental, conjuntamente con la falta de recursos técnicos y material médico quirúrgico para realizar cualquier procedimiento, falta de medicación, sueldo no acorde a la economía familiar, entre otros; hacen que esa enfermera vaya a su lugar de trabajo a desgano, por la frustración laboral e impotencia profesional conjugada a una carga emocional negativa por su situación familiar (crisis de pareja, hijos adolescentes, enfermedades de la familia, culpas, etc.) que en algunos casos se ve y agravada por los recargos, exceso de trabajo, cambios de guardias en el diagrama sin previo aviso, las entregas y tomas de guardias no realizadas en tiempo y forma, etc.; la poner en una posición más vulnerable en relación con su colega masculino.

Como es de imaginarse la situación de esa mujer –enfermera, las consecuencias de lo anteriormente mencionado, no pasan desapercibidas en las instituciones y muchos en los servicios, generando más sobre carga horaria y laboral, en el personal que no solo no aporta solución, sino el adentramiento en un círculo vicioso interminable.

Si bien se sabe que en Mendoza y Salta son las provincias que concentran el mayor número de enfermeros, muchos de los cuales realizan su formación académica solo por el hecho de encontrar una salida laboral rápida, como también hay muchos enfermeros que no están dispuestos o son incapaces de aplicar los conocimientos a la resolución de problemas clínicos, tratan de encontrar la “respuesta correcta” y hacen las cosas como siempre lo han hecho, respondiendo a un desempeño rutinario que solo les permite actuar bajo las ordenes de los otros

profesionales (personal de antigüedad, profesionales que realizan profesionalización por lo económico, empíricos, auxiliares); conformando un grupo de profesionales sin vocación de servicio y mucho menos la intención de ser, provocando una

Como conclusión, a criterio de los autores se ha intentado describir la situación actual que atraviesa el enfermero en la práctica diaria profesional.

Se sabe de antemano que dicha situación es más compleja y no solo se resume a lo relatado en el presente apartado, hay circunstancias especiales que hacen más crítica aun a la situación, solo nos hemos referido al común denominador en enfermería.

Los autores tienen la certeza que el cambio es posible, ampliando el abanico de posibilidades de la educación tradicional en enfermería que ha hecho tanto hincapié en el método de ensayo y acierto para responder en determinados tipos de situaciones relacionados con la resolución de problema, aumentando los líderes en enfermería capaces de revertir la opinión social y propia del enfermero, darle a la profesión un enfoque más humanístico, fortaleciendo el trabajo de equipo.

Si se logra el objetivo general de Determinar como la sobrecarga horaria contribuye al deterioro psico, físico, social del personal de enfermería y por otro lado crear una conciencia colectiva en el enfermero de compromiso, motivación y participación, el trabajo de los autores está justificado, aunque no tienen el poder de modificar la realidad de enfermería, sirva el presente trabajo como sugerencia.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

1-TIPO DE ESTUDIO

Para abordar el tema de la sobrecarga horaria se hace un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y cuantitativo.

El estudio es de tipo descriptivo porque permite observar un fenómeno que se produce en un grupo de enfermeras, en la Unidad de área Crítica quirúrgica del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti.

Según el tiempo de ocurrencia es prospectivo, porque los hechos se registran cuando se aplican los instrumentos de recolección de datos (cuestionario).

El periodo y secuencia el estudio es trasversal, porque se recolectaron los datos en un solo momento, en una medición única y en un determinado tiempo.

Es cuantitativo, porque el fenómeno en estudio ya ha sido investigado, el objetivo de este trabajo es aclarar y ampliar el problema. Es cualitativo porque muestra un fenómeno que se produce en un grupo determinado de personas con un mismo objetivo, espacio en común con una misma actividad laboral y coexistencia en el tiempo.

2- ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio se realiza en el hospital DR. Humberto Notti en el Servicio de Área crítica quirúrgica.

3-UNIVERSO

El universo en estudio está constituida por un total de cuatrocientas sesenta y seis (466 enfermeras/os) quienes forman parte del personal de enfermería del Hospital Humberto Notti, en los diferentes turnos de trabajos. Este dato corresponde a la fecha de inicio de la Tesis en cuestión, Julio-Agosto del 2013, y es sobre el que se toma la población.

4- POBLACIÓN

Son las 35 enfermeras calificadas que realizan su labor en la unidad del Área crítica quirúrgica del Hospital H. Notti (ACQ), quienes aportaron la información necesaria para el estudio. Esta población representa el 7,72% del universo de enfermeros que trabajan en el Hospital Humberto Notti.

5-MUESTRA

No se trabaja con muestra.

6- VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE LAS MISMAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
“Sobrecarga horaria”	Considero sobre carga horaria de una persona, a la que sobrepasa las 40 horas semanales de trabajo que no respeta las 8 horas de descanso	<ul style="list-style-type: none">• Horas semanales de trabajo• Recargos• Suspensión de francos• Turnos de Trabajo	<ul style="list-style-type: none">• 36/40 semanales• Mensuales• Quincenales• Semanales• Muy frecuente• Frecuente• Poco frecuente• Mañana• Tarde

		<ul style="list-style-type: none"> • Rotación de turnos de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Noche • Muy frecuente • Frecuente • Poco frecuente
<p>“Deterioro psicofísico y social de los enfermeros”</p>	<p>Se considera como todo cambio y/o alteración que se visualiza en la persona.</p> <p>A nivel ergonómico, mental y en sus relaciones interpersonales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento físico • Motivación • Aislamiento • Dificultad para comunicarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy frecuente • Frecuente • Poco frecuente

		<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy frecuente • Frecuente • Poco frecuente
Edad	Línea cronológica en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo etario en estudio 	<ul style="list-style-type: none"> • De 19 a 29 • De 30 a 49 • De 50 a 59 • De 60 o mas
Antigüedad	Tiempo transcurrido en el trabajo desde el inicio hasta la actualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Años de servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • De 1 Mes a 10 Años • De 11 a 21 años • De 22 a 30 Años • De 31 o mas
Sexo	Se refiere a la división del género humano en dos grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter es 	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino

De 22 a

		sexuales secundarios	
Formación	Nivel de estudios realizados	<ul style="list-style-type: none"> • Primario • secundario • Terciario • Universitario 	<ul style="list-style-type: none"> • empírico y/o auxiliar • profesional y/o universitario • licenciado

6.1 SOBRECARGA HORARIA: Es una variable independiente, cuantitativa.

Se considera la sobrecarga horaria de una persona, a quien sobrepasa las 40 hs semanales de trabajo, distribuidas de tal manera que no respete las 8hs de descanso correspondientes.

6.2 DETERIORO PSICOFÍSICO Y SOCIAL DE LOS ENFERMEROS: Es una variable dependiente, cualitativa.

Se considera deterioro como todo cambio y/o alteración que se visualiza en la persona. A nivel orgánico – mental y en sus relaciones interpersonales.

Cabe destacar que en dicho servicio, en su totalidad respondieron espontáneamente y en forma anónima, sin interrupciones, ni presión de nadie.

6.3 SEXO: Es una variable independiente cualitativa, objetiva.

Se denomina *categorica* porque admite solamente dos valores según el origen (masculino y femenino)

6.4 EDAD: Es una variable independiente cuantitativa, objetiva

6.5 FORMACIÓN: Es una variable independiente cualitativa

Se considera subjetiva porque es propia de cada agente, es diferente en cada persona y determina su nivel de formación.

6.6 ANTIGÜEDAD: Es una variable independiente cuantitativa

Se considera subjetiva porque depende de cada sujeto.

7-Tipo de instrumento

Un cuestionario, los cuales se construyeron basándose en los contenidos de trabajo. El cuestionario está dirigido a las enfermeras(os) de cirugía, mide los datos generales con 27 ítems, con tres (3) alternativas en su mayoría, de las cuales se dividen en:

1.- muy frecuente.

2.- poco frecuente.

3.- Frecuente

Como así también otras alternativas tales como:

a) Mañana

b) Tarde

c) Noche

d) Psiquiátricos

e) Físicos (ginecológicos, traumatológicos, quirúrgicos, respiratorios, neurológicos, otros)

f) Si

g) No

h) Falta de (tiempo, interés, dinero)

8-PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Después de seleccionada la muestra y elaborado el instrumento se procederá a realizar la recolección de la información con el siguiente procedimiento.

8,1.- Se establecerá comunicación verbal con la enfermera jefe de área crítica quirúrgica del Hospital licenciada: Sra. Sandra López, para que nos autorice a realizar el cuestionario al personal a su cargo.

8,2.- Se aplicará el cuestionario a las 35 enfermeras, incluyendo a la enfermera jefe en forma anónima y voluntaria.

8,3.- Se esperará el resultado del cuestionario sin prisa otorgándole el tiempo que cada una de las enfermeras requieran para contestar libremente sin interrupciones, sin presión. En el espacio físico otorgado por la licenciada (su oficina).

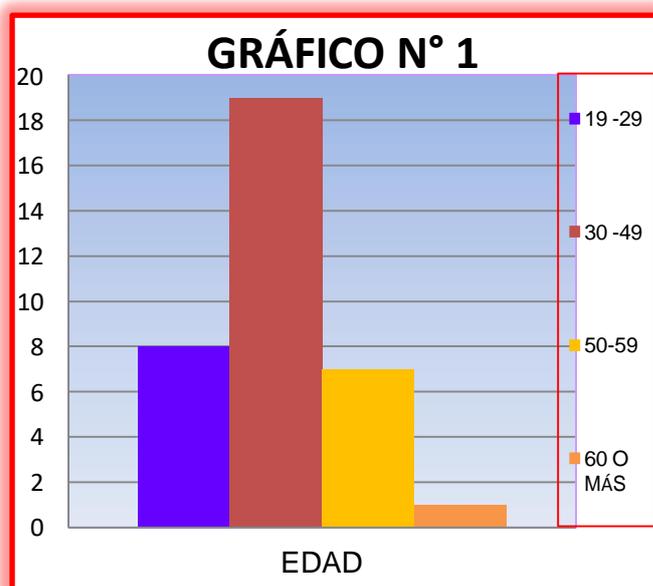
8,4.- Se analizará y se clasifica los resultados obtenidos para comprender este fenómeno e interpretar las consecuencias de este.

TABLAS Y GRÁFICOS: ANÁLISIS Y COMENTARIO

Tabla N°1: Número de Enfermeros en estudio, según edad, servicio de ACQ, Hosp. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
19-29	8	23%
30-49	19	54%
50-59	7	20%
60 o más	1	3%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

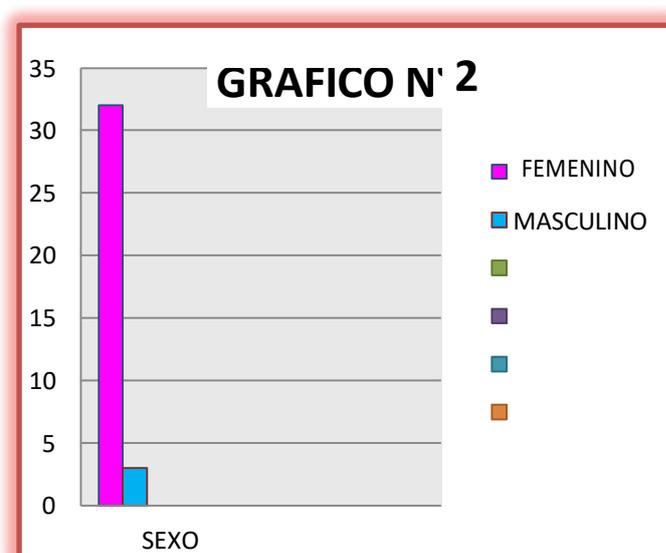


COMENTARIOS: Tenemos un claro predominio del grupo etario (30- 49) con un porcentaje del 54,2857% tenemos coincidencia, en relación de porcentaje de 2 grupos etarios de (19-29) con un 22,8571% y el grupo (50-59) con un 20% y un grupo minoritario de 60 o más con un 2,8571%

Tabla N°2: Número de Enfermeros en estudio, según sexo, servicio de ACQ, Hosp. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
F	32	91%
M	3	9%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.



COMENTARIOS: El grafico nos muestra un claro predominio del género (femenino), con un 91,4285% y un 8,5714% de personal (masculino)

Tabla N°3: Número de Enfermeros en estudio, según formación, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sin Formación	0	0%
Auxiliar	2	6%
Enfermero Profesional	18	51%
Licenciado	15	43%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

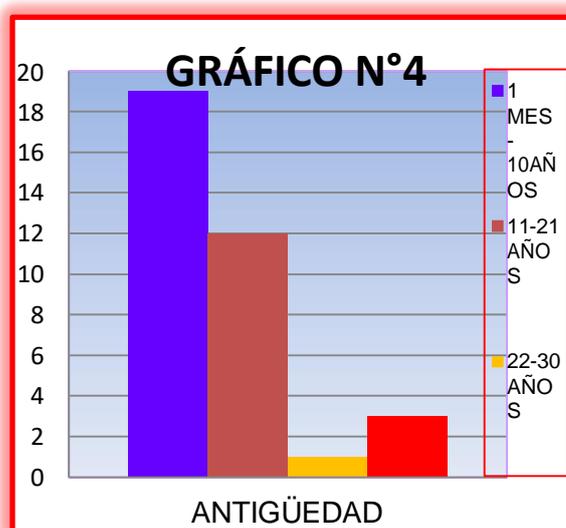


COMENTARIOS: En este grafico encontramos el grado de formación del personal de enfermería y hay una gran similitud de porcentajes entre (licenciados) con un 42,857% y (profesionales) con un 51,428%, adema tenemos, en menor escala al grupo de los (auxiliares) con un 5,714%. Debemos aclarar que no existen enfermeros

Tabla N°4: Número de Enfermeros en estudio, según antigüedad, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
De 1 mes a 10 años	19	55%
11-21 años	12	32%
22-30 años	1	4%
31 o más	3	9%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

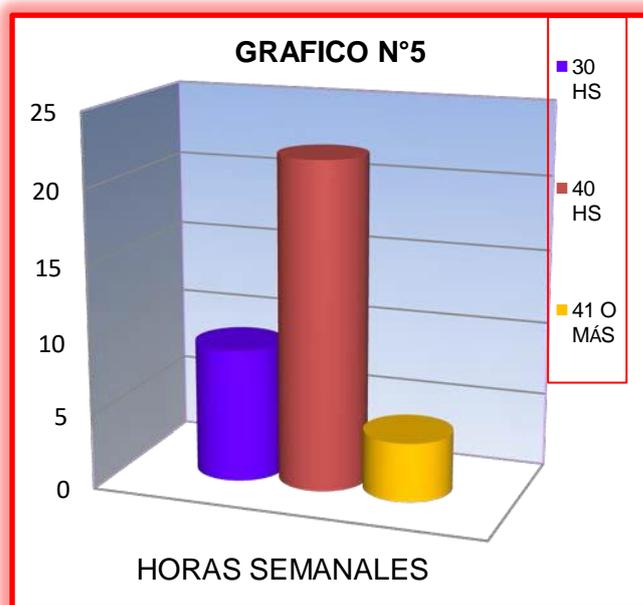


COMENTARIOS: El grupo que tiene el mayor porcentaje en un 54,2857% es el de (1 mes a 10 años), luego el de (11 – 21años) con un porcentaje de 31,4285%. El grupo de (31 o más) en un 8,5714% y de (22- 30) en un 2,8571% se encontrarían en los grupos minoritarios.

Tabla N°5: Número de Enfermeros en estudio, según horas semanales trabajadas, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
36	9	26%
40	22	63%
Más de 40	4	11%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

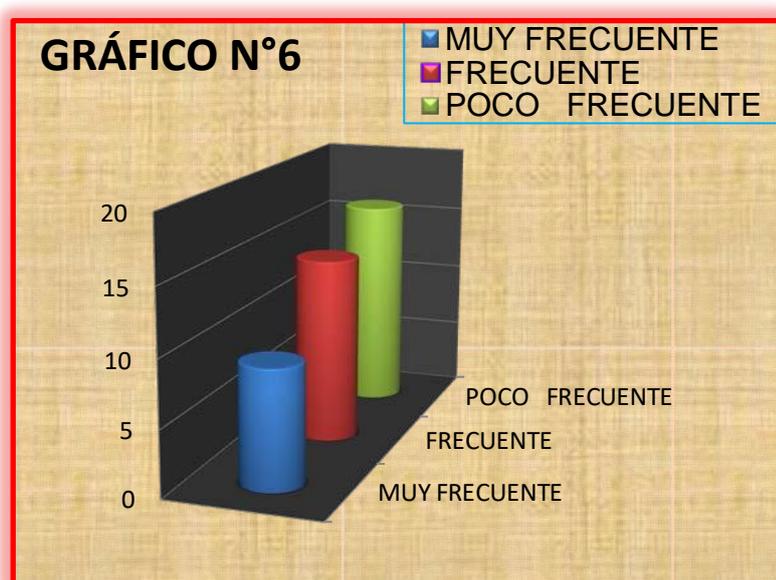


COMENTARIOS: Tenemos un porcentaje mayoritario del 62,8571 % para (40 horas semanales) ,un 25,7142% para (36 horas semanales) y 11,4285% para más horas .Esto porcentaje coinciden con el grado de formación.

Tabla N°6: Número de Enfermeros en estudio, según recargos, servicio de ACQ, Hosp. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	6	17%
Frecuentemente	14	40%
Poco frecuente	15	43%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.



COMENTARIOS: De los datos obtenidos vemos que los recargos se producen frecuente y poco frecuente en la siguiente escala con el 17,1428 % (muy frecuente), 40% (frecuente) y el 42.8571% (poco frecuente).

Tabla N°7: Número de Enfermeros en estudio, según otros trabajos, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	3	9%
No	32	91%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.



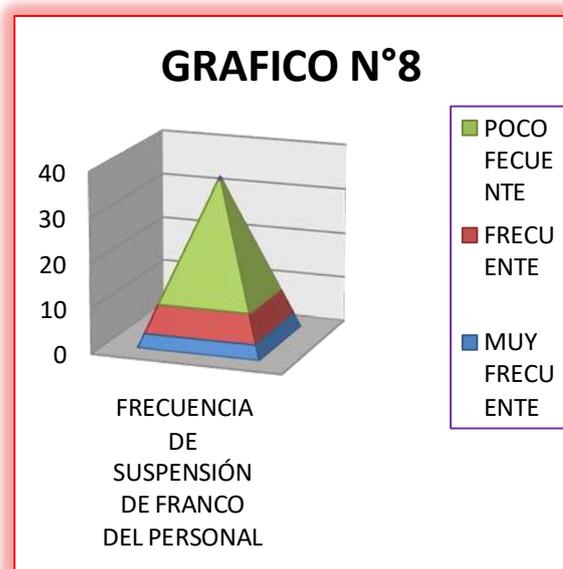
COMENTARIOS: Como denota el gráfico coincide con el género y la relación que existe entre ambas es inversamente proporcional.

Como vemos se destaca con un 91,4285% (no) versus un 8,5714% (si)

Tabla N°8: Número de Enfermeros en estudio, según suspensión de franco, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	0	0%
Frecuentemente	3	9%
Poco frecuente	32	91%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

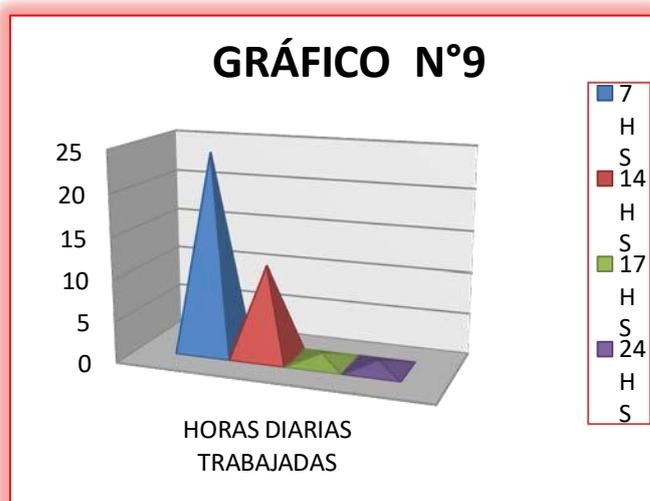


COMENTARIOS: De acuerdo con el grafico anterior está repartido entre el 8,5714% (frecuentemente) y el 91,4285% (poco frecuente), mientras se mantiene con valor nulo la denominación muy frecuente.

Tabla N°9: Número de Enfermeros en estudio, según horas diarias trabajadas, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
7	24	69%
14	14	31%
17	0	0%
24	0	0%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.



COMENTARIOS: Estas coinciden medianamente con los porcentajes anteriormente visto en el gráfico de otro trabajo .Los cuales son de 68,5714% (7 horas) y 31,4285% (14 horas) mientras que para 17 y 24 horas e mantiene en 0 %.

Tabla N°10: Número de Enfermeros en estudio, según turno realizado habitualmente, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Turno Mañana	20	57%
Turno Tarde	14	40%
Turno Noche	5	14%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

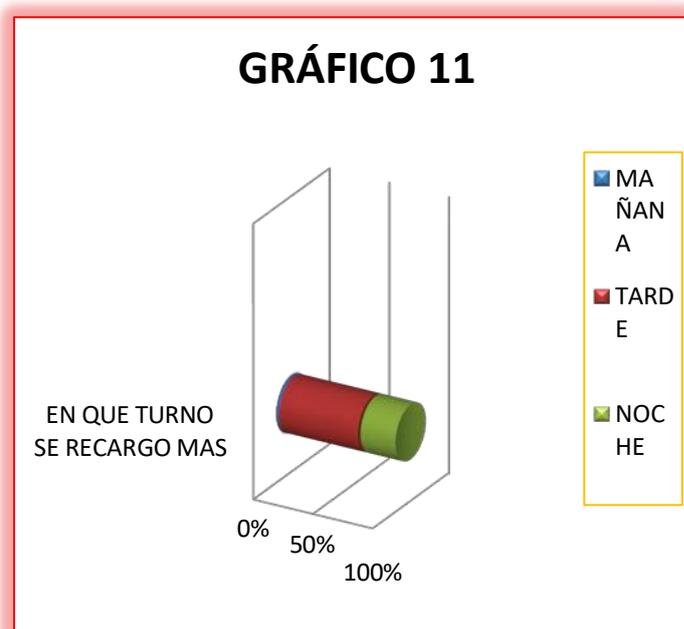


COMENTARIOS: El porcentaje como es de imaginar guarda estrecha similitud con la distribución del personal según diagrama, estos porcentajes son de 57.1428% (mañana) de 40% (tarde) y de 14,2857% (noche).

Tabla N°11: Número de Enfermeros en estudio, según turno que más se recarga, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Turno Mañana	1	3%
Turno Tarde	23	66%
Turno Noche	11	31%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

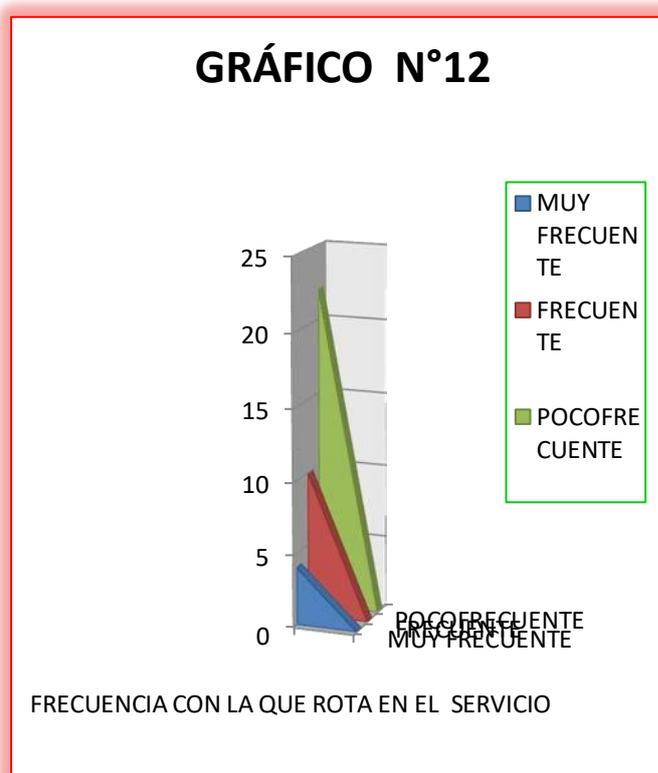


COMENTARIOS: Según los porcentajes obtenidos vemos que el turno que más se recarga es la tarde con un porcentaje de 65.7142% luego turno noche con un porcentaje de 31,4285% y el turno mañana con el porcentaje de 2,8571%.

Tabla N°12: Número de Enfermeros en estudio, según rotación de turnos, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	4	11%
Frecuentemente	10	28%
Poco frecuente	21	61%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

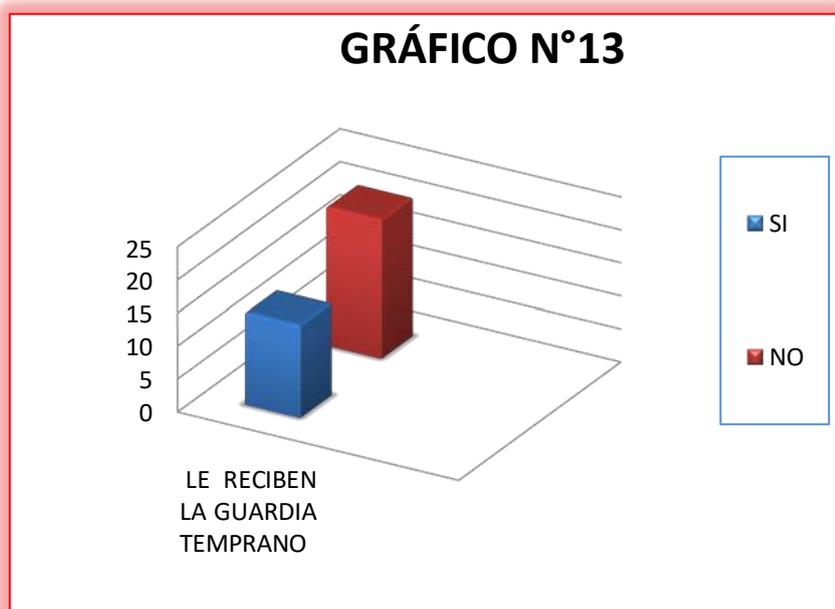


COMENTARIOS: Según el porcentaje se puede apreciar que la rotación de turnos es mínima, es decir los turnos tienden a conservarse permanente con un porcentaje de 11,42855% (muy frecuente), del 28,5714 (frecuente) y de 62,8561% poco (frecuente).

Tabla N°13: Número de Enfermeros en estudio, según reciben la guardia temprano, servicio de ACQ, Hosp. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	14	40%
No	21	60%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

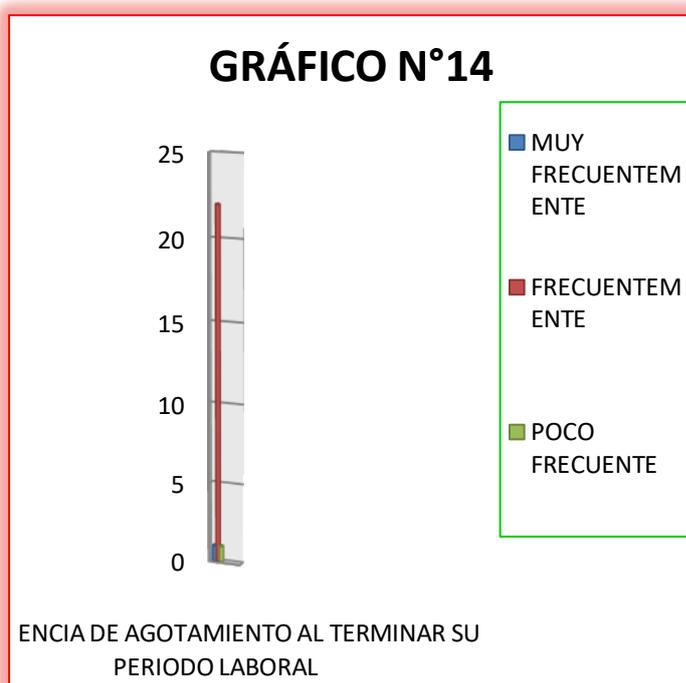


COMENTARIOS: Los datos arrojados nos muestran un porcentaje de 40% por un SI y en un 60% por un NO por lo cual a juicio de los autores, no ven mucha discrepancia, en relación con la brecha que existe entre ambos.

Tabla N°14: Número de Enfermeros en estudio, según agotamiento laboral, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	12	44%
Frecuentemente	22	63%
Poco frecuente	1	3%
Total	35	100%

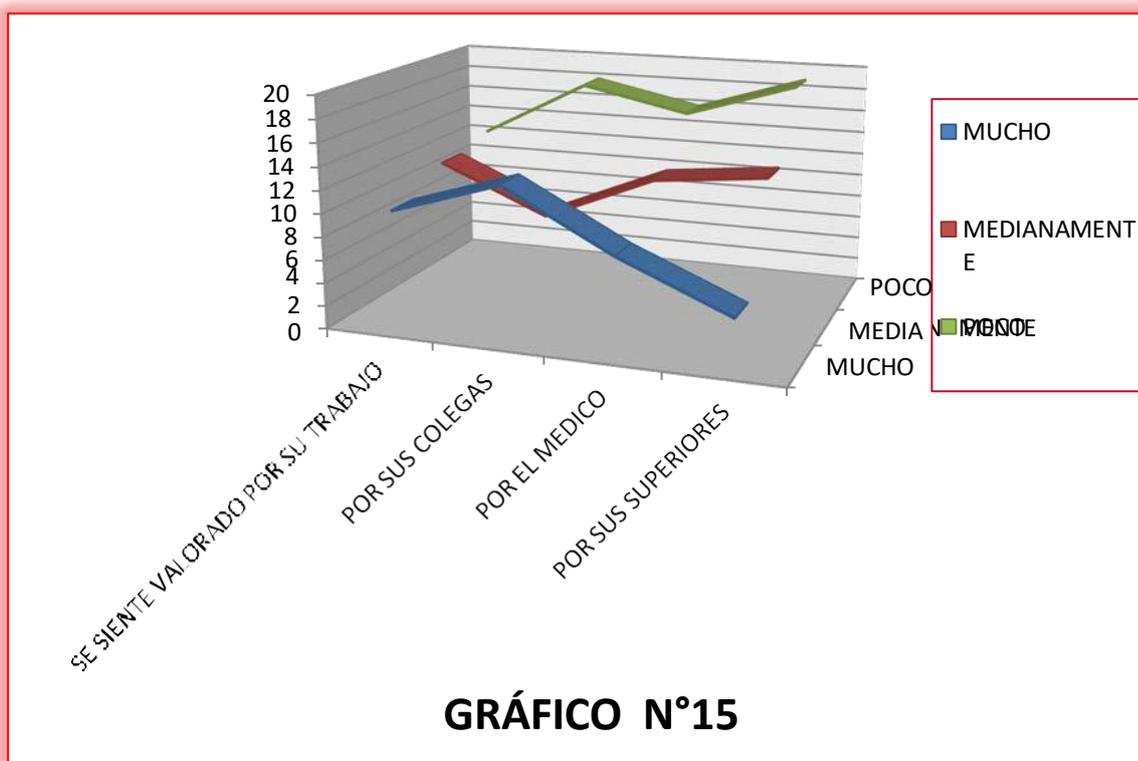
Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.



COMENTARIO: Si vemos atentamente el gráfico notamos que se manifiesta cierto grado de agotamiento en el personal. Los datos son 44,2857% (Muy Frecuentemente), 62,85871% (frecuentemente), y 2,8571% (poco frecuente).

Tabla N°15: Número de Enfermeros en estudio, según la valoración, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

	TRABAJO		COLEGAS		MÉDICOS		SUPERIORES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
MUY FRECUENTE	10	28,5714%	9	22.8571%	8	22,8571%	4	11,4285%
FRECUENTE	12	34,2857%	18	51,4285%	12	34,2857%	13	37,1428%
POCO FRECUENTE	13	37,1428%	8	22,8571%	15	45,7142%	18	54,2857%
Total	35	100%	35	100%	35	100%	35	100%

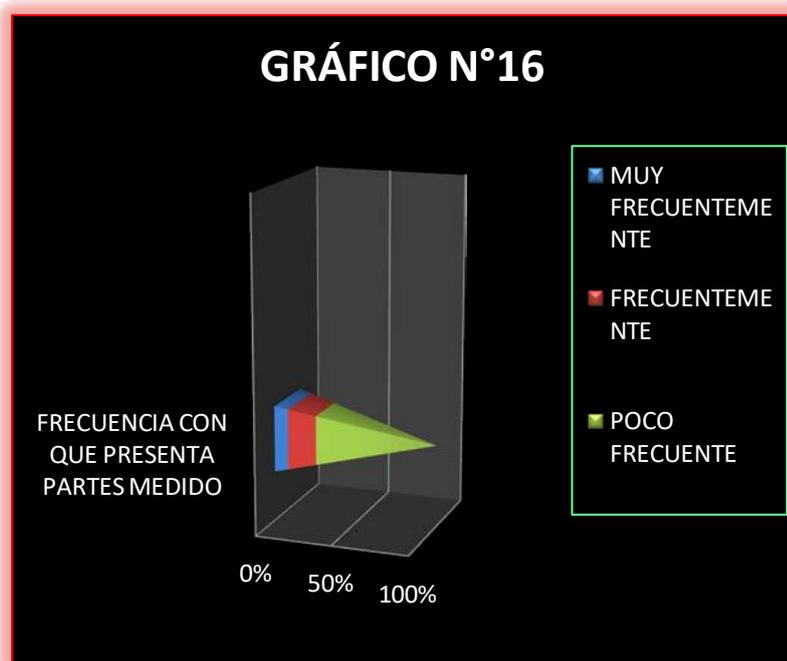


COMENTARIOS: El sentimiento de valoración del personal varía según el punto de referencia que se tome con un porcentaje de:

Tabla N°16: Número de Enfermeros en estudio, según frecuencia de presentar partes médicos servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	3	9%
Frecuentemente	6	17%
Poco frecuente	26	74%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

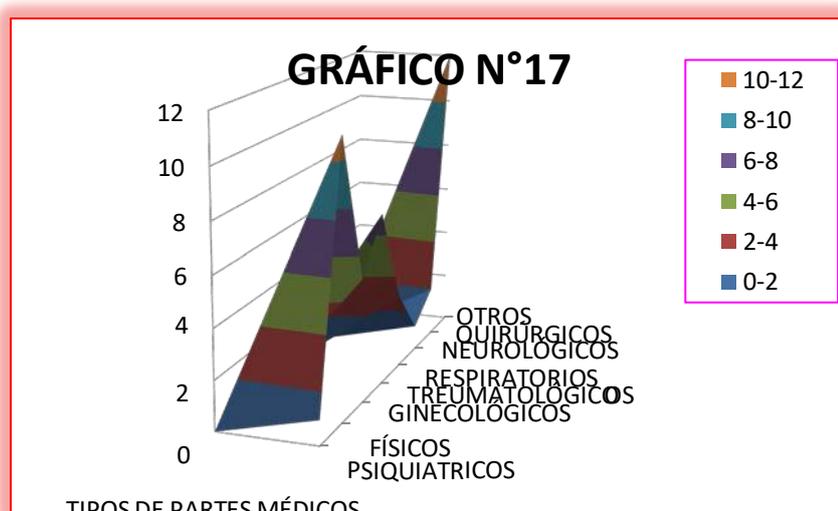


COMENTARIOS: El porcentaje es de 8,5714 (muy frecuentemente) de 17,1428 (frecuentemente) y de 74,2857% (poco frecuente) esto nos muestra que hay pocas faltas por partes médico.

Tabla N°17: Número de Enfermeros en estudio, según tipo de parte médico, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Psiquiátrico	1	2,8571%
Físico	14	40%
Ginecológico	5	14,2857%
Traumatológico	7	20%
Quirúrgico	2	5,714%
Respiratorio	3	8,5714%
Neurológico	1	2,8571%
Otros	12	34,2857%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

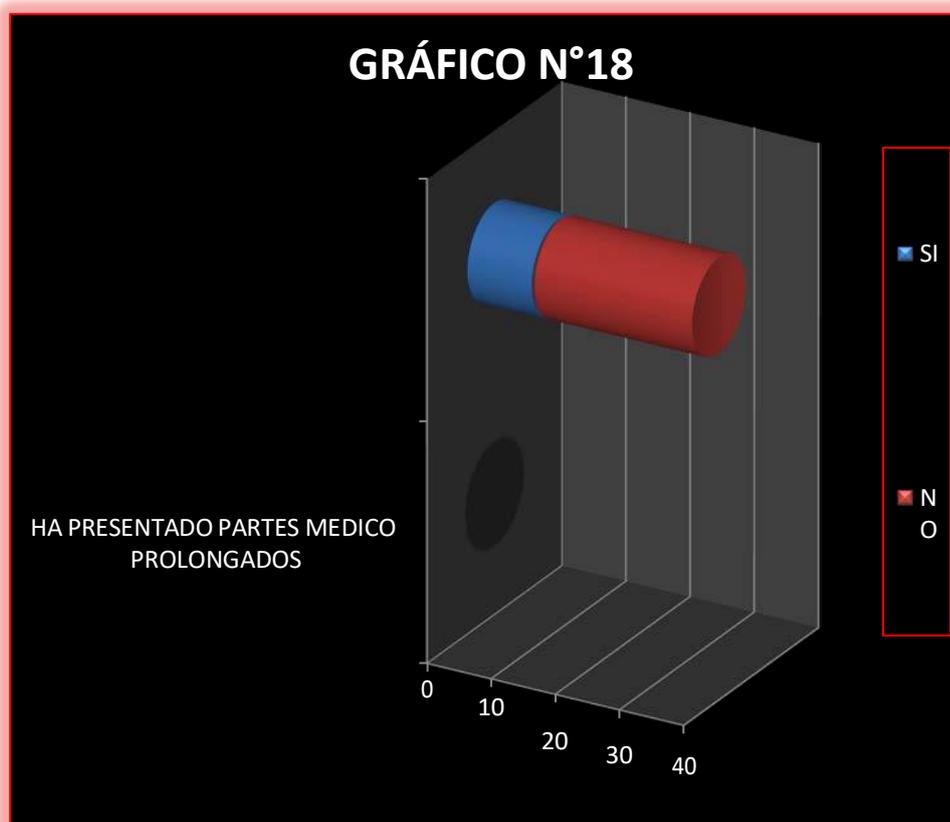


COMENTARIOS: El mayor número de partes médico presentados es el físico, siguiéndole otros y traumatológicos

Tabla N°18: Número de Enfermeros en estudio, según presentación de parte médico prolongados, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	10	29%
No	25	71%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

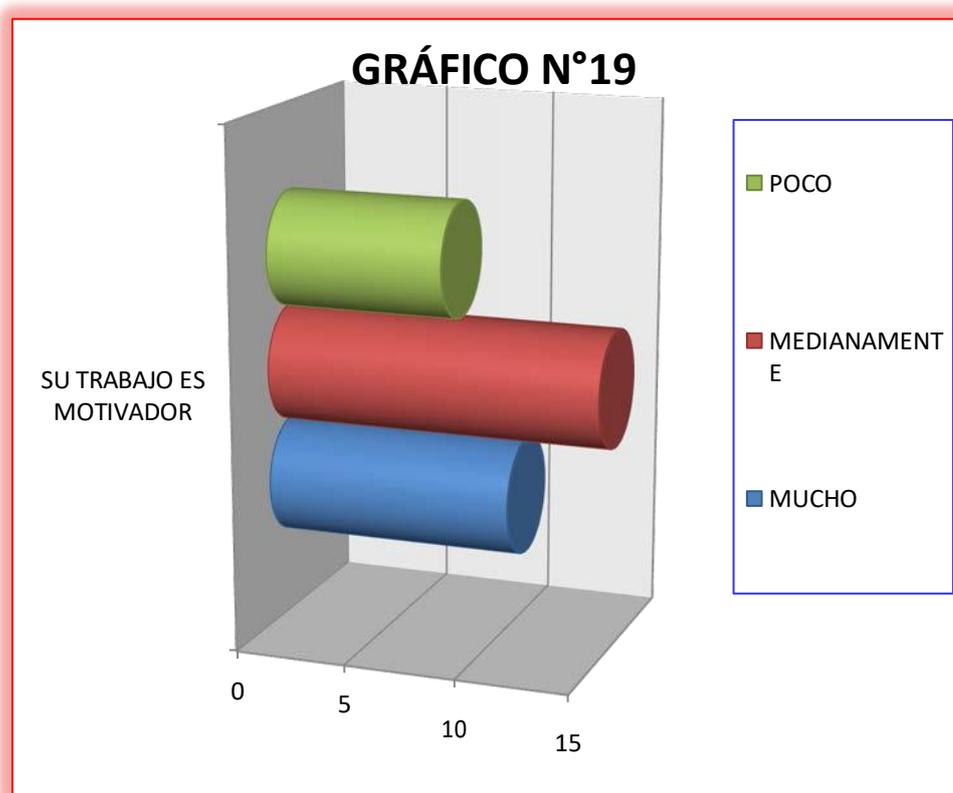


COMENTARIOS: Sobresale un porcentaje mayor con un 71,4285% de NO sobres un 28,5714 % que contesta un SI.

Tabla N°19: Número de Enfermeros en estudio, según grado de motivación, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Mucho	12	44%
Medianamente	15	53%
Poco	8	3%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

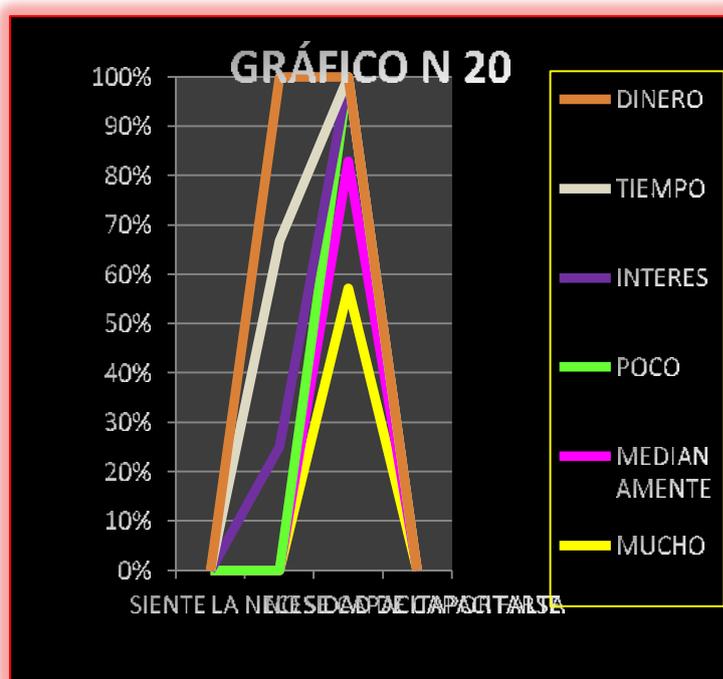


COMENTARIOS: el gráfico es fácil deducir que hay cierto grado de motivación en el personal sobresaliendo el (medianamente) con un 42,8571%, con un 22,8571% (mucho) y terminando con un 2,8571% (poco).

Tabla N°20: Número de Enfermeros en estudio, según necesidad de capacitación, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

	Necesidad de capacitarse		Por interés		Tiempo		Dinero	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Mucho	20	54,2857%	12	34,2857%	20	57,1428%	16	45,7142%
Medianamente	9	28,5714%						
Poco	6	17,1428%						

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

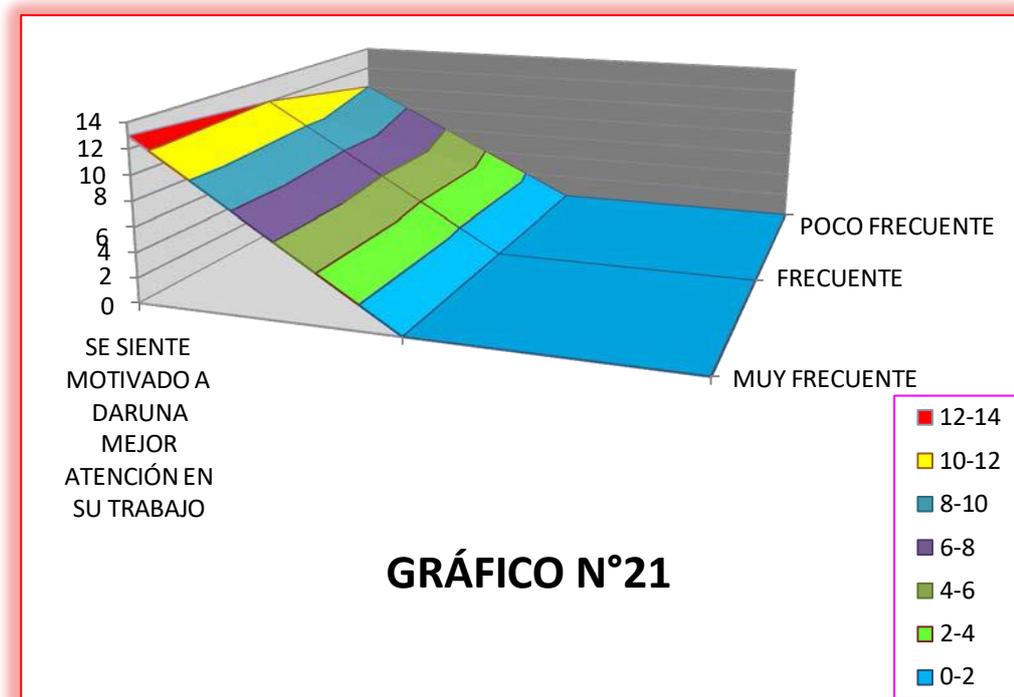


COMENTARIOS: En este cuadro vemos a través de los porcentajes obtenidos que el personal siente la necesidad de capacitarse pero no lo hace por falta de tiempo y en segundo lugar de dinero.

Tabla N°21: Número de Enfermeros en estudio, según mejorar la calidad de atención, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	13	37%
Frecuentemente	12	34%
Poco frecuente	10	29%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

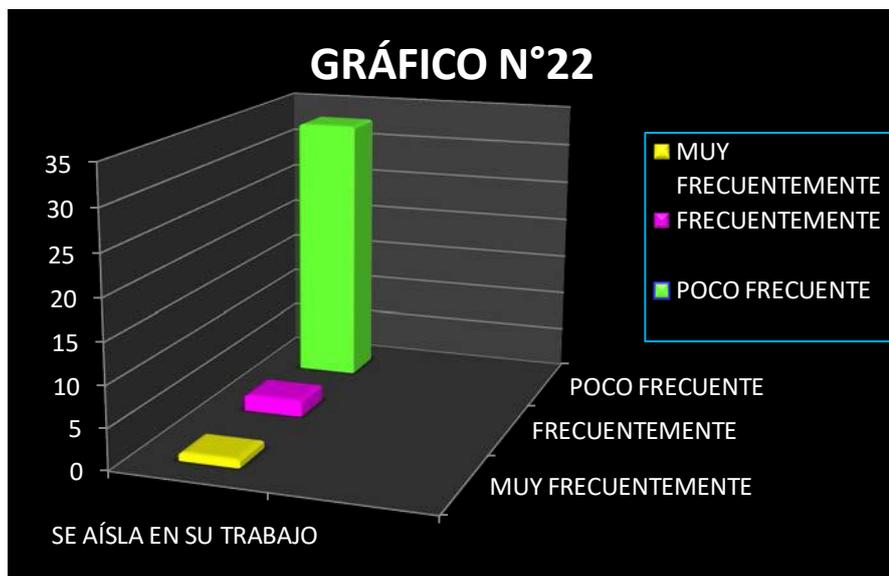


COMENTARIOS: los porcentajes de muy frecuente y frecuentemente deducimos que hay interés en mejorar la calidad de atención y en menor escala vemos menor interés, los porcentajes son de 37,185% (muy frecuente) 34,2857%(frecuente) 28,5714% (poco frecuente).

Tabla N°22: Número de Enfermeros en estudio, según signos de aislamiento, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	0	0%
Frecuentemente	2	6%
Poco frecuente	33	94%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

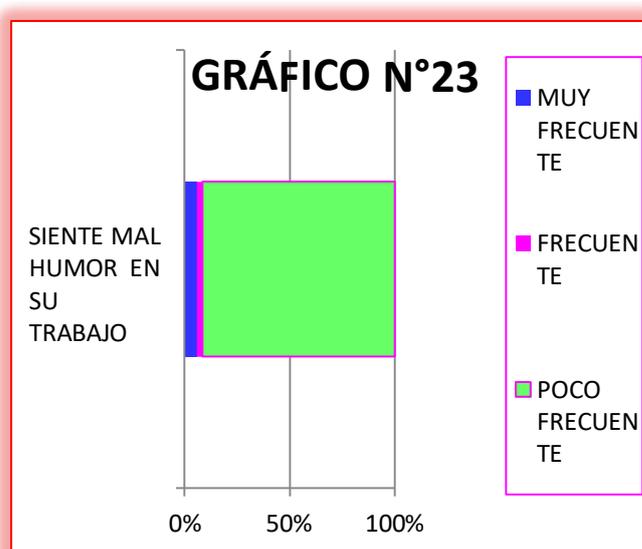


COMENTARIOS: No se visualiza signo de aislamiento con un porcentaje de 0% (muy frecuente) 5,714 % (frecuente) y un 94,2857% (poco frecuente), lo que a criterio de los autores significaría la inclinación a trabajar en equipo.

Tabla N°23: Número de Enfermeros en estudio, según malhumor, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	2	6%
Frecuentemente	1	3%
Poco frecuente	32	91%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.

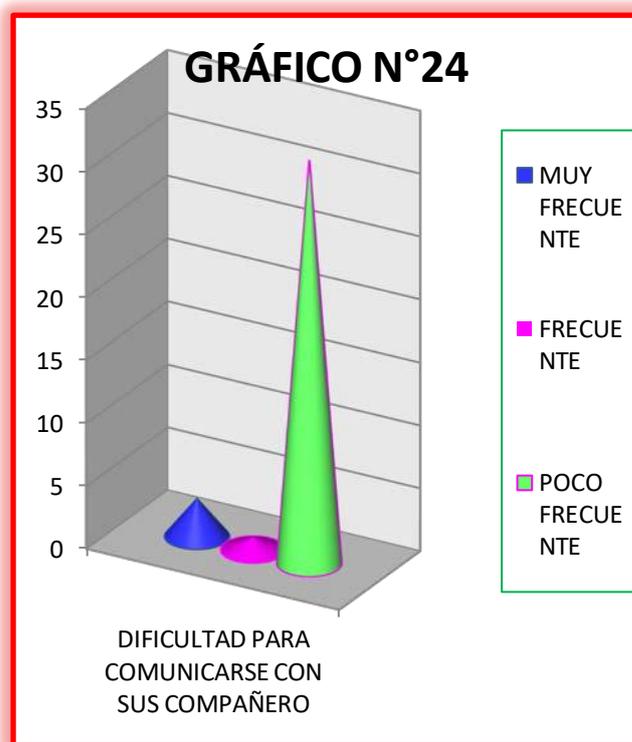


COMENTARIOS: Claramente se ve que el grueso del personal posee un humor óptimo en la atención de los pacientes con un porcentaje de 5,714% (muy frecuente) 2,8571% (frecuente) y 91,4285% (poco frecuente).

Tabla N°24: Número de Enfermeros en estudio, según problemas de comunicación, servicio de ACQ, Hptal. Notti, Mendoza, 2014

Número	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Muy frecuente	2	6%
Frecuentemente	1	3%
Poco frecuente	32	91%
Total	35	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según Cuestionario, Mendoza, 2014.



COMENTARIOS: No se evidencian signos de problemas en la comunicación. Los porcentajes obtenidos son de 5,714% (muy frecuente) con 2, 8571% (frecuente) y 91,4285% (poco frecuente).

CAPITULO III

Conclusiones:

Analizando los diferentes gráficos realizado, tenemos un predominio del grupo etario (30-49) con un 54,3% y una coincidencia en 2 grupos .De (19-29) en un 23% y de (50-59) en un 20%, el aumento del primer grupo de se debe al ingreso de nuevo personal, cuyas edades oscilan en el rango mencionado.

Se sabe que tradicionalmente la profesión de enfermería ha sido ocupada, en mayor porcentaje por el género femenino, lo que vendría a corroborar y explicar de sobremanera el abismo existente del porcentaje obtenido en las encuestas. Los cuales son representados en un 91,5% por el sexo femenino y un 8,5% ocupado por varones.

Si se mira atentamente, se puede apreciar que en cuanto a la formación propiamente dicha, se ve un grupo homogéneo de profesionales destacándose los enfermeros con un porcentaje del 51,4% siguiéndole el grupo de los licenciados con un valor de 42,9% .se afirma, que el grupo de auxiliares tiende a desaparecer con 2 persona que conforman un porcentaje del 5,7 % mientras el personal sin formación ha quedado fuera del ámbito cotidiano hospitalario y el servicio en estudio, no es la

De acuerdo a la antigüedad, se destacan 2 grupos de (1mes a10 años) con un 54,2% y de (11a 21) con un 31,4 %, esto coinciden, en cierta manera con el incremento de personal joven al servicio.

En cuanto a las horas semanales en los porcentajes se refleja una semejanza con el grado de formación, para 40 horas semanales un 62,9%(abarcando auxiliares y enfermeros) mientras que los profesionales que forman parte de los licenciados trabajan 36 horas por semana y ocupan un porcentaje del 25,7 %.

Otra característica que se marca es la frecuencia de recargos con un 43%y 40% en poco frecuente Lo que nos indica una baja incidencia en recargos, teniendo en cuenta que en su mayoría el plantel está compuesto por mujeres y atento a la

triple carga laboral del personal femenino ,es decir enfermera-esposa-madre que debido a su situación familiar .no solo no tiene otro trabajo, sino que tiene razones válidas para quedarse recargada se encuentra un valor en franca caída de un 91,4% de personal que mantiene solo un trabajo versus un 8,6% que "SI" tienen otro o al menos doble jornada laboral ,como es de suponer que la suspensión de franco se torna poco frecuente coincidiendo con un valor idéntico de 91,4% .si se compara los valores ,se puede afirmar que el tener otro trabajo es inversamente proporcional a la frecuencia de la suspensión de francos.

Si a lo anteriormente mencionado, se le agrega la incorporación de personal de nuevo ingreso, los contratos, medias prestaciones, etc. Sale a relucir que el porcentaje del 68,5% de personas que trabajan 7 horas, es de total coherencia enfrentado al 31,5 que hacen 14 horas, es decir se ajusta a las extensiones horarias de un pequeño grupo del personal.

Como es lógico pensar, la mayor proporción del personal es absorbido por el turno mañana con un 57,2% ya que la mayor actividad administra se concentra en dicho turno, dejando en un segundo lugar al turno tarde con un 40% del personal y por último la noche con un porcentaje de 14,2% ya que este último tiene como principal misión vigilar el sueño de los pacientes.

Ajustándose a lo planteado en el trabajo se ve que el turno tarde se recarga más frecuentemente con un índice del 66% el turno noche con un 31% y por último la mañana con un valor del 3% debido al alto porcentaje de personal.

La rotación del personal por otros turnos es poco frecuente en un 62,8%, es decir hay una tendencia a conservar el turno.

Al hablar del agotamiento del personal tenemos un índice de frecuencia del 84,2% coincidiendo con la temática planteada .En cuanto a la valoración se deduce por el porcentaje un índice bajo de 37,1% en general ,es decir si se toma en cuenta el sentimiento de valor en relación con el médico y los superiores es poco frecuente , a lo que sumados arrojan un valor del 99%.como no es de extrañar dicha baja autoestima acarrea no solo errores en el desempeño de su labor, sino patologías de

tipo físicas en un 40%, otros en un 34% y traumatológicas de un 20% entre otras. Provocando partes medico en un 71% leve y en un 29% prolongado.

Lo que trae aparejado un personal que realiza su tarea medianamente motivado en un 43%, con mucha necesidad de capacitarse en un porcentaje de 54% pero que por falta de tiempo en un primer lugar y dinero como segundo, con un 71,5% debatiéndose entre frecuente y muy frecuente con intenciones de mejorar la calidad de atención.

En lo que hace a las relaciones interpersonales en índice del 94 % del personal que no aísla, ni posee mal humor, ni tiene alteraciones en la comunicación en un 92%, o al menos poco frecuente, si se analiza este párrafo se puede visualizar un ambiente de trabajo óptimo para un desempeño eficaz.

Habiendo sido parte de este fenómeno de observación se puede afirmar que el cambio concuerda con la ascensión de la nueva enfermera jefe en el servicio. Todos los ítems presentados a lo largo del trabajo: aislamiento, falta de valoración, motivación, etc. han sido parte habitual del servicio. Situación que se vio revertida por la actual jefa a través de reuniones extra hospitalarias, darse un tiempo para escuchar al personal, aportar soluciones, tener una actitud proactiva, equitativa, con un gran poder de liderazgo logra unificar al personal.

SUGERENCIAS

- ✚ Distribución y cantidad del personal acorde a las necesidades del servicio así el personal puede trabajar con comodidad y brindar una mejor calidad de atención.
- ✚ Capacidad de liderazgo en la conducción.
- ✚ Respetar la diagramación del personal. No realizar cambios repentinos sin consensuarlo con la persona, caso contrario, se genera un malestar, debido a que cada persona tiene sus actividades extra-laborales organizadas de acuerdo a la diagramación laboral.
- ✚ Fortalecer las relaciones interpersonales del personal con salida extra-hospitalarias de carácter recreativo, ya que fuera del ámbito laboral, las personas tienden a ser más tolerantes, más extrovertidas y más auténticas.
- ✚ Participación activa y pasiva en ateneos, jornadas, cursos de capacitación de enfermería, ya sea dentro de la institución o en otras instituciones de salud.
- ✚ Reuniones de servicio trimestrales tratando temas de interés general y otras situaciones de interés del grupo de trabajo.
- ✚ Asignación de tareas propias del servicio para cada turno.
- ✚ Realización de trabajos de investigación de enfermería propias de la especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

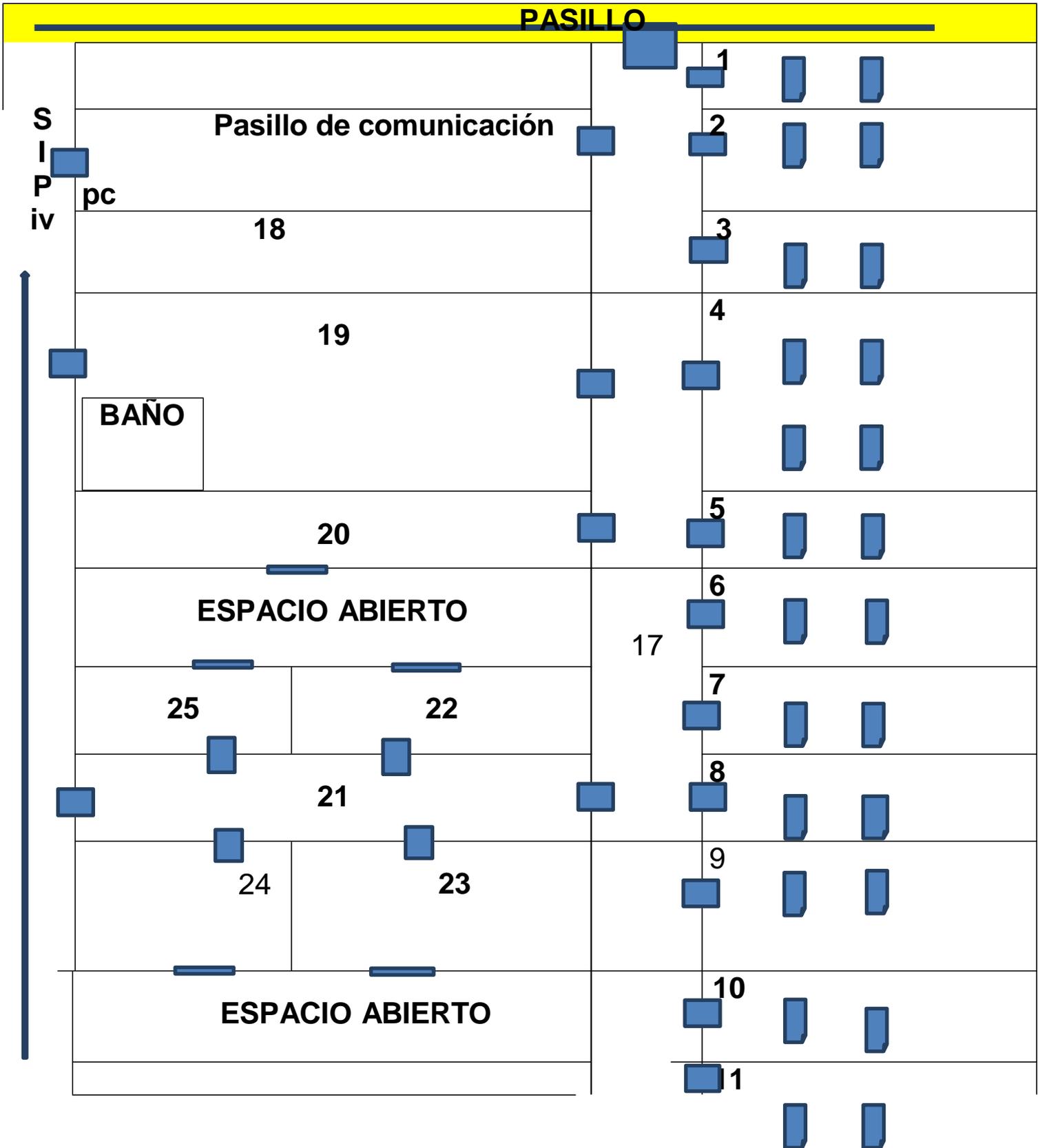
- Diccionario enciclopédico ilustrado-8va edición –Buenos Aires RUY DIAZ 2008
- Diccionario terminología médica 12va edición – Buenos Aires SALVAT 1984
- Nuevo manual Merck tomo 2 Madrid –OCÉANO 1997
- Ortopedia serie MOSBY
- Virtual hy patic morales gobmx/np4el estrés htm
- Es Wikipedia org/wick/hens style
- Virtual es Wikipedia org/wici alistar Mc Grath
- ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO J. E. WATSON
- INFORME DE INDICADORES SOCIOECONÓMICO INDEC – Buenos Aires 31 de marzo 2013
- Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001
- Cooper J. B et al. Agenda for Research and Development in Patient Safety of the National Patient Safety Foundation. MedGenMed 2000. Disponible en: <http://www.medscape.com/view article/408064>.
- Cooper J. B et al: Safety and Quality. Principles and Practice of Anesthesiology. McGraw-Hill, 2008. Chapter 3, Pág: 20-37
- World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines for safe surgery. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Haynes A. B et al. For the Safe Surgery Saves Lives Study Group. N Ingle J. Med 2009; 360:491-99.
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios. Unidad Sectorial de Normalización. Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Comité de “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”. Versión: Documento Dirección General de Calidad de Servicios. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/OCShttp://www.ocsav.info/paquetes.html
- Reason J: Human Error. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990.

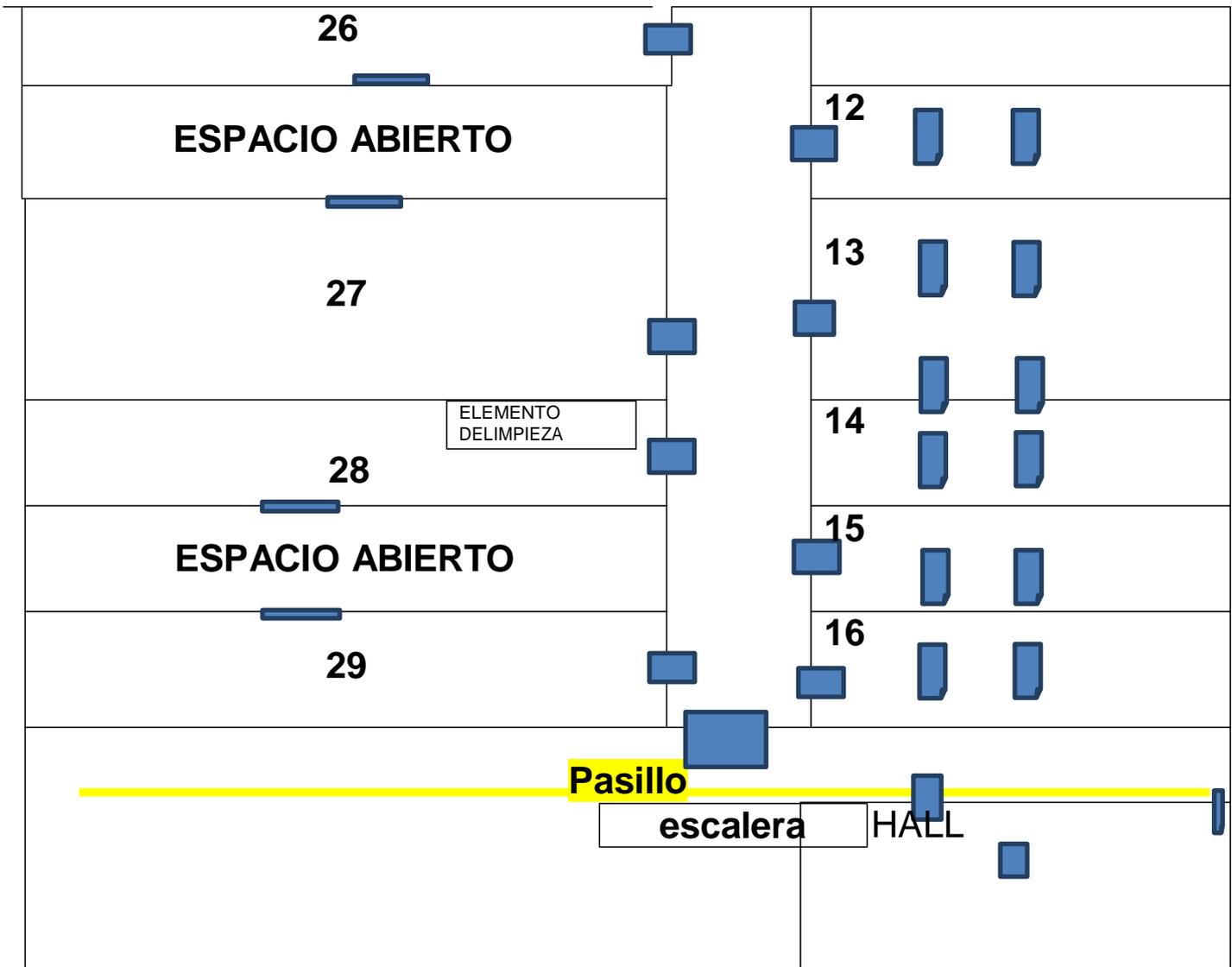
- Beuzeken M.V. Patient Safety: Latent Risk Factors. British Journal of Anesthesia 2010; 105 (1): 52-59.
- Calabrese G. Condiciones Laborales del Anestesiólogo en Latinoamérica. Disponible en: www.clasa-anestesia.org/serch/comisiones/condicones_laborales.pdf
- Calabreses G. Implicaciones Laborales en el Anestesiólogo. Revista Colombiana de Anestesiología. Disponible en: http://www.scare.org.co/rca/archivos/articulos/2005/vol_3/PDF/v33n3a07.pdf
- calabreses G. Impacto de los Calendarios Laborales del Anestesiólogo en la Salud, el Rendimiento y la Seguridad. Revista Argentina de Anestesiología. 2004; 62; 5: 356-363.
- Medscape. Condiciones Laborales de los Médicos Especialistas en Estados Unidos. Disponible en: www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2011/.
- Observatorio Gremial SCARE. Factores del Entorno y del Contexto que Influyen en la remuneración salarial y calidad de vida de los anestesiólogos en Colombia. Disponible en: www.anestesiologoscolombia.com/condiciones_laborales_horas_promedio_trabajo.
- Marulanda et al. Caracterización de las Cargas de Trabajo, Fatiga y Trastornos del Sueño como Factores Contribuyentes en el Desempeño Laboral en Profesionales de la Salud. Revista Medico Legal. 2007; 4:12-19.
- Hutter M. The Impact of the 80-Hour Resident Workweek on Surgical Residents and Attending Surgeons. Annals of Surgery. Volume 243, Number 6, June 2006.
- Howard S. The Anesthesiologist and Fatigue. ASA Newsletter. February 2001; 65(2): 11-13.
- Howard S. Fatigue in Anesthesia. Anesthesiology 2002; 97(5): 1281-89.
- Gaba DM et al. Fatigue among clinicians and the safety of patients. N Engle J Med 2002; 347: 1249- 1255.
- Tessler MJ et al. Association between Anesthesiologist Age and Litigation. Anesthesiology 116
- ausentismo docente

- boletín oficial oficial Mendoza septiembre 2005

APÉNDICE Y ANEXO

CROQUIS DEL SERVICIO DE ACQ





REFERENCIAS

1-Habitacion Médicos

2-16-Habitacion de los pacientes

B- baño de la habitación

PE- Puerta de entrada

17- Pasillo

PC- Puerta de comunicación con SIP IV

18- Ascensor camillero

19- Sala de quemado

20- Oficina del secretario

21- Sala de Estar de enfermería compartido con SIP IV

22- Office sucio de enfermería

ACQ 23- Office limpio de enfermería ACQ 24- Office de enfermería SIP IV

25- Office de enfermería SIP IV

26- Oficina Jefa de Unidad

ACQ

Compartido con SIP IV

29- Cocina del personal de enfermería

Compartido SIP IV

Unidad del paciente

SALUD OCUPACIONAL

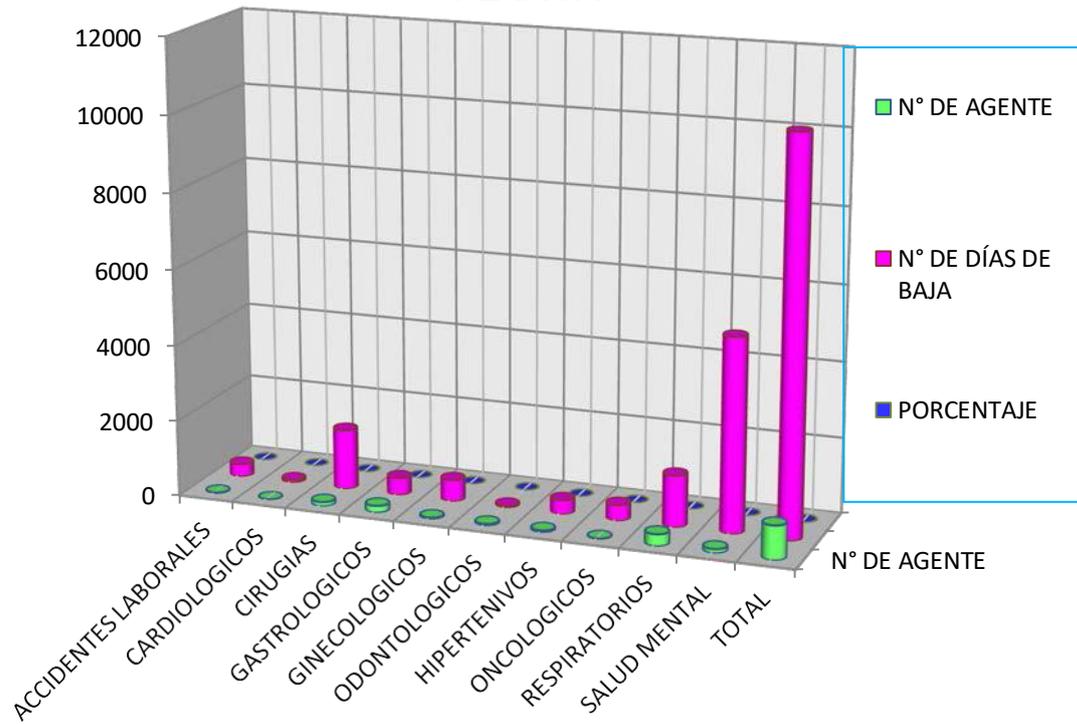
ESTADÍSTICA

AÑO 2012-2013

Estadísticas de Patología y Personal de Planta

PATOLOGÍA	N° DE AGENTES	N° DE DÍAS DE BAJA	PORCENTAJE
ACCIDENTE LABORALES	22	336	0.07
CARDIOLÓGICAS	11	70	0,014583333
QUIRÚRGICAS	109	1590	0,33125
GASTROENTEROLÓGICAS	181	459	0,095625
GINECOLÓGICAS	38	573	0,119375
ODONTOLÓGICAS	47	52	0,010833333
HIPERTENSIVAS	52	374	0,077916667
ONCOLÓGICAS	18	416	0,086666667
RESPIRATORIAS	311	1364	0,284166667
SALUD MENTAL	105	5100	1,0625
TOTAL	894	10334	2,152916667

GRÁFICO DE PATOLOGÍA Y PERSONAL DE PLANTA



FUNCIONES DEL ENFERMERO, *según normas Hospital Humberto Notti*

Este informe nos fue otorgado por la jefa de enfermería del Hospital Notti

Funciones del enfermero:

Naturaleza del trabajo:

Es la responsable de la ejecución de acciones directa e indirectas de enfermería destinadas a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del niño.

Funciones:

- Realizar las actividades de enfermería asignadas por la jefa de unidad.
- Brindar cuidados de enfermería a los pacientes bajo su responsabilidad, teniendo en cuenta los principios básicos de enfermería y la satisfacción de las necesidades básicas del paciente (respiración, alimentación, climatización, descanso, ejercicio, higiene, confort).
- Brindar cuidados de enfermería en os aspectos psíquicos, sociales y espirituales del paciente y familia, proporcionando seguridad y fomentando la autoestima.
- Dar cumplimiento a las indicaciones médicas que deben estar formuladas por escrito, fechadas y firmadas.
- Asistir a los profesionales en el examen a los pacientes.

- Informar a los médicos responsables los problemas que se representan en relación a los pacientes.
- Controlar y registrar todo lo relacionado con el tratamiento y evolución de los pacientes en la Historia Clínica y Cuadernos de novedades.
- Limpiar, ordenar y mantener el material e instrumental utilizado, responsabilizándose de su cuidado y su buen funcionamiento.
- Valer por los materiales y equipos de trabajo de enfermería que le fueron confiados.
- Participar en reuniones de estudios y coordinación con el equipo de salud y en las especificaciones de enfermería.
- Informar al Jefe de Unidad los problemas que se presenten en su servicio, en relación a pacientes, personal o equipos y dar sugerencias para solucionarlos.
- Contribuir a mantener el orden y la disciplina en la unidad, haciendo cumplir las normativas internas establecidas.
- Supervisar que se dé cumplimiento a las dietas prescritas.
- Brindar a los pacientes consultantes y familiares, educación sanitaria para que sean capaces de auto cuidarse o participar lo más activamente posible en su proceso de cuidado y logre su reinserción en el medio familia y social.
- Llamar al médico residente o de guardia ante cualquier emergencia.

- Actuar en situaciones de urgencia.
- Prestar cuidados post- mortem.
- Entregar y recibir la guardia de unidad, dejando por escrito las novedades que haya habido en su turno y firmado el registro correspondiente (aclaración de firma y N° de matrícula profesional o sello).
- Usar adecuadamente el uniforme, manteniéndolo en su correcto estado de higiene, sin agregados que lo alteren.
- Cumplir y hacer cumplir las normas de bioseguridad.
- Deben recargarse en caso de que las necesidades lo requieran (falta de personal, incremento en las urgencias, etc.)
- Mantener relaciones armónicas con los integrantes del equipo de salud (superiores, enfermeros, personal de servicio, administrativos, etc.)
- Participar en todos los programas de capacitación profesional como así también en los de experiencias clínicas de los estudiantes de enfermería.
- Realizar y o participar en proyectos de investigación tendientes a mejorar la calidad de los cuidados que se brindan.
- Tener presente en todo momento la ética profesional.
- Cumplir con las leyes constitucionales que rigen los derechos y garantías individuales (Constitución Nacional y Provincial), las leyes laborales que rigen

por el trabajo y el ejercicio de la profesión; y las normas orgánicas del Departamento de Enfermería y de la Supervisión General de Enfermería y con los decretos, disposiciones, resoluciones y reglamentos emanados de la superioridad.

CUESTIONARIO

Cuestionarios para enfermeros del servicio de Área Crítica Quirúrgica del DR. Hospital H. Notti

Somos enfermeros universitarios, cursando el 2do Año de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Este trabajo corresponde a la asignatura de Taller de Tesina, es nuestro trabajo de tesis final, para concretar nuestro sueño de graduación. Es realizado de forma anónima y voluntaria.

TEMA: SOBRECARGA HORARIA

EDAD:

19 a 29	30 a 49	50 a 59	60 ó Más
---------	---------	---------	----------

SEXO:

M	F
---	---

ANTIGÜEDAD:

De 1 Mes a 10 Años	De 11 a 21 Años	De 22 a 30 Años	De 31 ó Más
-----------------------	--------------------	--------------------	-------------

FORMACIÓN:

s. formación	Auxiliar	Enf. Profesional	Licenciado
--------------	----------	------------------	------------

MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA

1-¿Cuántas horas semanales trabaja usted?

36	40	Mas
----	----	-----

2-¿En su trabajo es recargada/o?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

3-¿Se le suspenden los francos?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

4-¿Tiene usted otro trabajo?

Si	No
----	----

5- ¿Cuántas horas trabaja en total por día?

7	14	17	24
---	----	----	----

6-¿Qué turno realiza?

M	T	N
---	---	---

7-¿En qué turno se recargó más?

M	T	N
---	---	---

8-¿Rota usted en su servicio?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

9-¿Al terminar su periodo laboral se siente agotado?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

10-¿Le toman la guardia a horario?

Si	No
----	----

11-¿Con que frecuencia usted presenta parte médico?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

12-¿De qué tipo son los partes médicos?

Psiquiátrico	Físicos	Ginecológicos	traumatológicos	Quirúrgicos
Respiratorios	neurológicos	Otros		

13-¿Se siente valorado por su trabajo?

Mucho	Medianamente	Poco
-------	--------------	------

¿Por sus colegas?

Mucho	Medianamente	Poco
-------	--------------	------

¿Por el personal médico?

Mucho	Medianamente	Poco
-------	--------------	------

¿Por sus superiores?

Mucho	Medianamente	Poco
-------	--------------	------

14-¿Ha presentado partes médicos prolongados?

Si	No
----	----

15-¿Se siente motivado/a por su trabajo?

Mucho	Medianamente	Poco
-------	--------------	------

16-¿Sintió la necesidad de capacitarse?

Mucho	Medianamente	Poco
-------	--------------	------

¿Por qué? Falta de

interés	tiempo	dinero
---------	--------	--------

17-¿Se siente motivado a dar una mejor calidad de atención en su trabajo?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

18-¿Trata de aislarse?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

19-¿Se siente mal humorado en su trabajo?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

20-¿Tiene dificultad para comunicarse con sus compañeros?

Muy frecuente
Frecuente
Poco frecuente

¡¡¡GRACIAS POR SU INVALUABLE COLABORACIÓN!!!.....

TABLA MATRIZ DE DATOS

Categorial Numero de Encuesta	EDAD				SE XO		FORMACION				ANTIGUEDAD				HORAS SEMANALES			RECARGOS			OT TRAI
	19-29	30-49	50-59	60 O MAS	F	M	S.F	AUX	PROF	LIC	1Mes a 10 años	11 a 21	22 a 30	31 o mas	36	40	MAS	MUY FRECUEN TE	FRECUEN TE	POCO FRECUEN TE	SI
1		X			X					X		X			X					X	
2			X		X					X		X			X					X	
3			X		X			X						X		X			X		
4		X			X				X		X					X				X	
5			X		X				X					X		X				X	
6		X			X				X			X				X				X	
7		X			X					X	X				X					X	
8		X				X				X		X					X		X		
9	X				X				X		X						X		X		
10	X				X				X		X					X			X		
11		X			X					X		X			X					X	
12	X				X				X		X				X			X			
13	X				X					X	X						X			X	
14	X				X					X	X					X				X	
15		X			X					X		X				X				X	
16	X				X				X		X					X				X	X
17			X		X				X				X			X			X		X
18		X			X					X		X					X				
19			X		X				X		X					X				X	
20		X			X				X		X					X			X	X	
21				X	X				X			X				X			X		
22		X			X				X		X					X			X		
23		X			X					X		X				X			X		
24		X			X				X		X					X				X	
25		X				X				X		X			X					X	
26		X			X				X		X					X		X			
27		X			X					X	X				X			X			X
28	X				X				X		X					X		X			
29		X			X					X	X				X			X			
30		X			X					X	X				X			X			
31		X			X				X		X					X		X			
32	X					X				X	X					X			X		
33		X			X				X			X				X			X		
34			X		X			X					X			X			X		
35			X		X				X			X				X			X		
TOTAL	8	19	7	1	32	3	0	2	18	15	19	12	1	3	9	22	4	6	14	15	3

ORDEN BAJO	FRECUENCIA DE SUSPENSIÓN DE FRANCO			HORAS DIARIAS TRABAJADAS				TURNO QUE REALIZA HABITUALMENTE			TURNO QUE SE RECARGA MÁS			ROTACIÓN POR EL SERVICIO			FRECUENCIA DE AGOTAR TERMINAR SU PERÍODO	
	MUY FRECUENTE	FRECUENTE	POCO FRECUENTE	7 HS	14 HS	17 HS	24 HS	MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE	MUY FRECUENTE	FRECUENTE	POCO FRECUENTE	MUY FRECUENTE	FRECUENTE
X			X	X				X				X				X		X
X			X	X				X				X				X		X
X		X		X				X				X		X				X
X			X		X			X	X			X		X				X
X			X	X				X				X				X		X
X			X	X				X			X					X		X
X			X		X			X				X				X		X
X			X		X					X				X			X	
X			X	X						X						X	X	
X			X	X					X							X	X	
X			X	X					X							X	X	
X			X		X					X						X		X
X			X		X					X						X		X
X			X		X					X						X		X
X			X	X				X				X			X		X	
X			X	X				X	X			X				X		X
X			X	X				X				X		X				X
X		X		X				X				X		X			X	
X			X		X			X						X			X	
X			X	X				X				X				X	X	
X			X	X				X				X				X	X	
X			X	X				X				X		X			X	
X			X	X				X				X				X	X	
X			X	X				X				X				X	X	
X			X	X				X				X		X			X	
32		3	32	24	11			20	14	5	1	23	11	4	10	22	12	22

TABLA MATRIZ

VIENTO AL LABORAL	LE RECIBEN TEMPRANO LA GUARDIA		SE SIENTE VALORADO POR SU TRABAJO			POR SUS COLEGAS			POR EL MEDICO			POR SUS SUPERIORES			FRECUENCIA
	SI	No	MU CHO	MEDIANAMEN TE	POCO	MU CHO	MEDIANAMEN TE	POCO	MU CHO	MEDIANAMEN TE	POCO	MU CHO	MEDIANAMEN TE	POCO	MUY FRCUENTE
	X		X			X			X				X		
		X			X			X			X			X	
	X			X			X			X			X		
		X		X			X				X		X		
		X			X			X			X			X	
	X				X					X			X		
	X			X			X			X			X		
X	X					X			X					X	
	X			X			X			X			X		
	X		X			X				X			X		
	X				X		X			X				X	
		X		X			X				X		X		
		X			X			X				X		X	
		X	X								X		X		
	X		X			X			X				X		
		X					X					X		X	
		X						X					X		
		X			X							X		X	
	X			X			X						X		
		X					X						X		
		X			X							X		X	
		X			X							X		X	
	X				X						X		X	X	X
		X			X						X		X	X	X
1	14	21	10	12	13	8	18	8	8	12	16	4	13	19	3

CESIDAD DE CAPACITARSE		NO SE CAPACITA POR FALTA DE			SE SIENTE MOTIVADO A DAR MEJOR CALIDAD EN SU TRABAJO			SE AISLA EN SU TRABAJO			SIENTE MAL HUMOR EN SU TRABAJO			DIFICULTAD PARA COMUNICARSE CON SUS COMPAÑEROS		
MEDIANAMENT E	POCO	INTERES	TIEM PO	DINERO	MUY FRECUENT E	FRECUEN TE	POCO FRCUENTE	MUY FRECUEN TE	FRECUEN TE	POCO FRECUEN TE	MUY FRECUEN TE	FRECUENT E	POCO FRECUEN TE	MUY FRECUEN TE	FRECUENT E	POCO FRECUENT E
		X					X			X			X			X
		X	X	X			X			X			X			X
X				X		X				X			X			X
	X			X			X			X			X			X
X			X			X				X			X			X
	X	X				X				X			X			X
		X				X				X			X			X
		X			X					X			X			X
X			X		X					X			X			X
			X		X					X			X			X
			X	X	X					X			X			X
			X		X					X			X			X
	X	X				X				X			X			X
X			X		X					X			X			X
			X			X				X			X			X
X		X			X					X			X			X
			X	X			X			X			X			X
			X	X	X					X			X			X
			X	X			X		X				X			X
X			X	X			X			X	X		X	X		X
	X	X					X			X	X		X	X		X
	X	X					X		X			X		X	X	
10	6	12	20	16	13	12	10	0	2	33	2	1	32	2	1	32