



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

APUNTES DE CATEDRA

HISTORIA Y LEGISLACION EN ENFERMERIA

CONCEPTOS BÁSICOS

Es necesario hacer hincapié en que, a efectos del objeto de estudio de ésta materia, siempre tomaremos en cuenta los conceptos desde el punto de vista y el interés de los trabajadores.

INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

Las relaciones del trabajo, así como las de la vida socioeconómica, tienen por objeto satisfacer las necesidades del hombre (alimentos, abrigo, cultura, seguridad, etc.) y facilitar el desarrollo como persona.

Aquellas necesidades (conjunto de bienes y servicios) conforman un sistema de provisiones, y el pleno desarrollo del hombre esta directamente ligado a la calidad y cantidad de éstas.

Cuando ese sistema de provisiones aumenta y se enriquece (es decir, se generan mas de los que se consumen) se conforma un capital, mejorando las expectativas de vida.

El trabajo, concebido como acción que domina la naturaleza, es la incorporación de esa acción al sistema de "provisión social", por tanto, todo trabajo es servicio prestado al otro (caracterizando la "ajenidad" del mismo).

Del punto de vista social, sirve para generar bienes y servicios para los demás; desde lo psicosocial; diremos que libera al hombre de sus necesidades primarias.

A continuación describiremos algunas herramientas básicas, que nos servirán para interpretar el contenido de la materia de estudio.

1-INTERÉS PARTICULAR E INTERÉS COLECTIVO

El primero es aquel que atañe a la relación del trabajador con su empleador en tanto no vulnere derechos ajenos (por ejemplo despido directo, renuncia, etc.); el interés colectivo en cambio, nace de la relación del grupo de trabajadores de un sector, empresa, actividad, etc. y alcanza a uno o varios de ellos en sus consecuencias (medida de fuerza, condiciones de trabajo, de higiene y seguridad, etc.)-

Es de vital importancia diferenciar entre interés particular e interés colectivo, toda vez que la legislación argentina establece que las Asociaciones Sindicales solo pueden defender los intereses individuales de los trabajadores, si éstos lo consienten por escrito (conf. Art. 30° Ley 23551 y Art. 22° Dec. Reg. 467/88).

Como veremos, los Sindicatos defenderán a los trabajadores de la actividad que representen principalmente en aquellos temas que sean de interés colectivo; sin dejar de tutelar en los temas laborales de interés particular a sus integrantes, cada vez que ellos así lo consientan.

2-TRABAJO AUTÓNOMO Y EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

La diferencia no surge de la tarea en si, sino en el "modo" de la relación. El primero compromete un resultado, el segundo un medio para obtenerlo.

El trabajo autónomo, se realiza con el fin de obtener un resultado (médico que opera, abogado que defiende, plomero que repara); y consideraremos la tarea realizada, una vez culminada.

El trabajo en relación de dependencia es toda actividad lícita que se presta a favor de quien tiene la facultad de dirigirla mediante una remuneración. No necesita, necesariamente, de la obtención de un resultado, sino que alcanza con "estar a disposición" en tiempo y forma del empleador.

La labor de los trabajadores de la Sanidad, es lógicamente una actividad en relación de dependencia. Una enfermera cumplirá con sus tareas, toda vez que se halle en el horario y con las formas correspondientes a sus tareas, y a disposición de quien supervisa su trabajo.

3-TRABAJADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS

Los trabajadores públicos trabajan en los diversos estamentos de la Administración Nacional, Provincial, Municipal, etc., y revisten la calidad de agentes públicos. Sus relaciones laborales se regulan mediante leyes, decretos y aún convenios especiales.

Los trabajadores privados, en cambio, carecen de la estabilidad laboral de los primeros, y se rigen por las leyes laborales, pero principalmente por los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT), que firman las patronales con los Sindicatos.-

La Sanidad Argentina, es la única entidad sindical que representa a ambos sectores en su problemática laboral. Esto sucede, como veremos más adelante, porque el Modelo Sindical Argentino establece que los Sindicatos deben representar a todos los trabajadores de una misma actividad (en el caso la salud), permitiendo así una mayor fuerza colectiva a la hora de discutir la mejora en la calidad de vida de sus integrantes; y un mayor desarrollo solidario del potencial social de las asociaciones sindicales (capacitación, turismo social, prestación de salud, etc.).-

4-EVOLUCIÓN DEL DERECHO DEL TRABAJO

Si bien la materia de estudio del derecho del trabajo, abarca diversos puntos, en el presente curso haremos especial hincapié en uno en especial: **“las relaciones laborales”**, que no son más que, las que llevan entre sí, el empleador y el trabajador; el patrón y el empleado.

La historia del trabajo y sus relaciones en nuestro país, sigue naturalmente a la historia política argentina. Así las cosas, veremos que se manifiestan tres claras etapas en la evolución de nuestra realidad como trabajadores; una primera que responde a la Argentina liberal de fines del siglo XIX y principios del siglo XX (liberal o no regulada); una segunda (primeras normativas), que hallaremos en la primera mitad del siglo XX; y una última (de los Convenios Colectivos de Trabajo), que con las intermitencias de las dictaduras militares, luce desde mediados del siglo pasado a la fecha. Veamos:

1º-RELACIÓN NO REGULADA: la “libertad de contratar”, la libre disposición de “convenir” las condiciones de trabajo entre patrones y empleados, no era otra cosa que la explotación mas brutal del hombre por el hombre, dado la notable diferencia de posiciones entre unos y otros. El lucro puede esperar, las necesidades más básicas no, de allí la insalvable desigualdad negociadora.-

2º-PRIMERAS NORMATIVAS: desde principios del siglo XX, y gracias a los legisladores socialistas y de otras fuerzas, comienzan a dictarse normas laborales loables en el texto; pero dado que la entidad que debía aplicar las normas, el Departamento Nacional de Trabajo, no tenía peso alguno, algunas normativas protectoras de los trabajadores existían, pero no eran llevadas a la práctica por los empleadores, ni sancionada su violación por el poder político.

3º-CONVENCIONES COLECTIVAS DE TRABAJO: si bien existían antes de la llegada del peronismo, la ley 14250 de 1953 regula las CCT, dándoles la relevancia y aplicación necesarias para que fueran efectivas, para que, por primera vez, los laborantes fueran efectivamente protegidos, arribando a acuerdos equitativos, gracias a la fuerza representada por el conjunto de los trabajadores de la actividad, o sea, la representación sindical, y al efectivo poder de policía (control estatal) desarrollado por el Ministerio de Trabajo de la Nación.-

5- LEYES LABORALES **CONVENIOS COLECTIVOS DE TRABAJO**

Si bien las normas laborales buscan regular la actividad del Trabajo (Ley de Contrato de Trabajo 20744, Ley Nacional de Empleo 24013, etc.), la dinámica en la evolución de las relaciones laborales, así como los cambios económicos, lleva a que Estado y empleados públicos por una parte, y patronos y trabajadores de una misma actividad privada por otra, se reúnan anualmente para mejorar y corregir las situaciones conflictivas que pudieren presentarse, aumentos salariales, etc.-

El Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) es un acuerdo firmado entre los empleadores del sector privado (mediante las cámaras patronales) y los trabajadores del mismo (mediante las asociaciones sindicales más representativas), que establece y regula normas de la actividad específica, categorías, escalas salariales, escalafón, licencias especiales, etc.

Como alcanza a todos los trabajadores y patronos de la actividad comprendida en el CCT, sean o no afiliados al sindicato o a las cámaras patronales, tiene el valor de la ley misma.

Asimismo, siempre debe establecer iguales o mejores condiciones para los trabajadores respecto de lo establecido en las leyes laborales, y no debe violar la normativa vigente.

A efectos de cumplir con todos estos requisitos, el CCT precisa del control del Estado, por ello el acuerdo debe ser homologado por el Ministerio de Trabajo.-

En nuestra actividad hay diversos convenios de empresa, pero la relación laboral de la inmensa mayoría de los trabajadores de la salud se rige por los CCT 103/75 (Hospitales de comunidad, por ejemplo Hospital Italiano, Español, Alemán de Buenos Aires); 107/75 (Mutualidades); 108/75 Establecimientos sin internación (consultorios, laboratorios de análisis clínicos, etc.); 120/75 Droguerías; 122/75 (Clínicas y Sanatorios); 42/89 (Laboratorios de especialidades medicinales) y 459/06 Emergencias Médicas.-

6-ASOCIACIONES SINDICALES ESENCIA Y FUNDAMENTO

Para poder sostener nuestras conquistas y lograr otras nuevas, los trabajadores nos organizamos en sindicatos, esa fuerza colectiva lograda son, ni más ni menos que nuestras Asociaciones Sindicales, o sea, nosotros mismos, los trabajadores. Para entenderlo mejor responderemos a una serie de preguntas:

¿QUIÉNES SOMOS? Nuestra **identidad** es de trabajadores de la salud. Del latín *identitas*, la identidad es el conjunto de los rasgos propios de una comunidad. Estos rasgos caracterizan a la colectividad frente a los demás. Somos los trabajadores de la actividad de la salud, del sector público, del sector privado; en Hospitales, Clínicas y Sanatorios, Consultorios y Laboratorios de Análisis, Centros de Atención Primaria, Emergencias, Mutualidades que presten servicios de salud, Cuidadores Domiciliarios, Laboratorios de Especialidades Medicinales y Droguerías.

¿DÓNDE NOS UNIMOS? Nuestra **pertenencia** es SANIDAD. Integración en un conjunto o grupo, formar parte; sentirse parte de algo. Estar contenido en una institución: SANIDAD ARGENTINA, conformada por 38 ATSA (Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina), el SSP (Sindicato de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires), y la entidad nacional: FATSA, que las nuclea a todas.

¿CÓMO NOS UNIMOS? Mediante la **solidaridad**. Antes de definir el término es necesario establecer su origen. Este concepto proviene del término latín **soliditas** que hacía referencia a una realidad homogénea, entera y unida donde los elementos que conformaban ese todo eran de igual naturaleza. De todas maneras, su raíz etimológica hace referencia a un comportamiento **in-solidum**, es decir, que se enlazan los destinos de dos o más personas. Por lo tanto, ser una persona solidaria no se limita al ofrecimiento de ayuda, sino que implica un compromiso con aquel al que se intenta ayudar. Es un compromiso que asumimos todos los días con nuestros compañeros de trabajo. Y digo "compañeros", pues cada día compartimos el pan y las luchas, buscando lo mejor para el conjunto.

¿QUÉ HERRAMIENTAS UTILIZAMOS? El **Modelo Sindical Argentino** permite una eficiente defensa de nuestros Intereses Profesionales (Organización Sindical; Negociación Colectiva; Paritarias; Capacitación Y Formación Profesional; Obra Social Sindical; Acción Social Y Recreativa; Etc.)-

¿CÓMO SOMOS? Somos los trabajadores de la actividad de la salud de todo el país; pertenecemos naturalmente a la **SANIDAD ARGENTINA**; somos federales y profundamente solidarios; buscamos transformar la realidad para mejorar la calidad de vida de nuestros compañeros, y así poder dar una mejor prestación de salud a todos nuestros compatriotas;

EL TRABAJO COMO CULTURA

INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

El trabajo como cultura, no es más que el desarrollo del trabajo humano a lo largo de la historia. En una acepción más moderna podríamos decir que, la cultura del trabajo es, ese hacer y quehacer que desarrollamos todos los días para la propia subsistencia y la de nuestras familias. No es más ni menos que la dignidad de lograr vivir con nuestro propio esfuerzo. Pero hagamos un poco de historia...

7-ORÍGENES – REVOLUCIÓN INDUSTRIAL

Desde los principios de la historia de la humanidad, ha existido la explotación del hombre por el hombre. Así, aquellos que eran hecho prisioneros por guerras o por delinquir, pasaban a ser propiedad de otros hombres, quienes podían beneficiarse del potencial laboral de sus esclavos, maltratarlos, venderlos, etc. En la antigua Grecia como en el Imperio Romano, se sirvieron de la esclavitud para desarrollar toda su grandeza.

A partir del Siglo III de nuestra era, hay en el campo de la producción, una transición desde la esclavitud hacia la servidumbre, donde los señores feudales poseían siervos, que no podían ser vendidos, no al menos por separado de la tierra a la que servían. Sus derechos eran limitados, y si bien eran jurídicamente hombres libres, no podían separarse de las tierras a las que servían por su propia voluntad.

En la Edad Media, surge el Gremio Medieval, que eran organizaciones cerradas manejadas por un "Maestro", a cuyas órdenes se desempeñaban los "Oficiales" y los "Aprendices", sometidos a duras condiciones de trabajo;

La desaparición del cerrado gremio medieval, da paso al fortalecimiento del taller artesanal, pero pronto, la necesidad de mayor producción, lleva al nacimiento de la manufactura.

A efectos de obtener un mayor beneficio, los patrones concentran la mano de obra en sus propios talleres, donde pueden controlar de modo directo la labor de los operarios, quienes cumplen largas jornadas; poco a poco comienza a desarrollarse la manufactura (proceso con el que se aprovecha la habilidad de cada operario para realizar determinada tarea, dejando el viejo método artesanal, en que un mismo individuo comenzaba y terminaba con la realización de una obra determinada).

La incorporación de América, Asia y África como productores de materia prima amplía y desarrolla el mercado europeo, sumado al incremento de la productividad de la mano de los grandes inventos, lleva a la utilización de la máquina y a su perfeccionamiento, se pasa de una etapa pre-fabril a la Revolución Industrial, dando nacimiento al denominado capitalismo.-

La fiebre por obtener beneficios cada vez mayores, haciendo trabajar a máquinas y operarios al máximo de sus posibilidades, con jornadas de hasta 18 horas diarias, las pésimas condiciones de trabajo, el hacinamiento, el trabajo infantil, sumado a las injusticias patronales, ha configurado una bajísima calidad de vida para los operarios. (ver pág. 43 – lecturas complementarias).-

8-CLASE OBRERA Y MOVIMIENTO OBRERO

Conjuntamente con el desarrollo del capitalismo, se va conformando la clase obrera, con los operarios de las distintas actividades económicas. Frente a las desigualdades generadas por la empresa dueña de la producción, y los operarios que individualmente deben negociar sus condiciones laborales, nacen las primeras organizaciones obreras (generalmente de carácter mutual) en los siglos XVIII y XIX, a efectos de asistirse solidariamente en sus necesidades básicas, y defender los derechos del conjunto de los trabajadores.

El nacido movimiento obrero (conjunto de acciones que realizan los trabajadores en defensa de sus derechos colectivos), tiene una primera orientación anarquista, o sea, tendiente a terminar con todo el ordenamiento establecido (orden social, económico, político) para crear una nueva sociedad. Dentro de ésta corriente de pensamiento, se destaca el ruso Mijail Bakunin.

En 1847 Karl Marx redacta su "manifiesto comunista" buscando soluciones de fondo para éstas injusticias, adquiriendo fuerza durante el alzamiento obrero francés de 1848, que fuera violentamente reprimido, se sostiene la lucha de clases como forma de oposición al régimen imperante.

Busca soluciones concretas para la clase obrera explotada por aquel capitalismo salvaje, sosteniendo que los medios de producción deben pasar a manos del pueblo, terminando con la actividad privada; pero con los años culminará alejándose de la realidad de los trabajadores, empantanándose en sus propias contradicciones y limitaciones ideológicas. A través del tiempo, se han ido realizando diversos eventos políticos y la realización de Congresos Internacionales del Comunismo, que han ido generando variantes ideológicas a la idea original (anarco-comunismo, trotskismo, maoísmo, marxismo-leninismo, socialismo, etc.).

9A-DÍA DEL TRABAJADOR

En el año 1886 nace en Chicago (EEUU) la Organización "Noble Order of the Knights of Labor" (Noble Orden de los Caballeros del Trabajo) que, frente a las jornadas de hasta 18 horas laborables, reclama por una jornada de ocho horas diarias. El 1º de mayo de 1886, se produce una huelga general que llegó a parar el gran país del norte, y mas de 300.000 obreros salen a las calles a reclamar por sus derechos, en Chicago los sucesos tomaron rápidamente un sesgo violento (se sostiene que inducido por infiltrados), que culminó en los luctuosos acontecimientos del 4 de mayo en Haymarket Square, y el posterior juicio a los ocho dirigentes gremiales que encabezaron la protesta, quienes fueron condenados en un juicio arreglado, a la horca (5) y a la cárcel (3), y que desde entonces son conocidos como "los mártires de Chicago". Por ello se conmemora el 1º de mayo como "el día del trabajador" en casi todo el mundo (excepto en EEUU).-

9B-DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER

Si bien no es claro el origen de la fecha, cada 8 de marzo, se conmemora el día internacional de la mujer, por disposición de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Si es claro, que se toma como referencia de las injusticias y falta de protección que han sufrido las mujeres trabajadoras, al triste evento del día 25 de marzo de 1911; cuando se incendió la Fábrica de Camisas Triangle Shirtwaist en la norteamericana ciudad de Nueva York, y que debido a la falta de medidas de seguridad y protección laboral, fallecieron 146 mujeres (entre ellas 2 niñas de 14 años, 6 niñas de 15, y la mayoría de entre 16 y 22 años); quedando además un saldo de 71 heridas.

Como consecuencia de éste luctuoso hecho, se lograron una serie de normas de protección de la mujer en el trabajo en Norteamérica. (ver pág. 44 – lecturas complementarias).-

10-TAYLORISMO-FORDISMO-TOYOTISMO

La nueva realidad económica y social generada en la revolución industrial trajo aparejado que, el capital buscara formas de organizar el trabajo, y así destacaremos las tres formas más difundidas, las que aún tienen vigencia, quizá no en estado puro, pero si en formas más moderadas y mixtas.

Buscando disminuir los costos de producción, el ingeniero norteamericano **FREDERICK W. TAYLOR** (1856-1915) en su obra "Los Principios de la Administración Científica", desarrolla una nueva forma de organizar el trabajo, a efectos de desarrollar el máximo potencial de producción industrial. Se basa en la aplicación de métodos científicos de orientación positivista y mecanicista al estudio de la relación entre el obrero y las técnicas modernas de producción industrial, con el fin de maximizar la eficiencia de la mano de obra y de las máquinas y herramientas, mediante la división sistemática de las tareas, la organización racional del trabajo en sus secuencias y procesos, y el cronometraje de las operaciones, más un sistema de motivación mediante el pago de primas al rendimiento, suprimiendo toda improvisación en la actividad industria; lo que produjo numerosas protestas laborales en 1912 y 1913 en Estados Unidos (donde se aplicó el sistema originariamente).

Por otra parte, el mecánico norteamericano **HENRY FORD** (1863-1947), desarrolló en su fábrica Ford Motors Company, un método de organización del trabajo que revolucionaría a la industria, el Fordismo. Constituye un primer triunfo de lo práctico sobre la abstracción teórica de las teorías económicas. No en el campo de las ideas económicas, sino en su impacto material y social, el fordismo supuso una plena refutación a todo el paradigma teórico del equilibrio al no contentarse con la conquista de cuotas de un mercado existente, sino al crear ese mismo mercado, el del consumo de bienes en masa. El sistema consistía en producir coches en serie, lo que reduciría sensiblemente los costos, lo cual contribuiría a bajar el precio final del producto (automóvil), lo que haría aumentar la demanda, el mercado y las ganancias. Así nació el célebre Ford-T, que se vendió por millones a toda clase de compradores (hasta entonces los automóviles eran un lujo caro). Ford supo combinar la fabricación masiva de todas las piezas que componían el auto, y

mediante una cadena de montaje llegaba a construirse un vehículo cada hora y media; con ello nació la red de concesionarias y una gran cadena de comercialización, además agregó un factor determinante: el pago en cuotas de los automóviles; y principalmente el mejoramiento salarial de sus empleados (llegó a pagar U\$ 5 diarios), lo que produjo que sus operarios rindieran mucho más, y asimismo, los mismos también compraran sus propios automóviles Ford-T, pero por otra parte, no se permitía la sindicalización de los obreros, lo que años más tarde, en época de la gran depresión de 1930, traería aparejado serias protestas obreras.

El ingeniero chino **TAIICHI OHNO** (1912-1990), desarrolló el sistema Just in Time (justo a tiempo) en la empresa automotriz japonesa Toyota, conocido como Toyotismo. El sistema se basa esencialmente en dos grandes pilares: la innovación en la gestión del trabajo en los talleres y en los mecanismos de control interno de la empresa. En relación con la gestión del trabajo las novedades del sistema se basan en el procedimiento llamado "justo-a-tiempo" (just-in-time), en la utilización del "kanban" y en el principio de organizar el trabajo con estándares flexibles y tiempos compartidos. Se trata del diseño adecuado de un proceso industrial o administrativo para que los materiales y productos intermedios requeridos para el montaje alcancen la línea de producción justo en el momento y cantidad en que sean necesarias.

Una compañía que establezca este sistema de producción en sus procesos podría aproximarse al inventario cero (cero error, cero avería de las maquinarias, cero demora, cero burocracia de supervisión y cero stock). Se produce a partir de la demanda real, en tiempo y forma, se producen diversos modelos (a diferencia de Ford); el personal obrero es multifuncional y puede manejar varias máquinas a la vez (a diferencia del trabajo repetido del Taylorismo).

En este sistema de producción es muy importante establecer un sistema de comunicación preciso sobre los materiales y cantidades que son necesarios en cada punto de la fábrica. Para este cometido, Ohno inventó un sistema sencillo y barato de señales llamado kanban (tarjeta en japonés) basado en cartones en los que se apunta el material y la cantidad que se solicita de manera continua al almacén.



FREDERICK TAYLOR

HENRY FORD

TAIICHI OHNO

MOVIMIENTO OBRERO ARGENTINO

INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

Vimos brevemente, un pantallazo de lo sucedido en los albores de la historia del Movimiento Obrero Mundial hasta finales del siglo XIX; ahora veremos la génesis del Movimiento Obrero Argentino. Es deseo de ésta cátedra, en honor a la brevedad horaria de ésta materia, citar aquella porción de historia del movimiento obrero mundial y nacional que consideramos antecedentes necesarios para comprender el nacimiento de nuestra organización sindical, Sanidad Argentina.

Hecha la aclaración, podemos afirmar que nuestra historia sindical no difiere de la historia sindical universal; se origina la actividad frente a la injusticia de las patronales, tiene una primera etapa anarquista y en menor medida socialista; la sola existencia de la actividad sindical era considerada de carácter delictual y se la perseguía con violenta represión, en fin, un sinnúmero de coincidencias; pero a partir de la mitad del siglo XX, el modelo sindical argentino se diferenciará claramente del resto del mundo, logrando un papel preponderante de los trabajadores en la sociedad.

Comenzaremos conociendo las formas de trabajo desarrolladas en el Imperio Inca, que ocupaba una importante porción de nuestro territorio, formas que los conquistadores españoles usufructuarían para explotar a sus conquistados.

11-ORÍGENES

La realidad del trabajo en la Argentina, arrastra la influencia de la mita y el yanaconazgo precolombinos, y la encomienda y esclavitud coloniales.

La **Mita** era una institución prehispánica, utilizada en los tiempos de la dominación inca. Cada aldea proveía al Inca de cierto número de servidores, los mitayos, que trabajaban en los cultivos, en la reparación de templos y caminos y participaban en las guerras. Los mitayos trabajaban en forma rotativa, en turnos que duraban de una a tres semanas, y luego volvían a sus aldeas. Durante ese lapso, el Inca proveía a sus mitayos la bebida, el alimento y la indumentaria necesaria para su trabajo. Cuando los españoles derrotaron a los incas, se apropiaron de ese método de explotación de los campesinos. El sistema rotativo de mitayos provistos por las comunidades campesinas se utilizó, sobre todo, para la extracción de plata del cerro del Potosí, en el Alto Perú (actual Bolivia). La manutención de los trabajadores no la hacían los españoles sino que quedaba a cargo de sus respectivas aldeas. Además, los turnos se fueron haciendo cada vez más largos y los servicios se superponían mientras en las aldeas indígenas disminuía el número de trabajadores y la vida de la sociedad se veía afectada.

El **Yanaconazgo** era también una institución prehispánica. Los incas elegían en las aldeas servidores personales. Los yanas o yanaconas perdían sus vínculos con sus aldeas de origen y, por lo tanto, dependían para su supervivencia exclusivamente del inca. Los españoles conservaron esta práctica, pero al tomar cada vez más trabajadores y usarlos para trabajos serviles, se veía afectada la economía comunitaria de las aldeas que cada vez perdían más mano de obra.

La **Encomienda** fue una institución introducida en América por los españoles. El rey recompensaba a los conquistadores por defender los nuevos territorios nombrándolos encomenderos. De esta forma, otorgaba cierta cantidad de indios encomendados, que trabajaban para cada uno de los encomenderos. La única condición que se le imponía al encomendero era que debía proteger a los indios y evangelizarlos, enseñándoles la religión cristiana.

La lejanía del rey, así como la falta de interés de los conquistadores en cumplir con esta condición, convertía a la encomienda en otra forma de explotación de los indígenas.

12-EL TRABAJO EN LA ARGENTINA NACIENTE

La fuerte inmigración recibida en la Argentina de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, trajo a nuestras costas un sinnúmero de personas, de diversos idiomas, religiones e ideologías, de entre ellas, destacamos a anarquistas y socialistas, por su importante influencia en el naciente Movimiento Obrero Argentino. El anarquista, sostenía la necesidad de combatir y terminar con todo orden, poder o autoridad, promueve la abolición del estado, o cualquier otra autoridad que busque imponerse por sobre los individuos. O sea, la lucha como método, pero también como objetivo y finalidad, lo que naturalmente es insostenible en el tiempo. Al decir del Dr. Julio Godio, los anarquistas privilegian los métodos de acción directa, según la concepción de que ninguna conquista habrá de ser duradera dentro de un marco capitalista, y que sólo el derrocamiento de éste orden social y el establecimiento de una "sociedad de productores libres" (de la dominación capitalista y la tutela del Estado). El socialista en cambio, promueve la lucha de clases (Marx), y el fin de la actividad privada, mediante la estatización de los medios de producción. En nuestro país, el Socialismo fue moderándose con el tiempo, llegando a principios del siglo XX a participar de la vida política argentina, ocupando bancas legislativas y cargos públicos.

Es preponderante la influencia ideológica anarquista y marxista de la inmigración de la segunda mitad del siglo XIX. La clase gobernante argentina persiguió desde un comienzo a los noveles sindicalistas, considerándolos delincuentes y subversivos, a punto de expulsar a sus cabecillas por medio de la "Ley de residencia para extranjeros" (Miguel Cané 1902), que constituía una verdadera discriminación hacia los sindicalistas, que en su gran mayoría eran de origen extranjero.

En 1857 fue creada la Sociedad Tipográfica Bonaerense, entidad que en 1877 se transformará en la Unión Tipográfica, primera entidad sindical argentina, que realizó la primera huelga en 1878. Hacia 1880 nace la Sociedad de Dependientes de Comercio y en 1887 La Fraternidad (ferroviarios) la mas antigua de las existentes, y la Sociedad de Resistencia de Obreros Panaderos, que era anarquista desde su nombre mismo; era tal su rebeldía hacia el orden establecido que en 1888, durante una huelga de diez días, las confituras salían de las cuadras de las panaderías con nombres que, buscando burlarse de los representantes mas conspicuos del orden establecido (llámese Iglesia, Ejército o Policía), dan nacimiento a las hoy populares "bola de fraile", "suspiro de monja", "sacramento", "cañoncito", "vigilante", etc.

En 1890 el Club Vorwarts (conformado por trabajadores alemanes socialistas) reúne a las organizaciones gremiales en el Prado Español, para conmemorar el 1º de mayo día de los trabajadores, y conformar el Comité Internacional Obrero, que se convierte luego en la Federación de Trabajadores de la Región Argentina, primer antecedente de central obrera argentina.

En los albores del siglo XX se conforman la FORA (Federación Obrera Regional Argentina) mayoritariamente anarquista, y mas tarde la UGT (Unión General de Trabajadores) de orientación socialista.

En 1904, el Presidente Julio A. Roca, le encomendó al catalán Juan Biale Massé, relevar la condición laboral y población obrera en Argentina. Elevó el Informe "El Estado de las Clases Obreras Argentinas", que detalla con crudeza la realidad del momento.

En 1907 fue creado el Departamento del Trabajo, a fin de atender las cuestiones laborales desde un ámbito propio, relegando al Ministerio del Interior, que hasta allí atendía sobre éstas cuestiones, lo que muestra como se entendía a los problemas laborales, como de índole policial.-

En 1909, se producen los incidentes de la llamada "Semana Roja", el 1º de mayo son brutalmente reprimidos los manifestantes anarquistas que conmemoraban el día del trabajador, quedando varios muertos y heridos; meses más tarde el Coronel Ramón L. Falcón, responsable de la masacre, muere víctima de un atentado realizado por el anarquista Simón Radowitzky.

Las organizaciones fueron cambiando con el correr de los años y del grado de politización que detentaban. Ya en la primera década del siglo XX comienza una nueva división del movimiento obrero, que buscaba diferenciarse de anarquistas y socialistas, la corriente sindicalista, que buscaba apartarse de las concepciones ideológicas foráneas de los socialistas, así como diferenciarse de las vías de acción violenta de los anarquistas, fundando hacia 1909 la CORA (Confederación Obrera Regional Argentina).

En 1910, durante la preparación de los festejos del centenario de la Revolución de Mayo, la CORA y la FORA convocaron a una huelga general, el gobierno nacional respondió con una represión masiva, incendiando y saqueando sindicatos, cerrando sus periódicos e implantando el estado de sitio.

En 1919, y tras la feroz represión de la huelga de los Talleres metalúrgicos de Vasena, durante varios días se producen una serie de incidentes de gravedad, quedando la secuela de cientos de trabajadores muertos y miles de heridos. A éstos incidentes se los conoce como la "Semana Trágica".

En la década del 30, conocida como década infame, la FORA anarquista ya debilitada y obsoleta, desaparece; El 27 de septiembre de 1930 se fusionan la USA y la COA dando nacimiento a la CGT (Confederación General del Trabajo) que contiene a los sindicatos socialistas y apolíticos (corriente sindicalista). En éste contexto, y gracias al impulso del diputado y dirigente sindical socialista Francisco Pérez Leirós, nace el 21 de septiembre de 1935, la Asociación del Personal de Hospitales y Sanatorios Particulares, precursora del actual Sindicato de la Sanidad Argentina.

13-LAS IDEOLOGÍAS Y EL MOVIMIENTO OBRERO ARGENTINO

Al efecto de entender mejor éste punto, solo estudiaremos algunas acepciones de los términos **ideología y doctrina**, haciendo la salvedad que ambas tienen un significado más amplio, pero nuestro objeto de estudio sólo necesita de algunos aspectos de ellas.

La Ideología, originalmente es aquella ciencia básica que estudia el origen primero de las ideas; pero hoy y actualizando el concepto, podemos afirmar que es aquel sistema de ideas determinado que domina la mente y el espíritu de un hombre o de un grupo social (marxismo, liberalismo, etc.), lo que a desvirtuado su concepto, haciéndolo funcional a la conveniencia de quien la detenta.

Así, Adam Schaff la define como el "sistema de opiniones, que fundándose en un sistema de valores admitidos, determina las actitudes y comportamientos de los hombres en relación a los objetivos deseados del desarrollo de la sociedad, del grupo social o del individuo".

La Doctrina, profundiza, precisa, determina, orienta esa ideología o la porción de ella que precise para lograr un objetivo concreto, busca un resultado palpable. No existen políticas de aplicación universal a todas las comunidades, ni en un mismo espacio ni en un mismo tiempo.

Podemos afirmar que la "**Ideología**" es un conjunto de ideas generales, mientras que la "**Doctrina**" es un conjunto de principios y creencias; la primera abarca una realidad más difícil de delimitar; la doctrina en cambio, es más específica, más cercana a la realidad de todos los días, nos permite creer y esperanzarnos en mejorar nuestra situación social presente; aquí y hoy.

Nunca pueden ser iguales las realidades, los problemas y mucho menos las soluciones de ellos. No existen soluciones universales a los problemas sociales, Como sostenía Nicolás Maquiavelo en "El Príncipe": "...no hay políticas sin límites geográficos..."- El Papa Juan Pablo II advertía a las naciones más pobres acerca de "... las graves consecuencias de copiar los sistemas económicos, políticos y sociales de las naciones industrializadas en perjuicio de sus propias culturas..."-

En estos conceptos se entiende el porqué, el Movimiento Obrero Argentino evolucionó desde ideologías foráneas, como el socialismo y el anarquismo, hacia sus propias formas, hacia su propia doctrina.

14-JUAN D. PERÓN – DECÁLOGO DEL TRABAJADOR

Juan Domingo Perón se destacó por su labor en el Departamento Nacional de Trabajo (luego elevado a la categoría de Secretaría de rango ministerial), al que accedió durante la presidencia de facto del General Pedro Pablo Ramírez (1943-1945), y en el cual tomó numerosas medidas que favorecieron a los sectores obreros, haciendo efectivas muchas de las normas laborales preexistentes, que no tenían aplicación práctica (Al hacerse cargo de la Secretaría de Trabajo, y ante la pregunta de "¿cuál cree Ud. Coronel, que es la ley mas necesaria?", "¡Una que haga cumplir la mitad de las leyes que ya existen!" - respondió – citado por Cerrutti Costa en su libro "las Masas y el Poder").-

Aunque dichas medidas lo hicieron popular entre la clase trabajadora, le granjearon la oposición de numerosos sectores que, viéndose perjudicados en sus privilegios económicos y sociales, se nuclearon en un frente antiperonista. En ese período fue designado también Vicepresidente de la Nación y Ministro de Guerra. Perón debió renunciar a sus cargos el 9 de octubre de 1945 cuando lo exigió un grupo de militares encabezado por el General Eduardo Ávalos y permaneció detenido, primero en la isla Martín García y luego en el Hospital Militar Central, pero pronto fue liberado debido a una gigantesca y espontánea movilización obrera a la Plaza de Mayo, era el 17 de octubre de 1945 (ese día, el compañero Juan Molina, fundador de ATSA Hurlingham y miembro de FATSA, hoy fallecido, fue protagonista de dicha gesta, y fue inmortalizado en la foto que simboliza aquel día, llamada: "las patas en la fuente").-

El 24 de febrero de 1946 Perón es elegido Presidente de la Nación, llevando a la práctica, el mayor cambio en las relaciones del trabajo de nuestra historia. En febrero de 1947 dictó el Decreto 4865/47, estableciendo la **declaración de los derechos del trabajador**, que luego fueran incluidos en la Constitución Nacional de 1949.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL TRABAJADOR (Decreto 4865/47, dictado el 25 de febrero de 1947)

Art. 1º - Sin perjuicio de los proyectos de leyes que el Poder Ejecutivo someterá a lo consideración del Honorable Congreso con el objeto de incorporar e nuestro derecho positivo y hacer posible la amplia aplicación de los principios sustentados por el Presidente de la Nación en su "Declaración de los Derechos del Trabajador"; que o continuación se transcriben, todo iniciativa que se origine en la Administración del país y que de alguna manera pueda influir en los derechos de los trabajadores se inspirará y ajustará a dichos principios, los que servirán también como normas para lo interpretación y reglamentación de los leyes vigentes en materia de trabajo y en todo cuanto afecte o lo situación económico y social de los trabajadores:

I Derecho De Trabajar

El trabajo es el medio indispensable para satisfacer las necesidades espirituales y materiales del individuo y de la comunidad. La causa de todas las conquistas de la civilización y el fundamento de la prosperidad general; de ahí que, el derecho de trabajar, debe ser protegido por la sociedad considerándolo con la dignidad que merece y proveyendo ocupación a quienes la necesiten.

II Derecho A Una Retribución Justa

Siendo la riqueza, la renta y el interés del capital, frutos exclusivos del trabajo humano, la comunidad debe organizar y reactivar las fuentes de producción en forma de posibilitar y garantizar al trabajador una retribución moral y material que satisfaga sus necesidades vitales y sea compensatorio del rendimiento obtenido y del esfuerzo realizado.

III Derecho ~ A La Capacitación

El mejoramiento de la condición humana y la preeminencia de los valores del espíritu, imponen la necesidad de propiciar la elevación de la cultura y de la aptitud profesional, procurando que todas las inteligencias puedan orientarse hacia todas las direcciones del conocimiento, e incumbe a la sociedad estimular el esfuerzo individual proporcionando los medios para que, en igualdad de oportunidades, todo individuo pueda ejercer el derecho de aprender y perfeccionarse.

IV Derecho A Condiciones Dignas De Trabajo

La consideración debida al ser humano, la importancia que el trabajo reviste como función social y el respeto recíproco entre los factores concurrentes de la producción, consagran el derecho de los individuos a exigir condiciones dignas y justas para el desarrollo de su actividad y la obligación de la sociedad de velar por la estricta observancia de los preceptos que las instituyen y las reglamenten.

V Derecho A La Preservación De La Salud

El cuidado de la, salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad, a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna las requisitas adecuadas de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades normales del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo.

VI Derecho Al Bienestar

El derecho de los trabajadores al bienestar, cuya expresión mínima se concreta en la posibilidad de disponer de vivienda, indumentaria y alimentación adecuada y de satisfacer sin angustias sus necesidades y las de su familia en forma que le permita trabajar con satisfacción, descansar libre de preocupaciones y gozar mesuradamente de expansiones espirituales y materiales, impone la necesidad social de elevar el nivel de vida y de trabajo con las recursos directos e indirectos que permita el desenvolvimiento económico.

VII Derecho A La Seguridad Social

El derecho de los individuos a ser amparados, en los casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo, promueve la obligación de la sociedad de tomar unilateralmente a su cargo las prestaciones correspondientes o de promover regímenes de ayuda mutua obligatoria destinados, unos y otros, a cubrir o complementar las insuficiencias o ineptitudes propias de ciertos periodos de la vida o las que resultan de infortunios provenientes de riesgos eventuales.

VIII Derecho A La Protección De Su Familia

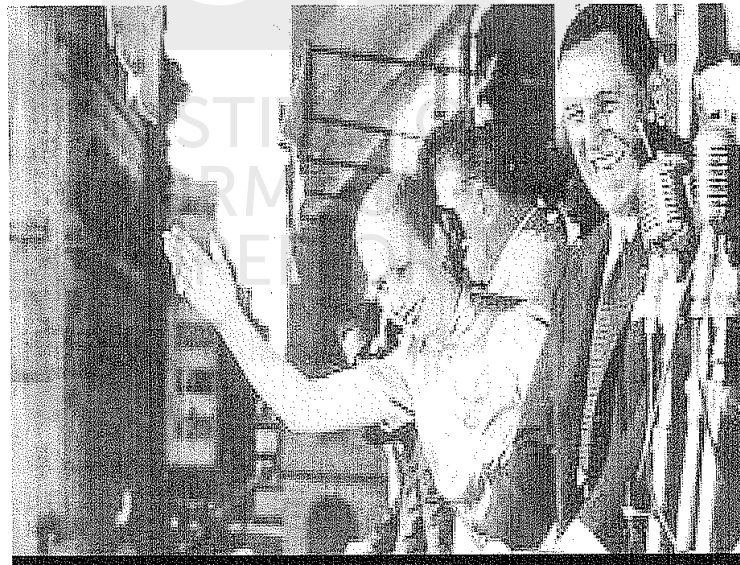
La protección de la familia responde a un natural designio del individuo, desde que en ella generan sus más elevados sentimientos afectivos y todo empeño tendiente a su bienestar debe ser estimulado y favorecido por la comunidad como el medio más indicado de propender al mejoramiento del género humano y a la consolidación de principios espirituales y morales que constituyen la esencia de la convivencia social.

IX Derecho Al Mejoramiento Económico

La capacidad productora y el empeño de superación hallan un natural incentivo en las posibilidades de mejoramiento económico, por lo que la sociedad debe apoyar y favorecer las iniciativas de los individuos tendientes a ese fin y estimular la formación y utilización de capitales en cuanto constituyan elementos activos de la producción y contribuyan a la prosperidad general.

X Derecho A La Defensa De Los Intereses Profesionales

El derecho de agremiarse libremente y de participar en otras actividades lícitas tendientes a la defensa de los intereses profesionales, constituyen atribuciones esenciales de los trabajadores que la, sociedad debe respetar y proteger, asegurando su libre ejercicio y reprimiendo todo acto que pueda dificultarlo o impedirlo."



EVITA Y JUAN DOMINGO PERÓN

15-MODELO SINDICAL ARGENTINO

Los Decretos 2669/43 y 23852/45, que establecen el requisito de la personería gremial, son la génesis del modelo sindical argentino. Aquellas viejas Asociaciones Civiles, se convierten en Asociaciones Sindicales fuertes; aquel factor de presión se transforma en factor de poder.

La personería gremial única, permite que las asociaciones sindicales tengan:

***Mayor representatividad en la negociación colectiva**, alcanzando el producto de lo acordado a mayor cantidad de trabajadores legitimando a sus representantes.-

***Mejor relación conflicto-negociación**, lo que nos va a permitir mejores y mayores logros, toda vez que al ser mas representativos, mayor será el poder de presión del colectivo de los trabajadores.

***Amplio ámbito geográfico**, beneficiando a aquellos compañeros de los lugares más alejados, que tendrán el mismo beneficio que se obtenga en las grandes ciudades, donde el poder de conflicto es mayor.

***Representación de todos los trabajadores de la misma actividad**, indudablemente los trabajadores de una misma actividad, así como sus representantes sindicales, van a conocer la problemática de sus compañeros por trabajar en la misma actividad, en nuestro caso la salud, a diferencia de aquellas asociaciones sindicales que se agrupan por igual patrón, como ATE, UPCN, UTEDyC, etc; que engloban a todos los trabajadores del Estado, o de las Asociaciones Civiles, etc; sin una actividad en común.

***Evitar la atomización de los sindicatos**, como permanentemente han buscado los diferentes gobiernos y patrones, buscando aminorar la representatividad gremial, logrando así disminuir nuestros derechos de trabajadores, lo que disminuiría sus costos.

Todo ello redundará en una mayor y mejor representación de los trabajadores, permitiendo el desarrollo de una actividad sindical más eficiente, más cerca de los trabajadores.

Aquellas viejas ideologías perfeccionistas del siglo XIX y principios del siglo XX dejan paso a una realidad menos vistosa pero más beneficiosa para los problemas cotidianos de los asalariados. **Destacando la realización de lo práctico y posible y no vivir en la nostalgia de lo ideal e imposible** (que algunas posturas gremiales extremas aún reivindicaban).

HISTORIA DEL GREMIO DE LA SANIDAD

INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

Es una tarea ciclópea, poder compendiar en un puñado de páginas una historia tan rica como lo es la de nuestra asociación sindical.

Cada conquista, cada logro, cada uno de todos los servicios que brinda nuestra organización a sus afiliados; encierran una historia de luchas y de sacrificios de nuestros compañeros que, a lo largo de éstos noventa años han dejado su marca indeleble en la construcción de ésta realidad que es hoy la Sanidad Argentina.

Al sólo efecto de estudiar de modo metódico éstos conocimientos, lo dividiremos en épocas, pero haciendo la salvedad de que nuestra actividad es continua y dinámica, no habiendo lugar para la pausa, toda vez que las necesidades imperiosas de nuestros compañeros tampoco la tienen. Hecha la aclaración los invito a conocer un poco más de nuestra Organización Sindical.

16-NUESTRA ORGANIZACIÓN

ATSA:

Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina, es una asociación de primer grado, está conformada por los trabajadores de la salud de un determinado territorio (por ejemplo ATSA Corrientes, ATSA Concordia, etc.); y puede comprender exclusivamente a los trabajadores de la salud privada (por ejemplo ATSA Buenos Aires, ATSA Entre Ríos, etc.); o exclusivamente a los trabajadores de la salud pública (ATSA Oliva); o a ambos de modo indistinto (por ejemplo ATSA Tierra del Fuego, ATSA Jujuy, etc.). Las autoridades son elegidas por el voto directo de sus afiliados.

SINDICATO DE SALUD PÚBLICA DE BS AS:

Es un Sindicato de primer grado que comprende a los trabajadores del sector Estatal de todo el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

FATSA:

Es una asociación de trabajadores de segundo grado, o sea que comprende a todas las ATSA y al Sindicato de Salud Pública (asociaciones de primer grado), las autoridades son elegidas por sus congresales, que son elegidos por el voto directo de los afiliados a las asociaciones de primer grado.

CGT:

Es una Asociación de tercer grado, que comprende a las Uniones y las Federaciones, asume la representación de todo el Movimiento Obrero Organizado, las autoridades son elegidas por el voto de sus congresales, elegidos por las asociaciones afiliadas.

17-ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DE HOSPITALES Y SANATORIOS PARTICULARES

El 21 de septiembre de 1935, nace la Asociación del Personal de Hospitales y Sanatorios Particulares, creada por un centenar de trabajadores de distintos Hospitales Comunitarios de la Ciudad de Buenos Aires (Hospitales Español, Italiano, Francés, Alemán, Anglo-Americano, etc.), reunidos en la sede de la UOM (Unión Obreros Municipales) Moreno 3281, ciudad de Buenos Aires; cedida por Francisco Pérez Leirós, quien además de ser Secretario General de la citada UOM, era Diputado Nacional por el Partido Socialista.

Si bien el 18 de septiembre de 1925, ya había sido creado el "Centro de Enfermeras y Enfermeros de Tucumán", y el 15 de abril de 1935 lo hacían los trabajadores de la salud de Salta, la "Asociación" es considerada el antecedente directo de la actual Sanidad. Luego de funcionar una Comisión Provisoria encabezada por Antonio Seco, en 1936 fue elegido el primer Secretario General de la entidad, Inocencio Di Giovanni (Hospital Italiano).

Su labor en pro de conseguir jornadas de trabajo de ocho horas, condiciones dignas de trabajo, salarios dignos, etc., es encomiable, obteniendo el dictado del Decreto N° 111.370/37, que reglamentó la jornada y el descanso en Hospitales y Sanatorios. (ver pág. 45 – lecturas complementarias).-

En Junio de 1937, se crearon para los afiliados a la Asociación, la Escuela Primaria y la Escuela de Enfermeros (mediante un acuerdo con la Cruz Roja Argentina), constituyendo el primer hito de una larga y fecunda tradición de la Sanidad: LA CAPACITACIÓN DE LOS COMPAÑEROS.

El 4 de agosto de 1938, y en ocasión de celebrarse el primer año de vigencia del Decreto 111.370/37, la "Asociación", conjuntamente con la Asociación de Enfermeras y Enfermeros de la Cruz Roja Argentina de Rosario; la Asociación de Enfermeras y Enfermeros y Anexos de Córdoba, la Asociación del Personal de Hospitales y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires; y la Asociación de Empleados Hospitalarios de Paraná; se funda la Confederación Argentina de Enfermeros, Enfermeras y Anexos; primer antecedente de nuestra Federación, que el 21 de septiembre de 1939, celebra el "Primer Congreso de la Confederación Argentina de Enfermeros".

El 12 de septiembre de 1947, mediante Resolución 256/47 de la Secretaría de Trabajo y Previsión, la Asociación extiende su zona de actuación a todo el territorio nacional, y de la mano del compañero Aurelio Hernández (quien además llegó a ser Secretario General de la CGT durante ese año), la Asociación se alinea en el movimiento naciente, junto a Perón.

En enero de 1939, el diario "El Sanitario", órgano de la Asociación, publica una noticia pintoresca, pero ilustrativa de la injusticia a la que se veían sometidos los trabajadores de la salud de entonces. "José Rossi, ha obtenido una pensión vitalicia retirándose del trabajo después de 53 años". Dicha pensión era graciable (voluntaria) del Hospital Italiano donde trabajaba, "no existía la jubilación para nuestros compañeros" y, es considerado el primer enfermero en jubilarse. El 12 de septiembre de 1944, mediante Resolución 256/44 de la Secretaría de Trabajo y Previsión, los trabajadores comprendidos en la Asociación ingresan al Sistema Jubilatorio. En 1952, el Decreto 102/52 reglamentó la Ley 14069, que estableció los principios de la Seguridad Social para todos los trabajadores. (ver pág. 46 – lecturas complementarias).-

18-NACIMIENTO DE LA ACTUAL SANIDAD

Con la intervención directa y personal de la Sra. María Eva Duarte de Perón (Evita), se unifican la Asociación del Personal de Hospitales y Sanatorios Particulares, que había obtenido la personería gremial en 1945, y la Unión Gremial de Especialidades Químicas, Bioquímicas y Farmacéuticas, que había obtenido la personería gremial en 1948; ésta última, formada por los trabajadores de laboratorios de especialidades medicinales y de droguerías, de donde surgen dos importantes dirigentes para el futuro de la Sanidad, Amado Olmos y Eduardo Severino.

La unidad se decide el 4 de febrero de 1949, pero debido a inconvenientes para la integración y conformación de las nuevas autoridades, se demoró su constitución oficial hasta el día 22 de mayo de 1950, bajo la designación de Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), obteniendo su personería gremial con carácter de Federación, por Resolución 372/50 del 29 de noviembre del mismo año, registrándose el 14 de marzo de 1951 bajo el número 156. Por su carácter de federativa, comprendía a las diversas asociaciones existentes en todo el país, el 28 de junio de 1955, por Res 133/55 del Ministerio de Trabajo y Previsión pasó a denominarse Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA)

El primer Consejo Directivo es electo en el III Congreso Ordinario (el I y el II fueron los de la fundación y elección de autoridades provisorias), que tuvo lugar en el Hotel Malvinas (recientemente adquirido por la Asociación naciente) en la ciudad de La Falda (Córdoba). Dicho Consejo estaba presidido por el compañero Julio Pérez Del Cerro (Hospital Español de Buenos Aires), último Secretario General de la vieja Asociación del Personal de Hospitales y Sanatorios Particulares porteña. Junto a él, José Pedernera (Rosario), Amado Olmos (Buenos Aires), Juan Martínez (Bahía Blanca), Juan B. Arrúa (Santa Fe), Luis Calot Señor (Mendoza), Juan A. Blasetti (Tucumán), Graciliano Díaz (Jujuy), Hilario Gómez (Santiago del Estero) y Félix Valdez (San Juan), entre otros. Pérez del Cerro, fue dos veces reelegido en su cargo de Presidente, hasta 1955, en que renuncia a su cargo y es reemplazado por una Comisión Interna.

19-SANIDAD EN LOS 50 Y 60. AMADO OLMOS

Durante la gestión del peronismo (1946-1955) el Movimiento Obrero Organizado, y en él la Sanidad Argentina, habían logrado plasmar en realidades, todos aquellos viejos reclamos frente a las injusticias sufridas por los trabajadores durante tantos años, FATSA se convierte en un puntal de esa revolución social, donde los viejos dirigentes sindicales de tendencias socialistas, marxistas y aún anarquistas poco a poco van quedando relegados

del apoyo de los trabajadores, por no comprender el proceso vivido en esos llamados "años felices" de los trabajadores; pero el 16 de septiembre de 1955, tras el golpe militar encabezado por los Generales Lonardi y Aramburu (autodenominada "Revolución Libertadora"), vuelven a sufrirse aquellas viejas injusticias, y desde el gobierno se ataca una a una las conquistas sociales logradas, con la clara y maliciosa intención de derogar su existencia.

En éste contexto político, surge la figura de uno de los grandes hombres de la Sanidad Argentina. Amado Olmos. Proveniente de Laboratorios Lutetia (Buenos Aires), pronto logró convertirse en un dirigente nacional con personalidad y relieve propios, profundamente peronista, combatió en esos duros años de la proscripción a quienes pretendieron llevar al movimiento obrero hacia uno u otro puerto, manteniéndose leal al exiliado General Perón.

El gobierno de facto establecido en el 55, incapaz de comprender el significado del sindicalismo argentino, sus raíces y su necesaria inserción en la sociedad moderna, pretendió diluirlo. El primer paso fue la proscripción política y gremial de todos los actores gremiales que hubieren tenido antecedentes y actuación justicialista, lo que implicó la eliminación del 90 % de los dirigentes de primera línea (Decreto 7107/56). Seguidamente se intentó la atomización de los sindicatos, mediante el Decreto 9270/56 (que concluye con el régimen del sindicato único por actividad, destruyendo el modelo sindical argentino, buscando que ante una gran cantidad de gremios por actividad, éstos carecieran de poder sindical real).

Digamos que uno y otro propósito fracasaron. Los dirigentes proscriptos fueron reemplazados por jóvenes de segunda línea, que mantuvieron las bases unidas contra las intervenciones o los grupos socialistas y comunistas y sus nuevos gremios, impulsados por el propio gobierno militar. Asimismo, tampoco lograron la atomización perseguida, por cuanto los trabajadores permanecieron en los sindicatos tradicionales sin integrar las organizaciones paralelas recientemente creadas por la dictadura enquistada en el poder de entonces.

Por ello la Sanidad Argentina, entre 1956 y 1958, fue presidida por un dirigente de la nueva camada (que no había tenido participación preponderante en la etapa del justicialismo) el compañero Leónidas Ruiz, del Sanatorio Lavalle de Buenos Aires, elegido en el II Congreso Nacional Extraordinario; asimismo, y durante éste período fue designado asesor de FATSA el compañero Amado Olmos, quien en 1958 se haría cargo de la Federación, cuando el Presidente Arturo Frondizi, termina con las prohibiciones infligidas al Movimiento Obrero por la Revolución Libertadora, y si bien llegó a sufrir la cárcel en 1959 junto a Vandor, Cardozo y Alonso por un breve lapso de tiempo, el movimiento obrero volvía a tener, al menos en parte, el protagonismo social perdido. (ver pág. 47- lecturas complementarias).-

Por otra parte, el gobierno de facto intervino la CGT con el objeto de "... apartarla de su papel de sostén de determinada ideología política..." (según reza el decreto que ordenaba la intervención), formándose al efecto una Comisión Intersindical para obtener su "normalización". Para ello convocó a un Congreso Normalizador, llamado Congreso Laplacette (convocado por el interventor Capitán Patrón Laplacette), con el objeto de imponer sus propios candidatos. Ante la imposibilidad de reunir el número necesario el congreso fracasa, constituyéndose tres grupos claramente diferenciados; los "32 gremios democráticos" constituido por los dirigentes ayudados por el Gobierno para llegar al frente de diversos sindicatos, los "19" ó "MUCS" constituido por delegados de extracción comunista, y el grupo mayoritario, no sólo por número sino también por el alto grado de representatividad: "los gremios de la Sanidad", que se reunían en la sede de ATSA de Buenos Aires, constituyéndose mas tarde como las "62 Organizaciones Peronistas".

Durante los '60, Amado Olmos marcó dentro de la Sanidad y del Movimiento Obrero Argentino todo, una clara línea de apoyo al General Perón, lo que provocó que sufriera junto a otros compañeros cárcel y persecución, y por otra parte tuviera serias divergencias con otros importantes dirigentes de entonces, como el metalúrgico Augusto T. Vandor y el textil José Alonso cuyos giros políticos y aún ideológicos, encontraron su réplica en la posición ortodoxa de nuestro dirigente.

El 27 de enero de 1968, en un trágico accidente fallece Amado Olmos, dejando una rica herencia política y sindical para nuestra asociación.

20-SANIDAD EN LOS 70. OTTO CALACE

En el XIV Congreso Nacional Ordinario celebrado en La Falda en noviembre de 1968 es elegido el nuevo Secretario General (se elimina el cargo de Presidente) de FATSA, el compañero Otto A. Calace, del Sanatorio Albanese (hoy Mitre-Trinidad), quien será reelegido hasta su fallecimiento en septiembre de 1981. Si el período de Olmos se caracterizó por la importancia político-gremial que adquiere FATSA, al lapso de tiempo en que nuestra organización fue conducida por Calace, se la puede calificar como la de afianzamiento económico, afiliación masiva y el gran peso que adquiere FATSA entre las organizaciones gremiales nacionales, y su proyección al plano internacional.

Su espíritu emprendedor puede conjeturarse tomando por ejemplo el orden del día del V Congreso Nacional Extraordinario, realizado a sólo un año de iniciada su gestión, donde se propone, y pronto se cristaliza en realidad, la adquisición de un hotel de turismo en Mar del Plata, venta y compra de un hotel mayor en La Falda, venta del local de FATSA y adquisición de uno mayor que incluya hotel para los compañeros del interior.

Debemos agregar el apoyo prestado a distintas ATSA que pasaron a tener sus propias sedes sociales, actualización de los Estatutos Sociales, consolidando la unidad del gremio en todo el país; la mejora incesante de la Obra Social y su ubicación en el Consejo Directivo de la CGT, junto a José Ignacio Rucci y Adelino Romero, desde donde organizó las diversas regionales de dicha Confederación, incorporando a nuestra organización dentro de los gremios mas importantes de Argentina.

Asimismo, y para orgullo de nuestra asociación, Calace fue uno de los acompañantes del General Perón en su regreso a la patria, el día 17 de noviembre de 1972, tras casi 18 años de exilio.

Los Convenios Colectivos de Trabajo, especialmente los de 1975, cimentaron una larga serie de conquistas anheladas durante largo tiempo, entre ellas: la limitación de camas para atender por cada enfermera, el escalafón por antigüedad en los laboratorios y la Comisión Paritaria de Interpretación en caso de horarios o condiciones de trabajo.

En el lapso 1976-1981 (Proceso Militar), mantuvo una desigual lucha en defensa de las Obras Sociales Sindicales y las Leyes Laborales. En 1978 fue intervenida la Obra Social de la Sanidad, planteándose la lucha en el terreno judicial durante casi un año, y dado la valentía y constancia de Otto Calace y del Dr. Federico Dardo Núñez, en 1979 la Obra Social volvió a ser conducida por sus legítimos dueños, los trabajadores de la Sanidad, sin que pudiera comprobarse ni una sola de todas las supuestas "irregularidades", que originaran la intervención.

En ésta gestión nacen las ATSA de Chubut, La Pampa, Misiones, Catamarca, Formosa, San Nicolás, Neuquén, Oliva, Santa Cruz y Junín, y es recibido en el seno de nuestra Federación, el Sindicato de Salud Pública de Buenos Aires, dado que en 1974 FATSA, obtuvo la personería gremial también para los trabajadores públicos de la actividad, de dónde surgirá otro de los grandes dirigentes de la historia de la Sanidad, Carlos West Ocampo. (ver pág. 48 – lecturas complementarias).-

Calace fallece en un accidente automovilístico, el 25 de septiembre de 1981, dejando a la Sanidad Argentina en el primer plano del Movimiento Sindical Argentino.

Asumió entonces, como Secretario General el compañero Eduardo Severino (Laboratorios Johnson y Johnson) quien siguió la línea histórica de nuestro sindicato, manteniendo y mejorando la estructura existente, adquiriendo un hotel de turismo en San Bernardo del Tuyú.

En 1984, Severino dejó su cargo al compañero Armando Paternó (Hospital Vidal de Corrientes), quien desempeñó el cargo interinamente hasta 1985, constituyéndose en el primer Secretario General de origen estatal y a su vez, el primero del interior del país.

21-SANIDAD HOY. CARLOS WEST OCAMPO

En el X Congreso Nacional Extraordinario realizado en La Falda el 5 de septiembre de 1985, es elegido el compañero Carlos West Ocampo, del Sindicato de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires; y es de destacar que la nueva conducción se integró con representantes de todas las organizaciones adheridas, constituyéndose en eminentemente federal, y representativa de todos los trabajadores de la salud del país.

La actual gestión, siguiendo la línea histórica de FATSA, ha modernizado los Convenios Colectivos, creando el de Emergencias, renovando el de Laboratorios, generando nuevos acuerdos de Empresa con mejoras sustanciales para los compañeros.

En éste mismo año nacen las filiales de Concordia, Zona Norte y Zona Sur, y mas tarde Tierra del Fuego (1988), lográndose la representación de los trabajadores de la Sanidad de todas las provincias argentinas.

La presencia de la Sanidad en la CGT es permanente, siendo Carlos West Ocampo primero, Susana Stochero de Rueda (ATSA Santa Fe) luego, y Héctor Daer (ATSA Buenos Aires) más adelante, miembros de la Comisión Directiva de la citada Confederación Nacional.

Asimismo, la Obra Social de la Sanidad alcanza a cientos de miles de trabajadores y sus familias, de modo eficiente y moderno. Se produce un notable incremento en la capacidad edilicia de la hotelería y la sede central.

En todos los campos se logran avances, pero el que mas destaca ésta gestión es sin lugar a dudas el de la capacitación de los trabajadores. A través de convenios con diversas Instituciones Educativas, y en algunos casos con Escuelas propias, se capacitan anualmente miles de trabajadores, tanto en la profesionalización de enfermería, como en diversos cursos de actualización, destacándose el convenio firmado con la UNIVERSIDAD ISALUD, para la Reconversión de Auxiliares de Enfermería.

En 1997, con la colaboración del Profesor Cella, y el impulso dado por West Ocampo, FATSA conjuntamente con CONFECCLISA (Confederación de Clínicas y Sanatorios), crea la "FUNDACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACION PARA LA SALUD", institución formadora de Técnicos en Salud; verdadero orgullo institucional y edificio de la Sanidad Argentina.

En octubre de 2005, se realizó la denominada "Marcha Blanca de la Sanidad", considerada la movilización más importante de nuestra historia, dónde mas de doce mil trabajadores de la salud marcharon por las céntricas calles de Buenos Aires, ocupando la Plaza de los Dos Congresos, despertando la admiración de propios y extraños, resaltando la firmeza de la lucha por la mejora de las condiciones laborales y salariales de nuestro gremio.

En atención a manejar nuestros propios datos, y así elaborar mejores estrategias en la acción sindical, capacitación, etc. Se crea el OSINSA, que es un observatorio de todos los datos que tienen que ver con nuestra actividad, logrando optimizar y redireccionar los esfuerzos con mayor precisión y eficiencia.

Año a año, la Sanidad Argentina renueva sus pautas salariales dentro del marco de los diferentes Convenios Colectivos, logrando mejores acuerdos salariales que el promedio de los aumentos logrados por el Movimiento Obrero en su conjunto.

En el plano internacional hay una activa presencia de Sanidad anualmente en la OIT (Organización Internacional del Trabajo); y en forma permanente en la UNI (Union Network International) y UNICARE (UNI cuidados), ocupando cargos jerárquicos en éstas organizaciones.

En 2013, el compañero Héctor Daer de ATSA Buenos Aires, fue elegido Diputado Nacional por el Frente Renovador, favoreciendo el acceso directo de la Sanidad Argentina al Congreso Nacional, ampliando el espectro de trabajo de nuestra organización sindical.-

SEGURIDAD SOCIAL **OBRA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA**

INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

A continuación, hablaremos sobre el Régimen de Seguridad Social Argentino, cada uno de sus beneficios se han logrado y se logran con el esfuerzo solidario de todos los trabajadores. Antes por las luchas para conseguir éstos regímenes, y entonces y hoy, con el propio aporte económico.

En cuanto al segundo punto del capítulo, haremos una breve reseña de las Obras Sociales Sindicales y la Salud Pública, y su mayor mentor, el DR. RAMÓN CARRILLO, un verdadero prócer argentino.

22-SEGURIDAD SOCIAL EN LA ARGENTINA

El régimen de la Seguridad Social es uno de los principales instrumentos que maneja el Estado en cuanto a políticas sociales se refiere.

Se entiende por seguridad social a las medidas tomadas por el estado mediante instrumentos públicos a favor de sus ciudadanos ante ciertas contingencias. Estas medidas están orientadas a la reducción o eliminación de perjuicios cuando se ven afectados los ingresos económicos o de su capacidad productiva por enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, pérdida del empleo, invalidez, discapacidad, vejez y fallecimiento. También se extienden los beneficios de la seguridad social al cónyuge y sus hijos en caso de minoridad, discapacidad u otra situación que lo justifique.

El sistema de Seguridad Social en Argentina está compuesto por 5 Componentes: Régimen previsional, Obras Sociales, Seguro de Desempleo, Sistema de Riesgos del Trabajo, Régimen de Asignaciones Familiares, que otorga subsidios de diversa naturaleza.

El funcionamiento de estos se hacen mediante normas que tienen un rango de Ley, lo cual significa que el poder legislativo ha participado en la aprobación y diseño de los mismos. Cualquier intento de reforma requiere el consenso del Legislativo. Este aspecto es una diferencia central respecto a los "programas sociales" que en su mayoría están regidos por rango de decreto o normativa inferior, permitiéndole al poder ejecutivo mayor discreción y flexibilidad en el manejo de los recursos, según sus propias conveniencias políticas.

Cabe destacar que la seguridad social se diferencia del resto de otras políticas por su carácter contributivo. Esto significa que para acceder a las prestaciones, la persona debe contar con aportes al sistema en base a contribuciones sobre la nómina salarial. Esta característica la diferencia de todas las restantes políticas sociales. Si bien el sistema es contributivo, los beneficios no son estrictamente proporcionales a los aportes realizados.

Se distinguen 2 tipos de beneficios:

- 1. Beneficio o protección individual (régimen previsional, obra social, protección contra riesgos del trabajo).
- 2. Asignaciones (familiar, universal por hijo) de diversa índole: pueden definirse como un régimen de reparto puro, altamente progresivo.

En algunos casos la autoridad estatal se limita al control y supervisión, descentralizando en terceros la ejecución de las prestaciones como sucedió con las AFJP en los años 90. Como sucede actualmente con las Obras Sociales, las prepagas, las aseguradoras de riesgos del trabajo para empleados en relación de dependencia, etc. El control de estos beneficios y protecciones se hace a través de los organismos estatales (superintendencias, administraciones autárquicas, etc.), que a su vez dependen de Ministerios. En los restantes componentes el Estado ejerce directamente todas las funciones.

A continuación se describen, algunos organismos estatales que tienen a su cargo aspectos de la seguridad social en la República Argentina.

SSS (Superintendencia de Servicios de Salud)

La Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo estatal, dependiente del Ministerio de Salud, que regula y controla los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Tiene como fin: fiscalizar y controlar a las Obras Sociales y a otros Agentes del Sistema, con el propósito de asegurar el cumplimiento de políticas para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva concreción del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación. Entre sus objetivos principales se describen: Formular y dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud. Controlar el funcionamiento de Obras Sociales y de otros Agentes del Seguro de Salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad, ya sea prestadora o financiadora de prestaciones médico asistenciales. Aprobar el ingreso de las obras sociales al Sistema. Aprobar el Programa de Prestaciones Médico Asistenciales de los Agentes y controlar el Presupuesto de gastos y recursos para su ejecución.

SUR (Sistema Único de Reintegro)

El SUR es un organismo descentralizado, funciona bajo jurisdicción de la Superintendencia de Servicios de Salud. Su función es administrar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, afectados a programas de salud para volcarlos a patologías de baja incidencia pero de alto impacto económico, como también a patologías de tratamiento prolongado. Una de sus tareas fundamentales es la gestión de reintegros a los Agentes del Seguro de Salud entre las patologías que contempla. Es amplio el número de prestaciones cubiertas por éste sistema (alta complejidad, discapacidad, drogadependencia, hiv-sida, implantes cocleares, transplantes, entre otros).

SRT (Superintendencia de Riesgos del Trabajo)

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo es un organismo estatal incluido en la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Fue creado gracias a la Ley de Riesgos del Trabajo en el año 1996. Entre sus funciones se describen: Colaborar con las administraciones provinciales en cuanto a la aplicación de normas en salud y seguridad en el trabajo. Controlar a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). Controlar y garantizar que se otorguen las prestaciones médico-asistenciales y dinerarias en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. Promover la prevención para conseguir ambientes laborales sanos y seguros.

ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social)

El ANSES, se crea como organismo descentralizado, funciona bajo jurisdicción del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Está facultada para administrar los fondos correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones, en relación de dependencia y autónomos, como también de subsidios y asignaciones familiares.

Desde la implementación de la Contribución Única de la Seguridad Social, a partir de febrero de 1992, el ANSES también administra los ingresos del Fondo Nacional de Empleo. Este Fondo financia los Programas de Empleo, administrados por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, y las prestaciones del Seguro de Desempleo otorgadas por ANSES.

El ANSES también poseía facultades recaudatorias, pero por disposición de Decreto 507, en marzo de 1993, la recaudación y fiscalización de los tributos de la Seguridad Social pasaron a canalizarse por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), organismo dependiente del Ministerio de Economía.

INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

23-OBRA SOCIAL SINDICAL Y ORIGENES DE LA SALUD

PÚBLICA – DR. RAMÓN CARRILLO

La historia de las Obras Sociales Sindicales Argentinas es, sin miedo a caer en exageraciones, una de las más ricas del mundo. Desde su origen mismo, generó una nueva forma de asistencia médica para los trabajadores argentinos.

Si bien en 1940, y gracias al esfuerzo de la "Unión Ferroviaria" y de "La Fraternidad" es inaugurado el Hospital Ferroviario, podemos afirmar que el origen de las OSS se produce con el Decreto 30655/44 que crea la "Comisión de Servicio Social", cuya función era: "...propulsar la implementación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas..."-.

Pero el mayor auge llegará en el gobierno del General Juan D. Perón, y del más grande médico sanitarista de nuestra historia, el Dr. Ramón Carrillo. El gran médico santiagueño, hacia 1944 dirige el Instituto Nacional de Neurocirugía y crea, organiza y preside la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UBA, con orientación a la medicina social y preventiva. Valorando el aporte de la Historia a todas las ramas de la ciencia, funda la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina.

El flamante gobierno de Perón le ofreció, en 1946, el Ministerio de Educación. Declinó el ofrecimiento, pero propuso la creación del ministerio de Salud Pública, cuyo único antecedente era, a la fecha, el Departamento Nacional de Higiene. Allí fue designado, para luego asumir la secretaría de Salud Pública, el 1° de junio de 1946, al ser creada ésta sobre la base del antiguo Departamento Nacional. Finalmente, al crearse por ley el Ministerio de Salud Pública de la Nación, en 1949, Carrillo se transforma en el primer ministro en la historia de esa cartera. Abrazó la causa de la salud pública con fervor.

Se dieron en ese tiempo transformaciones colosales, que permiten asegurar que casi toda la infraestructura de salud con la que el país cuenta hoy se debe a esa gestión, realizada en conjunto con la Fundación Eva Perón: en sólo ocho años, se construyeron 4229 establecimientos sanitarios en todo el país. Esto amplió la capacidad hospitalaria en 130.180 camas. Jamás antes ni después la salud pública argentina recibió un impulso de esta magnitud.

La tasa de mortalidad infantil disminuyó claramente y la esperanza de vida al nacer aumentó de 61,7 años promedio a 66,5 en menos de una década. En 1947, inaugura el Instituto de Medicina Preventiva y su gestión edita el Plan Analítico de Salud Pública de la Nación. En 1949, publica su obra Política Sanitaria Argentina, considerada –junto con Teoría del Hospital (1953) un tratado consultado en todo el mundo aún hoy. Impulsó y creó la especialización de médicos higienistas, hoy sanitaristas. Innovador, crea en 1948 los centros de salud, e inaugura los primeros 50.

Decía entonces: "El centro sanitario es un conjunto de consultorios polivalentes, con servicio social, visitadoras sanitarias y bioestadística, para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamientos ambulatorios, en tanto que la Ciudad Hospitalaria funciona siempre en correlación con uno o más centros sanitarios". Se erradicó por completo el paludismo y enfermedades como sífilis y tuberculosis disminuyeron a niveles equiparables a países más desarrollados. Los argentinos debemos saber que el Servicio Nacional de Salud Británico, considerado ejemplo de un sistema universal y público, data de 1949. Ya para entonces el Sistema Público de Salud Argentino superaba al británico, tanto en recursos aplicados como en resultados obtenidos.

El Plan Quinquenal establecía que, la salud pública será realizada mediante:

- a) la acción estatal pura;
- b) la cooperación entre la acción estatal y los organismos médico-asistenciales privados, en particular aquellos dependientes de Asociaciones Profesionales;
- c) la acción privada exclusiva.

Con la caída del gobierno peronista, las OSS siguieron la misma suerte de los sindicatos, con los vaivenes de tolerar la "reacción libertadora", volviéndose al sistema de la salud para pocos. En éste período ATSA de Buenos Aires, enfrenta las contrariedades con mayor fuerza y coraje; a fines de la década del '50 y comienzos de la década del '60, firma un convenio de prestaciones con un Sanatorio de Villa Lynch (Pcia. de Bs.As.), e incrementando los servicios de salud para los familiares de los afiliados, habilita mas consultorios y hasta su propia farmacia sindical dentro del mismo edificio de Saavedra 159, Capital.

El alto costo de los Sanatorios estaba vedado a la mayoría de la población, los sindicatos comenzaron a llenar éste vacío e impulsieron la asistencia médica integral, así, a fines de la década del '60 las OSS cubrían 3,5 millones de personas (27% de la población).

En febrero de 1970 con la Ley 18610 se regula el sistema de forma integral, universalizando la cobertura, unificando los aportes y contribuciones, declarando a los empleadores como agentes de retención, y creando el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales).

De éste modo, a comienzos de la década del '70 las OSS cubrían cerca de seis millones de beneficiarios (53 % del total), cubriendo el déficit de la prestación estatal que, con la caída de Perón-Carrillo, sufría las malas políticas por falta de inversión y desidia de los gobiernos postperonistas; lo que quiso subsanar Perón en su tercera presidencia, pero su prematuro fallecimiento impidió.

En épocas del Proceso Militar, naturalmente se persiguió a los Sindicatos y a sus OSS mediante la Ley 22269, que interviene las Obras Sociales y busca destruirlas. Nuestra Obra Social fue intervenida en 1978, planteándose la lucha en el terreno judicial durante casi un año, y en 1979 la Obra Social volvió a ser conducida por sus legítimos dueños, los trabajadores de la Sanidad, sin que pudiera comprobarse ni una sola de todas las supuestas "irregularidades", que originaran la intervención.

El radicalismo en los `80, y el menemismo en los `90, intentaron, de diversas maneras, limitar el alcance de las OSS pero; el hecho de que los gobiernos desde el `55 a hoy, no pudieron o no quisieron volver a la exitosa política estatal sanitaria de los "años felices", hace que las OSS sean, cada vez mas importantes para la prestación de salud integral para los trabajadores y sus familiares, las que se sostienen con los aportes solidarios de los mismos interesados y la contribución de los empleadores, quienes están naturalmente interesados en la salud de sus asalariados.

En conclusión, las Obras Sociales Sindicales y en especial la nuestra OSPSA, es uno de los principales eslabones de esa maravillosa cadena solidaria que conforman nuestra organización sindical, se sustenta con nuestro esfuerzo, y nos garantiza la salud nuestra y de nuestras familias.



DR. RAMÓN CARRILLO

CYMAT – CASOS ESPECIALES

INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

En éste capítulo abordaremos la problemática de nuestras condiciones de trabajo, de nuestro entorno laboral, de las personas con las que trabajamos, de los lugares y herramientas con las que desarrollamos nuestra tarea diaria. Además, haremos una breve referencia a algunos problemas específicos que podrían presentarse en nuestra actividad.

Podemos concluir que, el trabajo es una herramienta que nos permite el sustento y el crecimiento personal, pero con el paso del tiempo y el avance de los conocimientos científicos en el ámbito de la salud, se hace imperioso que el equipo interdisciplinario y en especial el equipo de enfermería, cuiden de su salud en pos de una mejor calidad de vida para, en definitiva, poder cuidar mejor a los demás.

24-CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO (CyMAT)

Se denomina **CyMAT** a todos los “elementos reales que inciden directa o indirectamente en la salud de los trabajadores; constituyen un conjunto que obra en la realidad concreta de la situación laboral”. Estos agentes pueden influir de manera positiva o negativa, tanto en forma individual como colectiva.

Generalmente las **CyMAT** no son tenidas en cuenta en el ámbito empresarial, sin embargo, en toda organización es preciso respetar principalmente la condición humana, ya que ninguna compañía podría ser tal sin la presencia del hombre. En síntesis, hombre, organización, condiciones y medio ambiente de trabajo, producción y productividad están estrechamente relacionados entre sí y conforman un todo en el cual cada uno es un elemento esencial en la interacción con los demás.

Se denomina **CyMAT** a todos los “elementos reales que inciden directa o in/directamente en la salud de los trabajadores; constituyen un conjunto que obra en la realidad concreta de la situación laboral”.

El concepto de **CyMAT**, hoy es entendido a partir de una visión integradora de la relación del hombre con su medio social, físico y cultural y con su calidad de vida en general.

Respecto de las **CyMAT** en nuestra actividad, la Organización Internacional del Trabajo subraya al respecto en el Art.7 del Convenio 149 OIT, acerca de la necesidad de mejorar la legislación existente en materia de Higiene y Seguridad del Trabajo adaptándolas a las características particulares del trabajo del personal de enfermería y del medio en que éste se realiza; y en la Recomendación 157 (sección IX), que se debe recabar la colaboración del personal de enfermería y sus organizaciones representativas para asegurar la aplicación efectiva de aquellas disposiciones.- (ver pág. 49 – lecturas complementarias).-

Al efecto diremos que, nuestra organización sindical madre, FATSA, cuenta con la Secretaría de Higiene, Seguridad y Medicina del Trabajo; y las diferentes ATSA y el SSP cuentan con similares Secretarías, visando que las condiciones de higiene y seguridad de nuestros compañeros sean las adecuadas; lo que muchas veces se hace difícil si no imposible, dada la reticencia de las patronales, a cumplir con dicha normativas.

Es un concepto afincado en muchos empresarios del sector que, las ART son suficientes para el punto, desconociendo que con prevención, formación e información, los resultados tienden a la optimización de las **CyMAT**; por ello es de vital importancia la presión social ejercida en forma conjunta por el Sindicato y el Estado, recayendo en éste último la carga de realizar o permitir realizar, una inspección eficaz en los lugares de trabajo, lo que redundaría en mayor control y mayor prevención.

Para mejorar la calidad de vida en las empresas es necesario brindar a los trabajadores óptimas **CyMAT**; para ello es preciso implementar procesos mediante los cuales:

- + Se analicen las causas del deterioro de las condiciones de trabajo.
- + Buscar las mejores alternativas para propiciar cambios favorables.
- + Implementar los cambios.
- + Hacer un seguimiento del buen desarrollo del plan puesto en marcha.

Las relaciones laborales se deterioran permanentemente lo que provoca en los trabajadores un estado de frustración y abatimiento. Las causas que dan lugar a este problema son las siguientes:

- + Ausencia de estabilidad en el empleo
- + Dureza del esquema orden / obediencia
- + Salarios insuficientes, utilizados como variable de ajuste
- + Jornadas de trabajo agotadoras
- + Herramientas y útiles de trabajo sin mecanismos protectores
- + Ambientes de trabajo in/salubres física/psíquicamente
- + In/existencia de inspecciones policiales
- + Demoras judiciales en resolver los conflictos
- + Deficiente calidad de vida en las ciudades
- + Cansancio o resignación

ADECUACIÓN ERGONÓMICA

La **ergonomía**, es la disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades del trabajador. Derivado del griego "ergon" (trabajo) y "nomos" (ley); pero diremos mas exactamente que es, la ciencia del trabajo. Es un conjunto de técnicas operativas cuyo objeto es adaptar el trabajo a la persona que lo realiza. Es decir, adecuar la labor al ser humano que la ejecuta desde los aspectos:

- + **Fisiológico**: actúa sobre el ambiente de trabajo y la carga física de la tarea.
- + **Psicológico**: actuando sobre la carga mental de la tarea.
- + **Psicosocial**: actuando sobre los aspectos sociales de la actividad laboral.

La **ergonomía**, busca a un mismo tiempo, salvaguardar la seguridad, la salud y el bienestar mientras optimiza la eficiencia y el comportamiento; por cuanto ignorar sus principios llevará indefectiblemente a efectos negativos en los trabajadores (lesiones, enfermedad profesional) y a su vez, al deterioro de productividad y eficiencia laboral.

25-SÍNDROME DEL QUEMADO (BURN OUT)

Causas

La problemática que vive la enfermería en la Argentina ha evolucionado en cuanto a su formación, pero sufre el desconocimiento de la sociedad en cuanto a su capacitación profesional.

La enfermería es una profesión tradicionalmente femenina y en la Argentina tiene una realidad personal y social que se traduce en un alto porcentaje de trabajadoras que son cabeza de familia, analizado por muchos estudios de investigación.

Las características propias de la profesión que se vive a diario con el cuidado a los pacientes enfermos, el sufrimiento, el dolor, el trabajo con gente de diferentes condiciones sociales y la muerte, condiciones laborales que no todas las veces son las adecuadas para la atención del paciente; todas estas situaciones estresantes producen un desgaste personal y profesional, llamado **Síndrome de Cansancio Emocional o Síndrome del quemado (Burn Out)**.

Este síndrome tiene varias denominaciones a nivel internacional y los estudios bibliográficos coincide en sus síntomas. En los Estados Unidos se comienza a estudiar a partir de 1969, existiendo al respecto un nutrido material bibliográfico.

El síndrome burnout suele deberse a múltiples causas, y se origina principalmente en las profesiones de alto contacto con personas, con horarios de trabajo excesivos. Se ha encontrado en múltiples investigaciones que el síndrome ataca especialmente cuando el trabajo supera las ocho horas diarias, cuando no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo y cuando la remuneración económica es inadecuada. El desgaste ocupacional también sucede por las inconformidades con los compañeros y superiores cuando lo tratan de manera incorrecta, esto depende de tener un pésimo clima laboral donde se encuentran áreas de trabajo en donde las condiciones de trabajo son inhumanas. Especialmente en nuestra actividad, el hecho de estar en contacto permanente con la enfermedad, el sufrimiento, el dolor, el malhumor de pacientes y parientes, la muerte, etc., hace que los trabajadores de la salud, sean uno de los sectores más afectados por éste mal.-

El síndrome del quemado se define como una fatiga física y mental crónica o prolongada, producida en las personas ante la exposición continuada a una situación estresante, por lo que su padecimiento cada vez es más habitual en las empresas. Afecta especialmente a los trabajadores que se encuentran en *contacto directo con los pacientes o que tienen jornadas laborales largas e intensas*. Debido a que esta carga de estrés se puede **somatizar**, cada vez se producen más bajas laborales al reconocerse el síndrome mediante los padecimientos físicos de los afectados. Esto puede llegar en forma de *taquicardias, dolores musculares, problemas de sueño, impotencia sexual, palpitaciones, trastornos digestivos*, etc... Además de afectar a la mente de los empleados.

Un empleado quemado es menos productivo y se siente menos vinculado a los objetivos de la organización, por lo que crear un entorno de trabajo saludable siempre es positivo para todas las partes. No obstante, cada persona posee ciertas características individuales que nos hacen más o menos propensos a padecer el síndrome bajo las mismas circunstancias.

Una de las herramientas más conocidas para descubrir este padecimiento es el "Maslach burnout inventory"(MBO), que estudia el problema desde tres factores diferentes: realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, que se reparten en 22 ítems que deben ser informados por el sujeto e interpretados por un psicólogo o personal especializado.

Diferencias entre Burnout y estrés laboral

En ocasiones se confunden ambos extremos, pero hay algunas diferencias básicas, pues mientras el empleado estresado se siente demasiado vinculado a los problemas que lo originan; el empleado quemado tiende a todo lo contrario e intenta separarse de ellos en lo posible. Por otro lado, una persona estresada siente una aceleración general de su ritmo de trabajo mientras que una persona con el síndrome Burnout se siente "espesa" y lenta en sus labores.

El estrés es un acto natural que nos ayuda a estar alerta, por lo que en una medida adecuada puede servirnos de impulso, pero el síndrome del trabajador quemado solo nos impulsa hacia abajo. El estrés nos habría terminado "quemando".

En cualquier caso, hablamos de un trastorno difícil de medir por un simple observador, por lo que debe ser diagnosticado por una persona cualificada.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoció en 2001 que el síndrome Burnout es un efecto crónico del estrés laboral y que puede tener consecuencias similares a otros trastornos mentales.

¿Cómo evitar el síndrome Burnout?

Ya hemos visto que el entorno laboral es fundamental, pese a que existen algunas características individuales que pueden influir de forma notable. El primer paso para minimizar la aparición de esta patología pasa por realizar una identificación de riesgos psicosociales, dentro del plan de prevención de riesgos laborales de la organización. Así descubriremos qué factores representan una mayor carga de estrés, para poder mejorar los procesos que tienen lugar en él, adaptar los horarios o introducir una mayor variedad de tareas, según convenga.

Por otro lado, es positivo mejorar la comunicación interna para que los empleados se sientan parte de la organización, analizar las competencias, mejorar la formación, crear incentivos, aumentar el grado de autonomía, fomentar el trabajo en equipo, etc.

Hay tres campos de batalla que están abiertos para luchar contra esta patología y dónde hay que hacer más esfuerzos, dada la imposibilidad de hacer desaparecer el estrés y el burnout de las empresas:

*Crear sistemas de incentivos;

*Reconocer el trabajo de los empleados;

*Crear itinerarios para carreras profesionales, adecuación de horarios y turnos, variedad en las tareas, crear políticas de conciliación familiar...

VIOLENCIA EN EL TRABAJO

La Violencia Laboral es toda conducta abusiva, (gestos, palabra, comportamiento y actitudes) que atenta por su acción o sistematización, contra la dignidad o la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo en el que desarrolla sus tareas. Es un fenómeno sociocultural que se manifiesta en los ámbitos laborales, y que en la actualidad ha tomado importancia tanto por la violencia laboral en si, como por la figura del acoso sexual y moral.

26A-ACOSO LABORAL (MOBBING)

El acoso laboral o acoso moral en el trabajo, conocido con frecuencia a través del término inglés mobbing ("asediar, acosar, acorralar en grupo"), es tanto la acción de un hostigador u hostigadores conducente a producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador afectado hacia su trabajo, como el efecto o la enfermedad que produce en el trabajador. Esta persona o grupo de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles dentro del ámbito laboral. La incidencia poblacional del acoso laboral se calcula que se encuentra entre el 10 y el 15 % del total de los trabajadores en actividad.

Podemos definir al Acoso Laboral o Mobbing como: **SON AQUELLAS CONDUCTAS QUE IMPLIQUEN HOSTIGAMIENTO, VIOLENCIA PSICOLÓGICA, HOSTILIDAD, MALTRATO, ASIGNACIÓN DE OBJETIVOS IMPOSIBLES, SOBRECARGA SELECTIVA DE LA VÍCTIMA, AMENAZAS, MODIFICACIÓN ARBITRARIA DE LAS CONDICIONES LABORALES, DIFAMACIÓN, RIDICULIZACIÓN, ETC.-**

Características del Mobbing

- +Gritar, avasallar o insultar a la víctima cuando está sola o en presencia de otras personas.
- +Asignarle objetivos o proyectos con plazos que se saben inalcanzables o imposibles de cumplir, y tareas que son manifiestamente inacabables en ese tiempo.
- +Sobrecargar selectivamente a la víctima con mucho trabajo.
- +Amenazar de manera continuada a la víctima o coaccionarla.

- +Quitarle áreas de responsabilidad clave, ofreciéndole a cambio tareas rutinarias, sin interés o incluso ningún trabajo que realizar («hasta que se aburra y se vaya»).
- +Modificar sin decir nada al trabajador las atribuciones o responsabilidades de su puesto de trabajo.
- +Tratarle de una manera diferente o discriminatoria, usar medidas exclusivas contra él, con vistas a estigmatizarlo ante otros compañeros o jefes (excluirle, discriminarle, tratar su caso de forma diferente).
- +Ignorarlo (hacerle el vacío) o excluirle, hablando sólo a una tercera persona presente, simulando su no existencia («ninguneándolo») o su no presencia física en la oficina, o en las reuniones a las que asiste («como si fuese invisible»).
- +Retener información crucial para su trabajo o manipularla para inducirle a error en su desempeño laboral, y acusarle después de negligencia o faltas profesionales.
- +Difamar a la víctima, extendiendo por la empresa u organización rumores maliciosos o calumniosos que menoscaban su reputación, su imagen o su profesionalidad.
- +Infravalorar o no valorar en absoluto el esfuerzo realizado por la víctima, negándose a evaluar periódicamente su trabajo.
- +Bloquear el desarrollo o la carrera profesional, limitando retrasando o entorpeciendo el acceso a promociones, cursos o seminarios de capacitación.
- +Ignorar los éxitos profesionales o atribuirlos maliciosamente a otras personas o a elementos ajenos a él, como la casualidad, la suerte, la situación del mercado, etc.
- +Criticar continuamente su trabajo, sus ideas, propuestas, soluciones, etc.
- +Monitorizar o controlar malintencionadamente su trabajo con vistas a atacarle o a encontrarle faltas o formas de acusarle de algo.
- +Castigar duramente o impedir cualquier toma de decisión o iniciativa personal en el marco de sus responsabilidades y atribuciones.
- +Bloquear administrativamente a la persona, no dándole traslado, extraviando, retrasando, alterando o manipulando documentos o resoluciones que le afectan.
- +Ridiculizar su trabajo, sus ideas o los resultados obtenidos ante los demás trabajadores, caricaturizándolo o parodiándolo.
- +Invadir la privacidad del acosado interviniendo su correo, su teléfono, revisando sus documentos, armarios, cajones, etc.
- +Robar, destruir o sustraer elementos clave para su trabajo.
- +Atacar sus convicciones personales, ideología o religión.
- +Animar a otros compañeros a participar en cualquiera de las acciones anteriores mediante la persuasión, la coacción o el abuso de autoridad.

Consecuencias psicológicas y laborales del acoso

- * Lento deterioro de la confianza en sí misma y en sus capacidades profesionales por parte de la víctima.
- * Proceso de desvaloración personal.
- * Desarrollo de la culpabilidad en la víctima (la propia familia suele cuestionarla sobre su comportamiento).
- * Creencia de haber cometido verdaderamente errores, fallos o incumplimientos.
- * Somatización del conflicto: enfermedades físicas.

- * Insomnio, ansiedad, estrés, angustia, irritabilidad, fatiga, hipervigilancia, cambios de personalidad, problemas de pareja, depresión.
- * Inseguridad emocional, torpeza, indecisión, conflictos con otras personas e incluso familiares.
- * Mella en la autoestima.
- * Trastorno por estrés agudo.
- * Bajas laborales que el acosador suele aprovechar contra el trabajador.
- * Agresividad y retraimiento de la víctima con familia y amigos, etc.-

26B-ACOSO SEXUAL EN EL TRABAJO

El acoso de naturaleza sexual incluye una serie de agresiones desde molestias a abusos serios al respecto. Ocurre típicamente en el lugar de trabajo u otros ambientes donde poner objeciones o rechazar puede tener consecuencias negativas.

El término "**acoso sexual**" es acuñado en la Universidad Cornell, en 1974. El acoso considerado como típico es el tacto indeseado entre compañeros de trabajos, pero además engloba los comentarios lascivos, discusiones sobre superioridad de sexo, las bromas sexuales, los favores sexuales para conseguir otro estatus laboral, etc.

Podemos definir al acoso sexual como insinuaciones sexuales indeseadas, solicitudes de favores sexuales, u otra conducta física o verbal de naturaleza sexual cuando:

1. su cumplimiento se hace de manera explícita o implícita en términos o como condición para obtener el empleo.
2. su cumplimiento o la negación de su cumplimiento por un individuo es la base para tomar decisiones que afecten el empleo de dicho individuo, o
3. tales conductas tienen el propósito o efecto de interferir sin razón, en la eficiencia del trabajo de un individuo; o creando un ambiente de trabajo intimidatorio, hostil y ofensivo.

Por cuanto podemos definir al Acoso Sexual como **AQUELLAS INSINUACIONES SEXUALES INDESEADAS CUYO CUMPLIMIENTO ES CONDICIÓN PARA OBTENER UN EMPLEO, AFECTA SU NORMAL DESARROLLO; MODIFICA O INTERFIERE EN SU ACTIVIDAD, ÁMBITO LABORAL, ETC.**

27-ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD

Desde la antigüedad, Plinio el Viejo (siglo I) y Galeno (siglo II) mostraban preocupación por los trabajadores curtidores y químicos y los efectos nocivos que producía en ellos el plomo; Paracelso (siglo XVI) identificó enfermedades pulmonares producidas por tóxicos, y el italiano Rammazzini (siglo XVII) escribió en el 1700 "Sobre las enfermedades de los artesanos", considerado el génesis de la medicina social como ciencia. Los médicos a través de la historia se han dedicado a estudiar e investigar las actividades laborales con el fin de curar las enfermedades, como lo hicieron los médicos griegos en la antigüedad, sin embargo no fue sino hasta mediados del siglo XX cuando se empezó a hablar de Medicina del Trabajo, entendiéndose como enfermedades profesionales las contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por la actividad que desarrollaba cada persona en su oficio o profesión.

Entre las enfermedades propias de la profesión de la enfermería citaremos:

Sistema osteomioarticular: Sacrolumbalgias - Várices periféricas - Hemorroides - Dorsolumbalgias - Operados de hernia discal - Artropatías - Esguince - Fracturas - Sinovitis - Ciatalgia - Pie plano doloroso - Osteocondritis - Tendinitis -

Trastornos circulatorios: Linfangitis - Várices periféricas - Hemorroides.-

Trastornos nerviosos: Neurosis depresiva - Reacción situacional.-

Enfermedades crónicas no transmisibles: Hipertensión arterial (HTA) - Cardiopatías - Diabetes mellitas - Lupus eritematosos sistémico - Híper e hipotiroidismo - Asma bronquial.-

Enfermedades infecciosas agudas: Hepatitis A - Sepsis urinaria - Infecciones respiratorias agudas - Conjuntivitis - Dermatitis - Endometritis.-

Otros: Embarazos - Hipermetropía - Operados - Parálisis facial - Litiasis - Distribución de certificados médicos según afección - Distribución de personal enfermo según su cargo - Distribución de certificados médicos por servicios.-

El personal de enfermería en el ámbito hospitalario e institucional, en tanto grupo laboral, representa el 60 % de la actividad; sus condiciones laborales de continuidad en los servicios, las 24 horas de los 365 días del año, hacen de la profesión un grupo con características especiales.

Por lo tanto las enfermedades, en muchos casos son propias del género femenino, propias del trabajo específico, como las que afectan a las dolencias esqueléticas por las malas posturas.

Organizaciones internacionales como la OIT y la OMS, están preocupadas por la precarización del trabajo y sus efectos en la salud de quienes lo ejercen, ya que consideran esencial el trabajo de las enfermeras; la OIT se expidió al respecto en 1977 (como ya vimos, el Convenio 149 y su Recomendación sobre condiciones de vida y de trabajo de la actividad). Por su parte la OMS, lo hizo en la Asamblea Mundial realizada en 1992 (Resolución WHA 4227), donde recomienda el fortalecimiento de los profesionales de la Enfermería.

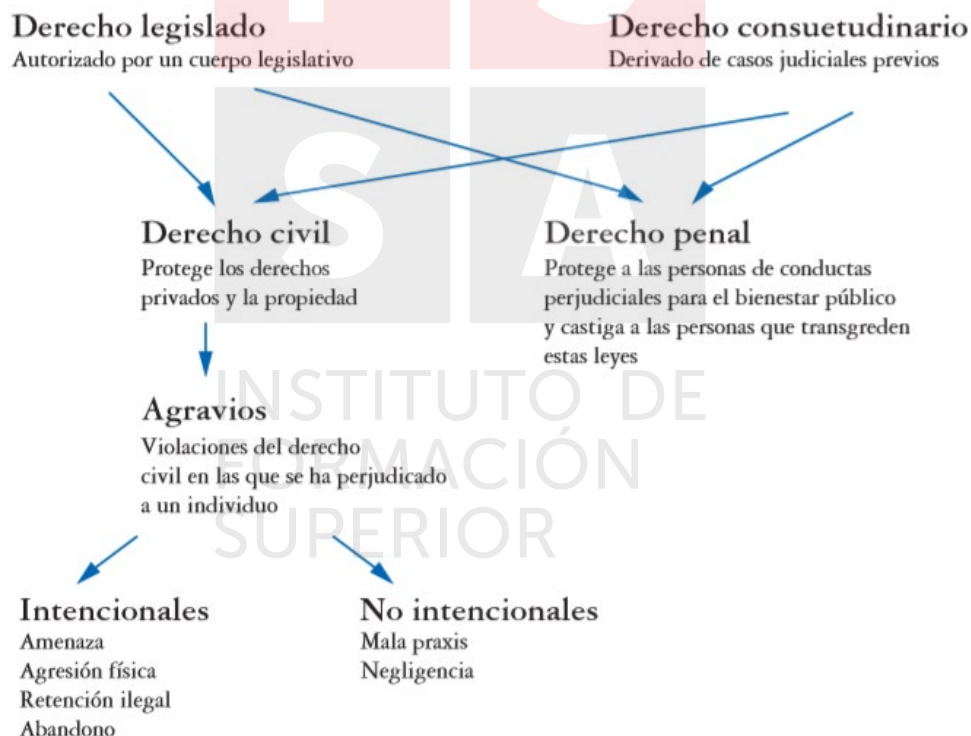
Aspectos legales de la enfermería de salud mental

Aunque los principios éticos de la asistencia de enfermería protegen los derechos de los pacientes, el derecho protege las necesidades de la sociedad. El contexto legal de la asistencia afecta a los derechos de los pacientes y la calidad de la asistencia que reciben. Los derechos civiles, penales y de los consumidores de los pacientes se han expresado y ampliado mediante leyes. Algunas leyes que afectan a los enfermos mentales son federales; otras han sido aprobadas por los estados y varían de unos estados a otros. Los profesionales de enfermería deben conocer las leyes del estado en el que ejercen.

Tipos de derecho

Dos tipos de leyes se aplican muy directamente a los profesionales de enfermería. Son el derecho legislado, que es el derecho que ha sido aprobado por un cuerpo legislativo, y el derecho consuetudinario, que procede de las decisiones previas de tribunales. Tanto el derecho legislado como el derecho consuetudinario tienen componente civil y penal. El derecho civil protege los derechos privados y sobre la propiedad. Los agravios son las violaciones del derecho civil mediante las cuales se ha perjudicado a un individuo. La mala praxis es un agravio. El derecho penal protege a las personas de conductas perjudiciales para el bienestar público y castiga a las personas que violan estas leyes.

El cuadro muestra las relaciones entre los tipos de derecho en relación con la práctica de la enfermería



Leyes de la práctica de la enfermería

Las definiciones legales y el ámbito de la práctica de los diplomados en enfermería están en las leyes de la práctica de la enfermería de cada estado. Son leyes legisladas (promulgadas por los cuerpos legislativos estatales). Es importante que los profesionales de enfermería conozcan la magnitud de sus responsabilidades cuando ejerzan la enfermería en su estado. Las leyes varían de unos estados a otros. Habitualmente incluyen:

- Las definiciones de la enfermería y los diversos tipos de profesionales de enfermería
- Los requisitos para la formación de cada tipo de profesional de enfermería
- Las condiciones para la revocación de una autorización
- Una declaración sobre la agencia estatal que tiene jurisdicción sobre los profesionales de enfermería

Responsabilidad del personal de enfermería en la documentación

En la enfermería de salud mental hay algunos aspectos especiales relacionados con la documentación. El primero es la documentación de la administración de los fármacos. Cuando un profesional de enfermería decide administrar un fármaco psicotrópico (un fármaco que afecta a la mente) que está prescrito para su uso a demanda, es importante documentar la situación y los hallazgos de la valoración que llevaron a la decisión de administrar el fármaco. Esta documentación debe incluir la conducta del paciente (incluyendo declaraciones verbales) y las alternativas terapéuticas menos restrictivas que se han intentado antes de administrar el fármaco (como hablar con el paciente o redirigir al paciente a su habitación para que tenga un entorno menos estimulante). Se debe documentar la respuesta del paciente a todos los fármacos prescritos para su uso a demanda.

El profesional de enfermería también es responsable de evaluar la respuesta del paciente a los fármacos habituales. Se deben documentar con frecuencia los síntomas del paciente y la respuesta del paciente al tratamiento. También se deben documentar los efectos adversos y las reacciones medicamentosas adversas del paciente. En el contexto de salud mental, los pacientes con frecuencia tienen dificultad para explicar al médico los efectos adversos. Por tanto, es especialmente importante que el profesional de enfermería evalúe y documente estos efectos, para mejorar la calidad del tratamiento farmacológico.

Los profesionales de enfermería deben prestar una atención especial a los pacientes con riesgo de suicidio. Estos pacientes precisan una evaluación frecuente del estado mental. Estas evaluaciones se deben documentar con cuidado para detectar cambios de la situación que podrían indicar una tendencia hacia un aumento del riesgo.

En el contexto de la asistencia de salud mental la conducta del paciente es especialmente importante. La conducta indica la gravedad de la enfermedad del paciente y su respuesta al tratamiento. El profesional de enfermería debe describir la conducta de forma clara, concisa y específica, sin realizar juicios. Por ejemplo, es incorrecto reseñar: «el paciente es grosero y poco razonable». Sería adecuado reseñar: «al paciente se le ofreció el zumo y lo rechazó. Estaba paseando y gritando y se le pidió que fuera a su habitación. Afirmó: "los demonios me persiguen"».

La documentación de enfermería en el contexto de la salud mental y en los demás contextos debe ser:

- Clara
- Concisa (completa pero sencilla)
- Exacta
- Específica
- Descriptiva
- Legible (la caligrafía es un aspecto de la comunicación)

Mala praxis es la incapacidad de un profesional para actuar de acuerdo con las normas de calidad profesionales aceptadas, o la incapacidad para actuar como lo haría un miembro razonable de la profesión. Para que exista mala praxis en la enfermería deben estar presentes todas las situaciones siguientes:

- El profesional de enfermería debe tener un deber con el paciente, que se establece porque la persona es un paciente en un centro asistencial en el que trabaja el profesional de enfermería.
- Debe haber un incumplimiento del deber. No se sigue una norma de calidad de la asistencia.
- Previsibilidad. La lesión del paciente debe ser una expectativa razonable en las circunstancias de la acción del profesional de enfermería.
- Lesión. El paciente debe sufrir una lesión o un daño.
- Causalidad. La lesión del paciente debe estar producida por el incumplimiento del deber del profesional de enfermería.

La mejor forma en la que los profesionales de enfermería pueden evitar la mala praxis es conocer las normas asistenciales y el ámbito de la práctica de la enfermería en los estados en que trabajan, y cumplir esas normas. Las políticas y procedimientos institucionales también son normas de calidad para la práctica clínica. El profesional de enfermería también debe mantener un conocimiento actualizado en el campo de la enfermería, debe llevar registros exactos y completos y debe mantener la confidencialidad del paciente. Finalmente, y lo que es más importante, el profesional de enfermería debe poner por delante el bienestar del paciente y desarrollar una relación profesional de enfermería-paciente basada en la confianza.

Impericia, Imprudencia y Negligencia

Los aspectos legales de enfermería consisten en las obligaciones que tienen los profesionales de enfermería de responder por las acciones u omisiones que dentro de la práctica de enfermería, ocasionen un daño al enfermo a su vida o a su salud; a los bienes de la Institución; o bien incumplan con las funciones inherentes al cargo que desempeñan derivadas de la relación laboral, por haber actuado con negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de los Reglamentos, u omisión.

NEGLIGENCIA

Consiste en dejar de hacer lo que es un deber dentro de la práctica de enfermería. Ejemplo : Incumplimiento de ordenes médicas, error en la administración de medicamentos, acciones de enfermería que ocasione perjuicios al enfermo, delegación al personal auxiliar de enfermería en la administración de medicamentos y sustancias como psicotrópicas, incumplimiento de las medidas de seguridad que traigan como consecuencias caídas, quemaduras y cualquier tipo de lesión que produzca en el paciente incapacidad o la muerte, delegar en los estudiantes de enfermería actividades que son competencias del profesional de enfermería o sin la debida vigilancia de éstos y sin la presencia del docente.

Las consecuencias más grave de estas actuaciones pudieran ser las lesiones y el homicidio culposo tipificados en el Código Penal.

De lo expuesto se deduce que las actuaciones señaladas (Negligentes) se pueden evitar si los profesionales de enfermería tienen información que las mismas configuran un delito culposo, o un hecho ilícito con la aplicación de sanciones legales para quienes resulten culpables.

La mayor parte de los errores y accidentes son previsibles.

Algunos son tan leves que los enfermos nunca se enteran. Otros sin embargo pueden causar lesiones que producen dolor, desfiguración, hospitalización, rehabilitación prolongada o todo lo anterior y hasta la muerte. Si se demuestra Negligencia o práctica equivocada la enfermera (o) puede ser legalmente responsable por un acto de omisión.

De acuerdo a lo expuesto, existen dos elementos que deben ser relevantes: Las omisiones pueden traer consecuencias lamentables para el enfermo y molestias severas que pudieran haberse prevenido. Y la responsabilidad legal a que debe enfrentarse un profesional de enfermería que incurra en omisión; en consecuencia una conducta diligente y previsiva es el Principio fundamental para evitar verse involucrado en la Figura de la Negligencia.

IMPRUDENCIA

Consiste en la realización de una actuación que excede la competencia de enfermería, basada en la confianza de práctica profesional relacionada con el enfermo. Generalmente la Imprudencia se fundamenta en exceso de confianza de la enfermera (o) derivado a la rutina en el desempeño laboral.

La figura jurídica de imprudencia y negligencia, se encuentran asociadas a una conducta no previsiva y a la falta del deber del cuidado del enfermo.

Existe imprudencia cuando un profesional de enfermería, asume la responsabilidad de realizar una actuación reservada al médico, basándose para ello en la experiencia profesional sin tener en cuenta los riesgos que tales actuaciones implican, debido a las complicaciones intrínsecas del acto o procedimiento que se pretende realizar.

En este sentido es conveniente recordar que en la práctica de enfermería, los actos considerados como médicos que realiza con frecuencia la enfermera (O) son :

- La extracción de muestras de sangre arterial; el profesional de enfermería, realiza con frecuencia en las Unidades críticas, en Emergencia.
- Administración de medicamentos por indicación médica verbal. Esto es frecuente en las prácticas de los profesionales de enfermería: Ejemplo analgésicos.
- Administración de nebulizaciones a enfermos con problemas respiratorios sin la orden médica.
- Colocación de yesos por lesiones traumatológicas y emisión de criterios a los familiares sobre la procedencia o no de ser evaluado por el médico de guardia.

Es conveniente señalar que ante la ocurrencia de cualquiera de estos hechos y la aparición de una situación Legal y Ética el profesional de enfermería deberá justificar las causas que ocurrieron para que asumiera esa conducta imprudente al ejercer acciones que exceden su competencia profesional.

IMPERICIA.

Consiste en no aplicar los conocimientos teóricos y prácticos a las actuaciones realizadas dentro de la práctica de enfermería. La impericia adquiere mayor relevancia por el desconocimiento de principios teóricos y prácticas que pueden ocasionar un daño o perjuicio grave (incapacidad parcial o permanente, pérdida de un miembro y hasta la muerte) al usuario.

Las actuaciones que con mayor frecuencia se pueden presentar por Impericia son :

- Administración de medicamentos sin la correcta dilución o por una vía incorrecta a la indicada.
- Administración de una solución al 10 % (o dextrosa) a un enfermo diabético.
- Administración de bicarbonato de sodio directamente por vía endovenosa.
- Acceder durante una intervención quirúrgica a instrumentar sin circulante, por lo que desconoce el Reglamento de Quirófano.

De lo expuesto se deduce que los Profesionales de Enfermería deben conocer los Principios fundamentales y las Leyes que rigen la profesión, a fin de garantizar el 100% de seguridad en sus acciones, prácticas y el cuidado integral a sus enfermos.

INOBSERVANCIA DE LOS REGLAMENTOS, ÓRDENES O INSTRUCCIONES

Consiste en la ignorancia o desconocimiento de normas que rigen una determinada conducta dentro de la práctica de enfermería a la institución, o que se incurra en incumplimiento de los deberes de la relación laboral, o se produzca un daño al paciente.

OMISIÓN

Consiste en no realizar una actuación oportuna en caso de emergencia para evitar u daño mayor, por no ser competencia de la práctica de enfermería.

En la práctica de enfermería es muy complejo determinar jurídicamente la existencia de una conducta omisiva, si el profesional de enfermería realiza un acto que exceda de su competencia y se produce un daño podría incurrir en una conducta imprudente, pero si omite realizar el procedimiento y esa conducta omisiva desencadena una lesión o la muerte al enfermo, podría ser acusado por omisión.

Es relevante señalar que las figuras o supuestos jurídicos son disposiciones legales específicas que se aplican a conductas culposas (supuestos hechos) que requieren de comprobación de la culpa y de la responsabilidad de los involucrados y terminan con una imposición de una sanción (dependiendo de la gravedad del caso) CIVIL, PENAL ADMINISTRATIVA.

Derechos legales de los pacientes de salud mental

Los pacientes con enfermedades mentales son vulnerables al maltrato y al tratamiento erróneo.

DERECHOS CIVILES

Los pacientes que ingresan voluntariamente para recibir tratamiento relacionado con su salud mental conservan todos sus derechos civiles. Los pacientes tienen derecho a votar, ocupar cargos, realizar negocios ser los titulares de autorizaciones y ejercer sus profesiones. Los estados pueden recortar los derechos de los pacientes que ingresan de forma involuntaria. En algunos estados, los pacientes que ingresan de forma voluntaria conservan todos sus derechos civiles, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.

Derecho a la alternativa terapéutica menos restrictiva

Como se afirma en la Declaración de derechos de los pacientes con enfermedad mental, los pacientes tienen derecho a la alternativa menos restrictiva (tratamiento que restringe lo menos posible su libertad personal). Los contextos terapéuticos incluyen consultas ambulatorias de la comunidad, hogares de asistencia temporales, servicios auxiliares de apoyo familiar, programas de tratamiento de día, asistencia domiciliaria y diversos niveles de asistencia intrahospitalaria. En el contexto intrahospitalario las decisiones terapéuticas deben tener en consideración la alternativa menos restrictiva. Cuando los pacientes se comportan de forma violenta, uno de los aspectos en los que se plantea esta alternativa es si aplicar sujeciones, aislar o administrar fármacos a un paciente de forma involuntaria.

Sujeciones y aislamiento

En psiquiatría «sujeciones» se refiere a dispositivos de sujeción seguros, de cuero o de otro tipo, que se aplican a las cuatro extremidades y alrededor del cuerpo del paciente para evitar que el paciente se lesione o que lesione a los demás.

Los pacientes en instituciones psiquiátricas han resultado lesionados o incluso han muerto por las sujeciones. Nunca se deben utilizar las sujeciones por comodidad del personal ni para castigar al paciente. Se deben intentar otras alternativas menos restrictivas para reducir la agitación del paciente antes de plantearse las sujeciones. Los abordajes menos restrictivos incluyen redirigir al paciente a su habitación o lejos de una situación estresante, hablar con el paciente e intervenir con fármacos.

En psiquiatría, aislamiento significa que se confina al paciente para que esté solo en una habitación. La sala de aislamiento habitualmente sólo está dotada de una cama o un colchón por motivos de seguridad. El aislamiento es un tipo de sujeción.

Las sujeciones y el aislamiento se deben aplicar por orden del médico, excepto en situaciones de urgencia. Incluso en una urgencia se debe consultar con el médico, que debe prescribir la sujeción lo antes posible. La aplicación de sujeciones puede ser una experiencia estresante, aterradora y que genera impotencia. Los pacientes que han experimentado el control con sujeciones de cuero referían haberse sentidos vulnerables, impotentes, forzados y deshumanizados. En un estudio sobre las experiencias de los pacientes con sujeciones en situaciones de urgencia psiquiátrica se preguntó a los pacientes cómo preferirían que se les tratara si no pudieran controlar su conducta.

La inmensa mayoría (aproximadamente el 70%) dijo que preferiría ser tratado con fármacos, algunos prefirieron el aislamiento (aproximadamente el 20%) y pocos prefirieron las sujeciones (aproximadamente el 10%). Actualmente se tiende a utilizar las sujeciones con menos frecuencia que en el pasado. Se espera que los centros sanitarios eviten o minimicen el uso de sujeciones. Cuando el paciente haya recuperado la compostura, la explicación de la necesidad de la sujeción en relación con el tratamiento de la conducta y no como castigo puede ayudar al paciente a comprender mejor la situación. Hablar con los pacientes posteriormente en relación con sus sentimientos puede ayudar a reducir las consecuencias psicológicas del aislamiento.

Algunos centros psiquiátricos se están convirtiendo en entornos «sin sujeciones» con el objetivo de proteger a los pacientes del trauma que suponen. Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con las políticas de sujeciones de las instituciones en las que trabajan. Se debe documentar cuidadosamente la conducta del paciente y los intentos del profesional de enfermería de aplicar alternativas menos restrictivas a las sujeciones. Se debe evaluar a los pacientes cada 15 minutos mientras estén sujetos.

Competencia

La competencia es la valoración legal de que una persona es capaz de realizar juicios y de tomar decisiones razonables. Se considera que una persona que desde el punto de vista cognitivo es capaz de comprender la información que se le da en el proceso de consentimiento es competente con la finalidad de la asistencia médica. La competencia es un concepto importante porque es la base de los derechos legales de los pacientes con enfermedades mentales. Un veredicto de competencia determina si una persona es o no capaz de tomar decisiones informadas para consentir o rechazar un tratamiento. Se asume que los pacientes que ingresan de forma voluntaria en un centro psiquiátrico son competentes y, por tanto, mantienen sus derechos civiles. La incompetencia debe ser determinada por un tribunal. Se refiere a la imposibilidad de realizar juicios y de ser responsable de las propias decisiones. La declaración de incompetencia por un tribunal priva a la persona de algunos derechos, como el voto, la participación en contratos y la conducción. La competencia para ser juzgado es un problema diferente. Esta evaluación determina si la persona es capaz de comprender el significado y las consecuencias de sus acciones, de si esta persona entiende lo que está bien y lo que está mal y si la persona puede ayudar a un abogado en su defensa.

DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los pacientes tienen derecho a la no aplicación de tratamientos potencialmente peligrosos salvo que den su consentimiento informado. Consentimiento informado significa que el médico ha explicado el tratamiento en palabras que comprende por completo el paciente (incluyendo los posibles resultados y la probable evolución sin tratamiento) y que el paciente está de acuerdo y permite el tratamiento. Los pacientes también pueden cambiar de opinión e interrumpir un tratamiento que ya se ha iniciado. Antes de dar su consentimiento al tratamiento, el paciente debe comprender:

- El diagnóstico
- La descripción y la finalidad del tratamiento propuesto

- Los riesgos y beneficios del tratamiento
- Las alternativas a este tratamiento (incluyendo no hacer nada) y sus riesgos y beneficios

El médico tiene la responsabilidad de dar al paciente información para tomar las decisiones terapéuticas. Los profesionales de enfermería pueden actuar como testigos de la firma del paciente en un impreso de consentimiento. Pueden ayudar a responder las preguntas del paciente. Sin embargo, el propio consentimiento informado es responsabilidad del médico.

La mayoría de los pacientes con enfermedad mental es competente y es capaz de dar su consentimiento informado, aunque los que tienen síntomas mentales graves pueden carecer de la capacidad cognitiva de comprender el consentimiento. Si se ha considerado que el paciente es incompetente desde el punto de vista mental, el tutor legal puede dar el consentimiento para el tratamiento. Si el paciente tiene síntomas graves (como psicosis) y no es capaz de comprender el tratamiento pero no tiene tutor, se puede consultar con el familiar más próximo del paciente. También es posible que el médico solicite al tribunal que nombre un tutor.

DERECHO A RECHAZAR EL TRATAMIENTO

Los pacientes tienen derecho a retirar el consentimiento y a rechazar el tratamiento aunque el médico piense que el tratamiento redundará en beneficio del paciente. Un profesional de enfermería puede ser acusado de agresión física por tocar a un paciente en el proceso de un tratamiento que ha sido rechazado por el paciente. La amenaza de aplicar un tratamiento de forma forzosa puede constituir un delito de amenazas.

Un aspecto importante del derecho a rechazar el tratamiento es el rechazo del tratamiento farmacológico. Esta es un área controvertida. En ocasiones el paciente no quiere tomar los fármacos, aunque la enfermedad del paciente hace que no pueda comprender la necesidad del tratamiento. A esto se debe añadir el hecho de que el paciente se puede agitar y puede volverse violento cuando no toma el tratamiento. El resultado es una situación en la que los derechos del paciente (autonomía) entran en conflicto con los derechos de los demás (derecho a la seguridad). En último término, los pacientes competentes que ingresan voluntariamente o involuntariamente tienen derecho a rechazar los tratamientos medicamentosos.

Cuando se produce una urgencia y el paciente es un peligro para sí mismo o para los demás se puede medicar al paciente contra su voluntad si se utiliza el juicio profesional y se siguen las directrices correspondientes al proceso. Una relación profesional de enfermería-paciente de confianza puede reducir la probabilidad de que sea necesaria la administración forzada de los fármacos.

DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Los profesionales de enfermería son responsables de proteger el derecho a la confidencialidad de los pacientes (límites de acceso a la información sobre un paciente). Incluso el hecho de que una persona es un paciente en un centro sanitario de salud mental es confidencial. El estigma de la enfermedad mental es tal que el conocimiento del ingreso hospitalario de una persona puede afectar al empleo o a la situación profesional del individuo. Los pacientes deben poder confiar en que la información sobre los diagnósticos y el tratamiento quedará entre las personas que la necesitan con fines terapéuticos.

La figura ilustra un «círculo de confidencialidad» de un paciente. Sólo quienes están en el círculo interior de confidencialidad pueden tener acceso a la información terapéutica sobre el paciente sin el consentimiento por escrito del mismo.

Hay algunas excepciones a la regla de confidencialidad. La más notable se refiere a los pacientes que caen en la regla de Tarasoff.

En el caso Tarasoff, un paciente informó a su psicólogo de que tenía previsto matar a una mujer joven. El psicólogo informó a la policía, pero ni la policía ni el psicólogo informaron a la mujer, que posteriormente fue asesinada por el paciente. Sus padres demandaron con éxito al psicólogo y a otras personas por no haberles informado. La regla de Tarasoff, o deber de advertir de Tarasoff, exige que los profesionales sanitarios

evalúen el potencial violento de sus pacientes, y si las víctimas específicas están en peligro inminente, que adopten alguna forma de acción protectora.

Otras situaciones en las que un profesional de enfermería puede dar información sobre el paciente a un tercero sin el consentimiento del paciente son situaciones de emergencia para la asistencia del paciente, solicitudes de información ordenadas por un tribunal, procedimientos por maltrato infantil, procedimientos relacionados con ingresos no voluntarios e informes exigidos por ley (como enfermedades transmisibles, maltrato infantil o heridas por arma de fuego).

DERECHO A CONSERVAR LAS PERTENENCIAS PERSONALES

Las personas que están en un hospital, una residencia de ancianos, un hogar de asistencia temporal u otro centro sanitario mantienen el derecho a conservar sus pertenencias personales. Se pueden guardar en un lugar seguro algunos objetos que planteen problemas de seguridad (como armas de fuego, cuchillos, tijeras, botellas de vidrio o encendedores) hasta el alta del paciente, aunque siguen siendo propiedad del paciente.

Voluntades anticipadas

Las voluntades anticipadas son instrucciones de los pacientes, documentados cuando estos se encuentran bien, sobre lo que se debe hacer en las situaciones en las que no puedan hablar por sí mismos. Las voluntades anticipadas incluyen documentos como testamentos vitales y poderes notariales para asistencia sanitaria. Se relacionan con decisiones al final de la vida o con decisiones sanitarias cuando una persona está incapacitada. La oportunidad de que las personas con enfermedades mentales designen a una persona para que hable y decida por ellos cuando sean incapaces de hacerlo es un avance más reciente. Algunos estados están aprobando leyes que permiten que los pacientes con enfermedades mentales declaren cuando estén bien qué tratamiento preferirían o rechazarían si su capacidad de toma de decisiones estuviera alterada por una recurrencia del trastorno mental. El paciente y dos testigos deben firmar estas voluntades.

