



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL.**

**PROYECTO DE PREVENCION DE ENFERMEDADES
LABORALES DISCAPACITANTES EN LA EMPRESA
PROCESADORA DE BROCOLI “PROVEFRUT” EN EL
SEMESTRE DE DICIEMBRE DEL 2010 A JUNIO DEL 2011.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MASTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTOR

DR ENRIQUE RACINES MOLINA

**DIRECTORA:
DRA. JANETH LUDEÑA JARAMILLO.**

LATACUNGA – ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Quito, Agosto del 2011

(f).....

CESION DE DERECHO

“Yo, Enrique Racines declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textual dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad

Quito, Agosto del 2011

(f).....

Autor

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A las personas que han colaborado en forma directa o indirecta a la realización de este trabajo.

A mi familia quienes me han apoyado incondicionalmente.

A los trabajadores de Provefrut, quienes con su colaboración hicieron posible este trabajo.

El Autor

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

Manifiesto mi profundo agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia Integral de salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad dada para mi capacitación profesional.

A las sacrificadas trabajadoras de la Empresa Provefrut por su fundamental ayuda para la consecución del beneficio mutuo.

A los Directivos de la Empresa Provefrut por su interés para conseguir el bienestar de su Capital Humano.

El Autor

INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES:	PAGINAS.
Carátula:	I
Certificación:	II
Autoría:	III
Cesión de Derecho:	IV
Dedicatoria:	V
Agradecimiento:	VI
Índice:	VII
 APARTADOS.	
Resumen:	8
Abstract:	10
Introducción:	11
Problematización:	14
Objetivos:	18
Marco teórico:	18
Diseño metodológico:	34
Resultados:	42
Conclusiones:	50
Recomendaciones:	51
Bibliografía:	53
Anexos:	56

RESUMEN:

La discapacidad afecta al país en un 13,2%. Una parte importante se origina por lesiones provocadas en actividades laborales que con el tiempo dejan como secuelas, limitaciones físicas, psicológicas, que se traducen como invalidez o minusvalía individual y como discapacidad a nivel social.

Esta trabajo se realizó en una empresa procesadora de brócoli para exportación y es muy similar a las empresas procesadoras de flores que son muy numerosas en la Provincia de Cotopaxi, donde, laboran muchos obreros, en su gran mayoría de sexo femenino, de variadas edades y de condición cultural de un promedio bajo, y en su mayoría provenientes de hogares desorganizados y/o conflictivos. Este contexto podría generalizarse a la mayoría de empresas que se relacionen con procesos ligados a la agricultura y exportación de productos.

De entre los factores que causan un stress laboral tenemos que, a las largas jornadas de trabajo se suma las labores con excesiva carga de peso y que requieren movimientos repetitivos, lo que origina en muchos casos afectaciones musculares, tendinosas, locales, regionales y que al mantenerse con el tiempo dan lugar a enfermedades de origen laboral.

Muchas trabajadoras, por su situación familiar, sus necesidades económicas, sus obligaciones con su prole y el temor a perder su empleo, disimulan sus dolencias o las prolongan en el tiempo, con lo que únicamente enraízan y afincan dolencias que al provocar limitaciones en el desempeño laboral, incrementan la situación de stress y conflicto interno y posteriormente social.

Con dolencias importantes muchas trabajadoras se ven obligadas a acudir al IESS en busca de ayuda médica, la misma que no puede obtener resultados apropiados por la cronicidad de las dolencias.

Al incidir sobre las causas principales de las afecciones encontradas, se modificaron los factores que las originaban y así se consiguió una disminución de la incidencia de lesiones corporales y con ello, un mejor bienestar en el grupo de trabajadores inicialmente afectados, consiguiéndose una disminución en los porcentajes de discapacidad que se encontraron con anterioridad.

Pero también se dieron limitantes relativos como la restricción de directivos de la empresa a permitir la asistencia de los trabajadores a sus tratamientos, la irregular asistencia de éstos a los tratamientos establecidos, el temor de los trabajadores a posibles sanciones, la resistencia a reconocer que las afectaciones de la salud de los empleados sea de origen laboral, el impedimento a acudir a riesgos de trabajo para confirmar esta situación y la consecuente Responsabilidad Patronal que se establecería por parte del IESS, la desunión entre trabajadores, sus limitaciones económicas, entre otras razones, dificultaron en gran medida para que los resultados sean óptimos.

Con los resultados obtenidos se podrá conseguir beneficios a trabajadores de ésta y otras empresas de labores similares siempre y cuando sus directivos accedan a modificar las políticas de trabajo dentro de sus instalaciones para conseguir mejores condiciones y un ambiente más saludable para el desempeño laboral de sus empleados.

ABSTRACT:

Disability affects 13.2% of people in our country. A big percentage of it is given rise to work activities that over time cause as aftermath, physical and psychological limitations. Those are treated as invalidity or individual disability and as disability at social level.

This project was made in a broccoli processed firm and it's very similar to the flowers processed firms, the ones which are several in the Cotopaxi province, where are many female workers. They are usually low social level and they come from a disrupted home. This context could generalize to the majority of companies which are related with processes such as agriculture and export products.

From among factors which cause stress are the long day working and excessive weight-bearing with repetitive movements. In many cases it gives rise to affections muscular, tendon, local, regional which keeping those way bring work diseases.

Many workers, because of their family, economic necessity, their obligations with the offspring and the fear of losing their jobs, hide their illness and make them longer with the time, they only root and put down roots illness that provoke limitations in job performance, increase stress situation and social trouble.

Because of important illness, many workers are forced to go to IESS searching medic help, which is not able to have results because of the synchronize illness.

Acting over the principal causes of the founded affections, the factors were modificated. And that's how they got a decrease of the bodily injury incidence and the welfare in the group of workers initially affected, getting a decrease in the percentages of handicap that we found before.

Having the results we could get benefits to workers in this and other companies with similar works as long as their directives get to modify the work politics in their installations to get better conditions and a healthy ambient for the job performance of the workers.

But there was limitation how the restriction to permit the attendance of worker to their treatment, irregular attendance to the established treatments, workers' mistrust, to possible sanctions, the resistance to accept health's damage in workers, were laboral caused, obstacle to go to "Riesgos del Trabajo" to confirm this situation and consequent Patronal Liability in

IESS, worker's discord, economical limitations, among other reasons, that obstruct greatly to optimal results.

INTRODUCCION.

Las actividades laborales en una población, pueden además de ser una fuente de ocupación, seguridad y bienestar para los trabajadores, constituir por otra parte el origen de conflicto, malestar y pérdida de sus condiciones de salud, cuando el trabajo como tal, constituye un mecanismo que afecta el bienestar físico, psicológico y mental al producirse un desbalance entre el requerimiento laboral de los empleadores y la capacidad física del empleado.

Una situación, así dada y mantenido en el tiempo, traduce el origen de una enfermedad ocupacional que inicia con una afectación física local, la misma que si no es controlada a tiempo, afectará otros órganos e inclusive conllevará a una distorsión progresiva de la salud que con el tiempo puede afectar al área psíquica, y con posterioridad, podría llegar a comprometer el área familiar y social de trabajador lesionado.

Muchas empresas, enfocan su actividad con el fin de conseguir mayor producción, mayores ingresos y mejores condiciones económicas para los propietarios o accionistas, y dejan de lado la situación global de las condiciones físicas, psíquicas, económicas y de salud de los trabajadores, olvidando que ellos constituyen un factor fundamental de la producción que es el capital humano.

En el presente trabajo, se analiza las actividades de trabajadores que se dedican al procesamiento de brócoli, su carga de trabajo y la generación de lesiones corporales que llegan a producir enfermedades laborales, mismas que al haberse mantenido por largo tiempo llegan inclusive a producir diversos grados de discapacidad.

En la empresa donde se realizó este estudio, las condiciones de trabajo que motivaron afecciones frecuentes en los trabajadores fueron cambiando con el fin de mejorar la situación y condición de desempeño en los trabajadores.

En la provincia de Cotopaxi existen muchas empresas orientadas a labores de agricultura como son: productoras y exportadoras de flores, de frutas y vegetales en general (brócoli), entre otras. En la práctica, la totalidad de ellas, presentan condiciones difíciles de trabajo con periodos prolongado de actividades en sus posturas con mínima o excesiva movilidad, con cargas de trabajo intensas, levantamiento de peso, movimientos repetitivos, áreas de trabajo no ergonómicas, mal trato psicológico, todo esto, agravado por un nivel cultural de los

trabajadores en su mayoría deficiente y con situaciones económicas, familiares y sociales difíciles o conflictivas.

Por esta razón, el trabajo realizado enfoca la posibilidad de mejorar las condiciones generales de trabajo e incidir en un menor grado de afectación física para que se disminuya las lesiones provocadas por el desempeño laboral en todo este grupo vulnerable de trabajadores.

Con este trabajo se pretende establecer algunas pautas de inicio para establecer diagnósticos y tratamientos apropiados y orientar a labores de prevención de enfermedades en los trabajadores para precautelar el capital más importante en las empresas el capital humano.

Se debió trabajar principalmente a nivel individual para concientizar a los trabajadores de su situación de salud, de sus derechos, de su situación actual de salud y de sus posibilidades a futuro para mejorar las afectaciones laborales.

Con los directivos se requirió entrevistas para conseguir concientización de la situación laboral y conseguir apoyo para mejorar las condiciones de trabajo de sus empleados.

En Riesgos del Trabajo el apoyo fue muy importante, pues desde allí se derivó a los trabajadores para diferentes evaluaciones que confirmaron en la gran mayoría (casi en su totalidad), que los casos enviados tenían lesiones de origen laboral.

Todo lo trabajado y conseguido podrá ser útil posteriormente al ser aplicado en muchas otras empresas que tengan trabajadores en similares condiciones de desempeño.

PROBLEMATIZACION

Muchas de las actividades productivas de los seres humanos están sujetas a la posibilidad de accidentes o situaciones que conllevan una afectación a la salud, misma que mantenida en el tiempo puede dar lugar a lesión originando por la actividad laboral. Estas lesiones constituyen una enfermedad profesional u ocupacional que eventualmente puede ser tratado y conseguirse una recuperación total y una reinserción laboral familiar y social sin lugar a secuelas.

Sin embargo, los procesos productivos exigen una cooperación permanente entre trabajadores y una obligatoriedad de la realización de esfuerzos que muchas veces requieren exigencias físicas mantenidas y que habiendo producido algún tipo de sobrecarga o lesión, profundizan esta situación hasta llegar a limitar al trabajador en su producción. Esta limitación, daño físico, psíquico u orgánico provocara un grado de minusvalía en relación a sus compañeros sanos. Esta minusvalía que puede ser pasajera o prolongada y en algunos casos definitiva colocará al trabajador en situaciones de inferioridad consigo mismo y con sus compañeros, subalternos o superiores. Esta situación afectará al trabajador en todas las esferas, individual, económica, laboral, familiar y repercutirá en el ámbito social.

La discapacidad así provocada, influirá en los procesos productivos de la empresa. Por ello, no debe soslayarse su presencia sino más bien identificarla, evaluarla y buscar los medios para que en lo posible, sea superada.

Las discapacidades de diverso origen que incluyen las de origen laboral, son un factor importante en el desarrollo de un país, así describiré por ejemplo, las prevalencias de varios de ellos.

En el Servicio de Rehabilitación se atienden pacientes con dolencias variadas de diverso origen, pero principalmente originados en las actividades laborales de la población afiliada.

Dentro de las afecciones originadas por actividades en el trabajo, son en su mayoría, las que presentan trabajadores agrícolas dedicados especialmente a las actividades relacionadas con la producción, procesamiento y exportación de brócoli.

Desde hace 4 años en que dirijo el Servicio de Rehabilitación se han presentado múltiples casos relacionados con la ocupación de trabajadores que cortan y procesan el brócoli, por ello, ya que estas enfermedades pueden con el tiempo y por falta de tratamiento apropiado, convertirse en enfermedad ocupacional (o profesional), considero de crucial importancia el dirigir los esfuerzos que sean necesarios para conseguir una disminución de la incidencia, de la severidad de las lesiones, de buscar el mejor tratamiento para aliviar y rehabilitar al personal que presente dolencias con relación al desempeño de su ocupación.

ANALISIS DEL PROBLEMA:

El personal que labora, aproximadamente unas 1300 personas, es en su mayoría, de escasos recursos económicos y baja escolaridad. La mayoría son mujeres, y, muchas de ellas en hogares conflictivos.

Las labores en la Empresa, actualmente se realizan en tres turnos., en Corte de 8 horas cada uno y dos turnos en Proceso, también de 8 horas cada uno, aunque es frecuente que se les pida laborar jornadas extendidas de horas extras pasando un día. Anteriormente, las jornadas de trabajo solía ser del doble, pasando un día, Esto constituyó un terreno fértil para el apareamiento de lesiones.

Además, debe considerarse que en unas áreas más que en otras, los movimientos repetitivos son constantes, y por ello, en conjunto, estos dos factores inciden en el apareamiento de lesiones debidas a la ocupación, y que al ser mantenidas en el tiempo provocarán dolencias que se deberán considerar enfermedad ocupacional (profesional).

En este contexto, cuando hace aproximadamente 4 años en que inicié mi actividad en este servicio, al realizar la atención rutinaria de pacientes, se detectó el gran número de casos de pacientes de esta Empresa y otras más (floricolas por ejemplo), donde muchos pacientes presentaban dolencias en miembros (muñecas, manos, codos, hombros), columna (cuello, dorso, región lumbar), como producto de tiempo excesivo de trabajo. Esfuerzo físico sostenido, levantamiento de pesos, malas posturas laborales, o por movimientos repetitivos por tiempo prolongado.

En un inicio se gestionó esta situación aplicando medios de Fisioterapia y solicitando a la Empresa en casos concretos, una disminución del tiempo de labores, disminución de un porcentaje de la tarea individual diaria, o en casos específicos, un cambio de actividad en otra área de trabajo con menor esfuerzo físico.

Conjuntamente con el tratamiento de Fisioterapia, y las medidas correctivas solicitadas a la Empresa, se procuró educar a las trabajadoras sobre normas posturales, y límites para levantamiento de pesos.

Para conseguirlo se trabajo a nivel individual, estudiando cada caso y buscando las mejores alternativas de solución a los problemas.

Muchos de los casos, más serios, fueron enviados a Riesgos del Trabajo para conseguir evaluaciones y otros puntos de visita de otros profesionales.

En casos graves, inclusive se determinó periodos prolongados de descanso con porcentajes altos de discapacidad hasta del 80 % (ver anexos) y en pocos casos inclusive se prescribió jubilaciones por invalidez

En la mayoría de casos enviados, se consiguió valoraciones de discapacidad provisional y que podrían mejorar según prescripciones individuales de tratamiento y cambios de ocupación.

Con anterioridad, los trabajadores afectados acudían en busca de atención y tratamiento, pero no recibieron atención y tratamiento apropiado por lo que ni fueron diagnosticados apropiadamente ni consiguieron apoyo para sus necesidades.

En 15 trabajadoras se confirmó la presencia de Enfermedad ocupacional y se determinó períodos de descanso que variaron entre pocos meses, hasta el lapso de un año, y en pocos casos, de hasta dos años.

Al momento, la mayoría ha retornado a sus labores, con reubicación de sitios de trabajo.

Sin embargo a algunas, el período de reposos se mantiene y en pocos casos se ha determinado inclusive jubilación temporal, subsidio, y en dos casos, la resolución de jubilación definitiva.

JUSTIFICACION

Según Barton L, 1998 “Ser discapacitado supone experimentar la disminución, la vulnerabilidad y el asalto abusivo a la propia identidad y estima”.

Por todo lo expuesto, es necesaria la intervención a favor de mejorar las condiciones de trabajo del personal operativo de la Empresa, para conseguir una disminución de la cantidad y severidad de afectaciones físicas de las trabajadoras para incidir en una disminución de enfermedades ocupacionales, así como también una disminución del porcentaje de incapacidad, que en casos agudos pudieran seguirse presentando., fines en los que se justifica la razón de ser del área médica que evalúa casos de trastornos ocupacionales en áreas laborales, que afecten a personal en riesgo.

Al ser Jefe del Servicio de Rehabilitación, estuve en contacto con esta problemática por lo que consideré una obligación el colaborar para que las enfermedades laborales sean tomadas en cuenta, evaluadas y sometidas a estudio por parte de las empresas, el área de Riesgos del Trabajo del IESS y de los mismos trabajadores, para que, en conjunto busquemos alternativas que contrarresten las afecciones provenientes de las actividades laborales.

Hubo muchas motivaciones personales, a nivel individual, la necesidad de recuperación de la salud, las situaciones económicas muchas veces críticas de las trabajadoras, sus vivencias familiares y sociales difíciles, y la posibilidad de establecer pautas de tratamiento y conductas de prevención.

Además, considero que los maestrantes de Gerencia de Salud, tenemos la obligación en base a la formación recibida en esta Maestría de demostrar lo aprendido volcando hacia la sociedad y en pos de los más necesitados de todo nuestro esfuerzo y ser parte siempre de una solución, dejando de ser como muchas otras personas que por su inercia y desidia, suelen ser parte del problema.

Debemos por ello mantener permanente búsqueda de soluciones propias, acertadas, y originales que permitan un avance para el medio en que nos desempeñemos, manteniendo siempre en alto la calidad de nuestro origen de formación.

OBJETIVOS

4.1 GENERAL: Implementar medidas de prevención de enfermedades laborales discapacitantes en la Empresa Provefrut mediante implementación de medidas ergonómicas, mejoramiento de jornadas laborales, y aplicación de recursos de Fisioterapia, con el apoyo de los directivos, para conseguir por medio de la capacitación, la disminución de la morbilidad.

4.2 ESPECIFICOS:

- 1.- Optimización del tiempo de trabajo para evitar complicaciones en el estado de salud.
- 2.- Lograr sensibilización con los directivos de la Empresa para que se interesen en la salud de los trabajadores.
- 3.- Realizar y ejecutar una planificación de atención preventiva integral y constante para disminuir los porcentajes de discapacidad de trabajadores con enfermedad laboral confirmada.
- 4.- Organizar a los trabajadores y capacitarles para que conozcan sus derechos laborales para evitar riesgos.

MARCO TEÓRICO

MARCO INSTITUCIONAL

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA:

El Hospital cuenta con personal en número aproximado de 211 trabajadores, de los cuales, son: 133 con nombramiento y 78 por contrato, y distribuidos como personal administrativo, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, Fisioterapistas y personal de Servicios Varios.

Se ofrece atención para la comunidad afiliada en las siguientes áreas:

- Urgencias.
- Consulta externa de varias Especialidades.
- Hospitalización.
- Rayos X.
- Laboratorios.
- Citología – Patología.
- Rehabilitación.

DESCRIPCION ADMINISTRATIVA Y COBERTURA

Subdirección o Jefatura SGSIF:	JEFATURA PROVINCIAL SGSIF TUNGURAHUA/COTOPAXI NAPO/PASTAZA
Nombre de la Unidad:	IESS HOSPITAL DE LATACUNGA
Provincia:	COTOPAXI
Cantón:	LATACUNGA
Parroquia:	LA MATRIZ
Barrio:	EL LORETO
Dirección:	CALLE QUITO S/N Y LEOPOLDO PINO
Infraestructura física:	Propia
Teléfono 1:	29975022 HASTA
Teléfono 2:	2997522
Fax:	2997524, 2806279
E-mail (Correo electrónico unidad):	btorol@iess.gov.ec
Responsable de la unidad:	DR. HUGO ARGUELLO
Tipo de unidad:	

Servicio:	Primer nivel especializado			
Límites De la unidad operativa: GEOREFERENCIA	Norte:	Dr. Richard Arízaga Escuela Velasco Ibarra		
	Sur:	Sr. Germánico Naranjo Ing. Eloy Sánchez		
	Este:	Río Cutuchi		
	Oeste:	Calle Quito		
Población asignada (en número de habitantes):	37.509 (INCLUYE EL 25% DEL TOTAL DE LA POBLACION DEL SSC)			
Población de influencia (parroquias o barrios que estén fuera de los limites asignados, describir de la manera más exacta los lugares)	Norte: LA MATRIZ	Sur: BELISARIO QUEVEDO	Este: BELISARIO QUEVEDO	Oeste: ELOY ALFARO
Horario de atención de la unidad:	consulta externa: Mañana y tarde		Hospitalización: 24 horas	
Días laborables:	consulta externa: Mañana y tarde		Hospitalización: 24 horas	

Elaborado por. Lic. Ma. Isabel Singaicho

Cuadro 1: Organización administrativa

Fecha: 20 – 10 – 2010

Fuente: Informe del Sistema AS400 desde Junio a Diciembre 2009

RESEÑA HISTORICA

La Seguridad Social en Cotopaxi tiene vigencia desde el 13 de marzo de 1939, cuando se crea la primera Agencia del Instituto Nacional de Previsión y Seguridad, cuyo accionar se afianza más con el Área de Salud en el año 1940, inicialmente escasos de recursos humanos y técnicos, siendo su fundador el prestigioso médico Latacungueño Dr. Rafael Terán Coronel; quien dando muestras de altruismo, presta parte de su domicilio para los inicios de tan digna labor.

En el año de 1942 el Servicio de atención médica se traslada a sus propias instalaciones como Dispensario No. 21, mismo que consta de una infraestructura básica de 4 camas para pacientes hospitalizados, más los servicios de Medicina General, Odontología,

Enfermería y servicios complementarios de Lavandería, Cocina, Limpieza y una pequeña área para Bodega o Abastecimientos, labores que eran compartidas y cumplidas por el personal voluntarioso de aquel entonces.

Constantemente se realizaron gestiones por parte del Director Médico, a fin de lograr la ampliación del Dispensario en su primera planta, adquiriendo el terreno aledaño a la antigua infraestructura.

En base al esfuerzo de las Autoridades provinciales posteriormente, se incrementa la segunda planta de la que pasaría a denominarse Clínica del IESS en Latacunga; infraestructura que funcionó desde sus inicio por aproximadamente 52 años.

El Incremento de la población afiliada de la provincia generó la necesidad de crear nuevos Servicios de Salud, por lo que las instalaciones mencionadas se tornaron insuficientes para el quehacer diario; las condiciones en las que se brindaba la atención a los afiliados ya no eran las adecuadas, ni las más óptimas, las autoridades creyeron conveniente arrendar instalaciones particulares para los Servicio de Bodega, Farmacia, Consulta Externa y Rehabilitación.

En el año de 1984, se inicia la construcción del nuevo Hospital del IESS en esta ciudad, en el terreno ubicado en las calles Quito y Atahualpa, sector el Loreto, cuya superficie de terreno es de 13.200m².

En el año 1989, se concluye con la construcción de la nueva edificación, la misma que consta de 7 pisos, distribuidos en 4 pisos altos, planta baja y 2 subsuelos, casa de máquinas, talleres de mantenimiento y área para almacenamiento de combustible; guardería y parqueaderos anexos.

Teniendo como razón valedera, el haber rebasado el tiempo de vida útil de las instalaciones de la Clínica Antigua, por su estado avanzado de deterioro y el riesgo que esto implica, a partir del año 1990 se inicia el traslado progresivo de ciertos servicios al nuevo hospital, como es el caso de Bodega. En 1992, se traslada parte de Mantenimiento y Limpieza con un incremento considerable de la plantilla de personal de estos servicios.

De julio de 1992 a diciembre de 1993 se equipa en gran parte de la Unidad de acuerdo a licitación 001 de Noviembre de 1991, en cuanto tiene que ver las áreas de Rayos X, Dietética, Lavandería, Laboratorio, Rehabilitación, Quirófanos, entre otras; concluyendo además con los trabajos de implementación de ascensores, calderos, centrales de oxígeno y vacío, En este período y en forma paralela al equipamiento en mención también se habilitan los Servicios de Fondo Rotativo, Presupuesto y Caja Chica.

Luego de este importante avance en la implementación del nuevo Hospital, en el año 1994, se traslada la Consulta Externa, los Servicio de laboratorio, Rayos X y Fisioterapia. El servicio de Lavandería empezó a funcionar en la infraestructura nueva en septiembre de 1996.

En el mes de julio de 1998, es testigo del funcionamiento en forma total del Hospital del IESS en Latacunga, con la habilitación de los Servicios que faltaban por trasladarse como son: Hospitalización, Quirófanos, Emergencia, Alimentación y Dietética.

En el período 2002-2003, se complementaron algunos sistemas, se dotaron ciertos equipos y se habilitaron áreas que según las necesidades sentidas de esta Unidad se priorizaron de acuerdo a la capacidad presupuestaria con que se contó.

En el año 2007 se inició con la implementación del cableado estructural, así como también de la Central Telefónica y en el mes de junio del 2008 se implementó el Sistema Hospitalario AS 400 y en el transcurso del 2009 el sistema de citas médica Call Center, para de esta manera, brindar una mejor y ágil atención a los señores afiliados.

Se está realizando contrataciones de más profesionales, a fin de cubrir mayor tiempo la atención de consulta externa. Inclusive en el área de rehabilitación se ha extendido el horario de atención de 07h00 a 17h00, e inclusive los días sábados de 07h00 a 12h00.

Se tiene previsto la instalación de un Tomógrafo en el área de Imagenología.

1. VISION

VISIÓN DEL HOSPITAL DEL IESS – LATACUNGA

EN EL AÑO 2012 SEREMOS UN HOSPITAL ACREDITADO Y LIDER A NIVEL REGIONAL Y NACIONAL, QUE BRINDARÁ SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD, CON COLABORADORES CALIFICADOS, CAPACITADOS Y MOTIVADOS, QUE CUENTE CON EQUIPOS MÉDICOS Y TECNOLOGÍA DE PUNTA, QUE SATISFAGA LAS EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL HOSPITAL.

2. MISIÓN

MISIÓN DEL HOSPITAL DEL IESS – LATACUNGA

BRINDAR SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN AFILIADA Y NO AFILIADA DE LA PROVINCIA Y DEL PAÍS, QUE DEMANDA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, DE FORMA OPORTUNA E INTEGRAL, BASADOS EN PRINCIPIOS DE CALIDAD, SOLIDARIDAD, OBLIGATORIEDAD, UNIVERSALIDAD, EQUITAD, EFICIENCIA, SUBSIDIARIDAD Y SUFICIENCIA, CONTANDO PARA ELLO CON INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLOGÍA ADECUADAS, CON TALENTO HUMANO ESPECIALIZADO EN TODAS LAS ÁREAS COMO HOSPITAL NIVEL 2, PRIORIZANDO LAS NECESIDADES CONFORME AL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL; CONTRIBUYENDO DE ESTA MANERA A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA SOCIEDAD.

DENOMINACION, FINALIDAD Y FUNCIONES

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en la provincia de Cotopaxi provee a los usuarios externos e internos, sean éstos afiliados activos, jubilados, montepío, y del seguro social campesino de los servicios y de la atención de un Hospital nivel II, que cuenta con las siguientes especialidades:

Cardiología, Psiquiatría, Medicina Interna, Medicina General, Cirugía General, Otorrinolaringología, Oftalmología, Fisiatría, Urología, Dermatología, Ginecología, Pediatría, Traumatología, Patología Clínica.

Con un horario en consulta externa desde las 7h00' hasta las 17h00' en ciertas especialidades como: Medicina General, Medicina Interna y Dermatología.

El Hospital cuenta a su vez con un área de emergencia y de hospitalización, ésta última con el servicio de 40 camas y con un funcionamiento las 24 horas del día.

Se provee también de los siguientes servicios de apoyo: Imagenología con lo sub procesos de radiología, ecografía, mamografía; tramitándose en este momento la ampliación de ésta área a la prestación de tomografía.

El Servicio de Laboratorio Clínico y Patología Clínica apoya en las actividades de atención médica los 7 días a la semana en horarios de la mañana y tarde.

La atención de morbilidad que se brinda a los usuarios señalados anteriormente se encuentra en un permanente proceso de mejoramiento continuo; es así, que en el año que transcurre en base a las necesidades lógicas y sentidas y en vista de la demanda existente a los servicios que presta el hospital, el consejo directivo del IESS aprobó la creación de las siguientes partidas de personal: 18 médicos especialistas, 24 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería, 4 auxiliares de farmacia. Se espera que con la incorporación de éste personal el Hospital pueda cubrir la totalidad de la demanda de nuestros servicios.

Actualmente se encuentra en proceso la adquisición de dos farmacias con lo cual nuestro hospital completará el servicio que debe ofrecer a nuestros afiliados y que contribuirá para el traslado efectivo en el caso de requerirse a unidades de mayor complejidad de nuestros pacientes.

ANALISIS DE LA DEMANDA

- ✓ Población del territorio 406.798
- ✓ Crecimiento poblacional 2,1
- ✓ Población beneficiaria del IESS: afiliados activos, voluntarios, pensionistas (jubilados, montepíos) Número, por grupo etéreo y sexo: 28.327
- ✓ Población del Seguro Social Campesino: 36.726
- ✓ Total población beneficiaria del IESS Cotopaxi: 65.053

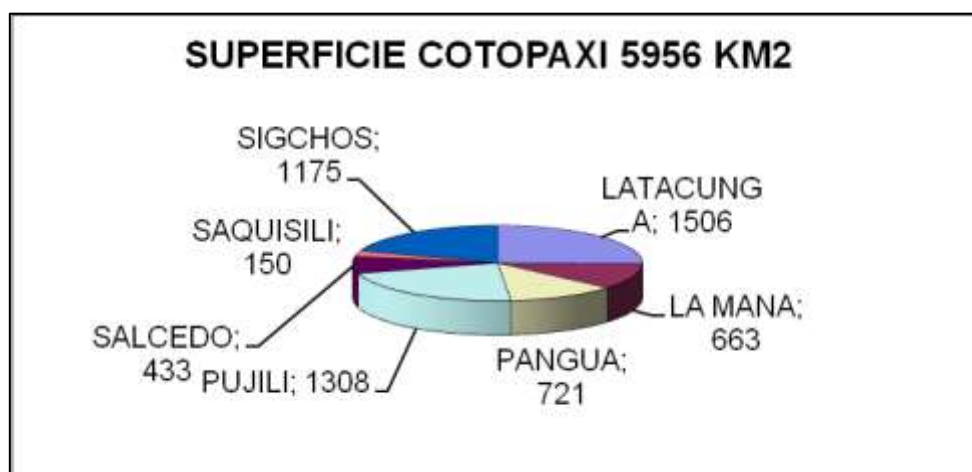
DATOS DE LA PROVINCIA

La provincia de Cotopaxi ocupa la Hoya Central Oriental de Patate. Se extiende desde los 78°, 23' Oriental hasta los 79°, 20' Occidental en la longitud de Greenwich y en sus extremos desde 0°, 20' hasta 1°, 12' de latitud Sur.

Superficie:

Abarca los 5.956 Km², distribuidos en 7 cantones y con una densidad poblacional de 52 habitantes por Km² y compuesto por población blanco, mestizo e indígena que corresponde al 2,41% del total nacional

Fig.: 1



SUPERFICIE COTOPAXI 5956 KM2

LATACUNGA	1506
LA MANA	663
PANGUA	721
PUJILI	1308
SALCEDO	433
SAQUISILI	150
SIGCHOS	1175

Análisis del proceso salud-enfermedad

**Cuadro 2: 10 PRINCIPALES CAUSA DE MORBILIDAD
CONSULTA EXTERNA
IESS HOSPITAL LATACUNGA
2008**

Nº DE ORDEN	PATOLOGIAS
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
2	GASTRITIS Y DUODENITIS
3	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES
4	FARINGITIS AGUDA Y AMIGDALITIS AGUDA
5	DIABELES MELLITUS
6	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
7	TRASTORNOS DE LOS DISCOS CERVICALES Y DE OTROS DISCOS INTERVERTEBRALES
8	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO
9	PESQUISA PRENATAL Y OTRA SUPERVISION DEL EMBARAZO
10	CONJUNTIVITIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA
TOTAL	

Elaborado por. Lic. Ma.Isabel Singaicho

Fecha:11 - 09 - 09

Fuente: Informe del Sistema AS400 desde Junio a Diciembre 2008

Cuadro 3: 10 Principales causas de morbilidad general - Cotopaxi 2010

No.	CAUSA	2010	
		No.	TASA
1	Infección respiratoria aguda	63905	151.0
2	Enfermedad diarreica aguda	13477	31.8
3	Infección transmisión sexual	4869	11.5
4	Hipertensión arterial	1254	3.0
5	Accidentes domésticos	435	1.0
6	Obesidad	487	1.2
7	Diabetes mellitus	373	0.9
8	Depresión	317	0.7
9	Ansiedad	268	0.6
10	Accidentes laborales	205	0.5

Fuente: EPI 2 -área de salud

Tasa por 1000 habitantes

Cuadro4: 10 Principales causas de mortalidad general - Cotopaxi 2010

No.	CAUSA	2010	
		No.	TASA
1	Senectud	100	23.6
2	Traumatismo craneocefálico	92	21.7
3	Infarto agudo de miocardio	80	18.9
4	Deshidratación	38	8.3
5	Cirrosis hepática	30	7.1
6	Cáncer-varios	26	6.1
7	Neumonía	24	5.7
8	Paro cardíaco	19	4.5
9	Accidente cerebrovascular	18	4.3
10	Diabetes	12	2.8

Fuente: EPI 2 - área de salud

Tasa por 100 000 habitantes

MARCO CONCEPTUAL

Las actividades que relacionan al hombre con la naturaleza constituyen desde el inicio de la Humanidad una fuente de interacción entre ambos, en la que la naturaleza ofrece todo cuanto el hombre, con su trabajo, pudiera obtener de ella. Este esfuerzo, traducido como TRABAJO, para sí, o en beneficio de otras personas, constituyen las actividades primigenias que al cabo fueron dando una afectación para la salud de quienes por el esfuerzo o por posiciones anómalas, o movimientos repetitivos y mantenidos por largo tiempo, se mantienen en dichas actividades.

Posteriormente, las lesiones se consolidan si no recibieron tratamiento adecuado y son cada vez más difíciles de tratar y la recuperación va siendo cada vez más lenta y no siempre se consigue una solución total.

En el caso de una afectación tendinosa, al inicio el proceso inflamatorio produce edema, dolor limitación funcional y discapacidad relativa.

Clásicamente el hombre debía acoplarse a las herramientas, maquinas y al sitio de trabajo, hasta el apareamiento de la ergonomía.

Según Menéndez C, 2006, la ergonomía es la ciencia interdisciplinaria que se ocupa de la persona en actividad.

Según Menéndez F, 2009, el objetivo de la ergonomía es el trabajo de las capacidades y posibilidades del ser humano. Y según Gonzales D, 2007, es la prevención de un daño en la salud en las áreas física, social y mental.

Cortez JM, 2007, refiere que la ergonomía es el estudio multidisciplinario del ser humano que pretende descubrir sus leyes para formular mejor sus reglas.

En la ergonomía intervienen la psicología, la psicología industrial, ecología, fisiología del trabajo, medicina del trabajo, higiene del trabajo, biomecánica, antropometría, psicología, economía, ingeniería, sociología, óptica, rehabilitación, pedagogía, entre muchas otras mas de las áreas del conocimiento que se vinculan para acoplar la naturaleza en función del hombre, cambiando el esquema del hombre acoplado hacia la naturaleza.

Si no ha habido tratamiento adecuado (medicación adecuada, Rehabilitación y reposo), el proceso inflamatorio, de inicio agudo se transforma en un proceso crónico el mismo que mantiene el edema, la inflamación, el dolor y además, a nivel microscópico, se empiezan a producir depósitos de calcio en el espesor del tejido tendinoso inflamado. Con el tiempo, el cuadro crónico provoca más y más depósitos de calcio y complejos productos de la inflamación en el espesor del tendón, los mismos que debilitan la resistencia normal del tendón. Predisponiendo al mismo a pequeñas rupturas que al irse acumulando y sumando, pueden en un momento de esfuerzo producir rupturas parciales del espesor del tendón que en casos graves pueden llegar a ser totales. El tendón más frecuentemente afectado es el del músculo supraespinoso que provoca limitación moderada a severa para la movilidad del brazo sobre todo para la abducción y para el levantamiento de pesos.

En cuanto al levantamiento de pesos, éstos no deben superar las cincuenta libras, sin embargo, es frecuente que las cargas que deben movilizar los trabajadores, sean superiores a este peso, predisponiéndolos a lesiones musculares - articulares y afectación de columna, sobre todo a nivel lumbar. Levantamiento de cargas excesivas, y en forma repetida, pueden llegar a dar cuadros de hernia de disco, que en gran parte de las lumbalgias y lumbociatalgias, son responsables de las mismas.

En relación con el peso que debe exigirse a los trabajadores, según el Ministerio de Trabajo en España y del cual nosotros tomamos los datos e instauramos normas, el peso máximo recomendado debe ser de 25 kilogramos para varones, multiplicado por un factor de 1, mientras que para mujeres se multiplica por un valor de 0.6, o que equivale a un levantamiento máximo de 15 kg. Con ello se considera protegida a la población laboral en un 85% para varones y en un 95% para mujeres. Para trabajadores entrenados y de corpulencia superior al promedio podría multiplicarse por un factor de 1.6 para llegar a un valor máximo de hasta 40 kg.

Un cuadro de enfermedad ocupacional que no cede y no consigue una recuperación en un plazo de dos a cuatro meses de tratamiento con fisioterapia continua, amerita el que el trabajador sea enviado a Riesgos del Trabajo bajo sospecha de enfermedad profesional u ocupacional. Allí se evalúa cada acaso y se remite a evaluaciones con otros especialistas para confirmar o no la sospecha del diagnóstico inicial.

En el caso que nos ocupa, antes de iniciar el Proyecto, se habían detectado ya 15 casos de enfermedad ocupacional en la Empresa, los mismos que han requerido reposo laboral de 6 meses a dos años, lo que indica la severidad de las lesiones, al parecer, ya consolidadas por procesos inflamatorios crónicos y sin tratamiento adecuado.

De los casos nuevos que acuden a consulta, muchos de ellos reportan ya datos de cronicidad variable y las áreas afectadas han sido y son las mismas y son las siguientes:

En Miembro superior: - Tendinitis del supraespinoso y manguito rotador.

- Epicondilitis interna o externa
- Tendinitis del dedo pulgar u otros.
- Síndrome del túnel carpiano.

En columna: - Cuello: Síndrome cervical, Síndrome cervicobraquial.

- Dorso: Dorsalgia.

- Lumbar: Lumbalgia, Lumbociatalgia.

Según varios autores la enfermedad profesional “es la contraída a consecuencia de trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley general de la seguridad social, artículo 116 y ésta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Se categoriza las enfermedades profesionales las producidas por seis grupos de agentes, en nuestro caso lo que nos ocupa son las enfermedades producidas por agentes físicos.

Estos agentes físicos, se encuentran presentes en todas las empresas que se dedican a los procesos de agricultura para producción de vegetales (brócoli, flores-frutas), y los trabajadores de todas estas empresas presentan cuadros similares de afectación debido al tipo de trabajo con movimientos repetitivos, con levantamiento de cargas superiores a lo permitido, con jornadas largas de trabajo, con posiciones incómodas y sujetos a bajas remuneraciones.

Factores en el mecanismo de producción de enfermedades profesionales.

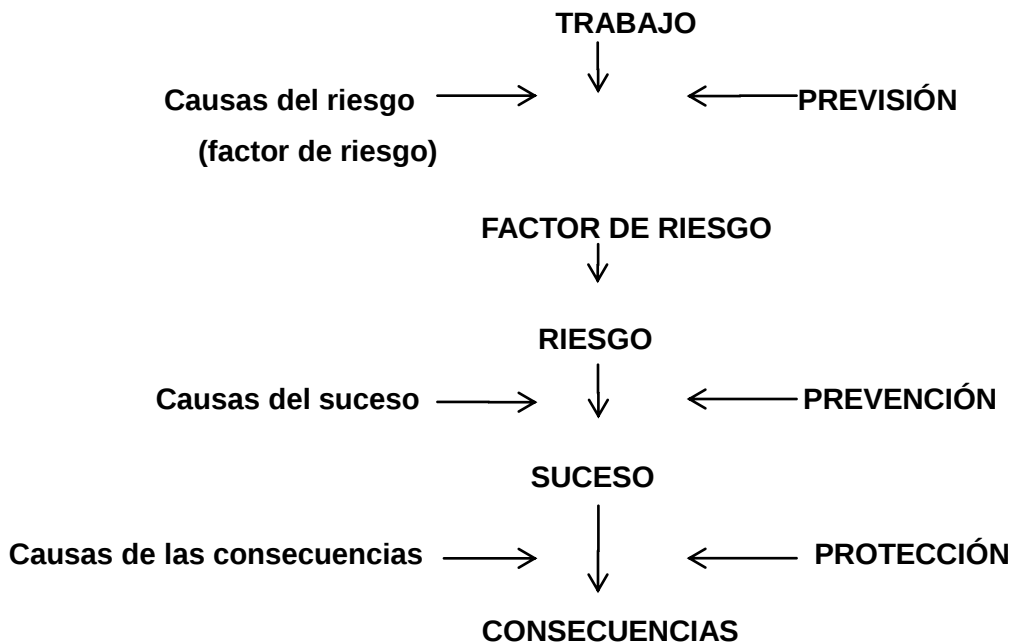
1. Tiempo de exposición a factores
2. Por parte de la sustancia
3. Por parte del trabajador (susceptibilidad).

Cuadro 5: Factores de riesgo según origen y ocupación

ORIGEN	DE TRABAJO	DE RIESGO
estructuras	• Lugares • Equipos e instalaciones	• Superficie deslizante • Engranajes
ambiente	• condiciones climáticas • calidad del aire • productos	• 35 °C • Hongos • Plaguicidas
tarea	• Movimientos • posturas • cargas físicas	• ciclos cortos • sedentarismo • pesos elevados
organización	• Apoyo de los compañeros y mandos • Control sobre la tarea • Exigencias psíquicas	• Escaso • Reducida • Elevada

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Mapa conceptual 1



Las enfermedades profesionales u ocupacionales constituyen una causa importante de ausentismo y de posibilidad de conflicto trabajador / empleador. El objetivo final del quehacer médico es conseguir de un trabajador lesionado, su recuperación, rehabilitación y reinserción en su medio laboral evitando en lo posterior la exposición a las causas que originaron las lesiones y conseguir readaptación individual familiar, social y laboral de los trabajadores, protegiendo no solo la salud de la persona, sino también su puesto de trabajo y finalmente, colaborar en la productividad de la Empresa contratadora.

Con mucha frecuencia y en casi todos los casos, las afectaciones son variadas y mixtas, lo que sugiere múltiples mecanismos de producción de lesiones.

En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad y solo el 2% llega a tener ayuda para sus necesidades.

“La OPS y sus estados miembros están desarrollando políticas para que a la población postergada le lleguen los servicios de los que carecen en la actualidad.

Los objetivos son los siguientes:

1. Garantizar la protección social en salud para todos los habitantes.

2. Contribuir a eliminar las desigualdades en el acceso a los servicios.
3. Garantiza servicios de calidad
4. Brindar a los grupos sociales excluidos oportunidades para recibir atención integral
5. Eliminar la capacidad de pago como factor restrictivo” ¹

Cuadro 6: Prevalencia de discapacidad por país

Argentina 6,8%	2 2217500
Bolivia 9,8%	741382
Brasil 6%	10 000000
Chile 6,3%	958500
Colombia 12%	4 992000
Costa Rica 9,3%	363480
Ecuador 13%	1 636800
Guatemala 17%	1 887000
Honduras 14%	700000
México 10%	10 000000
Nicaragua 12,1%	593880
Perú 31,2%	7 882560
Venezuela 10%	2 370000

¹ Discapacidad, lo que todos debemos saber. Amate E. Alicia. OPS Publicación Científica y Técnica. Washington D C. OPS 2006.

Entre las prestaciones que el Seguro Social ofrece a sus afiliados tenemos:

- El Seguro General (prestaciones).
- Seguro Social Campesino
- Seguro Individual y Familiar
- El Seguro General de Riesgos de trabajo es el más reciente de los Seguros del IESS.

La política de prevención del trabajador en los centros de trabajo fue establecido en nuestro país como pionero en Latinoamérica.

Este seguro propende a precautelar la salud del trabajador previniendo, identificando o tratando las enfermedades ocupacionales y en caso de haberse producido evaluar su impacto en el trabajador. De confirmarse la enfermedad profesional u ocupacional se establecen medidas de protección al trabajador como son:

- 1.- Evaluaciones con los profesionales adecuados.
- 2.- Reposo por el tiempo necesario (puede ser hasta por 12 meses y en casos especiales, 24 y hasta 36 meses)
- 3.- Dictamen de pensiones provisionales o definitivas según el caso
- 4.- En caso de reinserción laboral, se condiciona a la empresa en forma obligatoria un nuevo sitio de trabajo adecuado para el trabajador.

Además se establece la responsabilidad patronal a la empresa por el aparecimiento de estas dolencias.

Para la reinserción laboral calificada ya la incapacidad, se extiende la exigencia de colocación del trabajador en un área de menor esfuerzo sin mengua de su remuneración.

Se elaboró el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el trabajo, estableciendo la obligatoriedad de contar con políticas de prevención de riesgos laborales a demás de las obligaciones y derechos de empleadores- trabajadores y personal vulnerable; las sanciones deberían aplicar los países miembros. La inclusión de temas de Salud y Seguridad en el Trabajo en el Contrato Colectivo es mandatoria.

Solamente en pocos países de América latina más del 60% de la población está cubierta por la Seguridad Social (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguay y Cuba) en otros la protección social está entre el 30 u 60% (Colombia, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela) en los demás, el porcentaje es menor (Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Paraguay), con datos de hasta 1996. Por medio de la política instaurada en nuestro país, la obligatoriedad de afiliación de los trabajadores al IESS, la extensión al Seguro Social Campesino, y el derecho a los hijos menores de 18 años, de seguro la cobertura de nuestro país aumentará de forma sustantiva y en forma progresiva desde el presente año.

La población con discapacidad reportada en el Ecuador (Pérez L 2009), para el 2004 fue de 12,14% y las personas con discapacidad más pobres viven en Bolívar, Chimborazo, Carchi, Morona Santiago y Loja.

Cuadro 7: Discapacidad en el país (Pérez L, 2009)

	población	discapacitados	total	porcentaje
Hombres	6579386	49.68%	778594	5.89%
Mujeres	6664598	50.32%	829739	6.26%
total	13243984	100%	1608334	12.14%

Con este cuadro, podemos concluir que más de una persona por cada diez presenta algún grado de discapacidad y que las proporciones entre sexos no son muy diferentes existiendo una mínima proporción a ser mayor en el sexo femenino que en el masculino..

DISEÑO METODOLOGICO:

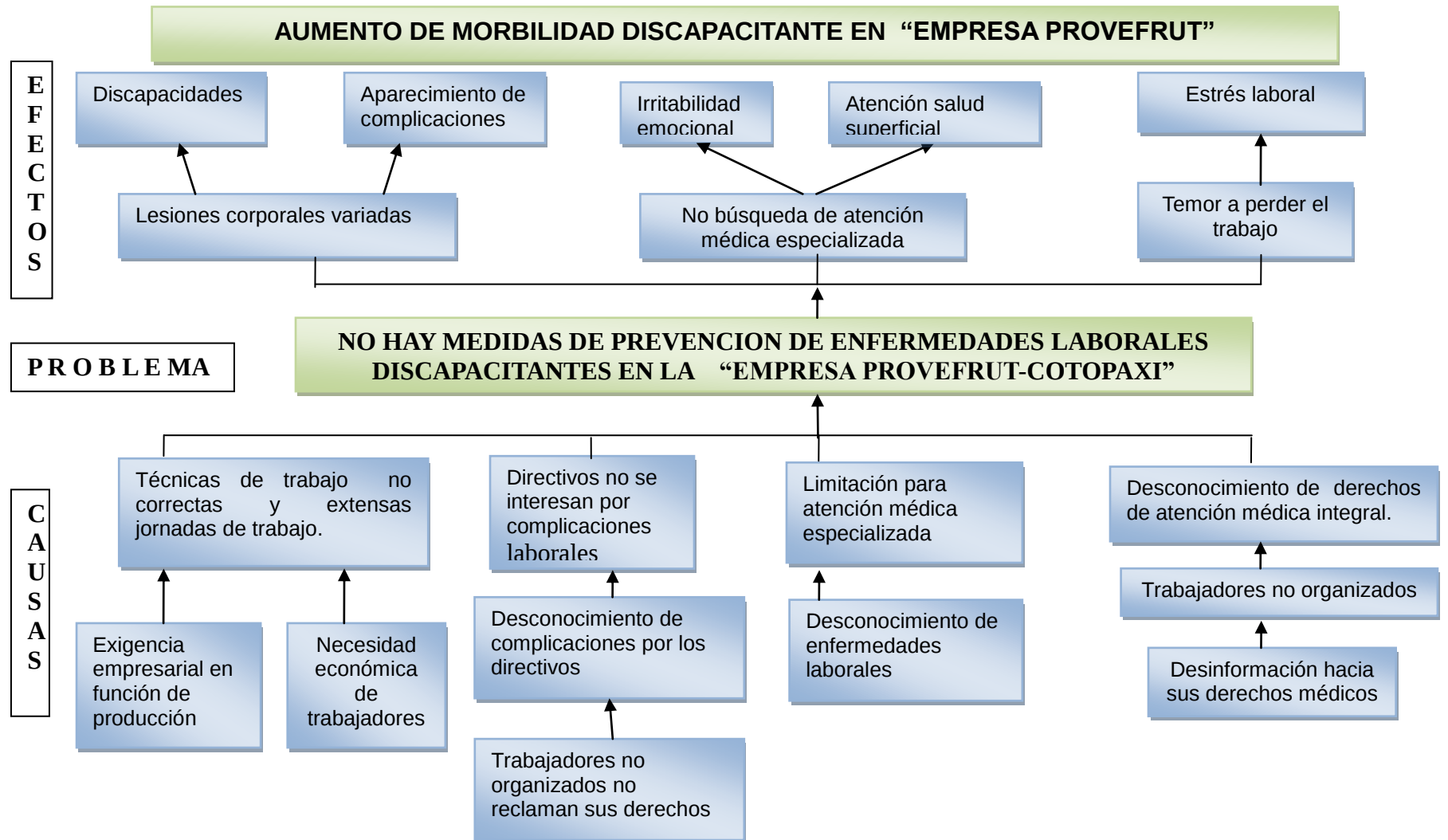
Marco Lógico

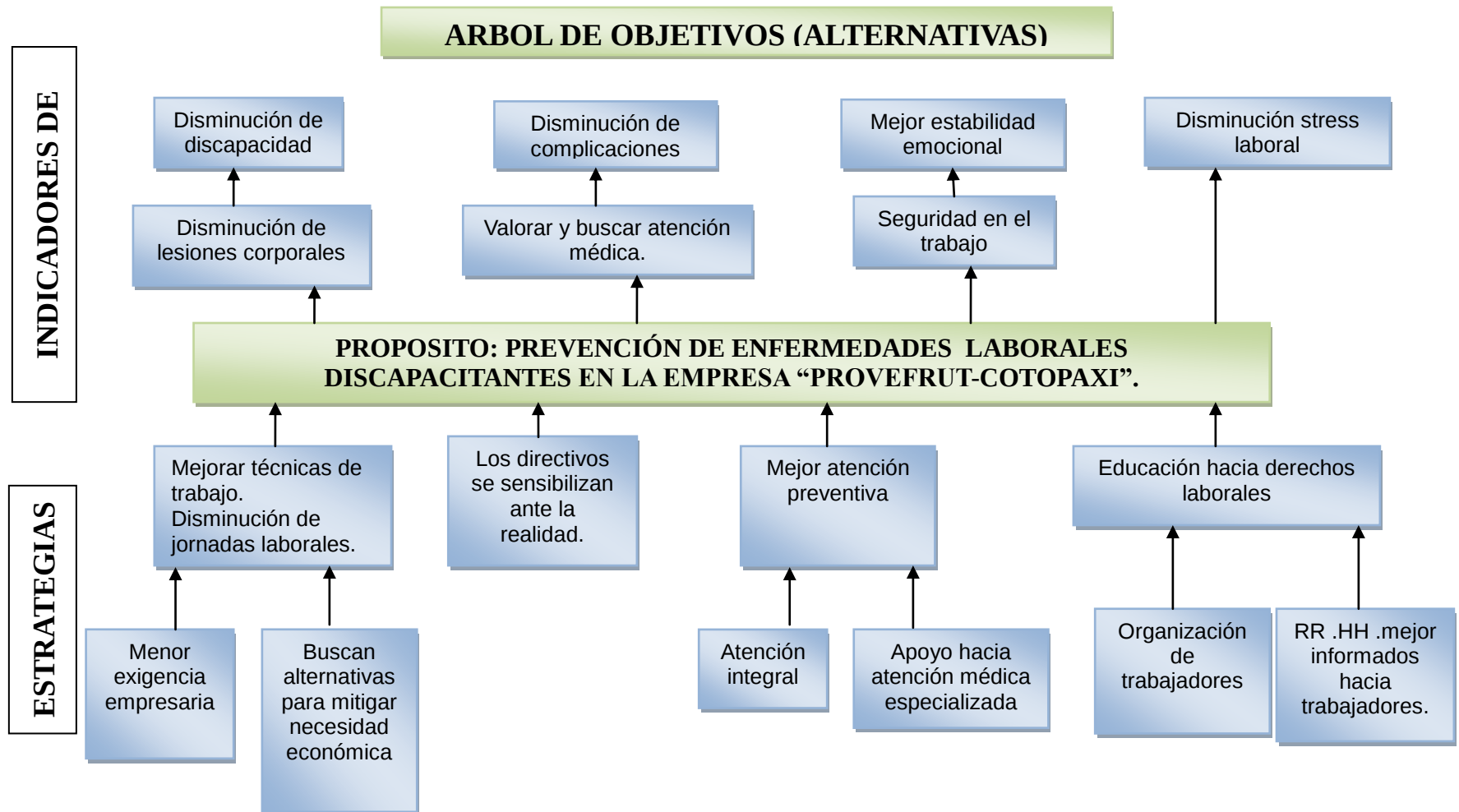
Contiene la matriz de involucrados, el árbol de problemas, el árbol de objetivos y la matriz del marco lógico.

Matriz de involucrados

Grupos	Intereses	Recursos y Mandato	Problemas Percibidos
Trabajadoras de Provefrut	Solución a sus problemas	Humanos/Legislación	Enfermedades ocupacionales de variada etiología. Detalle en árbol de problemas.
Personal Administ. Provefrut	Mejorar producción	Dirección, administración y financiero	Disminución de la capacidad laboral de trabajadores. Técnicas no apropiadas.
Dep. Rehabilitación IESS	Mejorar salud trabajadores	Humanos Legislación IESS y riesgo de trabajo	Exceso de trabajo, posiciones incómodas, movimientos repetitivos. No atención integral.

ÁRBOL DE PROBLEMAS





MATRIZ DE MARCO LOGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN: implementación medidas de prevención de enfermedades laborales discapacitantes en la empresa "PROVEFRUT" de enero 2010 hasta mayo 2011	Indicadores Disminuir el 50% de discapacidades al fin del proyecto	Según resultados obtenidos Datos estadísticos Evaluaciones	Todos los involucrados contribuyen al proyecto
PROPOSITO: contribuir a disminuir la morbilidad discapacitante en la empresa "PROVEFRUT"	Cumplen 100% de actividades de prevención propuestas hasta mayo 2011.	A través de actas-reuniones, datos estadísticos y observación en el lugar de trabajo.	Todos los involucrados contribuyen al proyecto
RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES 1.-Técnicas de trabajo mejoradas, se realizan en jornadas óptimas.	Se mejora el 50% de técnicas utilizadas y se optimizan jornadas de trabajo al 100% hasta mayo 2011	Informes-compromisos Observaciones Entrevistas	Se cumplen las indicaciones prescritas
2.- Directivos de la empresa conocen complicaciones de enfermedades laborales y se sensibilizan para mejorar condiciones laborales.	100% de directivos y supervisores conocen de complicaciones de enfermedades laborales y cumplen indicaciones de prevención al fin del proyecto	Actas de reuniones y compromisos. Lista de asistentes	Directivos aplican compromisos adquiridos

3.- Los trabajadores reciben atención preventiva integral y constante.	El 100% de trabajadores que acuden al IESS reciben atención integral en forma preventiva y a futuro al fin del proyecto	Historias clínicas, registros de atención diaria, tarjetas de tratamiento	Todos los trabajadores lesionados acuden al IESS
4.- Los trabajadores conocen derechos laborales y se organizan.	Se formó el sindicato 100% de trabajadores conocen derechos laborales y de atención médica al fin del proyecto	Actas de sindicato, reunión de trabajadores. Memorias de capacitación Lista de asistentes	Todos los trabajadores conocen de sus derechos
ACTIVIDADES	COSTOS	FUENTES	SUPUESTOS
1.1.- Educación a trabajadoras a nivel individual	--	Historia clínica	Trabajadoras se concientizan
1.2.- Reuniones en pequeños grupos en Hospital IESS- Charlas educativas.	20	Informe de reunión	Reunión satisfactoria
1.3.-Elaboración de tríptico educacional	00	Tríptico	Información clara y precisa.
1.4.- Reuniones en grupos grandes de trabajadoras en Planta Industrial para capacitación – Tríptico	20	Informe de reunión	Trabajo grupal y concientización
2.1.- Comunicación a directivos sobre Enfermedades laborales	20	Resoluciones RR-HH	Concientización organizacional
2.2.- Reunión con directivos para concientizar sobre enfermedades laborales	30	Informe de reunión	Se valoran grados de afectación laboral

2-3 .- Comunicación de casos individuales enviados desde Riesgos del Trabajo.	--	Reportes de RR del T	Se registran prescripciones individuales.
2-4 .- Se instauran jornada de 8 horas	20	Resoluciones RR - HH	Se cumplen nuevos horarios.
3.1.- Evaluación individual de trabajadores.- Nuevos casos	--	Registro en Historia Clínica. Parte diario.	Evaluación inicial
3.2.- Evaluación individual de trabajadores. Seguimiento de casos confirmados.	00	Registro en Historia Clínica. Parte diario	Todos los trabajadores con lesiones acuden
3.3.- Nuevos exámenes en casos confirmados para evaluar evolución	00	Resultados de exámenes.	Se confirma proceso evolutivo.
3.4.- Educación preventiva individual	00	Historia clínica	Trabajadoras conocen y colaboran
4.1.- Trabajadores con casos confirmados acuden a RR del T. para evaluación	00	Registro de evaluaciones	Todos los trabajadores con lesiones acuden
4.2.- Trabajadores reciben información en RR. del T.- Evaluación subsecuente.	00	Informa de evaluaciones	Trabajadoras cumplen con prescripciones
4.3.- Reuniones de sindicato	00	Actas de sindicato	Trabajadores se afilian a sindicato
4.4.- Recolección de información obtenida en Hospital IESS.	00	Tabulación de información	Análisis de información

RESULTADOS

Resultado # 1: técnicas de trabajo mejoradas y se realizan jornadas óptimas.

Introducción: con la capacitación de las trabajadoras para realizar sus labores aprovechando las indicaciones ergonómicas dadas en la charla de capacitación.

Objetivos:

1. Educación sobre medidas posturales, ergonómicas y acondicionamiento físico.
2. Realizar jornadas óptimas (8 horas de labores al día).

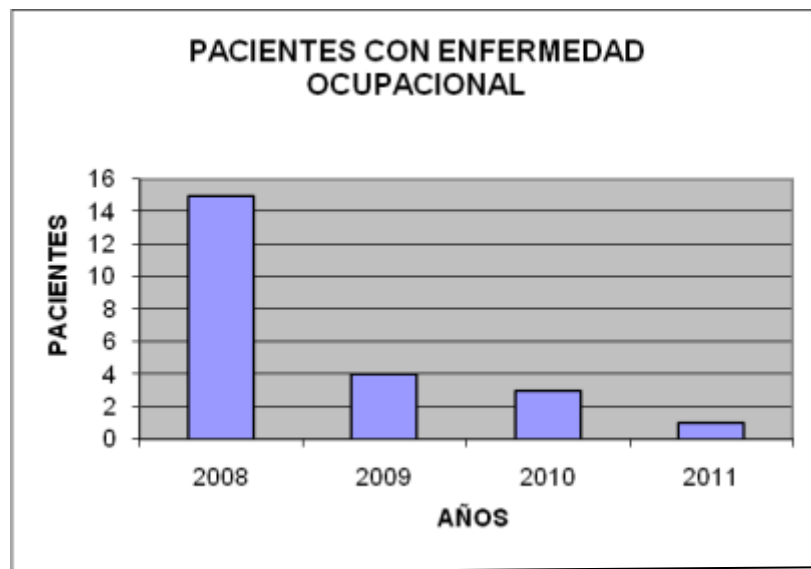
Metodología: se elaboró tríptico, y posteriormente se dio la difusión del mismo y capacitación a los trabajadores de la empresa Provefrut.

Actividad	Responsable	Participantes	Cronograma
Elaboración tríptico	Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Enero 2011
Difusión tríptico	Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines Trabajadores de un turno	Enero 2011

Resultados

Año	Consultas positivas	Envío a RR del T	Enfermedad Profesional	%Promedio de Discapacidad
2008	106	15	15	55
2009	84	8	4	40
2010	62	4	3	35
2011 (jun)	12	2	1	30

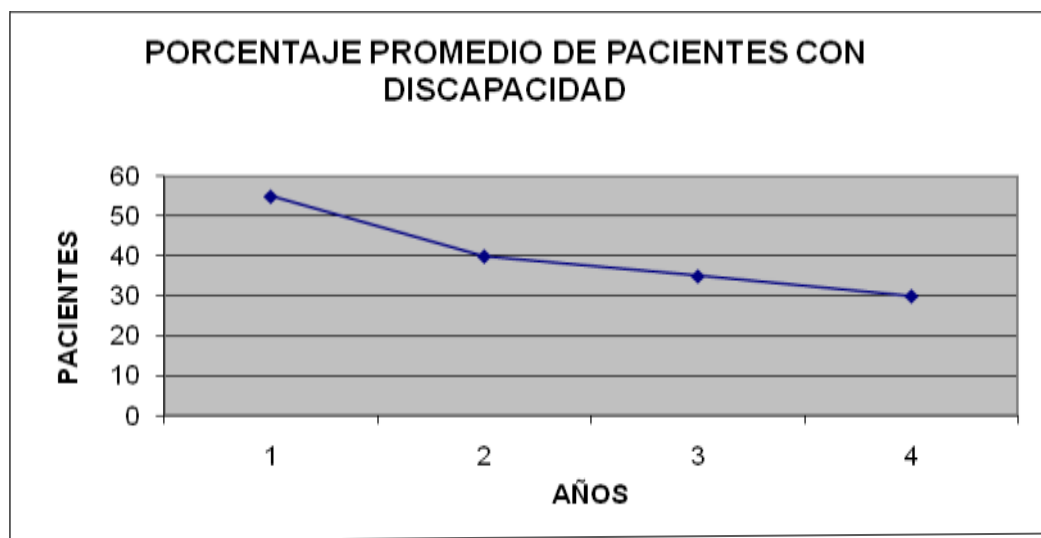
GRÁFICO 1



Datos obtenidos: servicio de rehabilitación del Hospital IESS Latacunga

Análisis: existe disminución marcada de la incidencia de enfermedades ocupacionales desde el 2008 hasta la presente fecha.

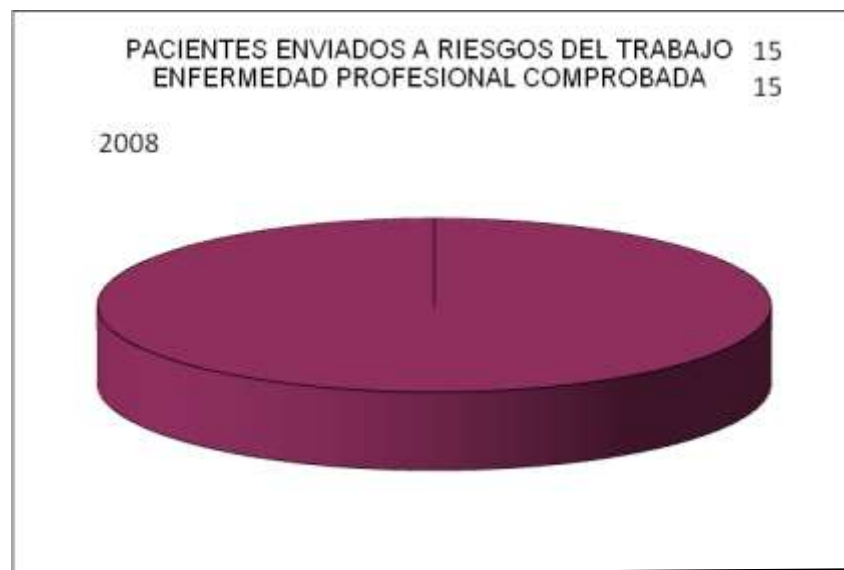
GRÁFICO 2



Datos obtenidos: servicio de rehabilitación del Hospital IESS Latacunga

Análisis: el porcentaje de discapacidad ha disminuido progresiva y sostenidamente en el transcurso del tiempo desde que se inició la intervención con la empresa.

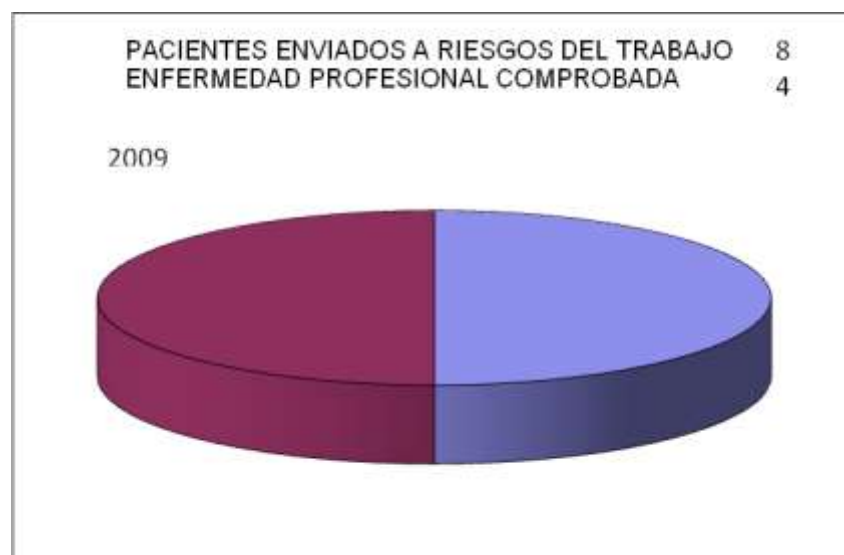
GRÁFICO 3



Datos obtenidos: servicio de rehabilitación del Hospital IESS Latacunga

Análisis: en el 2008 se enviaron 15 pacientes para evaluación en Riesgos del Trabajo. Todos fueron confirmados como enfermedad profesional.

GRÁFICO 4



Datos obtenidos: servicio de rehabilitación del Hospital IESS Latacunga

Análisis: en el 2009 se enviaron 8 pacientes para evaluación en Riesgos del Trabajo. 4 (50%), fueron confirmados como enfermedad profesional.

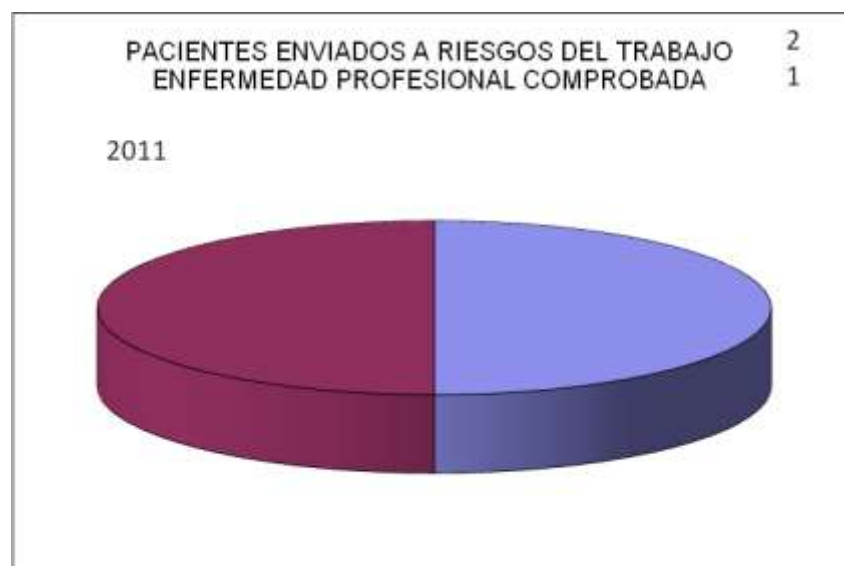
GRÁFICO 5



Datos obtenidos: servicio de rehabilitación del Hospital IESS Latacunga

Análisis: en el 2010 se enviaron 4 pacientes para evaluación en Riesgos del Trabajo. 3 (75%), fueron confirmados como enfermedad profesional.

GRÁFICO 6



Datos obtenidos: servicio de rehabilitación del Hospital IESS Latacunga

Análisis: en el 2011 (hasta mayo), se enviaron 2 pacientes para evaluación en Riesgos del Trabajo. 1 (50%), fue confirmado como enfermedad profesional.

Resultado # 2: directivos de la empresa conocen complicaciones de enfermedades laborales y se sensibilizan para mejorar condiciones laborales

Introducción: para conseguir, colaboración por parte del gerente y los directivos de la empresa es necesario que estos conozcan de la existencia de las enfermedades ocupacionales, las causas que lo producen, el aporte que ellos pueden dar para prevenirlas y el impacto, que su presencia puede provocar en la empresa afectando negativamente a la producción, a la morbilidad de los trabajadores, al ausentismo de los mismos, y a las repercusiones que todo esto pueda conllevar como responsabilidad patronal ante el IESS.

Objetivos:

1. Impartir información sobre enfermedades ocupacionales producidas por las actividades laborales y su impacto en la empresa.
2. Sensibilización a los directivos.
3. Conseguir colaboración para llevar adelante el proyecto.

Metodología: se realizó reunión con los principales directivos de la empresa. Posteriormente al intercambio de puntos de vista y opiniones, se concluyó en colaborar en todo lo referente al control y prevención de posibles enfermedades ocupacionales.

Actividad	Responsable	Participantes	Cronograma
Reunión con directivos	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Diciembre 2010
Visita a las instalaciones de la planta	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Diciembre 2010
Compromiso de colaboración.	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	Diciembre 2010

Resultado # 3: los trabajadores reciben atención preventiva integral y constante.

Introducción: los trabajadores que acuden con dolencias al área de rehabilitación en el hospital del IESS de Latacunga, son atendidos y evaluados en todas sus afecciones. A todos ellos se les explica las condiciones de sus patologías, su situación actual, las medidas de tratamiento por parte de fisioterapia, las medidas que deben

adoptar en su trabajo, las condiciones posturales óptimas para su desempeño, y la forma de prevenir el apareamiento de nuevas patologías o la agudización de las ya existentes.

Objetivos:

1. Capacitación individual y específica según cada caso presentado.
2. Conseguir colaboración del paciente para mejorar su situación actual.
3. Establecer medidas de prevención.

Metodología: se realizó capacitación individual conforme al análisis de cada paciente según las dolencias presentadas, estableciendo puntos de vista bilaterales sobre causas, efectos, condiciones de trabajo, condiciones ergonómicas, y se impartió conocimientos adecuados para cada uno de los casos atendidos, es decir se realizó educación individual específica.

Actividad	Responsable	Participantes	Cronograma
Atención a pacientes de consulta diaria.	Pacientes con turno establecido. Dr. Enrique Racines	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmery Naranjo B Dr. Enrique Racines	Diario durante todo el periodo del presente trabajo.

Resultado # 4: los trabajadores conocen derechos laborales y se organizan.

Introducción: en las empresas, la organización laboral interna, generalmente es mal vista y en la mayoría de los casos perseguida por considerar que atentan contra los intereses de los propietarios de la empresa. Por esta razón, a mayoría de trabajadores muchas veces no se integran a la organización sindical para evitar posibles represalias por parte de los directivos. Por esta razón no todos los trabajadores son parte de la organización sindical. En esta empresa, el 25% son parte del sindicato. Todos ellos han recibido información, educación, capacitación, respecto a sus derechos tanto laborales como de atención médica y en relación a las jornadas de trabajo.

Objetivos:

- 1.- Educación respecto a derechos de trabajadores en el área laboral y de atención médica.

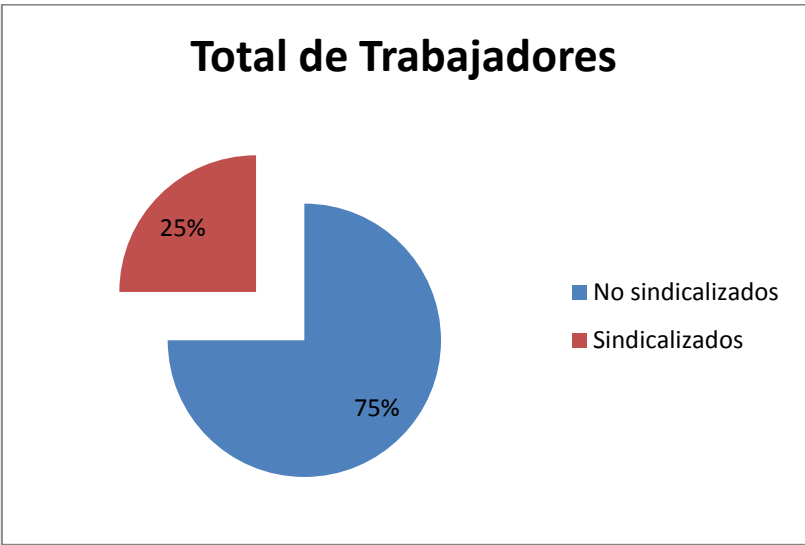
2.- Vigilar que las labores no sobrepasen las ocho horas al día como norma, excepto en los casos de horas extras que puedan realizar los trabajadores en forma libre y voluntaria.

Metodología: los directivos del comité sindicato, se encargaron de realizar la capacitación a todos los integrantes miembros del sindicato.

Actividad	Responsable	Participantes	Cronograma
Capacitación a miembros del sindicato.	Directivos del sindicato	Directivos y miembros del sindicato.	Desde formación del sindicato, hasta enero 2011 (y en adelante)

GRÁFICO 7

TRABAJADORES DE PROVEFRUT



Datos obtenidos: por información del comité sindical.

Análisis: del total de trabajadores solamente la cuarta parte se encuentran afiliados al sindicato.

ANÁLISIS

Fin: Implementar medidas de prevención de enfermedades laborales discapacitantes en la empresa Provefrut de enero 15-2010 hasta mayo 15-2011.

Indicador: Se cumplen 100% de actividades de prevención propuestas hasta mayo del 2011.

Resultado: Se cumplió con medidas de prevención como estaba previsto.

Propósito: Contribuir a disminuir la morbilidad discapacitante en la Empresa Provefrut

Indicador: Disminución al 50 % de las discapacidades.

Resultado: Se consiguió disminución del 66 % de las discapacidades.

Resultado # 1: se propuso optimizar jornadas de trabajo para conseguir labores diarias de hasta 8 horas.

Indicador: mejoran 50% de técnica utilizadas y se optimizan jornadas de trabajo al 100% hasta mayo 2011.

Actividad Propuesta	Actividad cumplida	Responsables	Fechas	Observaciones
Encuesta	encuesta	Dr. Enrique Racines	Marzo 2011	Anexos.

Resultado # 1: se cumplió con el indicador planteado al optimizar las jornadas de trabajo, reducidas a ocho horas de labores diarias. En la evaluación el 60 % de trabajadoras consiguieron según la encuesta un mejoramiento de las técnicas utilizadas.

Cabe indicar que las jornadas de trabajo, en el año 2008 no tenían reglamentación y con mucha frecuencia debían los trabajadores doblar el turno (o sea más de dieciséis horas), TODOS LOS DIAS y se llegaba inclusive a trabajar de continuo hasta sábado

y domingo. Por esta razón, la cantidad de casos positivos para enfermedad ocupacional fue muy alta.

Resultado # 2: se propuso que los directivos conozcan sobre enfermedades laborales y se sensibilicen hacia las condiciones de los trabajadores.

Indicador: 100% de directivos conocen de complicaciones de enfermedades laborales y cumplen indicaciones de prevención.

Actividad Propuesta	Actividad cumplida	Responsables	Fechas	Observaciones
Reunión con directivos de la empresa.	Reunión para informar sobre enfermedades laborales.	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	23/02/2010	Reunión informativa Anexos.
Reunión	Reunión para conocimiento de casos confirmados como enfermedad laboral.	Sr. Carlos Zaldumbide Ing. Paúl Calero. Lic. Rossmeri Naranjo B Dr. Enrique Racines	23/02/2010	Evaluación de casos presentados. Anexos.

Resultado # 2: se cumplió a cabalidad, al conseguir que el 100% de los directivos conozcan sobre la situación de afecciones laborales de sus trabajadores y se comprometan a colaborar en el tratamiento de las mismas y prevenir el apareamiento de nuevos casos.

Como resultado de esta situación y además porque ya recibieron notificaciones para conseguir cambios en el trabajo en la Empresa y notificaciones de responsabilidad patronal, la actitud de los directivos se orientó a preservar la salud de los trabajadores, en forma progresiva.

Resultado # 3: los trabajadores reciben atención preventiva e integral en el IESS.

Indicador: el 100% de trabajadores que acuden al IESS reciben atención integral.

Actividad Propuesta	Actividad cumplida	Responsables	Fechas	Observaciones
Atención a trabajadores que tienen turno.	Atención diaria	Dr. Enrique Racines	Desde 11-2010 hasta 05-2011	Capacitación individual

Resultado # 3: se cumplió en su totalidad al ser atendidos todos los trabajadores de la empresa que acudieron solicitando atención en este periodo.

Resultado # 4: los trabajadores conocen derechos laborales y se organizan.

Indicador: 100% de trabajadores conocen derechos laborales y de atención médica.

Actividad Propuesta	Actividad cumplida	Responsables	Fechas	Observaciones
Reuniones sindicales	Reuniones sindicales	Comité del sindicato	Reunión mensual	Anexos

Resultado # 4: el 25% aproximadamente del total de trabajadores pertenecen al sindicato. El 100% de ellos ha recibido capacitación respecto a sus derechos como trabajadores y a su facultad de recibir atención médica por parte del IESS.

CONCLUSIONES

-Las lesiones corporales ocasionadas por el desempeño de un trabajo pueden contribuir a un mecanismo de limitación para las actividades laborales y una afectación en las condiciones de salud del trabajador, dichas afectaciones, si son mantenidas en el tiempo y más aún si no son atendidas con oportunidad, pueden provocar que las afecciones se cronifiquen y que las consecuencias para la salud pueda inclusive ser irreversibles.

-En la empresa donde se realizó el trabajo, se constato que al iniciar las evaluaciones de trabajadores que acudían para buscar atención a sus dolencias, de los casos enviados a revisión a Riesgos del Trabajo fueron en su totalidad confirmadas como enfermedad profesional porque fueron trabajadores que ya tenían lesiones de mucho tiempo de evolución, a tal punto que los grados de discapacidad fueron tan severos como del 80% y en algunos de los casos fueron sujetos de jubilación por invalidez como lo corroboran informes adjuntos como anexos.

-Con las medidas implementadas en el Servicio de Rehabilitación, tratamiento de fisioterapia, asesoramiento de Riesgos del Trabajo hacia la empresa y colaboración de los trabajadores, esta condición de morbilidad fue descendiendo en el transcurso del tiempo.

- Con la implementación de medidas instauradas, conjuntamente en el desarrollo de este trabajo, se consiguió disminuir progresivamente la incidencia de afectaciones, así como su severidad y porcentaje de discapacidad, lo que conllevó a una mejora sensible de la sensación de bienestar y salud de los trabajadores.

-Un factor fundamental fue la disminución de tiempo de trabajo diario que disminuyó ostensiblemente el grado de exposición al riesgo de movimientos repetitivos y sobrecarga de trabajo; esto fue conseguido principalmente por el accionar de Riesgos del Trabajo y el apoyo del Sindicato.

-En el año 2008, en que inicié la evaluación de las patologías originadas por el trabajo, la cantidad de pacientes confirmadas con enfermedad profesional fue de 15. En el año 2009 fue de 4. En el 2010, hasta noviembre 15 fue de 3 y en semestre de noviembre 15 del 2009 a mayo del 2010 fue de 1, con lo que se consiguió una disminución del 66% de enfermedades profesionales.

Debe considerarse además, que de todas formas, los casos incluidos como positivos en este trabajo, no son todos los que existieron, por cuanto muchos de ellos, no continuaron con las evaluaciones en Riesgos del Trabajo, no tuvieron ayuda para sus evaluaciones por parte de la Empresa, o por temor a perder su trabajo ni siquiera iniciaron sus trámites evaluatorios. De los casos confirmados como positivos en el 2008, en su mayoría tuvieron descanso continuado por más de un año, con jubilaciones provisionales,. algunos por dos años, y en pocos casos se llegó hasta 3 años de descanso médico continuo por Riesgos del Trabajo e inclusive en dos de ellos, se culminó con jubilación definitiva, y en varios otros, se concedió una pensión porcentual vitalicia con reincorporación a labores disminuidas para la exigencia de esfuerzos.

Como último detalle, vale resaltar que los porcentajes de discapacidad en este grupo inicial, llegó a valores tan altos como del 80 %, como se pueden ver en documentos adjuntos como anexo.

RECOMENDACIONES

-El mayor capital que tiene una empresa es el capital humano, lamentablemente muchos lugares se considera a los trabajadores como un elemento que al no tener un buen desempeño pueden ser sustituidos con otro elemento en mejores condiciones. A esta deshumanización contribuye el desarrollo tecnológico al reemplazar plazas de trabajo por implementos mecánicos y maquinas que cumplen labores de varios trabajadores.

-El presente trabajo muestra como diversas acciones de educación, formación, entrega de conocimientos y aplicación de medidas ergonómicas puede conseguir una disminución del porcentaje de afectación en trabajadores expuestos a condiciones de riesgos.

-Con estas medidas y otras que a futuro se establezcan se puede proteger en parte al capital humano que constituye parte de nuestra sociedad y que la mayoría de empresas esta representadas por personas con deficiencias en cuanto a su nivel cultural, nivel de ingresos y condiciones difíciles de relación familiar. El porcentaje del 4% de discapacitados que deben integrar el personal de una empresa, debería ser de personas con deficiencias auditivas, físicas, visuales u otras que deberían ser contratadas como personal nuevo. Sin embargo en muchas empresas, en las cuales ya existe discapacidad proveniente del trabajo desempeñado por los trabajadores, se toma a estos y se los reintegra a la empresa como parte de la cuota de discapacidad que la empresa debe tener. Esta situación al momento no tiene legislación pero el sentido común nos indica que deberían ser parte de los trabajadores de nomina y la cuota de discapacitados debería provenir de afuera.

Ojala el aporte que representa este trabajo pueda constituir un aliciente para que otros profesionales se sensibilicen con la problemática laboral que provoca afecciones en la salud de nuestro pueblo trabajador.

En muchas empresas se exige ya la presencia de médicos con capacitación en medicina laboral, medicina de trabajo y ocupacional y considero que esto contribuirá también a la identificación oportuna de lesiones, lo que podría evitar el aparecimiento, y el incremento de enfermedades profesionales u ocupacionales, siempre y cuando exista sensibilización adecuada por parte de los directivos de las empresas, para precautelar este capital humano, y no se anteponga la producción y el ingreso del capital como única razón de ser de una empresa.

Bibliografía

- 1.- Alonso A, y colaboradores, 2007. **Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral. Madrid.** La Ley. – I N S H T.
- 2.- Amate A, Vásquez A., 2006. **Discapacidad, lo que todos debemos saber.** Publicación Científica y Técnica N° 616. Washington D. C, Estados Unidos. O P S.
- 3.- Arquer M.I, Nogareda C, 2003. **Ergonomía y discapacidad.** Lisboa-Portugal. Centro Nacional de Condiciones del Trabajo I N S H T.
- 4.- Barton L,1998. **Discapacidad y Sociedad. La Coruña** – España. Edic. Morata S. L.
- 5.- Blanco J.H, Maya J. M. 2005; **Administración de Servicios de Salud.** Quebecor World – Bogotá. Fondo, Editorial C I B.
- 6.- Cabaleiro V. M. 2006, **Prevención de Riesgos Laborales.** IdeasPropias, Vigo , España.
- 7.- Cortés J. M. 2007. **Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales,** Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid – España. Tébar.
- 8.- Cruz I, Hernández J, 2006. **Exclusión social y discapacidad.** Facultad de Rehabilitación y desarrollo humano. Bogotá – Colombia. Editorial Universidad del Rosario.
- 9.- Cruz J. A., 2004. **Principios de Ergonomía.** Fundación Universidad de Bogotá, Editorial Geminis Ltda. Colombia.
- 10.- Derechoecuador.com. Julio 30, 2011. **Revista Judicial - Diario la Hora.** Codificación del Código de Trabajo. Codificación 2005 – 017, Título IV , “ de los Riesgos del Trabajo “.
- 11.- Gallegos A y col. 2006. **Manual para la formación en Prevención de Riesgos Laborales.** Valladolid – España. Lex Nova.
- 12.- González D. 2007. **Ergonomía y Psicosociología Madrid** – España. F C Editorial.
- 13.- González R, 2003. **Prevención de Riesgos Laborales;** Manual Básico. Paraninfo .- España.
- 14.-Hernández A, Pulido J, Gallardo V, 2008. **Aproximación a las causas ergonómicas de los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral.**

Andalucía – España. Centro Diseño Tres.

15.- IESS, **Reglamento de Seguridad e Higiene Industrial**, Resolución N° 172 – IESS, 1975, vigente hasta la actualidad.

16.-Ledesma J A. 2009. **La imagen social de las personas con discapacidad**. Madrid – España. Ediciones Cinca.

17.- Menéndez C, Moreno F. 2006 . **Ergonomía para Docentes: análisis del Ambiente de trabajo y prevención de riesgos**. Colección Desarrollo personal del profesorado. Graó, Barcelona – España.

18.- Menéndez F. 2009. **Formación Superior en Prevención de Riesgos Laborales**, Valladolid – España. Lex Nova S. A.

19.- Menéndez. J.A & Miró. A. 2005. **Medicina del Trabajo Pericial y Forense**. Madrid: España. Editorial: Liber Factory.

20.- Marín. M. A & Pico, M. E. 2004. **Fundamentos de Salud Ocupacional**. Manizales: Colombia. Editorial: Universidad de Caldas.

21.- Oficina Internacional del Trabajo, 2003, **Estudio de condiciones y Medio Ambiente del trabajo Infantil en la Agricultura, brócoli** , Guatemala , Litografía e Imprentan LIL S. A. , San José – Costa Rica.

22.- Pérez L, Andreu A, 2009. **Evaluación d as políticas de empleo para personas con discapacidad y formulación y coste económico de nuevas propuestas de integración laboral**. Madrid – España. Ediciones Cinca.

23.- Rubio J. C. 2006, **Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales y de la Protección del Medio Ambiente**, Dossat .- España.

24.- Ruiz. C, García. A, Delclós. J & Benavides. F. 2007. **Salud Laboral**. Barcelona: España. Editorial: Masson S.A.

25.- Samaniego de García P, 2006. **Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica**. Madrid – España. Edita : Comité español de representantes de personas con discapacidad.

26.-Sánchez Y. 2006. Salud Laboral, Seguridad , **Higiene y psicología**. Vigo – España. IdeasPropias.

27.- Seminario Nacional. Seguridad y Salud Laboral. “ **Situación de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo en las Empresas**. Agosto 2011. Guayaquil – Ecuador.

28.- Zárata C, Hernández J. L. 2009, **Evaluación ergonómica de la cosecha de la región Bagío**, Santander , España.

- 29.- <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2391>. 20/sep/2010.
- 30.- <http://www.tinet.cat/~amelero/textos/enfprof.htm>. 28/sep/2010.
- 31.- <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/riesgos-del-tabajo-seguro-reciente-180426-180426-html>. 9 de julio 2004.