

LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERA EN SALUD OCUPACIONAL

Marta Lucía Toro Restrepo*

Resumen

El artículo trata sobre la formación del recurso profesional de enfermería en salud ocupacional como una necesidad derivada de las condiciones de trabajo de la población. Se plantea la formación y utilización del mismo como una responsabilidad de instituciones empleadoras y formadoras. Por último define cinco retos de la enfermería ocupacional para el siglo XXI.

Palabras claves

Recursos humanos en salud

Enfermería en salud ocupacional

Educación en enfermería

Educación de posgrados en enfermería

La formación del recurso humano en salud ha sido una preocupación de las instituciones formadoras, las cuales por mucho tiempo se han venido preguntando cuál es la calidad y el tipo de personas necesarias para enfrentar los problemas de una manera integral.

La difícil situación de los trabajadores exige definiciones políticas y el compromiso de los sectores empresariales e industriales para emplear per-

* Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Apartado 1226 Medellín, Colombia.

sonal capacitado en la atención de los trabajadores y para mejorar sus condiciones de trabajo.

El sector informal de la economía en Colombia ha venido adquiriendo características preocupantes; el número de trabajadores así como sus condiciones requieren de nuevas estrategias, que trasciendan las tradicionales, y de modelos diferentes de atención en salud ocupacional.

Cuando se habla del recurso humano se piensa en su formación y en su utilización; por esto cualquier análisis que se haga de él tendrá que abordar ambos aspectos ubicándolos en el contexto social y económico del país, ya que están inexorablemente ligados.

La situación de los trabajadores en Colombia

Se considera que la población colombiana entre los doce y los sesenta años alcanza la cifra de 22,5 millones de personas; grupo que está potencialmente expuesto a las condiciones inherentes al ambiente laboral. De la población económicamente activa se estima que sólo el 31,2% está afiliada a la seguridad social y que el 54,0% de la fuerza laboral urbana se ocupa en el sector informal de la economía principalmente agricultura, comercio, servicios, manufactura y construcción.

El número de niños trabajadores es de 3,5 millones, de éstos más del 50% carece de seguridad social; muchos de ellos trabajan en horario nocturno y el 70% gana menos del salario mínimo.

La fuerza laboral femenina es cada vez mayor; por ejemplo en el periodo comprendido entre 1973 y 1983 por cada hombre que se incorporó a la fuerza de trabajo lo hicieron tres mujeres.¹

Del total de empresas del país el 79,4% cuenta con menos de veinticinco trabajadores, el 14,4% tiene entre 25 y 99 trabajadores y el 6,2% emplea más de cien trabajadores. En Colombia las pequeñas empresas se caracterizan por carecer de un recurso humano dedicado a la salud ocupacional y por concentrar la mayor cantidad de sus trabajadores en actividades de alto riesgo laboral.²

Según un informe del Ministerio del Trabajo y el Instituto de Seguros Sociales, en una muestra de 300 grandes empresas se encontró que el 48% desarrollaba programas de salud ocupacional; esta cifra significa que sus trabajadores tenían alguna protección contra los riesgos del trabajo.³

El Estudio Nacional de Salud encontró que el 55,5% de los accidentes de trabajo fueron incapacitantes, lo que le significó al país la pérdida de 15,5 millones de días laborables en un año; también estimó que las incapacidades por enfermedades y accidentes laborales produjeron costos superiores al 10,0% del producto interno bruto del país y generaron una estancia hospitalaria que duró el doble de las hospitalizaciones corrientes.

Para 1989 los gastos relacionados con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales fueron superiores a los 15 mil millones de pesos sin contar los costos indirectos asumidos por las empresas.

Gran parte de la población, aproximadamente el 74%, está vinculada laboralmente al sector informal, la agricultura, los servicios domésticos, la minería y la construcción, que emplean un alto porcentaje de menores, mujeres y ancianos; quienes carecen de seguridad social; su atención de salud es responsabilidad de los servicios asistenciales del Estado. En estos servicios se ejerce una práctica curativa, se carece de la prevención de riesgos laborales y el recurso humano que allí se desempeña tiene formación en el modelo clínico, por tanto no va más allá de la atención sintomática y de la interpretación unicausal de la enfermedad.

La carencia de un sistema de información y vigilancia limita el conocimiento de los problemas de salud y lógicamente la orientación de los programas. En el año de 1988 se diagnosticaron 858 casos de enfermedades profesionales distribuidos porcentualmente así: 43,0% hipoacusias, 24,0% intoxicación por plomo, 14,2% neumoconiosis y 10,0% dermatitis ocupacional. La poca confiabilidad de estas estadísticas obligó a estudiar el comportamiento de la enfermedad profesional por parte del Instituto de Seguros Sociales, Iss, se concluyó que la dermatitis ocupacional, la lumbalgia y las afecciones de la conjuntiva son los problemas más prevalentes.³

La infraestructura para la salud ocupacional en el país es deficiente especialmente la relacionada con los métodos de diagnóstico y control, el re-

curso humano y los recursos financieros que permitan enfrentar la problemática.

El recurso humano en salud ocupacional

Cualquier análisis sobre el desarrollo del recurso humano deberá hacerse considerando la planeación, la formación y la utilización del mismo; estas variables son responsabilidad de las instituciones educativas y empleadoras aunque es difícil cuantificarlas por ser la salud ocupacional un área nueva de desempeño profesional, por no existir una preocupación política al respecto y por tener limitaciones en la información, ya que no existen mecanismos que exijan un registro del personal vinculado o en ejercicio.

Para 1990 el país contaba con cuatro posgrados en salud ocupacional desarrollados por la Escuela Colombiana de Medicina y la Universidad Nacional en Bogotá, la Facultad Nacional de Salud Pública en Antioquia y la Universidad Libre de Barranquilla.⁴

Para 1992 se contaba con un programa interdisciplinario de formación de Gerentes en salud ocupacional en las universidades Eafit y Ces, en Medellín, y un programa de posgrado en vía de apertura en la Universidad de Cartagena. También habían veintiún programas de medicina, veinte de enfermería, doce de odontología y catorce de psicología. Algunos de ellos tienen contenidos de salud y trabajo, salud ocupacional o de psicología industrial dentro de sus planes curriculares sin que exista una exigencia previa al respecto.

En Colombia hay trece programas de tecnologías, tres de ellos se dedican a la Tecnología en Higiene y Seguridad Industrial, uno en el Instituto Jaime Isaza Cadavid de Medellín y dos en Bogotá.

La salud ocupacional no ha sido una prioridad para empresarios y trabajadores. Las instituciones del Estado como el Instituto de Seguros Sociales y los Ministerios de Trabajo y Salud tienen programas con desarrollo desigual, cuyo resultado final ha sido la desprotección de un gran porcentaje de trabajadores.

En 1990, habían seis programas de formación intermedia profesional, de los cuales sólo uno estaba dedicado al área de la salud ocupacional que correspondía a Higiene y Seguridad desarrollado por el Servicio Nacional de Aprendizaje.

En cuanto a educación no formal, educación continuada o educación de adultos, es difícil cuantificar el número de programas y las instituciones que los desarrollan, pero se sabe que cada vez se tiene más interés y preocupación por la salud ocupacional.

En la tabla 1 se muestra el número de recursos humanos en salud ocupacional que recomienda la Organización Panamericana de la Salud, Ops, para el año 2000; sin embargo, este número debe manejarse cautelosamente, puesto que la relación sólo hace referencia al número de trabajadores sin analizar otras variables como las características de las empresas, el tipo de actividad económica, la severidad de los riesgos y el marco legal.

Tabla 1 Recursos humanos en salud ocupacional para el año 2000

<i>Profesión</i>	<i>Parámetros actuales de la Ops</i>		<i>Proyección</i>
Médico del trabajo	1/5000 trabajadores	210	2516
Higienista industrial	1/10000 trabajadores	30	1258
Ingeniero de seguridad	1/6000 trabajadores	300	2096
Enfermera especialista	1/5000 trabajadores	40	2516
Tecnólogo	1/5000 trabajadores	200	2516

Fuente: Dueñas, M. Reflexiones sobre el desarrollo estratégico del recurso humano en salud ocupacional. Ministerio de Salud Pública. S.F.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en el área andina por cada 200000 trabajadores hay un médico del trabajo, 0,2 enfermeras de trabajo y 1,7 higienistas industriales, incluyendo ingenieros de seguridad.⁵

Desde 1969 se empezaron a preparar, en el Reino Unido y en Finlandia, enfermeras en salud ocupacional como parte de su formación básica. En Europa, existen distintas modalidades de formación que varían desde pos-

grados de un año hasta cursos de actualización de uno o varios días. En Brasil se forman enfermeras del trabajo desde 1974, se las reconoce como parte del equipo de salud y cuentan con normas que establecen el número de enfermeras según el grado de riesgo de las empresas. En Estados Unidos la enfermera dirige los equipos de salud ocupacional y en Canadá cada día aumenta más el ejercicio independiente de esta especialidad.⁶

En Antioquia esta práctica profesional nació en el decenio del setenta cuando en las empresas se fueron consolidando los servicios de primeros auxilios, los cuales ejercían funciones netamente reparativas y de referencia cuando se requería una atención de mayor complejidad. La auxiliar o la ayudante de enfermería fueron las personas responsables en este eslabón de la atención.

En 1980, en Medellín sólo cuatro empresas contaban con el recurso de enfermera profesional donde desempeñaban funciones reparativas y de primeros auxilios; para 1990 la suma ascendía a 36 y para 1992 se contaba aproximadamente con 60 enfermeras vinculadas a empresas en las que desempeñaban funciones diferentes a las del decenio anterior como la administración, la prevención y la educación, de esta manera han transformado su quehacer profesional y se han colocado poco a poco en un lugar preponderante dentro del equipo de trabajo.

En el estudio titulado *Enfermería ocupacional, un nuevo reto* se encontró que el 20% del recurso de enfermería ocupacional estaba en cargos de Jefes de áreas o sección y que el 67% estaba adscrito a la Sección de salud ocupacional; el estudio mostró que en muy poco tiempo la enfermera ha escalado posiciones y que hay un reconocimiento de su trabajo por parte de los empresarios.⁷

Aunque no existe un perfil ocupacional definido para la enfermera en salud ocupacional se han ido construyendo modelos de atención empresarial donde realiza, en forma prioritaria, funciones como la vigilancia epidemiológica, la educación y la administración. La investigación es quizá la función que menos realiza la enfermera, pero a partir del auge en los programas de posgrado y de las políticas de la Ops y de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería se ha iniciado todo un movimiento para su desarrollo.

Dada la magnitud y variedad de los problemas que enfrentan los trabajadores es necesario tratar esta problemática de manera intersectorial e interdisciplinaria, esto significa que si bien el trabajo que ha realizado la enfermera en esta área es importante tendrá que ser tratado, de ahora en adelante, en compañía de profesionales de la medicina, la enfermería, la ingeniería, la psicología, la ergonomía, el derecho, la fonoaudiología y la administración de empresas entre otros, con una definición clara de funciones según los niveles de complejidad en la prestación de servicios a los trabajadores.

En este mismo sentido habrá que diseñar estrategias para llegar a la pequeña empresa y al sector informal y así fomentar el desarrollo de la salud ocupacional junto con las cajas de compensación y prevención, los gremios empresariales, las organizaciones de trabajadores y los servicios asociativos multidisciplinarios.

Con base en lo anterior se pueden formular las siguientes preguntas: ¿qué formación se requiere para establecer una correspondencia con la realidad?, ¿se está dando respuesta a los problemas generados por la relación salud-trabajo con el tipo y calidad del recurso formado?, ¿se requieren modificaciones de los conocimientos, las actitudes y las prácticas en salud ocupacional?

Si se quiere obtener respuestas es necesario precisar que ni el sector empresarial ni el de formación podrán tomar decisiones unilaterales; por el contrario, tendrán que buscar alternativas conjuntas e innovadoras nacidas de la realidad de la población trabajadora. La Universidad tendrá que participar más en los sistemas de salud y en el compromiso con la producción y las empresas a través de sus organizaciones deberán participar en la enseñanza.

La interacción universidad-empresa reflejará una verdadera planificación, utilización y definición del perfil académico profesional. Este proceso será posible configurarlo mediante una concepción teórica de las relaciones entre el trabajo y la salud; por esta razón la formación del recurso va más allá de recibir una licencia para desempeñar un quehacer y más allá de producir cierta cantidad de recurso humano para suplir las necesidades del mercado. Habrá que formar un profesional con cuatro núcleos que repre-

sentan los propósitos de un hombre eficiente, racional, ético y crítico; sobre estas bases deberá descansar la formación y la utilización del recurso.⁸

En este orden de ideas el proceso educacional deberá preparar profesionales especializados con un eje común y diversificado en el área profesional según la disciplina básica, así ninguna profesión tendrá un perfil definido con base en la profesión médica sino fundamentado en las necesidades de la población.

La formación de especialistas deberá abarcar tres áreas; medicina del trabajo, higiene y seguridad industrial. Cada vez deberá estudiarse con mayor profundidad la psicología, la ergonomía y la toxicología, áreas que cobran más importancia dado los procesos de trabajo que se desarrollan actualmente. La reunión *Desarrollo Internacional de Enfermería para el Siglo XXI* definió como una de las metas educacionales el desarrollo de cursos de especialización en salud mental, salud del adulto y salud ocupacional.⁹

En el estudio realizado por Ana Eugenia Arango y colaboradores⁷ con un grupo de 40 enfermeras vinculadas a la salud ocupacional sólo el 35,0% tenía una formación de posgrado en salud ocupacional o magíster en salud pública; aunque el 27,5% de las personas cursaba estudios de especialización en ese momento; lo que significa que para 1993 aproximadamente el 62,5% de estas enfermeras obtendrán un título en formación avanzada; situación que dará a este grupo la oportunidad de ocupar un lugar protagónico en la salud ocupacional.

Estas especialistas, como lo expresa el trabajo de Miriam Dueñas sobre el *Desarrollo estratégico del recurso humano*,⁷ deberán trabajar el tercer nivel de complejidad para desempeñarse en los sectores gubernamental, docente, empresarial o de servicio privado e independiente; con capacidad de dirigir, investigar, educar, desempeñar acciones de rehabilitación y desarrollar estudios epidemiológicos.

Para el segundo nivel de complejidad, en el que la magnitud de los procesos genera diversidad de riesgos a un gran número de trabajadores, se sugiere un recurso especializado o con formación específica dentro del pregrado que le permita reconocer y cuantificar los factores de riesgo y a su

vez establecer sistemas de control, hacer estudios de puestos de trabajo, y diseñar y administrar programas de salud ocupacional.

El primer nivel de atención, donde se ubican empresas con pocos trabajadores y con riesgos limitados, podrá ser atendido con tecnología sencilla y recurso humano con alguna capacitación; allí los comités de higiene y seguridad y los trabajadores deben desarrollar un papel protagónico. Este nivel por lo general no tiene accesibilidad razonable a los recursos humanos y tecnológicos y su capital no le permite contratar una persona que se dedique exclusivamente a la salud ocupacional; por tanto, el recurso de enfermería se utiliza para asesorías y supervisión.

El ejercicio docente se caracterizará por superar la transmisión de la información existente, diseñar e implementar programas innovadores para los niveles de pregrado, posgrado y tecnología con agentes activos, creativos, críticos y concientes de su compromiso social. La función pedagógica deberá ir acompañada del desempeño en la práctica con el fin de corregir las situaciones que aparecen como problemáticas en los programas de enfermería en América Latina donde el ejercicio docente está alejado de la práctica.⁹

Aunque la práctica de enfermería en salud ocupacional es reciente deberá estar alerta para identificar algunas dificultades que ya empiezan a visualizarse, éstas pueden resumirse así:

1. La existencia de un déficit de este recurso y la escasez de cargos en todos los niveles de atención empresarial persisten pese a la tendencia ascendente de los últimos años.
2. La definición de políticas de atención o formación en salud ocupacional no cuenta con la intervención del personal de enfermería.
3. El modelo biológico utilizado en la formación prevalece y dificulta la solución de la problemática desde lo social.
4. La legislación de enfermería es obsoleta al igual que las formas de organización.

5. Los salarios y la escasa posibilidad de ascenso son factores de insatisfacción en el trabajo.

6. La investigación es la función que menos realiza la enfermera en este campo.

7. La vinculación temporal empieza a aparecer para los profesionales de enfermería de esta área con las consabidas consecuencias gremiales y personales que ello acarrea.

La enfermería ocupacional en el siglo XXI

La enfermería como profesión social tendrá, prioritariamente, que romper con las barreras acumuladas del pasado y estar dispuesta a la búsqueda de nuevos modelos de atención. La enfermera en salud ocupacional tendrá cinco retos para desarrollar:

1. Definición del ámbito de su quehacer. La situación exige respuestas en cuanto a la especificidad del trabajo; para solucionar los problemas concretos se requiere de conocimientos tecnológicos y científicos, incursiones en nuevas opciones laborales y la búsqueda de oportunidades.

El número de enfermeras que se vincularán al área ocupacional deberá aumentar cada día pero en igual forma lo harán otros profesionales, por tanto se fortalecerá el trabajo interdisciplinario e intersectorial por medio de la búsqueda de modelos de atención asociativos para los sectores informales de la economía y para los sectores desprotegidos como la agricultura, la minería, la construcción y la microempresa.

2. Preparación y formación académica. Los planes de estudio han introducido en el pregrado asignaturas relacionadas con la salud ocupacional; en el posgrado la enfermera ha logrado su ingreso a los programas de especialización y cada vez cobra más importancia la educación continua, pero la enfermera tendrá que ganar autonomía a través de calificaciones académicas y de autoridad equiparable a la de los demás profesionales del área de medicina, higiene y seguridad ocupacional.

Las estructuras curriculares deberán basarse en lo social y lo preventivo y prepararse para afrontar riesgos psicosociales pues, según muestran las proyecciones, éstos llevarán la vanguardia en los próximos decenios.

La enfermera deberá asumir un papel gerencial capacitándose en teoría y práctica para ser estratega dentro de cualquier organización y pilar fundamental en el desarrollo de los programas.

3. La investigación. En el área de la salud ocupacional la investigación es incipiente; en el estudio titulado *Enfermería ocupacional, un nuevo reto*,⁷ aparece como la función que menos desempeña la enfermera vinculada a la empresa. La investigación en esta área deberá ampliar los conocimientos para mejorar la práctica, ayudar a los trabajadores a cuidarse a sí mismos, aumentar su bienestar y reducir sus riesgos laborales.

Las investigaciones tendrán como punto de partida la problemática real, deberán predecir y proyectar acciones, describir y explicar la situación actual y la tendencia del país, del sector salud y empresarial y de la enfermería ocupacional. La calidad de la enfermería irá mejorando día a día siempre y cuando la investigación se convierta en algo común en los planes de estudio.

4. Legislación del ejercicio profesional. La reglamentación del ejercicio profesional será una tarea por realizar. La legislación deberá definir las normas de protección y comodidad mínimas para trabajar, y otorgar el poder de controlar la práctica y construir modelos de atención.

Los avances en este campo dependen de la posibilidad de formar asociaciones, colegios y cooperativas que fortalezcan el grupo, para que en un futuro participen en la definición de políticas y directrices de la salud ocupacional en el país y en la región.

Nelly Garzón en su escrito *La enfermería del siglo XXI*¹⁰ recomendó la promoción de nuevos sistemas de organización para la enfermería que impidan mantener el patrón tradicional de dar atención de enfermería a grupos bajo la coordinación de una sola enfermera; esto sólo perpetuará el rol de la *Enfermera Jefe*, quien en las actuales condiciones no puede desempeñarse ni como administradora ni como eficiente enfermera asistencial.

5. Publicación de resultados. En Colombia se cuenta con cuatro revistas de enfermería, no existe una publicación especializada en enfermería de salud ocupacional, ni existe el interés por publicar los hallazgos, conclusiones y análisis de los casos que permitan la difusión del conocimiento.

Con ayuda de las empresas ésta será una tarea por hacer a corto plazo. En la medida en que se validen las experiencias y se pongan en conocimiento de los demás se enriquecerá nuestra práctica y avanzaremos a un futuro, el cual será evaluado por las generaciones venideras según nos hayamos comportado con este compromiso profesional.

Referencias bibliográficas

1. Yepes Parra, A. *El Colombiano*, Medellín, diciembre 9 de 1991, Medellín.
2. Dueñas, M. *Reflexiones sobre el desarrollo estratégico del recurso humano en salud ocupacional*. Ministerio de Salud Pública.
3. Ministerio de Salud, Colombia. *Estudio sectorial de salud. La salud en Colombia*. Bogotá, 1990.
4. Ministerio de Salud, Colombia. *Directorio nacional de programas docentes para la salud*. 1991.
5. Ops/Oms. *Plan de acción, 1992, año de la salud de los trabajadores*. 1991.
6. Labrador, G. *Perfil de la enfermera en salud ocupacional*. Medellín, 1991.
7. Arango, A. E. y cols. *Enfermería ocupacional, un nuevo reto*. Medellín, 1992.
8. Giraldo Molina, C. I. *Aproximación a las tendencias de formación de enfermería en Colombia*. Acofaen, 1992.
9. De Monterrosa, E. et al. Educación de enfermería en América Latina. Metas e implementación. *Enfermería Siglo XXI en América Latina*. Fundación W. K. Kellog, 1991.
10. Garzón, N. *La enfermería del siglo XXI*. S.F.

Bibliografía

- Franco, S. *La salud y el trabajo*. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, 1981.
- García, M. A. y García, M. *Universidad y la educación en enfermería. Situación actual, prospectivas y estrategias para su desarrollo en Uam*. México, 1989.
- Oms/Ops. Reunión Regional del Grupo Consulto sobre Educación en Enfermería, informe final, 1984.