



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO**

**ESTUDIO SOBRE DATOS RELACIONADOS
A LA SALUD OCUPACIONAL, EN UNA
POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES
RESIDENTES DEL HOGAR ESPAÑOL**

Autores:

Lourdes Barreiro
Claudia Brioso
Javier Britez
Marcel Montoña
Claudia Rodriguez

Tutoras:

Prof. Lic. Enf. Raquel Mazza

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2004

Agradecimientos

A Raquel Mazza nuestra tutora, por el tiempo que nos dedicó, y el aporte profesional que nos brindó.

A la Cátedra de Adulto y Anciano por dicha oportunidad.

A la Licenciada de Enfermería Elizabeth Bozzo por su valioso aporte.

Al Hogar Español por permitirnos realizar nuestra investigación.

A todos los Residentes y Funcionarios de dicha institución por su colaboración.

“Aprender a envejecer es el trabajo maestro de la sabiduría y es uno de los capítulos más difíciles en el gran arte de vivir”.

Indice

Agradecimientos	i
Indice	ii
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	2
3. Justificación	2
4. Objetivos	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
5. Marco conceptual	5
5.1. Presentación de la institución Hogar Español	5
5.2. El envejecimiento	7
5.2.1. Proceso de envejecimiento	7
5.2.2. Definición de geriatría y gerontología	7
5.2.3. Teorías del envejecimiento	8
5.2.4. El rol de enfermería en la atención al adulto mayor	8
5.3. Salud y trabajo	9
5.3.1. Condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT)	10
5.3.2. Salud Ocupacional	10
5.3.3. Salud Laboral	10
5.3.4. Riesgo laboral	11
5.3.5. Las enfermedades profesionales	12
5.3.6. Patología del trabajo	14
5.3.7. Los accidentes de trabajo	14
6. Metodología utilizada	15
6.1. Diseño metodológico	15
6.1.1. Tipo de estudio	15
6.1.2. Universo y muestra	16
6.1.3. Elaboración y aplicación del instrumento	16
6.1.4. Método de recolección de datos	16
6.1.5. Procedimiento	16
7. Definición de las variables seleccionadas para caracterizar la población del Hogar Español que integran nuestra muestra	17
8. Recursos	20
Recursos humanos	20
Recursos materiales	20
Recursos financieros	20
9. Cronograma	21
Diagrama de Gantt	21
10. Presentación de datos	22

11. Análisis específico	33
12. Conclusiones	35
Sugerencias	38
Bibliografía	39

ANEXO N° 1

Listado de Enfermedades Profesionales, Convenio Internacional N° 121.

ANEXO N° 2

Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, (Ley N°16.074).

ANEXO N° 3

Instrumento general.

ANEXO N° 4

Protocolo.

ANEXO N° 5

Caracterización de la población del Hogar Español.

ANEXO N° 6

Análisis general.

ANEXO N° 7

Instrumento específico.

ANEXO N° 8

Consentimiento del Hogar Español.

1. Introducción

El presente informe fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería. Eligiendo como tema para presentar su Tesis Final: "El estudio sobre datos relacionados a la Salud Ocupacional, en una población de Adultos Mayores".

El estudio se llevó a cabo en el "Hogar Español", siendo éste una Asociación Civil de Beneficencia, que asila a ancianos españoles, de ambos sexos, mayores de 65 años.

Consideramos importante profundizar sobre el proceso de envejecimiento, como un proceso natural, para poder así diferenciarlo de situaciones crónicas no atribuibles a la vejez.

Dicho informe está basado en la metodología descriptiva dirigido a conocer los problemas de salud relacionados al trabajo, considerándolos importantes tanto por su impacto socioeconómico, como familiar.

Es de fundamental importancia conocer la exposición a factores de riesgo laborales, con el objetivo de fomentar la prevención de posibles daños, promoviendo conductas y hábitos saludables que mejoren las condiciones del trabajador.

Enfermería es un importante recurso para la educación, cumple un papel fundamental en actividades de promoción y prevención en salud, al estar en contacto con todos los grupos etarios, puede ser el impulsor de cambios favorables en relación a la salud.

Cabe destacar que se implementó para la realización de dicho trabajo, un estudio descriptivo, para conocer los problemas de salud que transita la población en estudio, y su posible vinculación con su ocupación ejercida durante su actividad laboral.

Se seleccionó como método de recolección de datos un instrumento (cuestionario), con diferentes variables, que se aplicó a la muestra poblacional, de los residentes del Hogar Español, mediante una entrevista.

Nuestro propósito a través de dicha investigación, es poder detectar fundamentalmente individuos con riesgo laboral, en una etapa inicial, y así poder prevenir determinadas enfermedades ocupacionales, y la aparición de eventos crónicos en el envejecimiento.

2. Planteamiento del problema

¿Cuáles son los problemas de salud, identificados como ocupacionales, en una población de Adultos Mayores Residentes del Hogar Español?

3. Justificación

La Gerontología es una ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan¹.

Debemos comprender el proceso de envejecimiento de la población, como un proceso natural y evolutivo, que forma parte del ciclo de la vida, para luego poder entender y prevenir los problemas que pueden surgir en esta etapa.

El rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo, la identificación de necesidades específicas en la población anciana, ciertas circunstancias desestabilizadoras de la vida actual y futura (como migración, desempleo, fallas en los sistemas de Seguridad Social, reducción del tamaño de las familias, entre otras), son poderosas razones para trabajar en favor de las personas de edad avanzada².

Los ancianos son un grupo especial por varias razones. Presentan patologías múltiples, tienen mayor posibilidad de padecer enfermedades crónicas discapacitantes, por eso es considerada una población de riesgo.

Nuestro propósito es poder abordar las necesidades y características particulares de dicha población.

Conocer su historia laboral, identificar la presencia de factores de riesgo laborales y su posible exposición a ellos, los problemas de salud que puedan presentar y si existe relación con su ocupación ejercida durante su actividad laboral.

La exposición a los agentes y/o factores de riesgo, en forma individual o combinada conlleva un número inaceptable de accidentes y enfermedades ocupacionales, así como un grave impacto sobre el ambiente³.

Los factores de riesgo de hoy son la enfermedad del mañana⁴.

Se debe considerar también el perfil laboral de la población trabajadora en nuestro país, que se caracteriza por una alta ocupación en el sector informal, una

1 Elías Anzola Pérez, "Enfermería Gerontológica", Conceptos para la práctica. OPS - OMS, Washington, 1993. p.1.

2 "Atención de los ancianos un desafío para los años noventa". OPS. Cap 1, p.3-4.

3 "La higiene ocupacional en América Latina". OPS. p.6.

4 "Vigilancia de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles". OPS. p.3.

creciente presencia de trabajo en el sector infantil, un aumento de la inestabilidad laboral y de trabajos precarios de supervivencia.

Los cambios socioeconómicos están relacionados con la salud de los trabajadores, la aparición de nuevos riesgos laborales, así como la transferencia de tecnología obsoleta de países industriales, a los países en vía de desarrollo.

La población del Hogar Español está compuesta en su gran mayoría por emigrantes españoles, que por diferentes razones se alejaron de su tierra natal, comenzando a trabajar en edades muy tempranas, mayoritariamente en zonas rurales, expuestos a diferentes riesgos laborales, ignorados por ellos, siendo hoy la consecuencia de muchos de sus problemas de salud.

Para poder atribuir una enfermedad a la ocupación ejercida durante su actividad laboral, debemos conocer entre otros factores una completa y detallada historia laboral, y un amplio conocimiento sobre las condiciones de trabajo, y la participación de un equipo multidisciplinario.

Nuestro propósito es profundizar sobre el tema, logrando el mayor acercamiento posible a los objetivos planteados.

Esperamos que dicha investigación contribuya a la realización de posteriores estudios, enfocados a la promoción del bienestar de los ancianos, y el desarrollo de la capacidad de la comunidad trabajadora, para mantener las relaciones entre las condiciones de trabajo y salud, apostando a una mejor calidad de vida.

4. Objetivos

Objetivo general

“Conocer los problemas de salud identificados como ocupacionales, en una población de Adultos Mayores Residentes del Hogar Español”.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población en estudio.
- Describir la ocupación ejercida.
- Identificar la presencia de factores de riesgo laboral y la exposición a ellos.
- Determinar los años de oficio y/o profesión.

5. Marco conceptual

5.1. Presentación de la Institución Hogar Español

El Hogar Español se constituye una Asociación Civil de Beneficencia destinada a los españoles nativos, ancianos, desamparados de familiares, que no necesiten indispensablemente ser atendidos en establecimientos sanitarios.

Su sede principal está ubicada en la calle Instrucciones Nº 981, Montevideo, Uruguay, siendo el inmueble propiedad del Gobierno Español.

Es esencialmente neutral en materia política.

Los fines son:

- i.) Asilar ancianos españoles de ambos sexos, no menores de 65 años, imposibilitados para el trabajo, carentes de medios de subsistencia y de parientes obligados que puedan mantenerlos. Salvo casos excepcionales, lo interpretará el Consejo Directivo y la Comisión Fiscal.
- ii.) Resolver los problemas de la ancianidad entre los españoles nativos con la contemplación, orientación y tolerancia que las circunstancias requieran, de acuerdo con la Gerontología y la Geriátrica.
- iii.) Prestar todos los servicios necesarios como son:
- iv.) Visitas a los internados.
- v.) Organización de actos de orientación, culturales y recreativos.
- vi.) Ocuparse de las gestiones y tramitaciones que necesiten, así como velar por que no sean despojados indebidamente de sus intereses.
- vii.) Ocuparse de la obtención de jubilaciones, pensiones y subsidios a que tuvieran derecho, prestándole toda la ayuda posible.
- viii.) Tender a facilitarles hogares de co-provincianos u otros españoles que les puedan tener, atender, tolerar y comprender de modo familiar, verificando las condiciones en que se encuentran por comisiones visitadoras.
- ix.) Procurar mejorar la "Colonia Hogar Español" con visitas a llevar presentes y futuras necesidades colectivas de los españoles, en forma más adecuada y moderna posible, incluso con tierras de cultivo, parque de recreo, artes y oficios, sala de actos, sala de lectura, con diarios españoles y uruguayos, bibliotecas, sala de juegos y estar, etc.
- x.) Tender a crear el Instituto de prevención y seguro económico social español, Cooperativa de subsistencias, préstamos y pensiones a los carentes de recursos (españoles nativos), especialmente enfermos.

-
- xi.) Realizar todos los actos y hechos necesarios para cumplir las finalidades enumeradas.

El patrimonio de la institución está constituido por:

- Sus bienes actuales.
- Importe de las cuotas abonadas por los socios.
- Donaciones y legados hechos a la institución y aceptados por la misma.
- Producto de colectas, sorteos y festivales organizados en su beneficio.
- Rentas provenientes de su patrimonio⁵

∇

⁵ Fuente: "Estatuto del Hogar Español", proporcionado por la administración de la institución.

5.2. El envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona, es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.

El envejecimiento es un fenómeno universal, es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales, es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

5.2.1. Proceso de envejecimiento

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno.

Los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales. Estas transformaciones se conceptúan en universales, progresivas, declinantes, intrínsecas e irreversibles.

Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el individuo se deben a los cambios tisulares, a la reducción de masa muscular, orgánica y esquelética, y a la disminución del volumen de líquido extracelular.

Todos estos cambios explican la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de las personas de edad avanzada.

El proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido, por el contrario, es irregular y asincrónico. Los cambios que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales, sino que son también producto de cuatro factores interrelacionados:

- el envejecimiento biológico normal.
- las enfermedades.
- la pérdida de aptitudes.
- y, los cambios sociales que se suceden durante ese período de vida.

5.2.2. Definición de geriatría y gerontología

La geriatría es la rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades frecuentes en la vejez.

La gerontología ha sido definida (por Gunter y Estes) como un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan aumentar las conductas saludables, minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad, proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, y facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.

5.2.3. Teorías del envejecimiento

Para explicar el proceso de envejecimiento se han formulado algunas teorías, de enfoque biológico, como la inmunitaria, la de los radicales libres, la del estrés y la del error, entre otras; y las teorías de enfoque social, que tratan de establecer si el individuo, capaz de adaptarse a los cambios y al deterioro inevitable del envejecimiento, puede vivir una vejez feliz utilizando su capacidad de contribución y crecimiento.

En 1969 Havighurst postuló la Teoría de la Actividad, la cual afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación y que, salvo por los cambios fisiológicos inevitables, esa persona experimenta durante la vejez las mismas necesidades físicas, psicológicas y sociales que durante la adultez. Esta teoría afirma que la actividad es la clave de la satisfacción y de la autorrealización y, por tanto, la disminución de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el anciano. En gran parte de los países en desarrollo impera el mito de que la enfermedad y la discapacidad son resultados inevitables del envejecimiento, no se debe seguir compartiendo la creencia de que la vejez y la enfermedad son sinónimas.

Muchos de los cambios sociales y de conducta que afectan a los adultos mayores comienzan en una etapa relativamente temprana de la vida y más tarde originan afecciones crónicas.

Si se toma en cuenta que la salud se percibe como la riqueza de la vida cotidiana, un desequilibrio en cualquiera de las esferas que forman el mundo de las personas de edad avanzada, puede hacer que pasen de la salud a la enfermedad en el grado e intensidad en que su capacidad de adaptación al ambiente lo determine.

5.2.4. El rol de enfermería en la atención al adulto mayor

El equipo de salud, más concretamente enfermería, debe tratar de restaurar el equilibrio entre el adulto mayor y su entorno, ayudándole a desarrollar sus capacidades y potencialidades, y reconociendo su experiencia, sabiduría, utilidad y valor como ser humano.

El profesional de enfermería desarrolla los siguientes roles: educación, cuidado o asistencia directa, asesoría, planificación y coordinación de servicios.

Los programas educativos deben estar dirigidos a sensibilizar al personal que presta servicios a los adultos mayores, a mejorar la calidad de dicho servicio y a fortalecer positivamente sus actitudes hacia la vejez⁶

5.3. Salud y trabajo

La salud y el trabajo son considerados procesos complejos y vinculados entre sí. Es la vinculación entre estos dos procesos y las formas como uno, proceso Salud-Enfermedad, puede ser influido por el otro, proceso de Trabajo, el área de estudio específico de la Salud Ocupacional.

Las acciones prioritarias de esta especialidad son las siguientes:

- En lo social, la promoción de participación del trabajador en lo inherente a la defensa de su salud, básicamente a través de la socialización del conocimiento técnico.
- En lo tecnológico, la investigación para el reconocimiento, evaluación y control de los factores de riesgo laboral.
- En lo sanitario, el examen médico preocupacional y la vigilancia médica de los trabajadores.

Las acciones prioritarias de la Salud Ocupacional responden a los objetivos enunciados en 1950 por el comité técnico mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Promover y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores.
- Prevenir todo daño a la salud provocado por las condiciones de trabajo.
- Proteger a los trabajadores contra los riesgos resultantes de agentes nocivos para su salud.
- Ubicar y mantener al trabajador en una ocupación adecuada a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas.

Desde el punto de vista social, el trabajo es una actividad básica de los seres humanos, ya que sin él no existirían todas las cosas que son necesarias para mantener la vida, éste no produce solamente bienes, sino toda la riqueza de la sociedad.

El trabajo es ante todo un acto que se realiza entre el hombre y la naturaleza. El hombre actúa sobre ella y la modifica, así como su propia naturaleza, y desarrolla las facultades que dormitan en ella.

Existen tres variables que inciden en la valoración social del trabajo: la cultura y la economía, que se encuentran ligadas estrechamente, y el período histórico en el que se desarrolla⁷.

⁶ Elías Anzola Pérez, "Enfermería Gerontológica". OPS - OMS, Washington, 1993. p.7-8-9-35.

La salud y la enfermedad son el resultado de una interacción constante entre el organismo y el medio ambiente en el que el hombre crece y se desarrolla. La concepción ideal de salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como el estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de la enfermedad.

5.3.1. Condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT)

Diversos factores presentes en el medio ambiente de trabajo se combinan y producen en la salud efectos complejos y múltiples.

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones dinámicas entre las condiciones de trabajo (la tarea, su medio ambiente, y las condiciones de su organización) y los factores humanos (las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo).

Las condiciones y medio ambiente de trabajo deben abordarse desde una óptica global en el marco integral de la política económica, educativa y social.

5.3.2. Salud Ocupacional.

La relación salud-trabajo es bilateral, ya que tanto la salud influye en el trabajo como éste influye en la salud, pudiendo ser positiva o negativa esta relación. En el estudio y tratamiento de esta relación dentro y fuera del lugar de trabajo (CYMAT), es donde interviene la Salud Ocupacional, especialidad multidisciplinaria fundamentalmente preventiva de los riesgos laborales, con el objetivo de alcanzar la plena salud de los trabajadores en su trabajo.

La O.M.S. define dentro de la estrategia global de la Salud Ocupacional que la salud en el trabajo y el medio ambiente laboral sano, se encuentra entre los más valiosos bienes de los individuos, comunidades y países, ya que contribuye no solamente para asegurar la salud de los trabajadores, sino también, positivamente a la productividad, calidad de los productos, motivaciones en el trabajo, satisfacción laboral y de esta manera, a la calidad de vida de los individuos y de la sociedad.

5.3.3. Salud Laboral

Según la O.M.S., se define Salud Laboral "como aquella actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlo en su empleo contra los riesgos para

⁷ Dibaroufe-Macedo. "Introducción a la medicina familiar". Dto. de Publicaciones UdelaR, Montevideo, 1998. p.522.

la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas”.

5.3.4. Riesgo laboral

Los riesgos en el trabajo pueden entenderse como aquellos elementos o factores nocivos que se generan por los objetos y los medios de trabajo, que aislada o combinadamente pueden dañar la salud del trabajador.

Actualmente nos enfrentamos a riesgos de dos tipos: por un lado, los riesgos tradicionales que siguen provocando numerosas víctimas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; por otro lado, los riesgos nuevos, surgidos del progreso tecnológico, de los nuevos productos y las nuevas formas de organización del trabajo, que modifican las tareas mismas que se han de realizar.

Al analizar el ambiente de trabajo podemos identificar características o situaciones del proceso productivo asociados al riesgo que podemos denominar como factores de riesgo. Estando directamente vinculados al proceso de generación de ganancias, estos factores pueden identificarse también como cargas impuestas al trabajador.

Los factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo se clasifican en cinco grupos:

- Grupo I.- Son aquellos factores que están presentes en el ambiente laboral y extralaboral (vinculados al confort del trabajador): ventilación, humedad, temperatura, iluminación, ruido.
- Grupo II.- Son aquellos factores considerados propios del proceso de trabajo. Denominados contaminantes: físicos, químicos, biológicos.
- Grupo III.- Factores vinculados a la fatiga física producto de procesos de trabajo en donde predominan las exigencias física sobre el trabajador.
- Grupo IV.- Factores vinculados a la carga mental, psico-sociales. Organización del trabajo (Tiempo de trabajo, descansos, remuneración, responsabilidad, relaciones interpersonales, etc.).
- Grupo V.- Factores vinculados a condiciones de seguridad industrial (orden y limpieza, señalización, protección, iluminación, etc.).

Los riesgos quedan definidos por tres factores básicos:

- a) Las consecuencias: resultado normalmente esperado en caso de producirse el accidente (físico o material).
- b) La exposición: tiempo real o frecuencia de exposición de riesgo.
- c) La probabilidad que el accidente ocurra.

Las consecuencias de un accidente de trabajo pueden ser humanas (por la lesión), física (incapacidad, muerte) y psíquicas, económicas (en el individuo, la empresa y la sociedad) y sociales (en lo familiar y en la sociedad).

Entre las enfermedades laborales podemos distinguir:

- Profesionales: aquellas que tienen su origen en el trabajo y están en un listado, y por lo tanto, tienen carácter indemnizable.
- Ocupacionales: aquellas que tienen origen en el trabajo, pero no reconocidas legalmente como profesionales, y por lo tanto, sin carácter de indemnizable.
- Relacionadas con el trabajo: aquellas enfermedades comunes asociadas y/o agravadas por ciertos factores de riesgo laboral.
- Desocupación: aquellas que se dan en desempleados y/o empleados con inestabilidad laboral importante.

5.3.5. Las enfermedades profesionales

Se definen por la causa laboral que actúa lentamente. Es posible identificar una causa específica para ciertas enfermedades, en tanto que otras se deben a diversas causas. Además, hay enfermedades causadas por circunstancias en las que se efectúa el trabajo (una postura forzada, esfuerzos físicos repetidos) y que, consecuentemente deberían ser reconocidos como profesionales, aunque dicho reconocimiento no habría de hacerse extensivo a todos los trabajadores de ese tipo.

Técnicamente, es el deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, producido por una exposición crónica a situaciones adversas del trabajo.

Legalmente, se agrega que debe estar incluida en el listado de enfermedades profesionales de la siguiente tabla (ver anexo N°1).

El criterio utilizado en la definición de enfermedad profesional, varía según el fin que se le otorgue a la misma: estadístico, preventivo o indemnizatorio.

La definición de enfermedades profesionales tiene un fin indemnizatorio, constituye una clara expresión de los conceptos biologicistas y funcionalistas que explican el fenómeno salud-enfermedad como resultante de la interacción entre el huésped (trabajador), el o los agentes físicos, químicos o biológicos, y el ambiente de trabajo (modelo de la triada ecológica de Leavel y Clark). Con este enfoque la relación salud-trabajo es una simple asociación empírica de causa efecto y la enfermedad resulta de la interacción aleatoria de elementos que se plantean como externos al ser, sin origen ni historia. Lo social se reduce a un factor ambiental y no del huésped, siendo el trabajador la esencia de la sociedad. Por lo tanto el concepto de la triada es reduccionista y no solo no llega a explicar la complejidad de los fenómenos analizados, sino que limita la posibilidad de desentrañar los verdaderos determinantes de la salud de los trabajadores, ocultando el origen social de la enfermedad.

La causa de las enfermedades profesionales intenta ser explicada en términos de especificidad y termina siendo en términos de exclusividad: el plomo causa saturnismo, el sílice silicosis, el ruido sordera y el asbesto asbestosis.

El efecto, se considera como un hecho terminal que se explica como mórbidos bien definidos en los que el sufrimiento personal resulta lo suficientemente intolerable como para consultar al médico.

La historia clínica, laboral constituye el instrumento que nos permitirá el planteamiento de la hipótesis diagnóstica de estar frente a una manifestación clínica en la cual el proceso laboral es predominante en su origen. Algunas variables que debemos incluir en la historia clínica laboral son:

- Exposición a factores de riesgo laborales, identificación de los mismos.
- Tiempo de exposición a través de la investigación de antecedentes de trabajo o puestos de trabajo anterior, así como turnos, descansos diarios, semanales o anuales y su relación con la clínica.
- Intensidad de la exposición, se obtiene de la propia subjetividad del trabajador. Las enfermedades profesionales se diferencian de un accidente en que su instauración es progresiva y el período de latencia entre la exposición y la aparición de las primeras manifestaciones de la enfermedad es largo. Este lapso de tiempo puede ser de muchos años, incluso después que el trabajador haya cesado su ocupación laboral.

La salud en el trabajo.

La Medicina del Trabajo es la disciplina encargada de estudiar y prevenir las enfermedades laborales y como principio fundamental, hay que señalar que son siempre prevenibles.

Para ello debemos tener en cuenta:

1. Los antecedentes de salud general del trabajador.
2. Los antecedentes de trabajo y de exposición a riesgos laborales.
3. Información sobre la tarea actual.
4. Datos de la vigilancia ambiental y de las pruebas biológicas, así como de los productos que se utilizan en la tarea.
5. La información sobre los elementos de protección personal y su uso.

Si aparece alguna sintomatología o daño a la salud del trabajador, debe saberse:

- a) Si el trabajador relaciona su problema de salud con el trabajo.
- b) Si los síntomas comienzan con el trabajo.
- c) Si los síntomas desaparecen con el alejamiento del lugar de trabajo.
- d) Si sus compañeros tienen los mismos síntomas.

Dado el carácter esencialmente preventivo de esta disciplina, es importante conocer los contaminantes del medio ambiente laboral y su comportamiento.

Definimos como contaminantes a los agentes potencialmente dañinos para la salud del trabajador, clasificándolos en (factores de riesgo II):

- a) Químicos: materia inerte (gases, vapores, aerosoles).
- b) Físicos: energía mecánica (ruido, vibraciones), energía térmica (calor, frío), energía electromagnética (radiaciones).
- c) Biológicos: organismos vivos (bacterias, virus, hongos, etc.).

5.3.6. Patología del trabajo

Recién a partir de la década del cincuenta de este siglo, organismos internacionales como la O.I.T., comienzan a promover el desarrollo del enfoque preventivo de la salud ocupacional.

Hechos abruptos y violentos que ocurren en situación de trabajo y del cual se deriva un daño a la integridad física del trabajador (tal como lo contempla nuestra legislación, Ley 16.074; ver Anexo N°2).

La patología del trabajo no se diferencia clínicamente de las causas extralaborales.

El diagnóstico se realiza pensando en el proceso de trabajo como generador de enfermedad. La patología del trabajo es evitable si se tiene en cuenta el papel de las CYMAT en el proceso salud-trabajo.

La enfermedad por el trabajo es un concepto más amplio de lo que se concibe legalmente como enfermedad profesional.

5.3.7. Los accidentes de trabajo

Forman parte de la patología laboral, se diferencian sustancialmente de las enfermedades profesionales en que constituyen hechos abruptos o violentos que ocurren en situaciones de trabajo y del cual se deriva un daño a la integridad física de los trabajadores (tal como lo contempla nuestra legislación).

El accidente de trabajo es capaz de interrumpir el proceso laboral, constituye un emergente de las malas condiciones laborales que conmueve y moviliza al grupo de los trabajadores y a la sociedad en su conjunto. Los accidentes que se reconocen y se registran son los que ocasionan serios daños o la muerte.

El perfil epidemiológico de accidentalidad de nuestra población trabajadora no está muy lejos del resto del mundo. Las ramas de actividad de mayor accidentabilidad son el trabajo rural y la industria de la construcción⁸.

⁸ Grecco, Tomasina, Amoroso, Laborde. "Salud y trabajo", Dto. de Publicaciones, UdclaR, Montevideo, p.530.

6. Metodología utilizada

Previo a la realización del estudio propuesto, debimos conocer la población de residentes que posee el "Hogar Español", realizándolo de la siguiente manera:

- Presentación de la institución con docentes y funcionarios.
- Trabajos grupales seleccionando variables para formular nuestra fuente de datos.
- Definición y codificación de variables.
- Elaboración del instrumento general (ver Anexo N°3).
- Prueba piloto del mismo.
- Rediseño del instrumento general.
- Obtención de datos a través de la historia clínica de los residentes y datos aportados por la asistente social.
- Agrupación de los datos.
- Tabulación de los mismos con la ayuda de un programa informático, elaborando una planilla electrónica, incorporando las diferentes variables. Programa Excel.
- Se creó la base de datos.
- Simultáneamente se comenzó con la elaboración del protocolo (ver Anexo N°4).
- Caracterización de la población (ver Anexo N°5).
- Los datos obtenidos se analizaron de la siguiente manera:
 - Se construyeron gráficas y tablas con un análisis univariado de variables (ver Anexo N°5).
 - Análisis general (ver Anexo N°6).

6.1. Diseño metodológico

Población de estudio: residentes del Hogar Español

6.1.1. Tipo de estudio

Según el problema y los objetivos planteados, el estudio es de tipo descriptivo con un corte transversal, considerándolo el más adecuado para abordar nuestro tema.

A través del diseño descriptivo pretendemos dar respuesta a cómo se comportan las variables en estudio mediante la descripción de las mismas, obteniendo información que permita caracterizar a la población.

Para el estudio de las variables, la recolección de los datos tiene lugar en un mismo momento, haciendo un corte en el tiempo (transversal).

6.1.2. Universo y muestra

El universo está constituido por todos los residentes del Hogar Español, siendo un total de 207 residentes. Para la realización del estudio se seleccionó una muestra representativa, no probabilística, por conveniencia.

La ventaja es que requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

Obtuvimos datos de 62 residentes, siendo nuestra muestra del 30% del universo.

Se seleccionó como criterio de inclusión, los residentes que no poseían trastornos cognitivos, y que eran poseedores de una historia laboral.

6.1.3. Elaboración y aplicación del instrumento

Para poder lograr nuestros objetivos se elaboró un instrumento específico (ver Anexo N°7), apuntando a nuestro tema de investigación.

Mediante la puesta a prueba del instrumento (prueba piloto), se identificaron dificultades, luego de la cual se debió reestructurar, dado que no poseía la información adecuada para el logro de los objetivos.

6.1.4. Método de recolección de datos

Utilizamos como estrategia de investigación seleccionada para la recolección de datos la entrevista estructurada, que consiste en un formulario, con preguntas previamente establecidas, de manera de asegurar la validez y confiabilidad de los datos registrados.

Previo a la realización de las entrevistas se solicitó una autorización a la Dirección Técnica del "Hogar Español", obteniendo el consentimiento para la realización de dicho estudio (ver Anexo N°8).

6.1.5. Procedimiento

La ejecución se llevó a cabo por los cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, los cuales se presentaron en dicha institución, seleccionando la muestra poblacional con el fin de informarles el objetivo de la investigación.

7. Definición de las variables seleccionadas para caracterizar la población del Hogar Español que integran nuestra muestra

Población total del Hogar Español: 207 residentes.

Nuestra muestra: 62 residentes.

1) Sexo.

- Def. conceptual: condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
- Nivel de medición: cualitativa nominal.
- Def. operativa: masculino-femenino.

2) Edad.

- Def. conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.
- Nivel de medición: cuantitativa continua.
- Def. operativa (años cumplidos):
 - < 65 años.
 - 65-69 años.
 - 70-74 años.
 - 75-79 años.
 - 80-84 años.
 - 85-89 años.
 - 90-94 años.
 - >= 95 años.

3) Nivel de instrucción.

- Def. conceptual: estudios realizados por el individuo.
- Nivel de medición: cualitativa ordinal.
- Def. operativa:
 - Primaria incompleta.
 - Primaria completa.
 - Secundaria incompleta.
 - Secundaria completa.
 - Estudios terciarios.

4) Ocupación ejercida.

- Def. conceptual: conjunto de tareas en el trabajo destinadas a la producción de bienes para la supervivencia.
Desempeño social que el individuo ejerció.
- Nivel de medición: cualitativa nominal.
- Def. operativa: a través del interrogatorio.

5) Años ejercidos de oficio.

- Def. conceptual: periodo de tiempo que el individuo ejerció de continuo su función.
- Nivel de medición: cuantitativa continua.
- Def. operativa:
 - < 10 años.
 - 10-15 años.
 - 16-20 años.
 - 21-25 años.
 - 26-30 años.
 - 31-35 años.
 - \geq 40 años.

6) Factores de riesgo.

- Def. conceptual: cualquier atributo, característica o exposición de un individuo, que aumenta la probabilidad de aparición de un acontecimiento desfavorable para la salud.
- Nivel de medición: cualitativa nominal.
- Def. operativa:
 - Grupo I.
 - Grupo II.
 - Grupo III.
 - Grupo IV.
 - Grupo V.

7) Problemas de salud (ocupacionales).

- Def. conceptual: las consecuencias o resultados expresados producidos por una exposición crónica a situaciones adversas del trabajo.
- Nivel de medición: cualitativa nominal.
- Def. operativa: a través del interrogatorio.

8) Carga horaria.

- Def. conceptual: tiempo de horas diarias destinadas al trabajo.
- Nivel de medición: cuantitativa discreta.
- Def. operativa:
 - 8 horas.
 - más de 8 horas.
 - más de 12 horas.

9) Patología crónica.

- Def. conceptual: enfermedad que se mantiene durante un período largo de tiempo.
- Nivel de medición: cualitativa nominal.
- Def. operativa: por sistemas afectados
 - SNC.
 - C. Vascular.
 - Respiratorio.
 - Digestivo.
 - M. Esquelético.
 - N. Urinario.
 - Tegumentario.

8. Recursos

Recursos humanos

Cinco estudiantes de Licenciatura de Enfermería.

Recursos materiales

De uso	De consumo
1 computador	70 cuestionarios
1 impresora	5 lapiceras
inmueble	5 lápices
	1 cartucho de impresora blanco y negro, y otro color
	1 encuadernación
	1 carpeta tapa transparente
	Fotocopias

Recursos financieros

Material	Cantidad	Precio
Hojas A4 (paq.)	1	120
Lapiceras	5	20
Lápices	5	30
Cartucho	1	180
Encuadernación	1	70
Carpeta	1	20
Fotocopias		150
Boletos		800
Imprevistos		250
Total		1640

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV. ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

9. Cronograma

Diagrama de Gantt

		Meses y semanas						
		1 Oct.	2 Nov.	3 Dic.	4 Ene.	5 Feb.	6 Mar.	7 Abr.
Actividades	Revisión del protocolo	█						
	Diseño del instrumento		█					
	Estudio piloto			█				
	Rediseño			█	█			
	Selección muestra				█			
	Recolección de datos					█		
	Procesamiento y análisis de la información						█	
	Tabulación de datos						█	
	Informe final							█

10. Presentación de datos

Estudio de las variables seleccionadas para caracterizar la población que integran nuestra muestra.

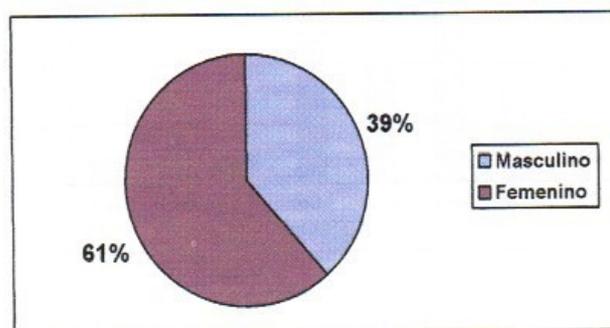
Población de estudio: 62 residentes del Hogar Español.

Tabla 1 Distribución por sexo.

Sexo	FA	FR %
Masculino	24	38.71
Femenino	38	61.29
Total	62	100

Fuente: Base de datos.

Gráfico 1



Correspondiente al sexo de los residentes del Hogar Español.

Referente a la variable sexo concluimos que un 61,29 % corresponde al sexo femenino y un 38,71 % al sexo masculino.

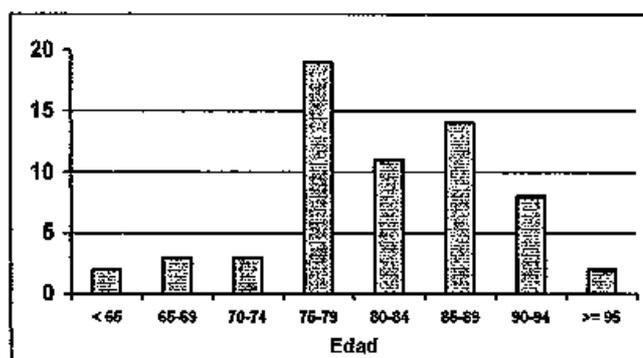
Dicha proporción entre el sexo masculino-femenino fue elegida acorde a la población total, siendo la gran mayoría de la población de sexo femenino.

Tabla 2 Distribución por edad.

Edad	PA	FR %
< 65	2	3.23
65-69	3	4.84
70-74	3	4.84
75-79	19	30.64
80-84	11	17.74
85-89	14	22.58
90-94	8	12.90
>= 95	2	3.23
Total	62	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Gráfico 2 Edades de la población seleccionada en la muestra



El mayor rango de edades de la muestra poblacional corresponde a 75-79 con un 30,64 %, seguido por el rango de 85-89 con un 22,58 %, el rango 80-84 con un 17,74 %, y luego 90-94 correspondiente al 12,90 %.

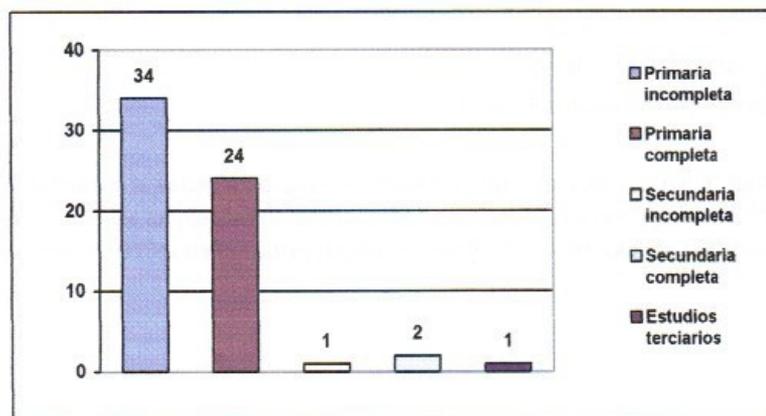
Los siguientes datos correspondieron a rangos 65-69 y 70-74 con un 4,84 % y los rangos >=95 y <65 con un 3,23 %.

Tabla 3 Distribución según el nivel de instrucción

	FA	FR %
Primaria incompleta	34	54.84
Primaria completa	24	38.70
Secundaria incompleta	1	1.62
Secundaria completa	2	3.22
Estudios terciarios	1	1.62
Total	62	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Gráfico 3 Nivel de instrucción de los residentes del Hogar Español seleccionados en la muestra



Un alto porcentaje de los residentes del Hogar Español seleccionados en la muestra poseen primaria incompleta, 54,84 %, seguidos por el 38,70 % con primaria completa.

Con secundaria completa 3,22 %, e incompleta 1,62 %.

Estudios terciarios 1,62 %.

Distribución según ocupación ejercida durante su etapa laboral

Tabla 4

Sexo femenino N= 38

	FA	FR%
Empleada doméstica	12	31.58
Trabajadora rural	6	15.79
Empleada fábrica	4	10.53
Modista	10	26.32
Lavandera	2	5.26
Cocinera	1	2.63
Enfermera	1	2.63
Peluquera	2	5.26
Total	38	100

Fuente: Residentes del Hogar Español

Tabla 5

Sexo masculino N= 24

	FA	FR%
Trabajador rural	7	29.16
Empleado fábrica	2	8.33
Sastre	1	4.17
Mozo	2	8.33
Metafórico (fund. plomo)	1	4.17
Emp. construcción	3	12.50
Mecánico / chapista	1	4.17
Emp. Frigorífico	3	12.50
Electricista	1	4.17
Zapatero	1	4.17
Chofer ómnibus	1	4.17
Gráfico	1	4.17
Total	24	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Referente a la variable ocupación, se obtuvo una gama muy variada, siendo en el sexo femenino las empleadas domésticas las de mayor porcentaje con un 31,58 %, y en el sexo masculino los trabajadores rurales con un 29,16 % del total de la población.

Años ejercidos de oficio

Tabla 6 Sexo femenino

Años ejercidos	FA	FR%
< 10	11	28.95
10-19	15	39.47
20-29	6	15.79
> 30	6	15.79
Total	38	100

Referente a la variable años ejercidos para el sexo femenino se observó que el rango de mayor porcentaje correspondió a un promedio (10-19) años.

Tabla 7 Sexo masculino

Años ejercidos	FA	FR%
< 10	-	-
10-19	5	20.83
20-29	6	25.00
> 30	13	54.17
Total	24	100

Para el sexo masculino el rango de años ejercidos fue un promedio > 30 años.

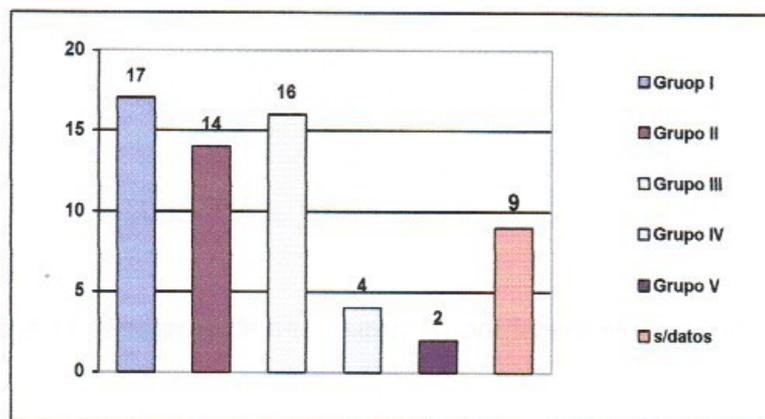
Distribución por grupos de factores de riesgo

Tabla 8

	FA	FR %
Grupo I	17	27.42
Grupo II	14	22.58
Grupo III	16	25.80
Grupo IV	4	6.45
Grupo V	2	3.22
s/dato	9	14.52
Total	62	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Gráfico 8 *Correspondiente a la exposición a factores de riesgo presentes en el ambiente laboral, se clasifican en cinco grupos*



El porcentaje más alto referente a la variable exposición a distintos grupos de factores de riesgo, es para el Grupo I con un 27.42%.

Tabla 9 Factores de riesgo correspondientes al Grupo I

	FA	FR%
Ventilación	1	5.88
Humedad	1	5.88
Temperatura	10	58.82
Iluminación	5	29.4
Total	17	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Tabla 10 Factores de riesgo correspondientes al Grupo II

		FA	FR%
Físicos	Radiaciones	-	-
	Vibraciones	-	-
	Ruido	9	64.29
Químicos	Polvos	2	14.29
	Vapores	3	21.42
	Gases	-	-
	Humo	-	-
Biológicos	Enf. Infecc.	-	-
	Parasitarias	-	-
	Contacto fluido	-	-
Total		14	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Tabla 11 Factores de riesgo correspondientes al Grupo III

	FA	FR%
Posturas	3	18.75
Movimientos repetitivos	3	18.75
Carga física	10	62.50
Total	16	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Tabla 12 Factores de riesgo pertenecientes al Grupo IV

	FA	FR%
Carga horaria	4	100
Descansos	-	-
Remuneración	-	-
Relaciones interpersonales	-	-
Total	4	100

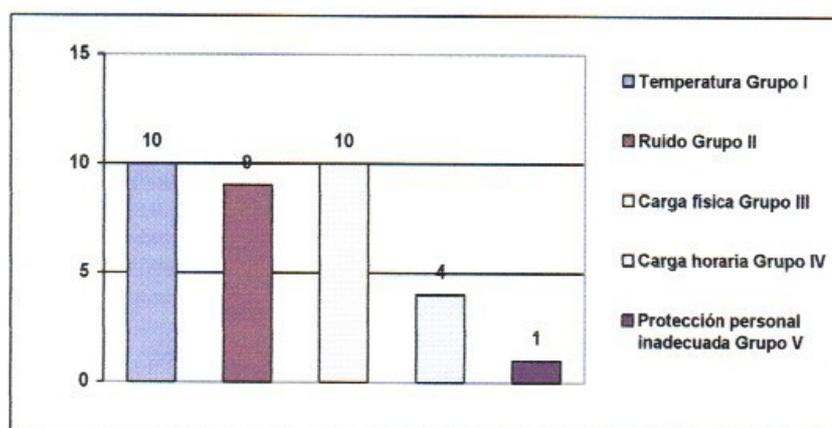
Fuente: Residentes del Hogar Español.

Tabla 13 Factores de riesgo pertenecientes al Grupo V

	FA	FR%
Orden y limpieza	-	-
Señalización	-	-
Protección personal inad.	1	50
Herramientas inad.	1	50
Total	2	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

Gráfico 9 Correspondiente a los distintos factores de riesgo, con mayor incidencia de c/u de los grupos



Observamos con igual porcentaje el factor de riesgo Temperatura perteneciente al Grupo I, y el factor de riesgo Carga física perteneciente al Grupo III.

Tabla 14 Problemas de salud identificados por los encuestados como ocupacionales (daños ocasionados)

	FA	FR%
Hipoacusia	4	9.30
Probl. Visión	3	6.98
Dermatitis	2	4.65
Alergias	2	4.65
Saturnismo	1	2.33
Probl. rotulianos	2	4.65
Varices	7	16.28
Tendinitis	2	4.65
Asma bronquitis	1	2.33
Lesiones meniscos	2	4.65
Probl. Columna	6	13.95
Artrosis	6	13.95
Probl. cadera	3	6.98
Probl. Pies	2	4.65
Total	43	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.

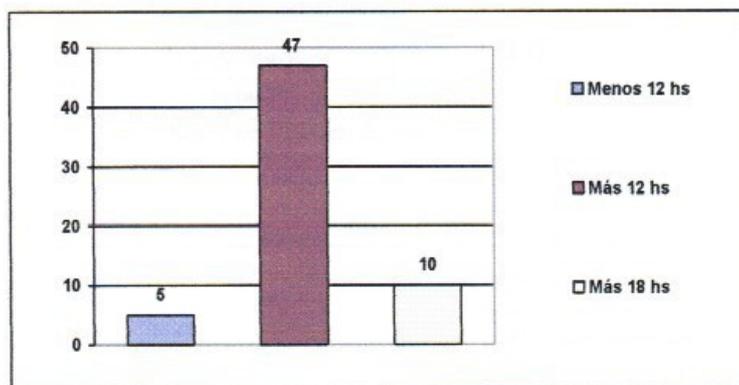
Los problemas de salud más identificados fueron los problemas osteoarticulares en un 53.48% global.

Daños identificados por los encuestados que no existe evidencia de estar relacionados a la salud ocupacional. Por ejemplo: lunares, verrugas, manchas piel, picazón, durezas pies, contracturas.

Tabla 15 Horas de trabajo diario

	FA	FR%
Menos de 12 hs	5	8.06
Más de 12 hs	47	75.81
Más de 18 hs	10	16.13
Total	62	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.



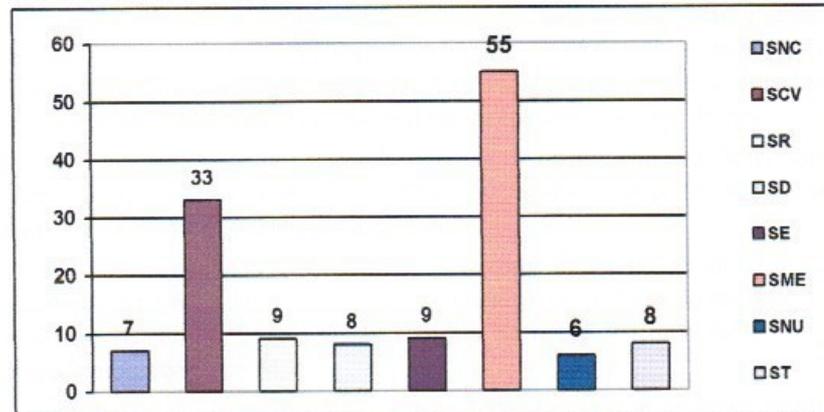
Fuente: Residentes del Hogar Español.

Se observa que el mayor porcentaje corresponde a 75.81%, siendo el rango de más de 12 horas de trabajo diarias.

Tabla 16 *Sistemas más afectados según la patología crónica en ambos sexos*

	FA	FR%
SNC	7	5.26
C. vascular	33	24.81
Respiratorio	9	6.77
Digestivo	8	6.02
Endocrino	9	6.77
Músculo Esq.	55	41.35
Nefrouinario	6	4.51
Tegumentario	6	4.51
Total	133	100

Fuente: Residentes del Hogar Español.



Fuente: Residentes del Hogar Español.

La mayor parte de la población tiene como principal sistema afectado el Músculo esquelético, en un 41,35%.

11. Análisis específico

Del estudio de las variables seleccionadas para la realización del trabajo de investigación se destaca que:

De la muestra poblacional, 62 residentes, la mayoría pertenece al sexo femenino, en un porcentaje 61,29%, siendo la relación de encuestados de cada 2 mujeres, 1 hombre aproximadamente, de acuerdo a la población total (dato extraído de la caracterización de la población).

Predominan los residentes de edad comprendida entre 75-79 años.

Más del 90% no accedió a estudios secundarios.

Con respecto a la ocupación ejercida, podemos observar que más del 90% de los residentes de ambos sexos trabajó en condición de empleado, siendo un porcentaje bajo el que se encontraba en condición de trabajador por cuenta propia (patrón).

Fueron en su mayoría trabajadores rurales en un porcentaje 29,16% para el sexo masculino; y en el sexo femenino predominó la empleada doméstica en un 31,58%.

Con respecto a los años ejercidos de oficio, para el sector masculino se observó un promedio de años trabajados >30 años, en un 54,17%, y en el sector femenino, un promedio entre 10-19 años de trabajo, en un 39,45%, debido a que la población femenina luego del matrimonio pasaba a ser ama de casa.

Observamos que respecto a los factores de riesgo, el mayor porcentaje corresponde al Grupo I en un 27,42%, destacando la exposición a altas temperaturas correspondiente al 58,82% de la población.

Continuando con el Grupo III de factores de riesgo en un 25,80%, siendo la carga física el factor de mayor porcentaje en un 62,50%, seguido por el Grupo II, en un 22,58%, siendo el factor de riesgo físico, el ruido el de mayor porcentaje en un 64,29%.

Destacando la presencia de 9 encuestados que relatan no haber estado expuestos a factores de riesgo laborales siendo un porcentaje de 14,52%.

Seguido por el Grupo IV con un 6,45%, siendo únicamente cuatro encuestados los que respondieron al exceso de horas de trabajo.

Dentro del factor de riesgo perteneciente al Grupo V, obtuvimos datos de dos encuestados en un 50% respectivamente a protección personal inadecuada y uso de herramientas inadecuadas.

Los problemas de salud más identificados por dicha población fueron los problemas Osteoarticulares en un 53,48%.

En relación a daños ocasionados, que no existe evidencia de estar relacionados a la salud ocupacional, encontramos un porcentaje moderado.

Respecto a la carga horaria, debemos citar a la OIT, la cual estipula como límite de horas de trabajo diarias 8 hs.

Observamos que dicha población tenía exceso de horas de trabajo, el 75,81% de la población trabajaba más de 12 horas.

En cuanto a las patologías crónicas podemos mencionar que un alto porcentaje de residentes de ambos sexos tienen como sistema afectado el músculo-esquelético en un 41,35%, seguido por el Cardiovascular en un 24,81%, siendo los dos sistemas más afectados.

12. Conclusiones

Podemos concluir que la realización de nuestro trabajo fue satisfactoria, pudimos alcanzar los objetivos planteados, ya que el tema elegido fue de difícil abordaje partiendo de que la población en estudio son adultos mayores, que no están actualmente en actividad laboral.

En relación al cronograma establecido, no fue cumplido, ya que debíamos haber finalizado la investigación en Diciembre 2003.

Como limitación encontrada fue la carencia de información referente a la actividad laboral que realizaron en el transcurso de su vida, ya que no poseían registro en Historia Clínica debimos acudir directamente al encuestado, encontrándonos con individuos que no recordaban determinados datos que se preguntaban en el instrumento, por lo cual tuvimos que proporcionarles mayor tiempo para cada entrevista, con el fin de conocer elementos relacionados a la Salud Ocupacional de los residentes del Hogar Español seleccionados en la muestra.

El estudio revela el siguiente perfil laboral: casi en su totalidad, la población no tuvo acceso a estudios secundarios, lo que nos hace concluir que dicha población accedía a trabajos con escasa preparación, lo cual no necesitaban estudios avanzados para acceder a ellos. La mayoría se encontraba en condición de empleado y muy pocos fueron trabajadores por cuenta propia.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos, el mayor porcentaje en el sexo masculino corresponde a trabajadores rurales y en el sexo femenino a trabajadoras domésticas. Presentando dichas ocupaciones los siguientes factores de riesgo.

Tanto los trabajadores rurales como las empleadas domésticas ejercieron dicha ocupación por una cantidad importante de años, con un carga excesiva de horas superando las pautadas 8 horas por la OIT. Los trabajadores rurales también están expuestos a condiciones ambientales, altas y bajas temperaturas, humedad, lluvia, sol.

Así también, en el sexo femenino podemos establecer que eran empleadas de tiempo completo, con un esfuerzo físico mayor relacionado a la indumentaria de trabajo, casas grandes con escaleras, familias numerosas donde no se contaban herramientas y materiales que facilitaran las tareas.

Ambas ocupaciones con escaso o ningún beneficio social, como aportes jubilatorios, licencias, descansos correspondientes y salarios acordes.

Según los perfiles ocupacionales y las patologías que padecen dichos adultos mayores podemos concluir que presentan enfermedades ocupacionales pero no profesionales, por lo cual según las leyes vigentes en nuestro país no les corresponde indemnización. Recordando que las enfermedades ocupacionales no tienen porqué presentarse en el período de tiempo laboral, sino que pueden hacerlo años más tarde. Por lo cual se deduce que el trabajo contribuye a la aparición de enfermedades ocupacionales tras considerar el conjunto de los resultados obtenidos

En cuanto a los años ejercidos de oficio se evidenció una notoria diferencia en el sexo masculino, siendo éste el de mayor cantidad de años de trabajo, ya que la mayoría de las mujeres luego del matrimonio pasaban a ser amas de casa.

Nos llamó la atención que la mayoría de la población estudiada no conocía muchos de los factores de riesgo laborales, por lo cual no profundizaban en algunos de ellos, siendo factores de vulnerabilidad para la salud, condicionando en parte las medidas o acciones de cuidado de la salud del trabajador. Lo cual nos llevó a ver la realidad de que en aquella época no se le atribuía a los factores de riesgo la importancia que en realidad ameritan dado que no existía un reconocimiento legal de ellos y que por suerte hoy en día se les tiene en cuenta, puesto que el reconocer los factores de riesgo nos lleva a prevenirlos, por ende a cuidarlos y a mejorar la calidad de vida.

Actualmente desde octubre de 1989 contamos con leyes de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, protegidos por el artículo 155 referido a seguridad y salud de los trabajadores y por el artículo 101 referido a servicios de salud, leyes que nos amparan en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo.

Respecto a los descansos, remuneraciones y relaciones interpersonales, no hicieron referencia, ya que no lo relacionaban como un factor de riesgo laboral, siendo que para dicha población muchos trabajos a los que accedían eran de escaso salario, con muy pocos descansos, y muchas veces expuestos a tratos inadecuados.

Cabe destacar que la mayoría de la población estudiada estuvo expuesta a algún factor de riesgo laboral, por lo cual, un porcentaje de dicha población experimentó algún problema de salud, que lo identificaron como ocupacional, resaltando los problemas osteoarticulares con un mayor porcentaje.

Si bien los problemas músculo esqueléticos, la mayoría se deben a los cambios relacionados con el envejecimiento, aquí podemos observar que fueron identificados como problemas de salud ocupacional.

Si bien el aumento de la esperanza de vida produce un progresivo envejecimiento de la población, lo que implica la aparición de eventos inevitables, cabe destacar que los resultados encontrados en dicho estudio, revelan un mayor porcentaje en los problemas músculo esqueléticos, lo que podríamos definirlos como cambios relacionados al envejecimiento, pero un alto porcentaje de la población encuestada los relacionó como consecuencia del trabajo que realizó.

Un menor porcentaje no presentó problemas de salud, siendo que también estuvo expuesto a factores de riesgo. No toda la población que se expuso a algún agente de riesgo laboral, desarrolló algún daño.

De igual modo, se debería de considerar el lugar de trabajo como un elemento estratégico para la promoción de la salud. No sólo apuntar a la prevención de la enfermedad, sino también al bienestar y la calidad de vida de la población trabajadora buscando soluciones efectivas.

Uno de los aspectos resaltantes de las funciones de enfermería es el trabajo en equipo, con el fin de lograr la atención integral del adulto mayor.

La promoción de la salud del adulto mayor no sólo se centra en la búsqueda de problemas, también se debe educar sobre los cambios que sufre su organismo y sus consecuencias.

Se hace necesario una toma de conciencia sobre nuestro futuro y el de próximas generaciones, apuntando a la prevención de riesgos desfavorables para la salud, adquiriendo un modo de vida, donde desarrollemos nuestras capacidades cognitivas y funcionales en plenitud, de tal forma que al llegar a pertenecer al grupo de adultos mayores, tengamos un amplio sentido de la vida, sepamos disfrutar de una nueva etapa, y de un merecido descanso activo.

Sugerencias

- Un alto porcentaje de ancianos sufren caídas, dato extraído de la investigación, sería interesante la realización de un estudio referente a dicho tema.
- Implementar la figura del Profesional de Enfermería en dicha institución, es de fundamental importancia.

La cual puede aportar muchos conocimientos referentes al cuidado del anciano, sus necesidades y valores, desarrollando los siguientes roles: educación, cuidado o asistencia directa, planificación y coordinación de servicios, así también como enseñanza y evaluación de aquellas personas que ejecuten esos roles, o las que se preparan para realizarlos.

Bibliografía

- Anzola Pérez, Elías. "Enfermería Gerontológica", concepto para la práctica, OPS-OMS, Washington, EUA, 1993.
- Benavides, F. "Salud laboral", Masson, Barcelona, 1997.
- Canales, F.H. "Manual para el desarrollo de la salud", OPS, Bogotá, 1994.
- Dibarboufe, H. "Introducción a la medicina familiar", Dto. de Publicaciones, UdelaR, Montevideo, 1998.
- Langarica Salazar, R. "Gerontología y Geriátría", Interamericana, México, 1985.
- Macedo Guerra, R. "La higiene ocupacional en América Latina", enfermedades ocupacionales, OPS-OMS, Washington, EUA, 1995.
- Morales, Martínez. "La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa", OPS, Washington, EUA, 1995.
- Tamayo y Tamayo. "El proceso de la investigación científica", Limusa, México, 1995.

ANEXO N° 1

Listado de Enfermedades Profesionales,

Convenio Internacional N° 121.

Enfermedades profesionales	Trabajos que entrañan riesgo
1. Neumoconiosis causada por polvos minerales esclerógenos (silicosis, antracosilicosis, asbestosis) y silicotuberculosis siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte.	Todos los trabajos que expongan al riesgo considerado.
2. Bronconeumopatías causadas por el polvo de metales duros.	Id.
3. Enfermedades broncopulmonares causadas por el polvo de algodón (bisinosis), de lino, de cáñamo o de sisal.	Id.
4. Asma profesional causada por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales o inherentes al tipo de trabajo.	Id.
5. Alveolitis alérgicas extrínsecas y sus secuelas causadas por la inhalación de polvos orgánicos, según lo prescrito en la legislación nacional.	Id.
6. Enfermedades causadas por el berilio (glucinio) o sus compuestos tóxicos.	Id.
7. Enfermedades causadas por el cadmio o sus compuestos tóxicos.	Id.
8. Enfermedades causadas por el fósforo o sus compuestos tóxicos.	Id.
9. Enfermedades causadas por el cromo o sus compuestos tóxicos.	Id.
10. Enfermedades causadas por el manganeso o sus compuestos tóxicos.	Id.
11. Enfermedades causadas por el arsénico o sus compuestos tóxicos.	Id.
12. Enfermedades causadas por el mercurio o sus compuestos tóxicos.	Id.
13. Enfermedades causadas por el plomo o sus compuestos tóxicos.	Id.
14. Enfermedades causadas por el flúor o sus compuestos tóxicos.	Id.
15. Enfermedades causadas por el sulfuro de carbono o sus compuestos tóxicos.	Id.
16. Enfermedades causadas por los derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos.	Id.
17. Enfermedades causadas por el benceno o sus compuestos tóxicos.	Id.

18. Enfermedades causadas por los derivados nitrados y aminicos tóxicos del benceno o de sus homólogos.	Id.
19. Enfermedades causadas por la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico.	Id.
20. Enfermedades causadas por los alcoholes, los glicoles o las cetonas.	Id.
21. Enfermedades causadas por sustancias asfixiantes: óxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, hidrógeno o sulfurado.	Id.
22. Afección auditiva causada por el ruido.	Id.
23. Enfermedades causadas por las vibraciones, (afecciones de los músculos, de los tendones, de los huesos, de las articulaciones, de los vasos sanguíneos periféricos o de los nervios periféricos).	Id.
24. Enfermedades causadas por el aire comprimido.	Id.
25. Enfermedades causadas por las radiaciones ionizantes.	Todos los trabajos que expongan a la acción de radiaciones ionizantes.
26. Enfermedades de la piel causadas por agentes físicos, químicos o biológicos no considerados en otras rúbricas.	Todos los trabajos que expongan al riesgo considerado.
27. Enfermedades de la piel causadas por el alquitrán, brea, betún, aceites minerales, antraceno o los compuestos, productos o residuos de esas sustancias.	Id.
28. Cáncer de pulmón o mesotelioma causados por el amianto.	Id.
29. Enfermedades infecciosas o parasitarias contraídas en una actividad que implique un riesgo especial de contaminación.	<ul style="list-style-type: none"> a) Trabajos en el campo de la sanidad y trabajos de laboratorio. b) Trabajos veterinarios. c) Trabajos de manipulación de animales, de cadáveres o despojos de animales o de mercancías que puedan haber sido contaminadas por animales o por cadáveres o despojos de animales.

ANEXO N° 2

***Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales,
(Ley N° 16.074) Nuestra Legislación.***

**ACCIDENTES DEL TRABAJO Y
ENFERMEDADES PROFESIONALES**
LEY N° 16.074 DEL 10 DE OCTUBRE DE 1989
PODER LEGISLATIVO

El Senado y la Cámara de Representantes de la República
Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,
DECRETAN:

CAPITULO I
PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 1°. Declárase obligatorio el seguro sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales previsto en la presente ley.

Artículo 2°. Todo patrono es responsable civilmente de los accidentes o enfermedades profesionales que ocurran a sus obreros y empleados a causa del trabajo o en ocasión del mismo, en la forma y condiciones que determinan los artículos siguientes.

Artículo 3°. A los efectos de la presente ley, enténdese por patrono toda persona, de naturaleza pública, privada o mixta, que utilice el trabajo de otra, sea cual fuere su número; y por obrero o empleado, a todo aquel que ejecute un trabajo habitual u ocasional, remunerado, y en régimen de subordinación.

No se consideraron obreros o empleados a quienes practiquen cualquier actividad deportiva o sean actores en espectáculos artísticos, sin perjuicio de los seguros especiales que se contrataran.

Artículo 4°. La presente ley será aplicable además:

- a) A los aprendices y personal a prueba, con o sin remuneración.
- b) A quienes trabajen en su propio domicilio por cuenta de terceros.
- c) A los serenos, vareadores, jockeys, paones, capateces y cuidadores ocupados en los hipódromos y studs.

Las instituciones que explotan los hipódromos cuando los accidentes ocurran dentro de los mismos, serán considerados patronos.

Artículo 5°. El Estado, Gobiernos Departamentales, Entes Autónomos y demás Organismos Públicos, están obligados a asegurar en el Banco de Seguros del Estado, a todo su personal, cualquiera sea el tipo de tarea que realice.

Esta obligación se mantiene aún cuando distintos tipos de reglamentaciones les otorguen el derecho a licencia con goce de

El personal asegurado recibirá durante el período de asistencia por incapacidad temporal y mientras ella dure, la indemnización fijada por la presente ley; y directamente de los organismos mencionados, la diferencia de remuneración que pueda corresponder según las leyes o reglamentos a que estén sometidos. (1)

Artículo 6°. - Toda persona que fuere de su actividad habitual utilice ocasionalmente los servicios de otro, no está comprendida en la presente ley.

Artículo 7°. - Las personas amparadas por la presente ley, y en su caso, sus derecho-habientes, no tendrán más derechos como consecuencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que los que la presente ley les acuerde, o no ser que en éstos haya mediado dolo por parte del patrono o culpa grave en el incumplimiento de normas sobre seguridad y prevención. En este caso además, el Banco podrá aplicar las sanciones correspondientes (pérdida del seguro, recuperaciones de gastos y multas).

Acreditado por el patrono la existencia del seguro obligatorio establecido por la presente ley, la acción deberá dirigirse directamente contra el Banco de Seguros del Estado, quedando eximido el patrono asegurado de toda responsabilidad y siendo imputables por tanto las disposiciones del derecho común. Todo ello sin perjuicio de la excepción establecida en el inciso anterior.

Artículo 8°. - El Banco de Seguros del Estado prestará asistencia médica y abonará las indemnizaciones que correspondieren a todos los obreros y empleados comprendidos por la presente ley, con independencia de que sus patronos hayan cumplido o no con la obligación de asegurarse. Ello sin perjuicio de las sanciones y recuperaciones a que hubiere lugar.

Artículo 9°. - Las indemnizaciones que abonará el Banco a sinistrados (como base un salario mínimo nacional).

A aquellos funcionarios públicos dependientes de Organismos que no estén al día en el pago de las primas o no hayan asegurado a sus funcionarios, sólo se les brindará asistencia médica.

El Banco de Seguros del Estado deberá exigir, en todos los casos del patrono no asegurado, la constitución del capital necesario para el servicio de renta y el reembolso de los gastos correspondientes, conforme al procedimiento establecido en el artículo 36.

Constituido el capital correspondiente y pagados los demás gastos anexos por el patrono, o convertida con el Banco de Seguros del Estado una fórmula de pago, se efectuarán las reliquidaciones que correspondan.

Artículo 9°. - Los sinistrados y en su caso los cause-habientes, mantienen el derecho a la indemnización, aun cuando el accidente se haya producido mediante culpa leve o grave de parte de aquellos, o por caso fortuito o fuerza mayor, pero lo pierden en el caso de haberlo provocado dolosamente.

También pierde el sinistrado todo derecho a indemnización, cuando intencionalmente agrave las lesiones, o se niegue a asistirse o prolongue el período de su curación.

Artículo 10°. - El trabajador lesionado por accidente de trabajo o afectado por enfermedad profesional deberá someterse obligatoriamente a la asistencia que le suministre el Banco de Seguros del Estado, salvo que se le procure particularmente, con autorización previa del Banco, en cuyo caso mantiene éste el derecho al control de su evolución.

El Banco también podrá exigir la internación hospitalaria de los accidentados o víctimas de enfermedades profesionales a efectos de evaluar su incapacidad permanente o la agravación o atenuación de la misma, debiendo compensar la pérdida de salarios que pueda derivarse de tal internación.

Durante el período de asistencia, el trabajador podrá realizar tareas remuneradas sin la previa autorización del Banco de Seguros del Estado. En caso de que dicha autorización fuere otorgada, el trabajador perderá el derecho a la indemnización diaria establecida en el artículo 19 por todo el tiempo que realice dichas tareas remuneradas.

El incumplimiento de las obligaciones que este artículo pone a cargo del trabajador, dará derecho al Banco de Seguros del Estado a disponer la suspensión o el cese del pago de la indemnización diaria o renta, sin perjuicio de la acción legal que correspondiere.

Artículo 11°. - La asistencia del sinistrado, que se prestará en el país de acuerdo con sus adelantos técnicos, comprende los gastos médicos, odontológicos y farmacéuticos así como también el suministro de aparatos ortopédicos, renovación normal de los accesorios necesarios para garantizar el éxito del tratamiento o alivio de las consecuencias de las lesiones.

Están, asimismo comprendidos, los gastos de transporte del lugar del siniestro al de asistencia y en caso necesario, de éste al domicilio y viceversa, y los de sepelio. En este último caso, no excederán del importe de seis sueldos mínimos nacionales.

Artículo 12.- En cuanto exceda de la indemnización que la presente ley pone a cargo del Banco de Seguros del Estado o del patrono no asegurado, correspondiente a la incapacidad laboral padecida, el trabajador siniestrado, o sus causahabientes, conservan el derecho a reclamar contra los terceros causantes de los demás daños derivados del evento, de acuerdo a las disposiciones del Código Civil, así como la parte de indemnizaciones no cubierta por el Banco de Seguros del Estado.

Se entiende por tercero, todas las personas, exceptuados el patrono y sus empleados y obreros.

La indemnización de la incapacidad laboral que se obtuviere de terceros, en virtud de lo dispuesto en este artículo, exonerará al patrono de su obligación hasta la suma equivalente a dichos daños.

Esta indemnización será servida por el Banco de Seguros del Estado en la forma prevista en los artículos 25 y siguientes de la presente ley, mediante la constitución del capital correspondiente para servirlo.

El Banco de Seguros del Estado, se subrogará en los derechos de la víctima o sus causahabientes con referencia a la incapacidad laboral indemnizada y gastos anexos.

Artículo 13.- La presente ley es de orden público. Todo contrato, acuerdo o renuncia que tenga por objeto liberar al patrono de las obligaciones y responsabilidades que ella impone o que sea derogatorio de sus disposiciones, es absolutamente nulo.

Artículo 14.- No será considerado accidente del trabajo el que sufra un obrero o empleado en el trayecto al o del lugar de desempeño de sus tareas, salvo que medie alguna de las siguientes circunstancias:

- a) que estuviere cumpliendo una tarea específica ordenada por el patrono.
- b) que éste hubiere tomado a su cargo el transporte del trabajador.
- c) que el acceso al establecimiento ofreciera riesgos especiales.

Artículo 15.- Cuando el obrero o empleado trabaje en su domicilio o fuera de él, para varios patronos, a los efectos de determinar el salario básico para la liquidación de las indemnizaciones o rentas, se tendrán en cuenta todos los ingresos que obren por aquel concepto.

Este régimen se aplicará también en el caso de que realice más de una actividad para un mismo patrono.

Artículo 16.- Las rentas de indemnización por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se pagarán mensualmente. Todas las indemnizaciones que fija la presente ley serán inembargables e irrenunciables.

No obstante ello, la renta por incapacidad permanente que el accidentado reciba del Banco de Seguros del Estado podrá servir de

garantía para préstamos de entidades bancarias, oficiales, en el mismo carácter que los sueldos o jubilaciones de funcionarios públicos.

El Banco de Seguros del Estado podrá retener, expresamente autorizado por el afiliado, de cada renta que sirva, el importe de la cuota social de la asociación con personería jurídica que represente a los rentistas y pensionistas vitalicios del Banco.

Artículo 17.- Las indemnizaciones que establece la presente ley se determinarán de acuerdo a la remuneración real que percibe el trabajador, la que nunca será considerada menor al sueldo mínimo nacional.

Artículo 18.- Los salarios que sirvan de base para las indemnizaciones no tendrán límite máximo, salvo el que entienda conveniente fijar el Poder Ejecutivo por razones de interés general, previo informe del Banco de Seguros del Estado. En este último caso, ese límite no podrá ser nunca inferior a quince sueldos mínimos nacionales.

CAPITULO II

DE LAS INDEMNIZACIONES TEMPORARIAS

Artículo 19.- Las indemnizaciones temporarias por accidentes del trabajo, correspondientes a la presente ley, se regularán por las siguientes disposiciones:

I.- El siniestrado tendrá derecho a una indemnización diaria calculada sobre las 2/3 partes del jornal o sueldo mensual que se le pague en el momento del accidente. Las indemnizaciones serán diarias y se abonarán las que correspondan a los días festivos.

II.- Si la víctima trabaja en forma irregular o a destajo, la indemnización diaria será igual a las 2/3 partes del salario diario que resulte de dividir por ciento cincuenta el salario semestral.

III.- Para los trabajadores que realicen tareas de "zafra", el cálculo del jornal resultará del promedio actualizado de lo percibido durante la zafra y fuera de ella, en la forma establecida en el artículo 29 del Capítulo III de la presente ley.

IV.- En el caso de los trabajadores rurales, se tendrán en cuenta para el cálculo de las indemnizaciones mínimas, los jornales establecidos en las normas pertinentes.

V.- El accidentado percibirá la indemnización temporaria establecida precedentemente, a partir del cuarto día de ausencia provocada por el accidente.

Artículo 20.- Si el salario de un trabajador está fijado por día o por hora, pero hay factores que pueden hacerlo variar, como lo son por ejemplo las circunstancias de que el trabajo se realice día o de noche, en día de labor o en día festivo, que las sustancias o artículos manipulados sean de determinada clase, las indemnizaciones por incapacidad temporaria originadas por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales se liquidarán sobre la base del sueldo medio que resulta de

dividir por ciento cincuenta el importe total de los salarios ganados por la víctima durante los seis meses anteriores.

Artículo 21.- Si en el caso previsto en el artículo anterior el trabajador sufre una incapacidad temporal no hubiesen transcurrido todavía seis meses desde que el obrero o empleado empezó a trabajar para el patrono, o si, por cualquier motivo, no fuese posible determinar el salario básico en la forma dispuesta, se tomará como base para liquidar la indemnización temporal, el salario medio percibido durante el expresado lapso por los trabajadores similares en el mismo establecimiento o, en su defecto, en algún establecimiento o actividad afines.

Artículo 22.- Se considera como sueldo o salario, todo ingreso que en forma regular y permanente, sea en dinero (inclusive propinas) o en especie, susceptible de expresión pecuniaria, percibe el trabajador en relación de dependencia.

Artículo 23.- El salario o remuneración que sirva de base para el cálculo de la indemnización temporal fijada en el artículo 19 de la presente ley, se actualizará como mínimo cada cuatro meses, de acuerdo al índice medio salarial de la Dirección General de Estadística y Censos, correspondiente al mes anterior al que ocurrió el accidente y al mes anterior a la fecha en que corresponde la actualización.

Artículo 24.- La indemnización por incapacidad temporal cesa en el momento de la cura completa o consolidación de la lesión. En este último caso, si hay incapacidad permanente indemnizable se establecerá de inmediato el monto de la renta.

CAPITULO III DE LAS RENTAS POR INCAPACIDADES PERMANENTES

Artículo 25.- I.- La incapacidad permanente no dará lugar a indemnización alguna si la reducción de la capacidad profesional no alcanza el 10% (diez por ciento). No obstante el trabajador que haya sido víctima de sucesivos accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, tendrá derecho a indemnización aún por aquellos que sólo le hayan causado una incapacidad permanente inferior a ese porcentaje, siempre que la reducción de su capacidad de trabajo originada por los diversos infortunios laborales sufridos, alcance globalmente a ese mínimo y a partir de ese momento. La indemnización correspondiente a cada accidente o enfermedad profesional será liquidada por separado sobre la base del salario que la víctima ganaba al sufrirlo.

Artículo 26.- II.- En caso de accidentes o enfermedades profesionales que originan una incapacidad permanente igual o superior al 10% (diez por ciento) y no mayor del 20% (veinte por ciento), a solicitud de la víctima y previa conformidad del Banco de Seguros del Estado, el siniestrado recibirá como indemnización un pago único equivalente a treinta y seis veces la reducción mensual que la incapacidad haya originado

en el sueldo o salario. El Banco de Seguros del Estado tendrá en cuenta para dar su conformidad, el tipo de lesión y la posibilidad existente sobre la evolución de la incapacidad que lleve a ésta o superior en el futuro al citado porcentaje del 20% (veinte por ciento). De no darse los presupuestos citados de solicitud del obrero y conformidad del Banco, se procederá en la misma forma establecida en el numeral III de este artículo.

III - En caso de incapacidades permanentes superiores al 20% (veinte por ciento), se abonará una renta igual a la reducción que la incapacidad haya hecho sufrir al sueldo o salario. En caso de subsistir sin la ayuda permanente de otras personas la renta se elevará al 115% (ciento quince por ciento) del sueldo o salario.

IV - En caso de que un siniestrado haya percibido la suma establecida en el numeral II, y que sufriera una nueva incapacidad de un agravamiento de la anterior, que en conjunto con la inicial supere el 20% (veinte por ciento), se procederá en la siguiente forma:

- a) si hubieran transcurrido tres años o más desde la fecha en que se generó el derecho a la indemnización, liquidada de acuerdo a lo establecido en el numeral II, el siniestrado tendrá derecho al cobro de rentas por todas las incapacidades, en la forma establecida en el numeral III, desde la fecha del alta del accidente del trabajo o enfermedad profesional que originó la última incapacidad;
- b) si no hubiera pasado dicho período de tres años, se liquidará la nueva incapacidad (o el aumento de incapacidad), en la forma establecida en el numeral III.

Al finalizar dicho período de tres años se procederá en igual forma con la incapacidad inicial.

V - En circunstancias excepcionales, cuando se juzgue que el capital se utilizará de manera particularmente ventajosa para la integridad física del trabajador, de acuerdo a informes técnicos terminantes en establecer una salvaguarda de la vida o mejoramiento de la incapacidad, a solicitud del beneficiario, el Banco de Seguros del Estado podrá cancelar hasta el 50% (cincuenta por ciento) de la renta, abonando el equivalente actuarial de los pagos periódicos. Tal resolución requerirá cinco votos conformes del Directorio.

Artículo 26.- La renta deberá calcularse tomando por base la remuneración anual que la víctima del accidente hubiere recibido a título de sueldo o salario, lo que se hará multiplicando por veinticuatro el promedio del salario medio quincenal ganado en el último semestre anterior al accidente, siempre que haya trabajado por lo menos ciento cincuenta días durante ese semestre.

En caso de no haber llegado a trabajar ciento cincuenta días en el semestre anterior, se aplicará el criterio establecido en el artículo siguiente

Artículo 31.- A los efectos de la determinación de los montos considerados en este Capítulo rige lo dispuesto en los artículos 19 al 23 inclusive.

Artículo 32.- El siniestrado que recibe renta por incapacidad permanente deberá suministrar por escrito al Banco de Seguros del Estado, los datos que éste le solicite sobre el trabajo o actividad remunerada a que se dedica, género de la misma, salarios que perciba y nombre de su patrón, pudiendo el Banco suspender el pago de las rentas hasta tanto el trabajador no le proporcione dicha información.

Si en ella se consignaren hechos falsos y hubiera mediado dolo de parte del trabajador en la adulteración de los datos suministrados, podrá el Banco decretar la cesación definitiva de la renta, sin perjuicio de la denuncia penal correspondiente.

Cuando la renta sea servida por otro organismo, tendrá éste la misma facultad.

Artículo 33.- Si las personas amparadas por la presente ley se radicaren en otro país, sin designar apoderado en forma, se les suspenderá el pago de la renta. Dicho pago se reiniciará, conjuntamente con los atrasos, cuando aquéllas propongan otra forma de cobro de las mencionadas obligaciones, aceptada por el Banco de Seguros del Estado.

De existir convenios de previsión social con algún país, se estará a lo que se establezca en los mismos.

Sin embargo, los derecho-habientes de trabajadores fallecidos que viviesen en el extranjero a la época de producirse el accidente o la enfermedad profesional que provocó la muerte del trabajador, pero que luego vinieren a domiciliarse en Uruguay, tendrán derecho a percibir renta de acuerdo a lo establecido en los artículos 46 y 47 de la presente ley, sólo a partir de la fecha de su radicación en el país y mientras dure su permanencia en el mismo.

Artículo 34.- El salario anual que sirve de base para el cálculo de las indemnizaciones establecidas en el artículo 25, se actualizará una sola vez de acuerdo al índice medio salarial de la dirección General de Estadística y Censos correspondiente al mes anterior al que ocurrió el accidente o se diagnosticó la enfermedad profesional y al mes anterior a la fecha de inicio de la renta.

Artículo 35.- El Banco de Seguros del Estado ajustará como mínimo una vez al año las rentas que sirvo por incapacidad permanente o muerte, en los casos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales. Ese ajuste se realizará en función exclusiva del índice medio de salarios establecido por la dirección General de Estadística y Censos.

En el caso de ajuste anual, el mismo se realizará en el mes de enero de cada año y a los efectos del cálculo se considerará el

Artículo 27.- Si la víctima no ha tenido ocupación en el establecimiento durante seis meses con anterioridad al accidente de trabajo o a la fecha de abandono en caso de enfermedad profesional, en las condiciones indicadas en el artículo anterior, el salario anual será determinado multiplicando por veinticuatro, el cociente que resulte de dividir la suma total que haya ganado en las quince semanas trabajadas en los últimos seis meses, por el número de quince semanas que haya permanecido en el establecimiento, durante ese período.

Si la víctima ha ingresado al establecimiento en la quincena en que se produjo el accidente de trabajo o fecha de abandono en caso de enfermedad profesional, se tomará como base para calcular la indemnización, el salario medio de los trabajadores similares del establecimiento, y si no los hubiera, de establecimientos afines.

Artículo 28.- Si el siniestrado trabajara a destajo, el cálculo del salario anual se hará multiplicando por trescientos el salario diario medio en el último trimestre anterior al accidente o fecha de abandono en caso de enfermedad profesional.

En caso de ser imposible esta determinación se tomará como base el salario de los operarios válidos similares del establecimiento y si no los hubiera, de establecimientos afines.

Artículo 29.- Para quienes realicen trabajos de zafra, el cálculo del salario anual se efectuará multiplicando el número de quince semanas que dure la zafra por el salario medio quincenal correspondiente a ese período y agregando el producto del número de quince semanas que flete para llegar a veinticuatro por el salario quincenal medio ganado por los trabajadores válidos de su categoría fuera de la época de la zafra. Esta regla se aplicará tanto al accidente de abandono en caso de enfermedad profesional, ocurriera durante el período de la zafra, como si tuviere lugar durante el resto del año.

La cantidad resultante se actualizará de acuerdo a los índices de salarios de la dirección General de Estadística y Censos correspondiente al mes de la fecha del accidente o abandono en caso de enfermedad profesional y a seis meses antes.

Artículo 30.- Los aprendices y trabajadores menores de veintún años que no gocen de remuneración, o cuando ésta sea inferior a la de los demás trabajadores ordinarios, tendrán derecho, en caso de incapacidad permanente, a una indemnización que se calculará tomando como base el producto de la multiplicación por trece del salario diario más bajo de los trabajadores ordinarios válidos empleados en el mismo establecimiento o análogos, y en la misma localidad.

Por trabajador ordinario válido se entiende el que, sin constituir una especialidad en su género, goza de la plenitud de sus aptitudes profesionales.

de doce meses que finaliza en el mes de setiembre anterior justo.

Para las rentas que comencen a servirse en el transcurso de 1981, se considerarán a los efectos de su ajuste, los índices correspondientes al mes de setiembre anterior al del ajuste y a cuatro meses antes del mes en que se inició la renta.

En caso de ajuste en un plazo inferior al año se procederá en una forma similar. A los efectos del cálculo en este caso se considerarán los índices correspondientes a cuatro meses antes de la fecha del ajuste anterior y a cuatro meses antes de la fecha del nuevo ajuste.

Las rentas que sirva el Banco de Previsión Social por incapacidad permanente o muerte a los trabajadores rurales, las ajustará en la misma forma, de acuerdo a los índices aplicados por el Banco de Seguros del Estado.

Artículo 36.- En el caso de rentas correspondientes a trabajadores cuyos patronos no estuvieran asegurados o a los que se accidenten o enfermedades profesionales, dichos patronos deberán constituir en el Banco de Seguros del Estado el capital de la renta que se origine, el que se establecerá en la forma que se indica a continuación.

Se tomará como base la suma necesaria para servir la renta, evaluada a la fecha de inicio de la misma, calculada según las tablas del Banco de Seguros del Estado, la que se reajustará por el artículo 57 de la presente ley.

Artículo 37.- La renta anual por incapacidad permanente o muerte es íntegramente compatible con las jubilaciones o pensiones atendidas por los Organismos de Previsión Social.

CAPITULO IV

DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Artículo 38.- Se considera enfermedad profesional la causada por agentes físicos, químicos o biológicos, utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presente en el lugar de trabajo.

Artículo 39.- Para que una enfermedad se considere profesional es indispensable que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aún cuando aquellos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico.

Artículo 40.- Las enfermedades profesionales indemnizables son aquellas enumeradas por el Decreto N° 167/981, de 8 de abril de 1981.

Artículo 41.- El trabajador o en su caso el patrono podrán acreditar ante el Banco de Seguros el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere aceptada como tal, estando a la resolución que al respecto adopte dicho organismo.

Artículo 42.- La inclusión de nuevas enfermedades profesionales o declaración de tales, fuera de las que se aceptan en cumplimiento de los convenios internacionales suscritos por el país, así como la interpretación y aplicación de su listado, se hará por el Banco de Seguros del Estado, dando cuenta al Poder Ejecutivo.

Artículo 43.- Serán obligatorios los exámenes preventivos de acuerdo al riesgo laboral; los pre-ocupacionales clínicos y paracálculos específicos, los periódicos para los ya ingresados al trabajo, así como cualesquiera otros que determine el Poder Ejecutivo por vía de reglamentación de las leyes sobre prevención de enfermedades profesionales.

El patrono que no exija al trabajador el cumplimiento de los exámenes a que se hace referencia en este artículo asumirá la responsabilidad del riesgo.

Si el trabajador se niega a someterse a los mencionados exámenes, será suspendido en el trabajo hasta que desista de esa actitud.

Artículo 44.- Las indemnizaciones temporales por enfermedades profesionales se liquidarán de acuerdo a lo establecido en el Capítulo II de la presente ley, salvo en lo que respecta a la indemnización diaria que se calculará sobre la base de la totalidad del jornal o sueldo mensual que percibía el siniestrado en el momento en que se diagnosticó su enfermedad y a partir del día siguiente del abandono de sus tareas.

Artículo 45.- Las rentas por incapacidades permanentes originadas por enfermedades profesionales se liquidarán en la forma establecida en el Capítulo III de la presente ley. Mientras el Estado no funde escuelas de readaptación profesional y se fomenten los derechos y obligaciones de los agravesados, el concepto de incapacidad total o permanente se establecerá en función directa del oficio o labor desempeñado por el beneficiario, sin tenerse en cuenta sus posibilidades de readaptación para ejercer otro trabajo.

CAPITULO V DE LOS DERECHO-HABIENTES

Artículo 46.- En caso de accidente o enfermedad profesional que haya producido la muerte del siniestrado, sus derecho-habientes tendrán derecho a una renta, de acuerdo con las siguientes normas:

a) Una renta vitalicia igual al 50% (cincuenta por ciento) del salario o remuneración anual para el cónyuge sobreviviente no divorciado o separado de hecho, a condición de que el matrimonio se haya celebrado con anterioridad a la fecha en que ocurrió el siniestro, o que el celebrado posteriormente tenga una duración de más de un año. Igual renta vitalicia corresponderá a la concubina o concubino del siniestrado que demuestre fehacientemente la vida en común por un plazo de más de un año, a la fecha de fallecimiento.

En el caso de que el único con derecho a percibir rentas de manera permanente sea el cónyuge o concubino sobreviviente, el porcentaje se elevará a las dos terceras partes del salario o remuneración anual.

b) Una renta que se determinará con arreglo a las disposiciones que siguen, para los menores de dieciocho años y hasta esa edad; y e los mayores de dieciocho años discapacitados que vivan a expensas del trabajador, sea cual fuere el lazo jurídico que a éste los uniere, siempre que se justifique este hecho aún sumariamente.

No será necesaria esa justificación cuando los menores o discapacitados fueren hijos legítimos o naturales del trabajador fallecido, así como otros descendientes o colaterales de hasta el cuarto grado que hubiesen vivido en su misma morada. A los efectos de acreditar la calidad de derecho-habiente se presentarán las partidas de estado civil pertinentes y se practicará la información testimonial administrativa correspondiente.

c) La renta, si los menores o incapaces concurren con el cónyuge o concubino sobreviviente, será del 20% (veinte por ciento) del salario anual si no hay más que uno; del 35% (treinta y cinco por ciento) si hay dos; del 45% (cuarenta y cinco por ciento) si hay tres y del 55% (cincuenta y cinco por ciento) si hay cuatro o más.

d) Si no hay cónyuge o concubino sobreviviente, la renta de los menores o incapaces se elevará al 50% (cincuenta por ciento) del salario anual para cada uno de ellos, con el límite fijado en el artículo siguiente.

De no concurrir los beneficiarios mencionados en el literal a) tendrán derecho a renta los ascendientes del siniestrado, siempre que vivieran a sus expensas. La misma será equivalente al 20% (veinte por ciento) del salario anual para cada uno de ellos, con el límite fijado en el artículo siguiente.

Artículo 47.- La renta anual, que se acuerde con arreglo al artículo anterior a las personas mencionadas, no podrá en ningún caso exceder del 100% (cien por ciento) del salario anual, dentro del límite máximo fijado con carácter general. Si las sumas de las rentas excedieren ese porcentaje, cada una de ellas será reducida proporcionalmente.

CAPITULO VI PROCEDIMIENTOS

Artículo 48.- En los casos de accidentes de trabajo ocurridos a obreros o empleados asegurados en el Banco de Seguros del Estado o al tener conocimiento de enfermedades profesionales, los patronos deberán dar cuenta de los mismos en su Seda Central o Sucursales o Agencias del Interior dentro de las setenta y dos horas de que el hecho se produjera en Montevideo y en un plazo de cinco días hábiles, por un medio fehaciente, cuando se trate de los demás departamentos.

En caso de que los patronos, sin causa justificada, no hicieren la denuncia en los términos indicados, incurrirán en una multa equivalente a 50 U.R. (cincuenta Unidades Reajustables) y a 100 U.R. (cien Unidades Reajustables) en caso de reincidencia.

Artículo 49.- El obrero o empleado víctima del accidente o sus representantes, podrán también denunciarlo ante el Banco, Sucursales o Agencias, dentro del plazo de quince días continuos.

Artículo 50.- La denuncia debe indicar el nombre y domicilio del patrono, lugar en que se haya situado el establecimiento, día y hora en que se produjo el accidente, su naturaleza, las circunstancias en que el hecho se haya producido, salario diario, edad y estado civil de la víctima y el nombre y domicilio de los testigos.

Artículo 51.- Recibida la denuncia, si el Banco entendiere que no debe aceptarla o abrigase dudas sobre el carácter del accidente, deberá presentar dentro del plazo de veinte días, exposición escrita ante la Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social, fundamentando su posición. De esta exposición deberá darse noticia al patrono, al trabajador o a sus derecho-habientes.

Tratándose de accidentes ocurridos fuera del departamento de Montevideo el plazo será de treinta días.

El Banco de Seguros del Estado se pronunciará dentro del término de noventa días. La resolución del Banco deberá comunicarse al patrono, al accidentado y a la Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social dentro de los diez días siguientes. De existir oposición de parte de cualquiera de éstos, la Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social deberá remitir los antecedentes al juzgado que corresponde.

Artículo 52.- Si el Banco no presentase exposición dentro de los términos expresados, se entenderá que acepta la denuncia. En este caso, estando las partes de acuerdo, se liquidará la indemnización librándose los actos que correspondieren.

Artículo 53.- En todos los casos el Asesor Letrado, de la Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social o los Fiscales Letrados Departamentales, según corresponda, podrán solicitar del Banco los antecedentes que juzguen necesarios y controlar la determinación y cumplimiento de las indemnizaciones.

Artículo 54.- El siniestrado o el Banco podrán solicitar la revisión de la renta momentáneamente que se arroja, siempre que haya transcurrido un año de su fijación o revisión anterior.

Artículo 55.- Toda controversia originada por la fijación de la renta o de la renta, aumento o disminución de la capacidad o cualquiera otra suscitada por aplicación de la presente ley, será resuelta judicialmente siguiéndose el procedimiento vigente en materia laboral.

Los créditos de la víctima o de los derecho-habientes contra patronos no asegurados, gozarán del privilegio del numeral 4° del Artículo 2369 del Código Civil y numeral 4° del Artículo 1732 del Código de Comercio.

Artículo 58.- Los patronos deberán exhibir toda la documentación que les sea requerida e los efectos de determinar los jornales pagados y cualquier otro aspecto conexo con la presente ley. De no hacerlo así, el Banco podrá requerir el auxilio de la fuerza pública, sin perjuicio de las liquidaciones de oficio que practique.

El patrono que formule falsa declaración en perjuicio del Banco o del trabajador siniestrado, incurrirá en el delito de "falsificación ideológica por particular", tipificado en el Artículo 239 del Código Penal.

Artículo 59.- No obstante el derecho del siniestrado o sus causa-habientes a procurar por medios propios su defensa, la Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social les asesorará y proporcionará la defensa que requieran para comparecer ante el Banco de Seguros del Estado o en juicio.

En el interior del país y mientras no se designen funcionarios especialmente encargados del mismo asesoramiento, la defensa del obrero que lo requiere estará a cargo de los Fiscales Letrados.

Artículo 60.- Sobre los bienes, derechos y acciones de los patronos que no hayan cumplido con la obligación de asegurar podrán adoptarse medidas cautelares a solicitud fundada del Banco del siniestrado o sus causa-habientes. El Juez podrá decretar las medidas cautelares sin más trámite, prescindiendo de la contra cautele prescripta en el numeral 5° del artículo 313 del Código General del Proceso y la constancia del monto de la deuda será sustituida por una estimación de la misma realizada por el Banco de Seguros del Estado.

Artículo 61.- Será necesaria la exhibición de la documentación que acredite el cumplimiento de la presente ley para importar, exportar, intervenir en licitaciones públicas, reforme de estatutos, liquidación o disolución total o parcial de establecimientos comerciales o industriales y distribución de utilidades o dividendos.

Artículo 62.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, el Banco de Seguros del Estado deberá remitir a las instituciones de crédito, públicas o privadas, nómina de las personas y empresas omisas en el cumplimiento de la presente ley, a los efectos de que se supedita la concesión de préstamos a la regularización de la situación de incumplimiento. La Dirección General Impositiva y el Banco de Previsión Social pondrán a disposición del Banco de Seguros del Estado, la información de sus registros de contribuyentes para un completo relevamiento de las actividades comerciales e industriales.

La Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social asesorará al Jurado en lo pertinente.

Artículo 56.- Sin perjuicio del trámite judicial establecido, cuando la incapacidad sea total o permanente, el grado de incapacidad permanente a efectos de la definición, con carácter previo a la decisión judicial, el Banco de Seguros del Estado abonará una renta al siniestrado, según el grado de incapacidad que determine por mayoría simple un Tribunal Médico integrado por tres médicos: dos designados por el Banco de Seguros del Estado y el otro por el siniestrado.

Este Tribunal, que funcionará en el Banco de Seguros del Estado, recibirá los antecedentes sobre los que se expedirá en un plazo máximo de treinta días.

En el interior el Banco servirá la renta correspondiente al grado de incapacidad adjudicado por sus servicios técnicos.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES TENDIENTES A GARANTIR EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Artículo 55.- El patrono que no haya cumplido con la obligación de asegurar a su personal establecido en el artículo 1° de la presente ley, sin perjuicio de la responsabilidad frente al Banco de Seguros del Estado, podrá ser sancionado con una multa que impondrá el Banco, igual al doble de las primas de los seguros que haya omitido la primera vez y del cuádruplo de dicha cantidad por las omisiones siguientes. Esta multa, como mínimo, será equivalente al importe de 50 U.R. (cincuenta Unidades Reajustables) la primera vez, y de 200 U.R. (doscientas Unidades Reajustables) en cada reincidencia.

Sin perjuicio de la acción judicial de cobro de multa correspondiente, cuando se trate de establecimientos industriales o comerciales, se faculta al Banco a solicitar su clausura al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, hasta que se acredite haber cumplido con la obligación de asegurar. Si no se acreditan considerados como no asegurados aquellos patronos a quienes el Banco decreta la caducidad de la póliza por no haber abonado su premio en tiempo y forma.

Artículo 57.- Las liquidaciones que practique el Banco de Seguros del Estado por capitales necesarios para servicios de rentas, indemnizaciones temporales, gastos de asistencia médica, primas de pólizas y edicionales, multas y cualquier otro crédito contra el patrono generado por la aplicación de la presente ley, constituirán título ejecutivo de acuerdo a lo establecido en el artículo 353 del Capítulo IV, Sección II del Código General del Proceso y se reajustarán de acuerdo al Decreto Ley N° 14.500, de 8 de marzo de 1976.

CAPITULO VII: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 63.- Los médicos, el Ministerio de Salud Pública y demás entidades de asistencia médica, están obligados e informar a las autoridades judiciales o administrativas y al Banco de Seguros del Estado, sobre todas las cuestiones vinculadas con la presente ley, en que hayan tenido participación.

Artículo 64.- Los inspectores del Banco de Seguros del Estado, de la Inspección General del Trabajo y la Seguridad Social y los funcionarios que designe el Poder Ejecutivo, tendrán libre entrada, con excepción del hogar, a todos los lugares de trabajo, para asegurar el cumplimiento de las disposiciones sobre prevención de accidentes y enfermedades profesionales, teniendo la facultad de requerir el auxilio de la fuerza pública a estos fines.

Artículo 65.- Serán competentes para entender en los acciones ejecutivas previstas en el artículo 57 y en las demás controversias que se susciten por aplicación de la presente ley, los Jueces Letrados de 1ª Instancia del Trabajo o el Juez Letrado de 1ª Instancia en los departamentos donde no los hubiera, quienes podrán requerir los medios de prueba que estimen necesarios.

Artículo 66.- Las acciones por cobro de primas de seguros correspondientes a la presente ley, por constitución de capitales necesarios para el servicio de rentas, y demás obligaciones a cargo de los patronos o del Banco, prescribirán a los diez años contados desde el día en que las obligaciones se hicieron exigibles, ya sean ellas deducidas por el Banco o por el trabajador según el caso.

La interposición por el interesado de cualquier recurso administrativo o jurisdiccional, suspenderá el curso de la prescripción hasta la resolución definitiva o sentencia ejecutoria.

Artículo 67.- El Banco de Seguros del Estado fijará las primas del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, las que deberá revisar periódicamente, haciéndolo por lo menos una vez cada dos años. Las primas podrán variar en función de la peligrosidad del riesgo para las diversas actividades laborales y aún para los diversos establecimientos dentro de cada actividad, pero en ningún caso la prima aplicada a un establecimiento podrá ser más de cuatro veces el promedio de las primas de los establecimientos similares. Para medir la peligrosidad del riesgo se tendrán en cuenta primordialmente los resultados del seguro en años anteriores. Además se apreciarán las medidas de prevención adoptadas en accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, las posibilidades de siniestros catastróficos y toda otra información que técnicamente corresponda.

Para la financiación de las rentas, el Banco de Seguros del Estado empleará el método de capitalización y constituirá la respectiva reserva matemática de acuerdo con sus tablas de los aumentos de las obligaciones que se originen por la aplicación del régimen de actualización de rentas previsto en la presente ley, no determinarán, en cambio la constitución de reserva matemática, rigiéndose por los principios del método de reparto empleado en materia de seguros sociales.

Las reservas técnicas originadas por el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales podrán invertirse de acuerdo a lo establecido en la Carta Orgánica del Banco de Seguros del Estado, de manera de asegurar una rentabilidad adecuada al mantenimiento de los valores.

El beneficio neto de explotación del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales no podrá ser mayor del 10% (diez por ciento) de las primas totales percibidas en esta Cartera por el Banco de Seguros del Estado. A los efectos del cálculo de ese beneficio se tomarán en consideración:

- las indemnizaciones por incapacidad temporaria;
- las reservas matemáticas;
- las rentas por incapacidad permanente o muerte;
- las cantidades a pagar por actualizaciones de rentas;
- las erogaciones derivadas de la prestación de asistencia médica;
- la provisión para reservas de siniestros en trámite, y riesgos no corridos;
- las reservas para morosos;
- las reservas de emergencia y catastrofe;
- los gastos administrativos e impuestos; y
- una partida de hasta un 1% (uno por ciento) de los premios del año anterior, destinada a prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que se incluirá en el Presupuesto Operativo del Banco.

El Banco de Seguros del Estado podrá deducir del beneficio neto de cada ejercicio que supere el 10% (diez por ciento) de las primas percibidas, la pérdida actualizado sufrida en la misma Cartera de Seguros en ejercicios anteriores. Esta compensación podrá operarse hasta el quinto año siguiente a aquél en que tuvo lugar la pérdida.

Artículo 68.- Si después de proceder en la forma prevista en el artículo anterior se obtuviere en el balance anual un beneficio mayor al 10% (diez por ciento) de dichas primas, con el excedente el banco constituirá un fondo especial denominado "Fondo de Fomento de la Rehabilitación de Trabajadores Discapacitados por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales". Este Fondo sólo podrá ser utilizado para las finalidades indicadas en su denominación como ser:

Subvencionar a instituciones públicas o privadas que fomenten la rehabilitación de trabajadores discapacitados por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

El estudio de la rehabilitación de discapacitados, así como el estudio de las posibilidades de financiamiento de cursos, material de divulgación y campañas publicitarias sobre rehabilitación.

Artículo 69.- El trabajador víctima de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, si así lo solicita, deberá ser readmitido en el mismo cargo que ocupaba, una vez comprobada su recuperación. Si el trabajador queda con una incapacidad permanente parcial tendrá derecho al solicitar su reincorporación al cargo que ocupaba, si está en condiciones de desempeñarlo o a cualquier otro compatible con su capacidad limitada.

Requiere el trabajador, no podrá ser despedido hasta que hayan transcurrido por lo menos ciento ochenta días a contar de su ingreso, salvo que el empleador justifique notoria mala conducta o cause grave superveniente.

El trabajador deberá presentarse a la empresa para desempeñar sus tareas dentro de los quince días de haber sido dado de alta. Si la empresa no lo readmitiere dentro de los quince días siguientes a su presentación tendrá derecho a una indemnización por despido equivalente al triple de lo establecido por las leyes laborales vigentes.

Artículo 70.- No podrá imputarse al goce de licencia el tiempo no trabajado por causa de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Artículo 71.- Las rentas que actualmente sirve el Banco por muerte o por incapacidades permanentes iguales o mayores al 60% (sesenta por ciento) (artículo 25), se reajustarán a la fecha de vigencia de la presente ley, tomando como salario base el mínimo nacional en todos aquellos casos en que la renta percibida sea inferior a la que correspondería a dicho salario mínimo.

Ninguna renta por incapacidad permanente que se haya otorgado y servido con anterioridad a la vigencia de la presente ley, podrá tener un monto inferior a un 15% (quince por ciento) del salario mínimo nacional.

Los mencionados reajustes se efectuarán en cuanto las disponibilidades financieras del Banco así lo permitan, pero en todo caso no más allá del plazo de un año contado desde la vigencia de la presente ley.

Artículo 72.- Deróganse las Leyes Nos. 10.004, del 28 de febrero de 1941, y 12.949, de 21 de noviembre de 1961, así como todas las disposiciones que se opongan a la presente ley.

Artículo 73.- La presente ley comenzará a regir a los noventa días de publicada en el Diario Oficial.

Artículo 74.- Comunicases, etc.
Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 2 de octubre de 1989.

Luis A. Hierro López
Presidente

Héctor S. Clavijo
Secretario

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PUBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA Y ENERGIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DE GANADERIA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO

Montevideo, 10 de octubre de 1989.

Cúmplase, cójase recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

TARIGO

ANEXO N° 3

Instrumento general.

Universidad de la Republica – Instituto Nacional de Enfermería
Formulario de Recolección de Datos

Nombre
encuestador

NOMBRE: _____

1 FECHA INGRESO: / / _____

2 FECHA NACIMIENTO: _____

3 SEXO:

M	<input type="checkbox"/>	0
F	<input type="checkbox"/>	1

4 ESTADO CIVIL:

Casado/a	<input type="checkbox"/>	1	Separado	<input type="checkbox"/>	2	Divorcedo/a	<input type="checkbox"/>	3	Soltero/a	<input type="checkbox"/>	5	Viude/a	<input type="checkbox"/>	6	Unión Libre	<input type="checkbox"/>	7
----------	--------------------------	---	----------	--------------------------	---	-------------	--------------------------	---	-----------	--------------------------	---	---------	--------------------------	---	-------------	--------------------------	---

5 PROCEDENCIA DE ORIGEN: _____

6 LUGAR DE RESIDENCIA: _____

7 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Sabe leer y escribir	SI	<input type="checkbox"/>	0
		NO	<input type="checkbox"/>	1
	Primaria Incompleta		<input type="checkbox"/>	1
	Primaria completa		<input type="checkbox"/>	2
	Secundaria Incompleta		<input type="checkbox"/>	3
	Secundaria completa		<input type="checkbox"/>	4
	Estudios Terciarios		<input type="checkbox"/>	5
	Carreera militar o policial		<input type="checkbox"/>	6
	Universidad Incompleta		<input type="checkbox"/>	7
	Universidad completa		<input type="checkbox"/>	8

8 OCUPACIÓN EJERCIDA: _____

CATEGORIAS DE OCUPACION	Patrón con obreros a cargo o empleados	<input type="checkbox"/>	1	Obrero o empleado público	<input type="checkbox"/>	2	Obrero o empleado privado	<input type="checkbox"/>	3
	Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	4	Trabajador familiar no remunerado	<input type="checkbox"/>	5	Otros	<input type="checkbox"/>	6

9 COBERTURA ASISTENCIAL:

Público	<input type="checkbox"/>	0
Privado	<input type="checkbox"/>	1

Casa Galicia	<input type="checkbox"/>	1	Casmu	<input type="checkbox"/>	3
Asoc. Española	<input type="checkbox"/>	2	Otros	<input type="checkbox"/>	4

10 DEPENDENCIA ECONOMICA:

Jubilado	<input type="checkbox"/>	1
Familia	<input type="checkbox"/>	2
Otros	<input type="checkbox"/>	3

11 TIENE FAMILIA LO VISITAN?

SI	<input type="checkbox"/>	0
NO	<input type="checkbox"/>	1

CON QUE FRECUENCIA? _____

12 PATOLOGIA DE BASE (Crónicas) _____

13 ANTECEDENTES PERSONALES (Patologías en los últimos 6 meses) _____

ANEXO Nº 4

Protocolo.

Universidad de la República
Instituto Nacional de Enfermería
Departamento de Adulto y Anciano

“Protocolo de Tesis”

Docente: Raquel Mazza

Montevideo, Diciembre de 2003.

Indice

Introducción.

Planteamiento del problema.

Objetivos.

Marco conceptual.

Diseño metodológico.

Tipo de investigación.

Universo y muestra.

Elaboración del instrumento.

Método de recolección de datos.

Tabulación de datos.

Variables, definiciones.

Análisis.

Recursos humanos, materiales, financieros, institucionales.

Cronograma.

Bibliografía.

Introducción

El presente protocolo fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, quienes habiendo cursado el último semestre de actividad curricular, eligieron el estudio de los problemas de salud identificados como ocupacionales, en una población de adultos mayores residentes del Hogar Español, como tema para presentar su tesis final.

Es de fundamental importancia el conocimiento de los mismos, para fomentar la prevención de las enfermedades laborales, con el objetivo de promover conductas y hábitos saludables durante su ejercicio laboral.

Todos los problemas de salud relacionados al trabajo son prevenibles, ya que sus determinantes se encuentran definidas por las condiciones de trabajo y son por tanto susceptibles de intervención y de cambio.

Los problemas de salud relacionados con el trabajo (accidentes, enfermedad laboral, discapacidades, etc.), son problemas importantes por su impacto socioeconómico y familiar.

Enfermería cumple un papel en actividades de promoción y prevención en salud, al estar en contacto con todos los grupos etareos puede ser el impulsor de cambios de conductas que favorezcan una mejor calidad de vida.

Se consideró necesario implementar un estudio descriptivo para conocer los eventos patológicos que transitan la población y su posible vinculación con la ocupación ejercida durante su actividad laboral.

A través del trabajo de investigación conoceremos la exposición a factores de riesgo laborales que haya presentado dicha población en el transcurso de su actividad laboral, y la existencia de daños ocasionados.

Nuestro aporte a través de dicha investigación es poder lograr implementar programas de prevención de enfermedades ocupacionales, lo cual nos permita mejorar una situación inicial logrando resultados concretos.

Es necesario desarrollar estrategias que estén dirigidas a detectar y tratar fundamentalmente a individuos con riesgo laboral en una etapa inicial, y así poder prevenir determinadas enfermedades ocupacionales y la aparición de eventos crónicos en el envejecimiento.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los problemas de salud, identificados como ocupacionales, en una población de Adultos Mayores Residentes del Hogar Español?

Objetivos

Objetivo general

“Conocer los problemas de salud identificados como ocupacionales, en una población de Adultos Mayores Residentes del Hogar Español”.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población en estudio.
- Describir la ocupación ejercida.
- Identificar la presencia de factores de riesgo laboral y la exposición a ellos.
- Determinar los años de oficio y/o profesión.

Marco conceptual

Revisión bibliográfica

- Gerontología (definición, conceptos, etc.)
- Proceso envejecimiento (pasos, teoría)
- Salud ocupacional (definición, factores riesgo laboral, etc.)

Definición de variables utilizadas para la base de datos

I) Fecha de ingreso.

Def. conceptual: Período de tiempo que transcurre desde el ingreso al hogar hasta la fecha.

Nivel de medición: Cualitativa normal.

Def. operativa: Tiempo de internación (día, mes, año).

II) Fecha de nacimiento.

Def. conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Nivel de medición: Cuantitativa continua.

Def. operativa: Años cumplidos.

III) Sexo.

Def. conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Def. operativa: Femenino/Masculino.

IV) Estado civil.

- Def. conceptual: Situación respecto a su condición civil.

- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

- Def. operativa: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

V) Procedencia.

- Def. conceptual: Lugar de origen.

- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

- Def. operativa: Provincia, ciudad.

VI) Lugar de residencia.

- Def. conceptual: Lugar donde vivió previo al hogar.

- Nivel de medición: Cualitativa nominal.

- Def. operativa: Dirección, ciudad.

VII) Nivel de instrucción.

- Def. conceptual: Estudios realizados por el individuo.
- Nivel de medición: Cualitativa ordinal.
- Def. operativa: Primaria, secundaria, terciaria, completa o incompleta.

VIII) Ocupación ejercida.

- Def. conceptual: Conjunto de tareas en el trabajo destinadas a la producción de bienes para la supervivencia. Trabajo remunerado.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- Def. operativa: Patrón, empleado, trabajador por cuenta propia, trabajador familiar.

IX) Años ejercidos de oficio.

- Def. conceptual: Periodo de tiempo de actividad laboral continuada de su función.
- Nivel de medición: Cuantitativa continua.
- Def. operativa: El número de años.

X) Factores de riesgo.

- Def. conceptual: Probabilidad de aparición de un acontecimiento desfavorable para la salud.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- Def. operativa: Grupo I al VI.

XI) Cobertura.

- Def. conceptual: Acceso a la asistencia médica.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- Def. operativa: Privada/pública.

XII) Dependencia económica.

- Def. conceptual: Ingresos otorgados al usuario.
- Nivel de medición: Cuantitativa continua.
- Def. operativa: Jubilado, pensionista, familiares, otros.

XIII) Familia.

- Def. conceptual: Grupo de personas relacionadas por la herencia como padres, hijos, hermanos.
- Nivel de medición: Cuantitativa nominal.
- Def. operativa: Si/no tiene.

XIV) Patologías crónicas.

- Def. conceptual: Enfermedad que se mantiene durante un período largo de tiempo en comparación con la evolución de los procesos agudos, los síntomas de la enfermedad crónica suelen ser menos llamativos que los de la fase aguda del mismo proceso y puede dar lugar a incapacidades totales o parciales.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- Def. operativa: Las patologías crónicas.

XV) Antecedentes personales.

- Def. conceptual: Resumen de la salud general de la persona.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- Def. operativa: Si/no, cuales son (tres más importantes ocurridas en los últimos 6 meses).

XVI) Enfermedad profesional (según la ley 16074 de nuestro país).

- Def. conceptual: La causada por agentes físicos, químicos, biológicos, utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén en el lugar de trabajo.
- Nivel de medición: Cualitativa nominal.
- Def. operativa: Enfermedad con una posible relación con la ocupación.

Análisis

Será de tipo descriptivo, utilizaremos porcentajes y tasas de tabulación.

Complementaremos la descripción de los resultados con tablas y/o gráficas donde las variables serán presentadas en cuadros en forma individual. (Análisis univariado)

Recursos

Humanos:

El recurso humano es esencial y protagónico.

Los autores: Cinco estudiantes de Licenciatura de Enfermería de Instituto Nacional de Enfermería son quienes conciben intelectualmente y ejecutan el trabajo de investigación.

Asesor: - Prof. Jorge Vanegas.

- Lic. Elizabeth Bozzo, quien contribuyó a orientar el desarrollo de la investigación.

Tutor: Licenciada Raquel Mazza, guía principal del conjunto del trabajo investigativo, participando hasta su culminación final.

Colaboradores: Funcionarios del Hogar Español.

Materiales:

La gran mayoría de las investigaciones requieren para su realización que se pueda disponer de recursos materiales que faciliten su ejecución.

Bienes de uso: Inmuebles, planta física, instalaciones, computadora.

Bienes de consumo: Hojas, lapiceras, planillas, etc.

Recursos financieros:

Tanto los recursos humanos como materiales insumen dinero.

¿Cuánto cuesta la investigación proyectada?

Este dato preocupa e importa a quienes autorizan y financian la ejecución del proyecto (estimando el costo de la investigación).

Se utilizarán recursos económicos aportados por los estudiantes, por el Departamento de adulto y anciano del Instituto Nacional de Enfermería y aportes del Hogar Español.

Recursos institucionales:

Los ámbitos institucionales que participan en la investigación son Hogar Español, ubicado en el barrio Lavalleja, donde se llevara a cabo la ejecución del proyecto con la aprobación de dicha institución amparando dicha investigación.

El Instituto Nacional de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, quien proporcionara el equipo investigador, proporcionando diferentes recursos para la concreción de dicha actividad.

Cronograma de actividades

		Meses					
		May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.
Actividades	Presentación de protocolo	■					
	Base de datos	■	■				
	Aplicación de plan piloto		■				
	Planificación de la entrevista			■			
	Ejecución			■	■		
	Tabulación					■	
	Análisis					■	
	Informe final						■

Bibliografía

- Benavides, F. "Salud laboral", Masson Vol I, Barcelona, 1997.
- Canales, F. H. "Manual para el desarrollo de la salud", Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, 1994.
- Carlevaro, P. V. "Revista Médica del Uruguay, Protocolo de la Investigación", Montevideo, 1985.
- Cropton, R. "Clase y estratificación, Introducción a los Debates Actuales", Madrid, 1994.
- Macedo, C. "Investigación a la Medicina Familiar", Montevideo, 1997.
- Polit, H. "Investigación científica, Ciencia de la Salud", México, 1997.
- Redes Amigos de la Tierra, Uruguay, 1994.
- San Martín, H. "Salud Comunitaria, Teoría y Práctica", Montevideo, 1988.

ANEXO N° 5

Caracterización de la población del Hogar Español.

CARACTERIZACIÓN DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR ESPAÑOL EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL- JUNIO 2003

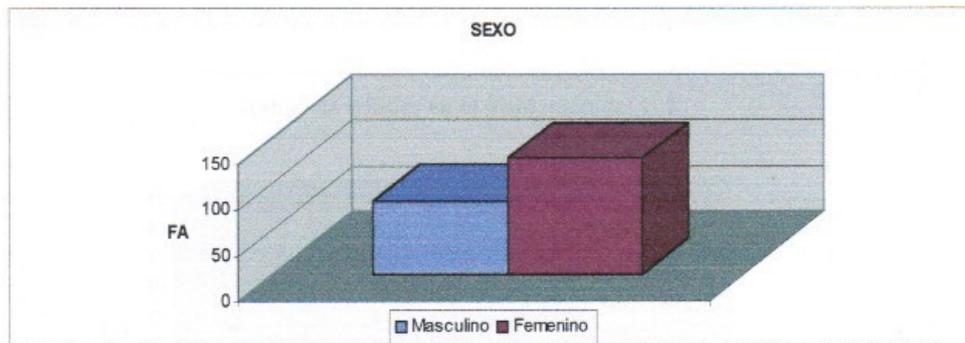
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Tabla N° 1

Sexo	FA	FR%
<i>Masculino</i>	80	38,64
<i>Femenino</i>	127	61,35
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 1 Correspondiente al sexo de los residentes del Hogar Español



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 1: Según los datos obtenidos de dicha caracterización del Hogar Español, referente a la variable sexo, concluimos que, un 61,35% corresponde al sexo femenino, y un 38,64% equivale a la población masculina.

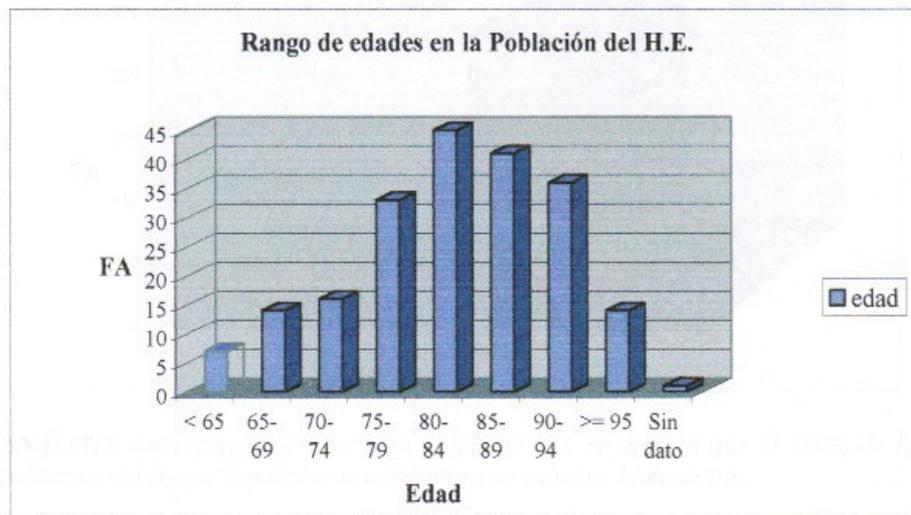
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

Tabla N° 2

Edad	FA	FR%
< 65	7	3,39
65- 69	14	6,79
70- 74	16	7,76
75- 79	33	16,01
80- 84	45	21,84
85- 89	41	19,9
90- 94	36	17,47
>= 95	14	6,79
Sin dato	1	0,48
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 2 Correspondiente a las edades de los residentes del Hogar Español



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 2: se analizan los diferentes rangos de edades en ambos sexos de los residentes del Hogar Español, donde se identifica que el mayor rango de edades corresponde a 80- 84 con un 21,84%, seguido por el rango de 85- 89 con un 19,9%, posteriormente seguido por el rango de 90- 94 con un 17,47%, 75- 79 correspondiente a 16,01%, los siguientes datos se correspondieron a los rangos de: 70- 74 con un 7,76%, el de 65- 69 equivalente al 6,79%, el rango de mayor o igual a 95 con un 6,79%, el rango correspondiente a los menores de 65 años con un 3,39% y para finalizar se destaca que un usuario se desconoció su dato correspondiente al 0,48%.

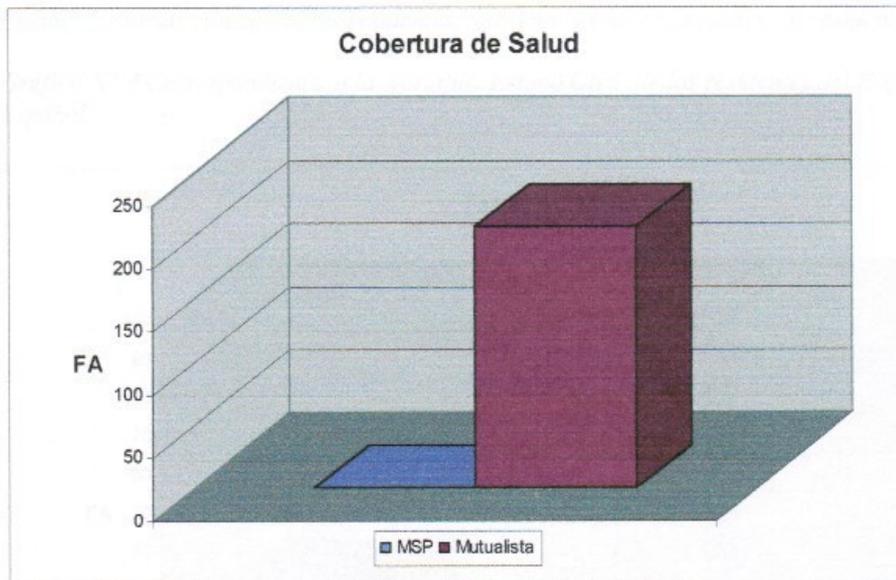
DISTRIBUCIÓN SEGÚN COBERTURA DE SALUD

Tabla N° 3

	FA	FR%
MSP	0	0
Mutualista	207	100
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes

Gráfico N° 3 Correspondiente a la variable Cobertura de Salud de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 3; se destaca que el 100% de la población del Hogar Español tienen cobertura de salud en Mutualistas .

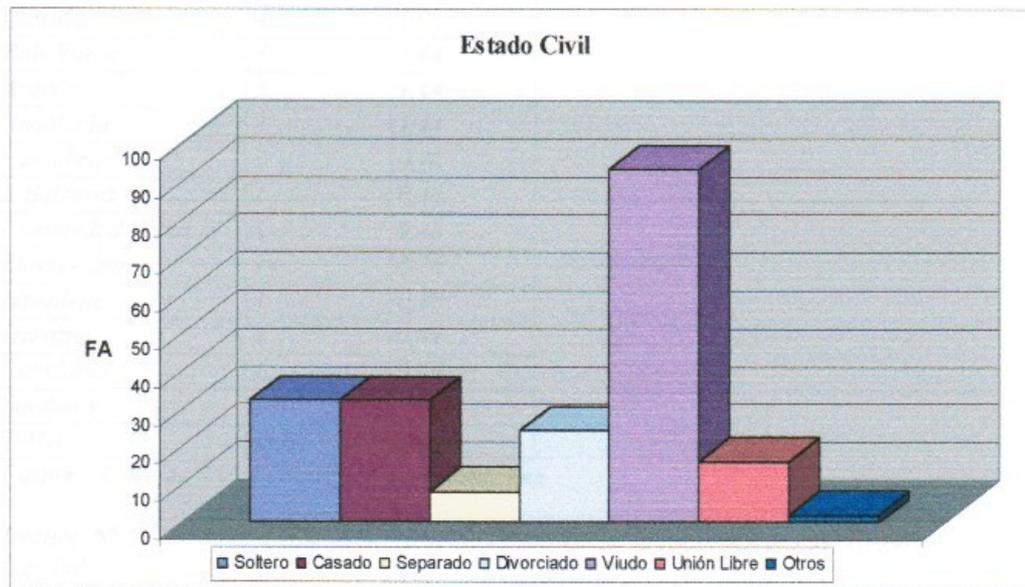
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

Tabla N° 4

	FA	FR%
Soltero	32	15,45
Casado	32	15,45
Separado	8	3,86
Divorciado	24	11,59
Viudo	93	44,92
Unión Libre	16	7,72
Sin dato	2	0,96
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes, Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 4 Correspondiente a la variable Estado Civil de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 4: en este gráfico se destaca que el 44,92% de la población total corresponde al estado de viudez, representando aproximadamente la mitad de los residentes, seguido por aquellos que son casados y solteros en igual proporción con un 15,45%, son divorciados el 11,59%, en cuanto al estado de separado, unión libre y sin dato corresponden al 3,86%; 7,72% y 0,96% respectivamente.

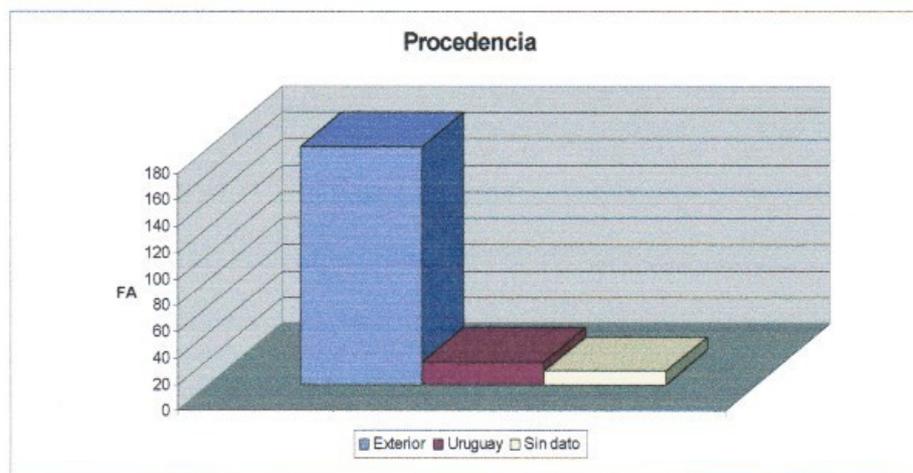
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA

Tabla N° 5

	FA	FR %		FA	FR %
Galicia	141	68,1	Exterior	180	86,9
I. Canarias	1	0,48	Uruguay	17	8,21
Asturias	9	4,34	Sin Datos	10	4,83
Navarra	4	1,93	TOTAL	207	100
Madrid	4	1,93			
Cataluña	4	1,93			
Castilla	4	1,93			
País Vasco	3	1,44			
Aragón	3	1,44			
Andalucía	3	1,44			
Cantabria	2	0,96			
I. Baleares	1	0,48			
Comunidad Valén	1	0,48			
Montevideo	14	6,76			
Lavalleja	1	0,48			
Durazno	1	0,48			
Canelones	1	0,48			
Sin datos	10	4,83			
TOTAL	207	100			

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 5 Correspondiente a la Variable Procedencia de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 5: Analizando la variable Procedencia, se observa que los residentes del Hogar Español son predominantemente provenientes de España en un 86,9%, de éstos la mayoría de la provincia de Galicia, un 8,21% provenientes de Uruguay y un 4,83% no se obtienen datos.

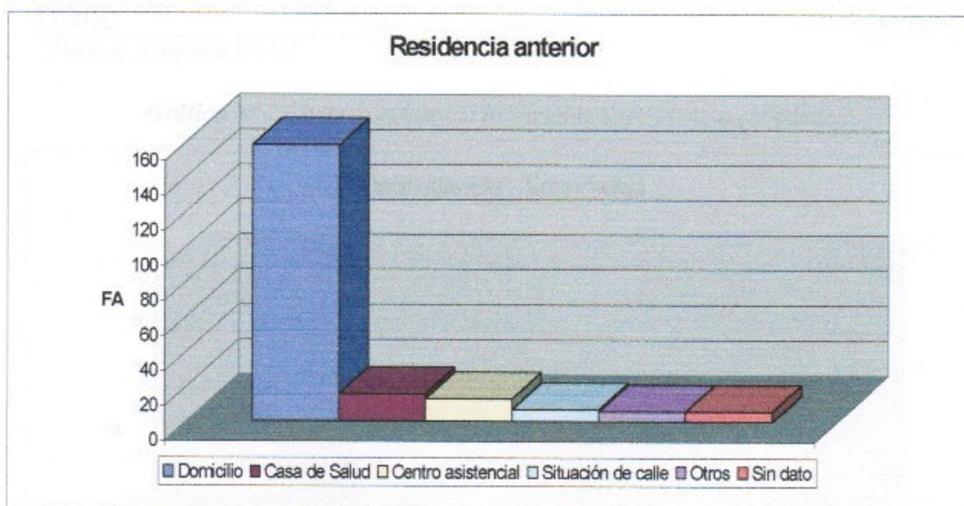
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESIDENCIA ANTERIOR

Tabla N° 6

	FA	FR %
Domicilio	158	76,3
Casa de Salud	16	8,73
Centro asistencial	13	6,28
Situación de calle	7	3,38
Otros	6	2,89
Sin Datos	6	2,89
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social.

Gráfico N° 6 Correspondiente a la variable residencia anterior.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 6: Podemos destacar que el 76,3 % de los ancianos antes de ingresar a la institución residían en domicilio, seguido por un 8,73 % provenientes de casa de salud y de centros asistenciales en un 6,28% y con un 3,38% ancianos en situación de calle, en iguales proporciones con un 2,89% están aquellos sin datos, y otros.

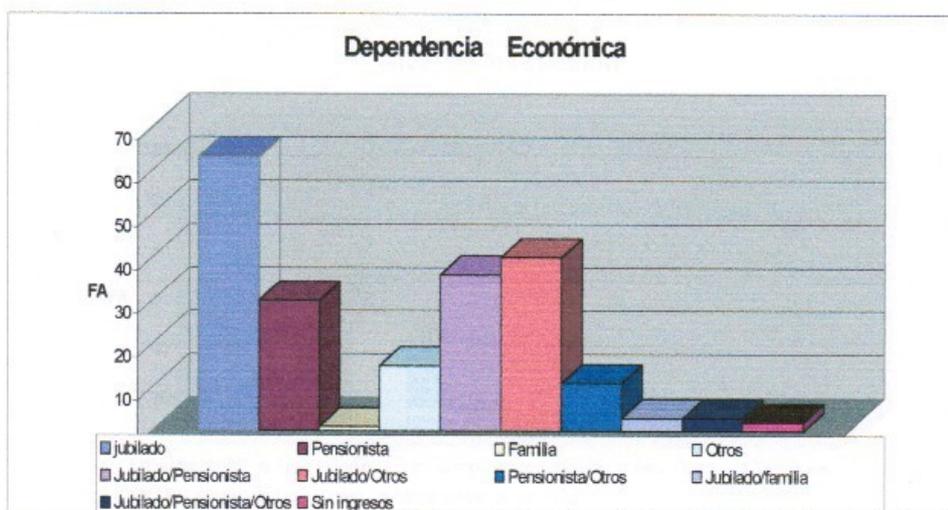
DISTRIBUCIÓN SEGÚN **DEPENDENCIA ECONÓMICA**

Tabla N° 7

	FA	FR %
Jubilado	63	30,4
Pensionista	30	14,4
Familia	1	0,48
Otros	15	7,24
Jubilado/Pensionista	36	17,3
Jubilado/Otros	40	19,3
Pensionista/Otros	11	5,3
Jubilado/Familia	3	1,44
Jubilado/Pens./Otros	3	1,44
Sin Ingresos	2	0,96
Sin Datos	3	1,44
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social

Gráfico N° 7 Correspondiente a la variable dependencia económica.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 7: En este cuadro se observa que el 30,4% de los residentes son jubilados, el 19,3% son jubilados y reciben otro ingreso, el 17,3% son jubilados y pensionistas, el 14,4% son pensionistas, el 7,24% reciben otros ingresos, el 5,3% reciben pensión y otro ingreso, en igual proporción con el 1,44% encontramos a los jubilados que reciben a la vez apoyo de la familia, a los jubilados/pensionistas que reciben otro ingreso y sin datos. Luego están los que no reciben ningún tipo de ingresos con el 0,96%. Con 0,48% a los residentes que reciben ingresos solamente de la familia.

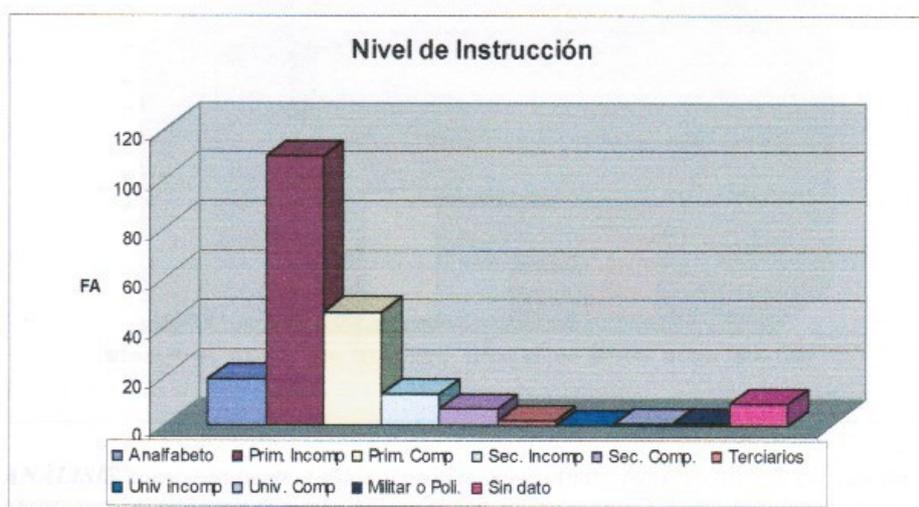
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 8

	FA	FR%
Analfabeto	19	9,17
Prim. Incomp	109	52,65
Prim. Comp	46	22,22
Sec. Incomp	13	6,28
Sec. Comp.	7	3,38
Terciarios	2	0,96
Univ incomp	0	0
Univ. Comp.	1	0,48
Militar o Poli.	1	0,48
Sin dato	9	4,34
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 8 Correspondiente a la Variable Nivel de Instrucción de los residentes del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 8: Analizando la variable nivel de Instrucción observamos que un alto porcentaje de los residentes, 52,65%, corresponde al indicador Primaria incompleta, seguido por aquellos con Primaria completa en un 22,22%; Analfabetos en una proporción del 9,17%; individuos con Secundaria incompleta correspondiente a 6,28%; en cuanto a Secundaria Completa, Nivel terciario, carrera militar o policial y Universidad completa representan 3,38%; 0,96%; 0,48% y 0,48% respectivamente, se menciona que el 4,34% se desconocen los datos.

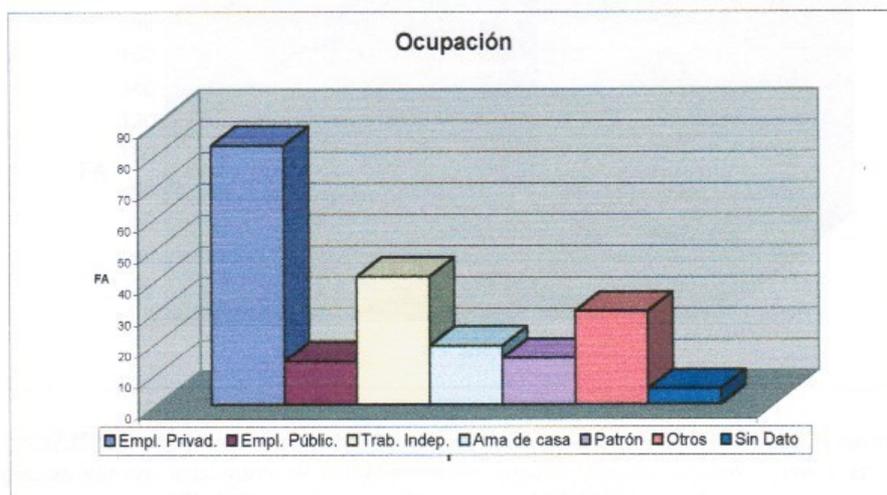
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN EJERCIDA

Tabla N°9

	FA	FR %
Empl. Privado	83	40,09
Empl. Público	14	6,76
Trab. Indep.	41	19,8
Ama de casa	19	9,17
Patrón	15	7,24
Otros	30	14,5
Sin Dato	5	2,41
TOTAL	207	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes, Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 9 Correspondiente a la variable Ocupación ejercida durante su etapa Laboral



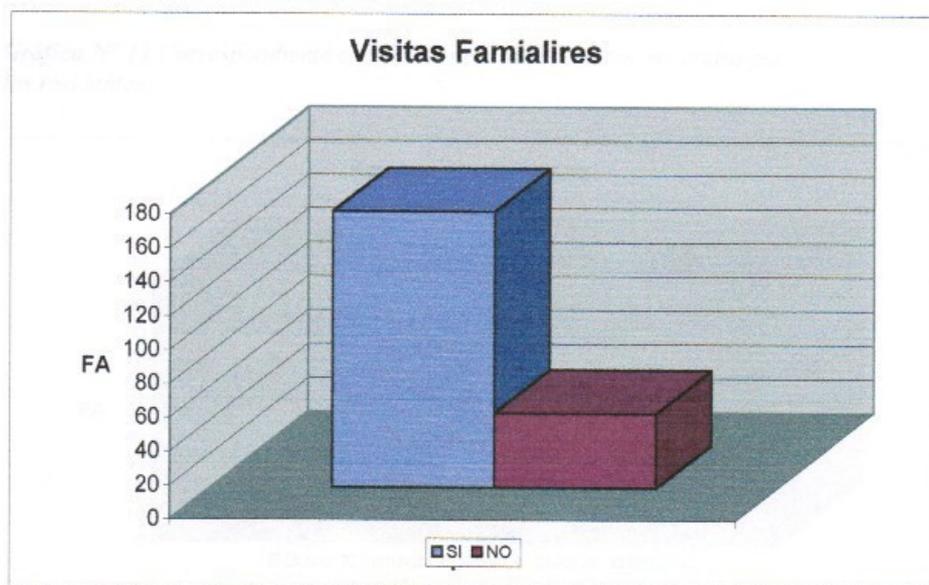
ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 9: Analizando la variable Ocupación observamos que la gran mayoría de los residentes se desempeñaban laboralmente como empleado privado representado por un 40,09%; seguido por trabajadores independientes con un 19,80%; en cuanto a las Amas de casa correspondió a un 9,17%; el desempeño como patrón equivale a un 7,24%; a continuación con un 6,76% a los empleados públicos; en la variable otros que la misma se corresponde a las diferentes profesiones ejercidas en ese momento ya sea como privado o trabajador independiente, los mismos son: chapista, marino, trabajador del campo, trabajo no remunerado, constructor y carpintero, correspondieron a un 14,5%, se destaca que un 2,41% correspondió a residentes sin datos.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN VISITAS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES
Tabla N° 10

	FA	FR%
SI	163	78,74
NO	44	21,25
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 10 Correspondiente a la variable Visitas Familiares de los residentes.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 10: de esta variable debemos destacar que un número importante de residentes son visitados (familia, amigos, vecinos, etc.) representando el 78,74%, mientras que la minoría el 21,25% no recibe visitas.

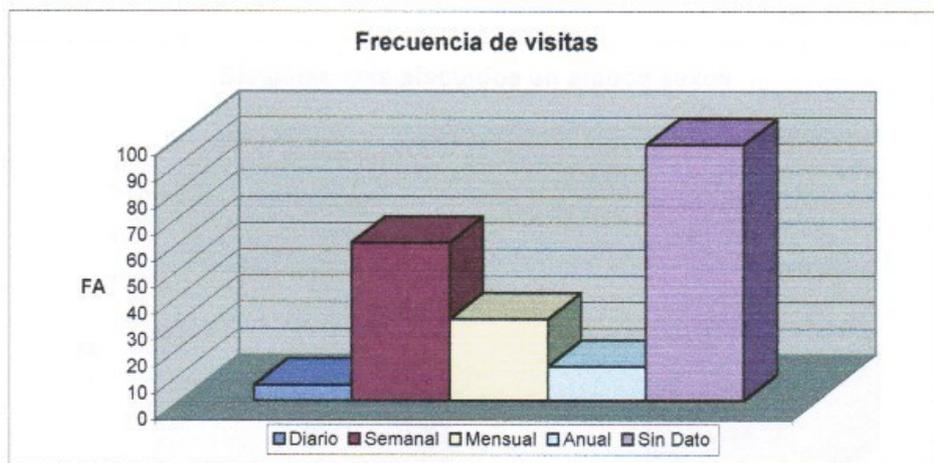
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA **FRECUENCIA DE VISITAS**

Tabla N° 11

	FA	FR%
Diario	6	2,9
Semanal	60	29
Mensual	31	14,97
Anual	13	6,28
Sin Dato	97	46,85
TOTAL	207	100

Fuente: Asistente Social encargada y los residentes.

Gráfico N° 11 Correspondiente a la frecuencia de las visitas recibidas por los residentes.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 11: Observamos en los indicadores utilizados (diario, semanal, mensual, anual) para esta variable, que del total de la población que recibe visitas son en mayor proporción en frecuencia semanal correspondiendo al 29%, seguido por visitas mensuales con un 14,97%, visitas anuales 6,28%, solo reciben visitas diarias el 2,9% de la población. Cabe destacar que de un número importante de residentes no se obtuvieron datos, estos últimos corresponden a un 46,85%.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Tabla N° 12

Sistemas más afectados en ambos sexos según patología de base

	FA	FR%
CV	136	46,89
Psiquiátrico	43	14,82
Endócrino	40	13,79
Nervioso	40	13,79
Músculo- E.	31	10,68
TOTAL	290	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 12 Correspondiente a los Sistemas más afectados en cuánto a su patología de base en ambos sexos.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 12: Se destaca que la mayor parte de la población tiene como principal sistema afectado el Cardiovascular en un 46,89%, seguido por afecciones psiquiátricas, en un 14,82% luego y en igual proporción con un 13,79% los sistemas Endocrino y Nervioso, continuado por el Músculo- Esquelético en un 10,68%.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN **PATOLOGÍA DE BASE**

En esta variable consideramos a la patología de base como enfermedad crónica adquirida en un tiempo mayor a los últimos seis meses (Enero- Junio 2003).

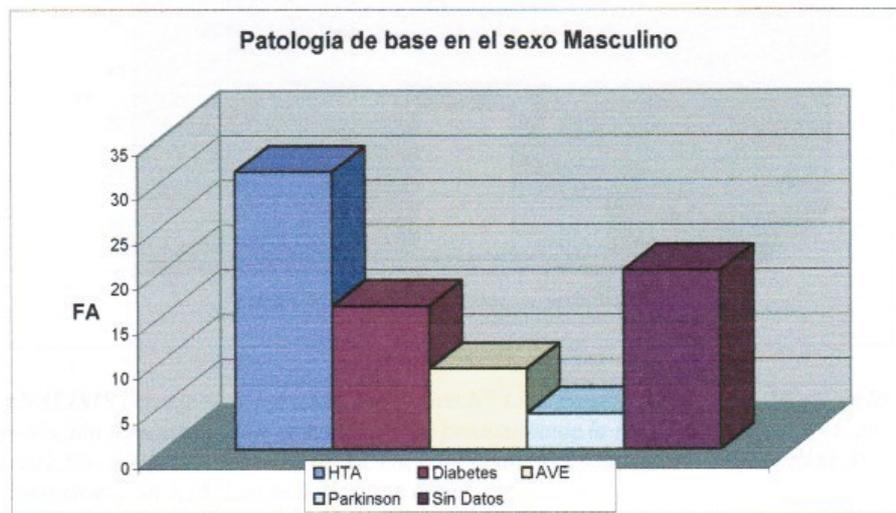
SEXO MASCULINO

Tabla N° 13.1

	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
<i>HTA</i>	31	38,75
<i>Diabetes</i>	16	20
<i>AVE</i>	9	11,25
<i>Parkinson</i>	4	5
<i>Sin Datos</i>	20	25
<i>TOTAL</i>	80	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 13.1 Correspondiente a la Patología de Base en el sexo Masculino de los residentes.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 13.1: Se destaca como enfermedad más frecuente la HTA en 38,75%, en segundo lugar la Diabetes con un 20%, luego AVE con un 11,25%, seguido por Enfermedad de Parkinson en una proporción de 5%; cabe destacar que el 25% de la población masculina no se obtuvieron datos.

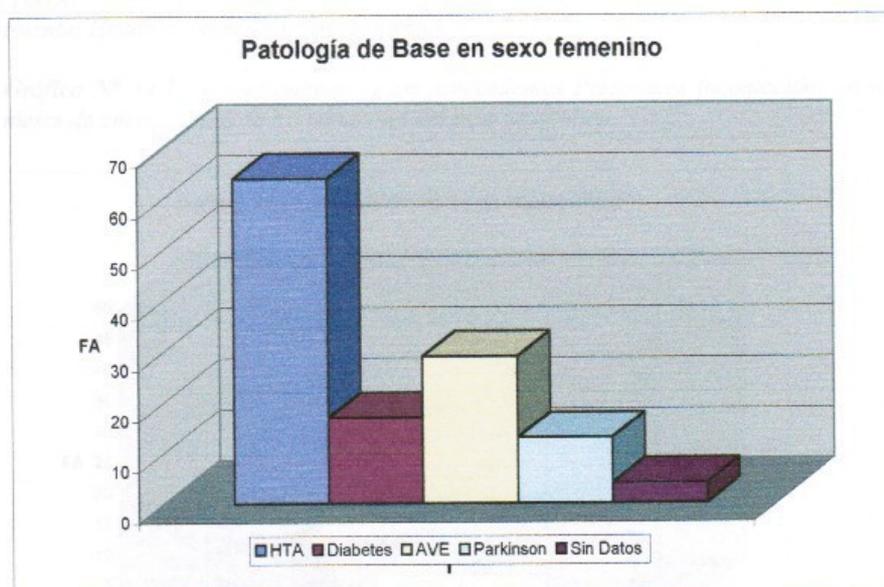
SEXO FEMENINO

Tabla N° 13.2

	FA	FR%
HTA	64	50,4
Diabetes	17	13,4
AVE	29	22,8
Parkinson	13	10,23
Sin Datos	4	3,15
TOTAL	127	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 13.2 Correspondiente a la Patología de Base en el sexo Femenino.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 13.2: Observamos que un 50,4% de la población femenina tienen como patología predominante la HTA, seguido por AVE en un 22,8%, luego Diabetes con un 13,4%, continuando con un 10,23% Enfermedad de Parkinson y un 3,15% no se obtuvieron datos.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES

Esta variable corresponde a los antecedentes personales ocurridos en los últimos seis meses.

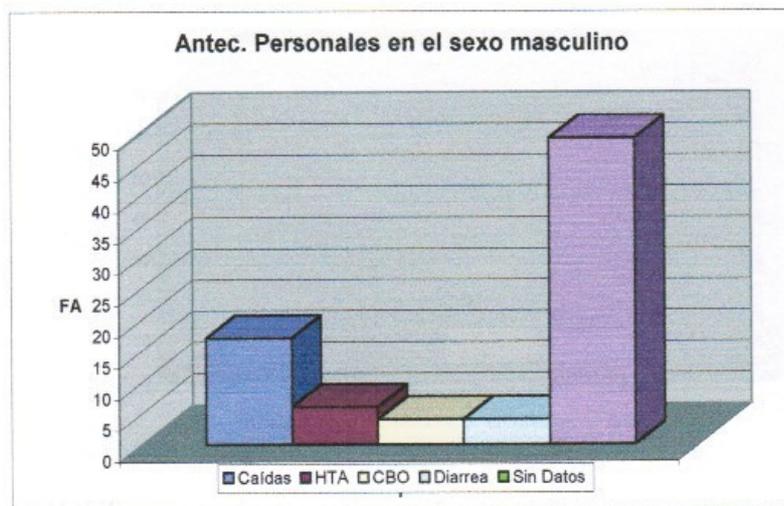
SEXO MASCULINO

Tabla N° 14.1

	FA	FR%
Caídas	17	21,25
HTA	6	7,05
CBO	4	5
Diarrea	4	5
Sin Datos	49	61,25%
TOTAL	80	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 14.1 Correspondiente a los Antecedentes Personales (acontecidos en los meses de enero- junio) de los residentes del sexo Masculino.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 14.1 : Debemos destacar que más de la mitad de la población, un 61,2% no se obtuvieron datos. En un 21,25% encontramos las caídas, un 7,05% HTA y en igual proporción con un 5% CBO y Diarrea.

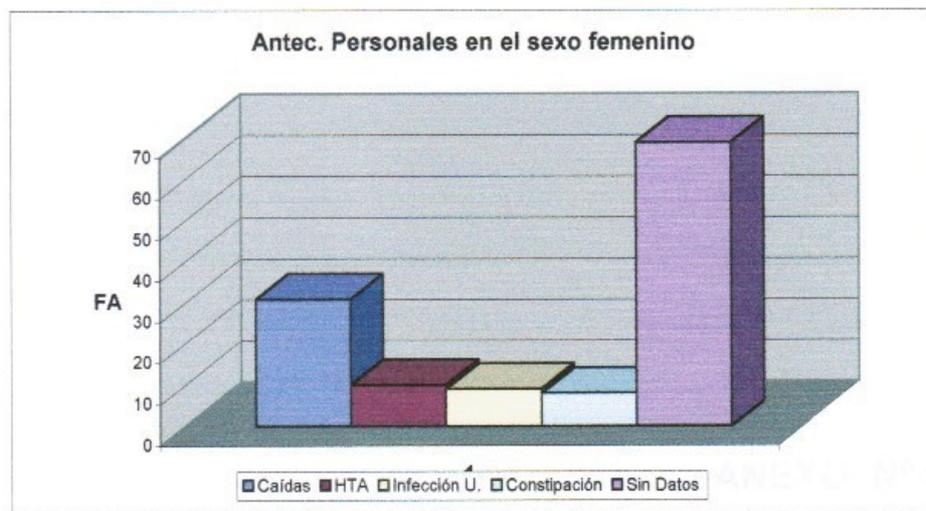
SEXO FEMENINO

Tabla N° 14.2

	FA	FR%
Caídas	31	24,4
HTA	10	7,87
Infección U.	9	7,08
Constipación	8	6,3
Sin Dato	69	54,33
TOTAL	127	100

Fuente: Historias clínicas de los residentes.

Gráfico N° 14.2 Correspondiente a los Antecedentes Personales (acontecidos en los meses de enero- junio) de los residentes del sexo Femenino del Hogar Español.



ANÁLISIS correspondiente a tabla y gráfico N° 14.2: Observamos que un número importante de la población femenina representado por el 54,33% no se obtuvieron datos; mientras que encontramos en un 24,4% las caídas, 7,87% HTA, 7,08% infecciones urinarias y en un 6,3% constipación.

ANEXO N° 6

Análisis general.

ANÁLISIS GENERAL

Del estudio de las 14 variables seleccionadas para caracterizar la población se destaca que:

De la población estudiada la mayoría pertenece al sexo femenino en un porcentaje del 61,35%, predominando los residentes en edad comprendida entre 80 y 84 años. De la totalidad de la población el 86,9% proceden de España predominando la provincia de Galicia, un 8,21% provienen de Uruguay de diferentes departamentos. Observamos que aproximadamente la mitad de los residentes son viudos, seguidos en orden decreciente y en igual proporción aquellos que son casados y solteros, luego los divorciados, unión libre y separados; la mayoría realizaron primaria incompleta existiendo un porcentaje considerable de analfabetos. Fueron en su mayoría empleados privados.

El mayor porcentaje de los residentes del Hogar Español vivían en domicilio antes de ingresar a la institución.

En cuanto a la cobertura asistencial se observa que en su totalidad son afiliados a mutualistas.

Com respecto a la dependencia económica la mayor parte de los residentes son jubilados, siendo éste su único ingreso, seguidos por los que reciben jubilación más otro ingreso, jubilados y pensionistas, los que reciben solamente pensión y en menor proporción otro tipo de ingresos.

Tiene familia el 78,4%. Existiendo un 29 % de los residentes que reciben visitas de familia, amigos, vecinos, en forma semanal; destacándose que de la mitad de la población total no se obtuvieron datos.

En cuanto al perfil epidemiológico podemos mencionar que un alto porcentaje de residentes de ambos sexos tiene como sistema afectado el Cardiovascular.

Como patología de base se observa que en el sexo masculino la gran mayoría sufre de Hipertensión arterial predominando también y aun con mayor porcentaje en el sexo femenino.

De los antecedentes personales acontecidos en los últimos seis meses (enero-junio 2003) previo a nuestra investigación, se destacan las caídas en una cantidad considerable, tanto para el sexo masculino como para el femenino, existiendo un alto porcentaje de residentes sin datos.

ANEXO N° 7

Instrumento específico.

.....

Instrumento de recolección de datos

Somos un grupo de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería del I.N.D.E., que estamos realizando la tesis final de nuestra carrera, para la cual elaboramos este cuestionario cuyo objetivo es conocer su historia laboral y su opinión sobre la posible relación con la enfermedad que padece.

Le garantizamos la confiabilidad de la información obtenida.

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Sexo: M _____ F: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel de instrucción: Primaria incompleta: _____, completa: _____

Secundaria incompleta: _____, completa: _____

Terciaria incompleta: _____, completa: _____

¿Usted a qué se dedicaba?

¿Durante cuanto tiempo?

Ocupación ejercida	Años ejercidos

¿Qué factores identifica usted que fueron inadecuados para el desarrollo de su trabajo?

¿Iluminación, olor, ruido, temperatura?

Factores de riesgo	Daños ocasionados

Observaciones: _____

¿Cuántas horas diarias trabajaba? (carga horaria)

Menos de 12 horas _____

Más de 12 horas _____

Más de 18 horas _____

Sistemas	Patología crónica
Nervioso central	
Cardiovascular	
Respiratorio	
Digestivo	
Endocrino	
Músculo esquelético	
Nefrouinario	
Tegumentario	

¿Qué opina con respecto a su problema de salud, lo relacionaría con el trabajo que usted desempeñó?

Si _____, no _____

Porque _____

Observaciones _____

ANEXO N° 8

Consentimiento del Hogar Español.

Hogar
Español

EL NÚMERO EL 12 DE NOVIEMBRE DE 1961

AVDA. DE LAS INSTRUCCIONES 981

TELS.: 3593221 - 3597271

3579310 - 3563341

e-mail: hogaresp@adinet.com.uy

MONTEVIDEO - URUGUAY

C.P. 12.900



Por el presente quien suscribe, Directora Técnica de la Institución, deja constancia que las estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, fueron autorizadas para realizar entrevistas entre nuestros residentes.

Se expide la presente en la ciudad de Montevideo a los doce días del mes de febrero de dos mil cuatro.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alicia Menéndez', written over a horizontal line.

Dra. Alicia Menéndez

Directora Técnica