

ARTÍCULOS ORIGINALES

AMBIENTE LABORAL SALUDABLE HOSPITALARIO: INTERVENCIONES CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

Healthy Working Environment in Hospital: Interventions with Social Participation for the Incorporation of Healthy Habits

Karina Zullich¹, Silvana Figar,¹ Viviana Visus,² Natalia Pace,² Leila Garipe,² Gimena Giardini,² Verónica Martínez Infantino,² Adriana Dawidowski¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Los estilos de vida poco saludables (sedentarismo, alimentación industrializada, tabaquismo, estrés) son fenómenos propios de las sociedades modernas que causan enfermedades crónicas no transmisibles, patologías adquiridas de alto impacto poblacional. OBJETIVOS: Evaluar la factibilidad y la eficacia de una estrategia participativa para desarrollar el programa ALS (Ambiente Laboral Saludable) en una institución médica (Hospital Italiano de Buenos Aires). MÉTODOS: Se realizó una investigación-acción participativa con metodología cualitativa y medición antes-después (cuatro meses) con encuesta ALS. RESULTADOS: La factibilidad dependió de la motivación inicial de algunos actores que contagiaron a sus pares. La participación de la línea media jerárquica constituyó un facilitador para definir cómo incorporar frutas y reglar la actividad física durante el horario laboral. Las barreras fueron: dificultad para tomar la palabra y roles activos de construcción del espacio laboral. Se observaron descensos estadísticamente significativos en el consumo de golosinas (1,6 a 0,9 días, p 0,02), tartas y empanadas (1,2 a 0,8 días, p 0,03) y un aumento significativo en el consumo de frutas (2,8 a 3,5 días, p 0,03). CONCLUSIONES: Para favorecer la factibilidad del programa ALS, es necesario dotar de innovación temprana al equipo de intervención, iniciar las actividades con soporte externo (hasta la aparición de líderes internos) y mediar la reflexión analítica conjunta.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Unhealthy lifestyles (sedentary lifestyle, industrial food system, smoking, stress) are typical of modern societies and cause non-communicable chronic diseases, acquired pathologies with high impact on population. OBJECTIVES: To evaluate the feasibility and effectiveness of a participatory strategy to develop the ALS program (Healthy Working Environment) in a medical institution (Hospital Italiano de Buenos Aires). METHODS: A participatory action research was conducted, including qualitative methodology and measurement before and after intervention (four months) with ALS survey. RESULTS: The feasibility depended on the initial motivation of some actors, which had a positive influence on peers. The participation of the hierarchical midline was a facilitator to define how to incorporate fruits and to regulate physical activity during the work time. The barriers were: difficulty to take the floor and assume active roles in building the workplace. There was a statistically significant decrease in the consumption of candies (1.6 to 0.9 days, p 0.02), tarts and "empanadas" (1.2 to 0.8 days, p 0.03) as well as a significant increase in fruit consumption (2.8 to 3.5 days, p 0.03). CONCLUSIONS: In order to increase the feasibility of the ALS program, it is necessary to provide the intervention team with early innovation, start the activities with external support (until the development of internal leaders), and promote a joint analytical reflection.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad crónica - Salud laboral - Participación social

KEY WORDS: Chronic disease - Occupational health - Social participation

¹ Sección Epidemiología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

² Sección Programas Médicos, Plan de Salud, Hospital Italiano de Buenos Aires.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", categoría Individual, otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 2 de febrero de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 11 de diciembre de 2015

CORRESPONDENCIA A: Karina Zullich
Correo electrónico: karina.zullich@hospitalitaliano.org.ar

ReNIS N°: IS000564

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo, la alimentación industrializada, el tabaquismo y el estrés, son fenómenos propios de las sociedades modernas.¹ Estos estilos son factores causantes de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), patologías adquiridas de alto impacto poblacional.¹⁻² En Argentina, más de la mitad de la población (58%) muestra exceso de peso, el 29% presenta dislipemia y casi el 10% tiene diabetes, mientras que el promedio de porciones de frutas o verduras consumidas por persona por día es de 1,9, inferior a las 5 porciones diarias de frutas y/o verduras recomendadas por la OMS, y hay un 55% de la población con inactividad física.²⁻⁴

Las estrategias propuestas a nivel mundial para el control

de ENT se basan en un cambio de los estilos de vida,¹ conceptualizados como prácticas sociales que emergen y se refuerzan respecto al propio contexto.⁵ Esta perspectiva denota la necesidad de comprender la relación entre las condiciones estructurales y la capacidad de agencia y autonomía de las personas en torno al desarrollo y abordaje de las ENT.⁶ Dado que la mayoría de los adultos pasa buena parte del día en el trabajo, los ambientes laborales son espacios en los que se comparten, producen y reproducen los estilos de vida de sus actores. Por ello mismo, pueden constituirse en entornos aptos para contrarrestar las tendencias que incrementan estas patologías.¹⁻²

La intervención del entorno laboral conforme a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Ambientes Laborales Saludables (ALS) representa una estrategia eficaz para el control de las ENT del personal.¹ En 2009 el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable³ y en ese contexto ha promovido los ejes de vida activa, alimentación saludable e institución libre de humo en los sitios de trabajo (como empresas, escuelas, etc.), recomendando la incorporación de estrategias participativas que involucren al personal de dichas instituciones.²

La participación de los actores en el diseño e implementación de una intervención promisoriosa es fundamental para lograr su aceptación y eventual eficacia. La investigación-acción participativa (IAP) es una aproximación de creación constructiva de la gestión en salud y consiste en que todos los actores involucrados colaboran en el proceso de definición de las herramientas de investigación, intervención y evaluación.⁷⁻⁹ El problema a investigar es definido, analizado y abordado por los propios actores y grupos involucrados como sujetos activos, considerando a la acción como fuente de conocimiento acerca de su propia realidad.¹⁰ El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), que desde 2004 lleva a cabo un programa de prevención de enfermedades crónicas dirigido a involucrar y empoderar a las personas a través de diferentes niveles de participación,¹¹⁻¹² se propuso desarrollar un proceso de IAP en fase piloto para implementar ALS en el contexto hospitalario.

Este proyecto se propuso evaluar la factibilidad de gestionar participativamente el programa ALS del MINSAL, comprender las barreras y facilitadores para promover un mecanismo de cogestión de este tipo de programas en instituciones de salud y verificar la eficacia del dispositivo desarrollado.

MÉTODOS

Se utilizó una IAP de diseño cuasi-experimental antes-después. Se evaluó, por un lado, la factibilidad mediante un análisis cualitativo (factores, procesos y mecanismos necesarios de cambio y de gestión participativa)¹³ y, por el otro, la participación y la eficacia a través de un análisis cuantitativo, comparando la variación en los hábitos saludables de alimentación y actividad física durante la jornada laboral antes y después de la intervención.

El estudio se realizó en un edificio de oficinas del HIBA, institución asistencial de alta complejidad ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí funcionan áreas de atención al público, administrativas, directivas, de investigación y el programa de enfermedades crónicas. El personal dispone de servicio de comedor y distribución de meriendas en las mismas oficinas (con facturas, galletitas y gaseosas). El edificio se encuentra relativamente aislado del resto, lo que permite llevar a cabo acciones colectivas que no repercuten en el resto de la institución.

La investigación comprendió al personal que se desempeña en áreas médico-administrativas de los edificios administrativos del HIBA, con una intervención orientada a los ejes de vida activa y alimentación saludable en el trabajo del programa de ALS del MINSAL.

La IAP se inició el 14 de agosto de 2013, y se extendió durante cuatro meses. Aplicó el método Paideia¹⁴ de autogestión participativa de colectivos. Se trata de una metodología pensada para ampliar la capacidad de análisis y de intervención en situaciones complejas, que presupone que es posible promover relaciones constructivas entre actores sociales con diferentes niveles de poder si se reconocen los distintos roles y las demandas de los propios actores. Este método incorpora estímulos externos, que mueven al grupo, a la vez que recibe el impulso de quienes son objeto de la intervención.

Se convocó a todo el personal del edificio, con los distintos niveles jerárquicos, a realizar un análisis conjunto e iterativo de las necesidades y posibles mejoras vinculadas a hábitos de alimentación y de ejercicio durante la jornada laboral.

Siguiendo esta metodología, se generaron rondas o espacios colectivos (escenarios o dispositivos) de interacción, para reflexionar y definir acciones saludables en el ámbito laboral de forma constructiva y progresiva. En esas rondas se buscaron ambientes aptos para debatir sobre las relaciones de poder, de afecto, etc., que condicionan los hábitos en el trabajo. También se invitó a las reuniones a expertos del MINSAL y se realizaron ateneos para informar y ofrecer opciones de implementación, a fin de que el grupo lograra ampliar sus referencias de un modo crítico.¹⁵ Se apoyó asimismo la construcción de objetos (por ejemplo, canastas de frutas) en los que el grupo pudiera depositar sus afectos positivos.¹⁵

El material textual para el análisis cualitativo consistió en: a) registros de las observaciones participantes y no participantes de las reuniones, actividades y conversaciones; b) registros de audio de reuniones; y c) fichas individuales y diarias para escribir las inquietudes e ideas en torno a mejoras del entorno laboral. Los registros observacionales fueron redactados por el equipo de investigación completo, en un documento compartido que permitió recabar las distintas experiencias de los integrantes e, iterativamente, identificar y discutir el proceso participativo y las categorías emergentes. Al finalizar la etapa de intervención, se organizaron reuniones del equipo de investigación que definieron las dimensiones a relevar en el material textual. Allí se identificaron categorías por análisis

de contenido,¹⁶ que luego se consolidaron, con un proceso de significación y jerarquización siguiendo el criterio de análisis comprensivo y de triangulación propuesto por Minayo.¹³

Para el análisis de eficacia y de la participación, se determinó la variación final-basal en alimentación y en ejercicio físico (EF) a través de los siguientes instrumentos: a) cuestionario de situación de salud y factores de riesgo del manual de ALS,² que evalúa el consumo de 16 alimentos y bebidas durante la jornada laboral y la cantidad de EF en el trabajo y en la vida habitual más allá del trabajo; b) grado de chata-ridad,¹⁷ que indaga sobre el tipo de alimentos consumidos en la semana previa a la encuesta, con un puntaje mayor o igual a 60 como indicador de alimentación no saludable; y c) cuestionario de regulación de la conducta en el ejercicio (BREQ-3), versión validada en español,¹⁸ para calcular el índice de autonomía relativa (IAR) en una escala de -24 a +24, que evalúa la motivación hacia el EF. La participación individual se evaluó como asistencia a las actividades.

Para el análisis estadístico de la variación final-basal, las variables categóricas se compararon mediante el test de χ^2 y las continuas, mediante test *t* de Student para muestras independientes. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje e intervalo de confianza del 95%, y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

El estudio y el consentimiento informado utilizados fueron aprobados por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

RESULTADOS

En el edificio del HIBA donde se llevó a cabo la intervención, trabajan 97 personas. Se trata, en su mayoría, de mujeres de mediana edad que realizan jornada laboral completa desde hace más de cinco años (Tabla 1). El 20% son profesionales de salud.

TABLA 1. Perfil del personal que trabaja en el edificio intervenido.

Rango de edad	
Hasta 30 años, n (%)*	14 (16,9)
De 31 a 45 años, n (%)	57 (68,7)
46 años o más, n (%)	12 (14,5)
Sexo femenino, n (%)	
	72 (86,7)
Media de peso (DS), kg	
	63,8 (13,4)
Media de IMC± (DS), kg/m ²	
	23,0 (3,4)
Antigüedad laboral en el Hospital Italiano	
Hasta 5 años, n (%)	30 (36,2)
5 años o más, n (%)	53 (63,9)
Carga horaria semanal	
Hasta 30 horas, n (%)	11 (13,4)
30 horas o más, n (%)	71 (86,6)
Atiende al público	
Habitualmente, n (%)	28 (34,1)
A veces, n (%)	24 (29,3)
No atiende al público, n (%)	30 (36,6)
Profesionales de salud, n (%)	
	18 (20,0)

* n (%): N° de personas (% respecto al total del personal del edificio); S: DS: desvío estándar; ±: IMC: índice de masa corporal

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta administrada basalmente al personal del edificio.

En lo que respecta a la factibilidad del programa, la IAP inicialmente se conformó con un equipo de tres investigadores con dedicación parcial al proyecto (25% del tiempo de cada uno). Sucesivamente se fue incorporando personal del edificio, incluidos coordinadores de nivel jerárquico medio.

Al inicio, el 94% del personal del edificio manifestó estar interesado en intervenir en la construcción de un entorno laboral saludable. A partir del análisis y la reflexión grupal del personal que participó en las diferentes instancias del proceso, se definieron actividades a desarrollar, como ateneos informativos, encuentros grupales, "pausas activas" (ejercicios de elongación durante lapsos de 10 a 15 minutos) y provisión de frutas en cada espacio laboral (Recuadro 1).

En este proceso se conformó un equipo de investigación de ocho integrantes (tres médicas, dos educadoras en salud, una socióloga, una nutricionista y una profesora de educación física), que acompañaron las distintas etapas de la IPA, buscaron generar encuentros grupales y promovieron la comunicación con las autoridades institucionales y de cada sector, haciéndolas intervenir en instancias clave para la toma de decisiones conjuntas. También fue responsabilidad del equipo facilitar los cambios organizacionales (por ejemplo, gestionar el aval gerencial para que el personal pudiera participar en la planificación de las reuniones, el diseño de las acciones y las pausas activas), articular la logística de provisión de frutas y lograr la disponibilidad de la profesora de educación física, incorporada al equipo para coordinar las pausas activas durante el horario laboral. Así el equipo se constituyó como principal mediador para seguir explorando y gestionando las alternativas de cambio.

Con el personal jerárquico se organizaron reuniones formales para presentar el programa ALS del MINSAL. Para involucrar a los mandos medios (tres jefes de secciones), se puso énfasis en las evidencias en productividad y la disminución de ausentismo.

Para involucrar al personal no jerárquico (83 personas) se organizaron encuentros informales en el lugar de trabajo de cada uno de los siete grupos del edificio. En la reunión con el primer grupo, el equipo de investigación presentó

RECUADRO 1. Actividades realizadas

Eventos	Número de reuniones
Reuniones con grupos jerárquicos de alto mando, directivos de plan de salud y equipo de investigación	3
Reunión de lanzamiento con expertos en el Ministerio de Salud	1
Reuniones de capacitación: Ateneos de información, sensibilización y profundización	4
Reuniones con grupos jerárquicos de mandos medios	2
Reuniones exclusivas del equipo de investigación	10
Reuniones con empleados para el desarrollo de pausa activa	60 (15 minutos a diario con cada grupo, durante 3 meses)
Taller nutricional	1
Reunión post-intervención con grupos jerárquicos de mandos medios	3

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de las reuniones, actividades y conversaciones

el proyecto relatando experiencias participativas previas del HIBA como la pausa activa. El grupo solicitó un ejemplo, que se realizó con ayuda de la profesora de educación física. Los siguientes grupos continuaron con esta modalidad, tanto por la iniciativa del equipo de investigación como para replicar la primera experiencia, que había resultado aceptada.

Los espacios físicos para la pausa activa fueron diversos: las mismas oficinas, a veces los pasillos o el patio interno. Se realizaron con la mayoría de la gente de pie, a fin de propiciar el formato de la rueda y la interacción lúdica.

Al finalizar la intervención, habida cuenta del efecto positivo, la pausa activa continuó en dos de los grupos tras haber sido solicitada y apoyada por los mandos medios.

La implementación de la provisión de frutas comenzó a partir de la inquietud de un pequeño grupo de 3 interesadas de contaduría (de un total de 12). El equipo de investigación explicó el proceso operativo de autogestión para la provisión de frutas. El primer equipo que se autoorganizó para lograr su provisión diaria fue el de contaduría. Una vez terminada la intervención, la decisión de continuar con el consumo de frutas fue asumida por las autoridades del HIBA.

Las principales resistencias a la participación fueron: el desconocimiento y la desconfianza en la utilidad y la eficacia para la institución del entorno laboral saludable, la problemática de la disponibilidad del personal que atiende al público, el temor a que la iniciativa evidenciara situaciones de inequidad previas o a no poder dar una respuesta adecuada sin afectar el rendimiento y los términos económicos. También se observó una dificultad para visualizar positivamente el empoderamiento de los empleados, y el miedo a reclamos sindicales específicos (*"No les podemos sacar la Coca-Cola o los Don Satur [Nota del editor: marca de bizcochos salados con alto contenido graso], ya que es un privilegio para ellos"*).

Otra dificultad observada fue con los médicos, que resultaron más renuentes a desinhibirse y participar, o a tomar el momento como un recreo permitido. También se identificó como obstáculo la necesidad de consolidar visiones de sectores institucionales distintos, con los cambios como amenaza al propio rol. Esta barrera se percibió particularmente en torno a la alimentación del personal, ya que en el hospital existen diversos sectores competentes que, desde su experiencia, consideraron que *"es difícil incorporar cambios en la alimentación del personal"* y que *"los trabajadores demandan comida chatarra"*, haciendo especial referencia a la oferta de gaseosas.

Los facilitadores para la participación fueron: el apoyo de la Dirección Médica, el formato de investigación (piloto), la financiación de la beca (y, por ende, el apoyo del MINSAL) y los antecedentes institucionales en la promoción de estilos de vida saludables para los pacientes y para el personal (Programa de Enfermedades Crónicas, Programa de Investigación en Salud y Ambiente, Hospital Libre de Humo, Hospital Amigo de la Lactancia Materna, descuentos en gimnasios del barrio para promover la actividad física, disponibilidad de viandas saludables para el almuerzo, playa de estacionamiento para

bicicletas, grupo de corredores con entrenamiento gratuito para el personal, etc.),¹⁸ además del marco del proceso de mejora en la calidad hospitalaria, entre otros.

Otro factor destacado fue el interés personal de los mandos medios en mejorar sus propios hábitos en el ámbito laboral, la idea de favorecer las condiciones de trabajo del personal y la mayor predisposición que notaron en la atención al público.

Un dominio repetido y considerado como el principal facilitador del proceso participativo fue la *"viralización o contagio social"*: las primeras iniciativas para incorporar la pausa activa y autogestionar la provisión de frutas en cada sector siempre partieron de un pequeño grupo, y luego se contagiaron al resto. Cabe suponer que las personas y los grupos pasaron por etapas sucesivas: desde la curiosidad por lo que veían en el vecino y la pregunta a modo de demanda pasiva hasta la expresión de las propias posibilidades de organización y el incentivo al sector para implementar acciones dentro del grupo.

Al mismo tiempo, el personal percibió el permiso y el cuidado por parte de la institución. Estos factores dieron lugar a que empleados no jerárquicos tomaran la palabra y la iniciativa en nombre del sector al que pertenecían (*"La verdad es que este tipo de actividades a mí me encantan, porque demuestran que no somos un simple número de legajo"*).

Inicialmente se observaron dificultades para adoptar roles activos en la construcción del entorno laboral, ya que se asimilaba participación a responsabilidad concomitante a un puesto institucional. A lo largo de la intervención, los mismos actores fueron imaginando papeles activos para sí mismos, cambiando sus percepciones sobre posibilidades constructivas respecto del entorno laboral: al comienzo el personal preguntaba al equipo de investigación *"¿Cuándo van a entregar las frutas?"*; luego el personal no jerárquico de cada sector se organizó para lograr esa entrega en función de las preferencias de cada uno de ellos.

Durante la intervención se llevaron a cabo varias reuniones con las áreas responsables de la alimentación institucional, a partir de las cuales el Comité de Alimentación quedó designado para dar una respuesta a la necesidad de colaciones saludables para el personal.

Se observaron descensos significativos en el consumo de golosinas y tartas/empanadas/tortillas durante la jornada laboral, así como un aumento significativo en el consumo de frutas al final de la intervención (Tabla 2).

También se registró un incremento en el número de participantes en la pausa activa durante el primer mes, tendencia que se mantuvo posteriormente (Gráfico 1). El 88% del personal participó en al menos una pausa activa (mediana de participación: 8,5; rango intercuartílico: 2,0 a 19,0). Hacia el final del estudio, siete personas se incorporaron al grupo de entrenamiento para correr del HIBA.

No se detectaron cambios significativos en el score de chatarridad, en el EF (durante o fuera de la jornada laboral) ni en la motivación hacia el EF (Tabla 2).

TABLA 2. Alimentación y ejercicio físico durante la jornada laboral y en la vida habitual, evaluados antes y después de la intervención.

Variable	Basal* (n= 84)§	Final* (n=60) §	p valor
Cuestionario de situación de salud y factores de riesgo del manual de de Ambiente Laboral Saludable			
En una semana habitual, durante su horario de trabajo, ¿cuántos días come o bebe?			
Media de frutas o ensalada de frutas (DS) en d/s±	2,80 (1,6)	3,40 (1,4)	0,03
Media de vegetales (no papa, batata) (DS) en d/s	2,94 (1,68)	3,25 (1,6)	0,26
Media de pescado (DS) en d/s	0,46 (0,65)	0,56 (0,68)	0,40
Media de infusiones (té , café o mate) sin azúcar o con edulcorante (DS) en d/s	3,41 (2,23)	3,41 (2,16)	0,99
Media de galletitas de agua ,salvado o dulces sin relleno (DS) en d/s	2,18 (1,87)	2,24 (1,92)	0,85
Media de leche o yogur (DS) en d/s	2,09 (1,82)	1,72 (1,71)	0,22
Media de carnes (pollo ,vacuna ,cerdo) (DS) en d/s	2,52 (1,64)	2,14 (1,54)	0,16
Media de infusiones (té , café o mate) con azúcar (DS) en d/s	1,95 (2,26)	1,68 (2,22)	0,48
Media de tortillas, tartas, pastas, empanadas (DS) en d/s	1,27 (1,11)	0,88 (0,93)	0,03
Media de sándwiches (DS) en d/s	1,10 (1,30)	1,10 (1,18)	0,99
Media de gaseosas o jugos con azúcar (DS) en d/s	1,35 (1,93)	1,14 (1,70)	0,51
Media de golosinas (alfajores, chocolates, caramelos) (DS) en d/s	1,57 (1,74)	0,97 (1,19)	0,02
Media de frituras (DS) en d/s	0,73 (1,22)	0,59 (0,94)	0,47
Media de galletitas rellenas (DS) en d/s	0,34 (0,91)	0,17 (0,56)	0,21
Media de bizcochitos o facturas (DS) en d/s	0,98 (1,23)	1,01 (1,31)	0,89
Media de vasos de agua (DS) en d/s	2,31 (1,95)	2,94 (1,98)	0,06
Autopercepción de hábitos saludables, % (IC95)	28,7% (12,9%-30,4%)	36,8% (14,9%-43,1%)	0,31
Siempre o casi siempre agrega sal a los alimentos, % (IC95)	41,8% (30,6%-52,9%)	35,1% (22,3%-47,9%)	0,42
Usa frecuentemente aderezos (mayonesa, ketchup, mostaza, etc.), % (IC95)	14,8% (6,9%-22,7%)	7,7% (0%-18,2%)	0,06
Grado de chatarridad			
Media de score de chatarridad (SD)	48,48 (8,20)	47,22 (8,09)	0,43
Personas con alimentación no saludable, % (IC95)	10,0% (2,2%-17,8%)	2,2% (0,1%-10,5%)	0,11
Cuestionario de regulación de la conducta en el ejercicio (BREQ-3)			
Media del índice de autonomía relativa (SD)	13,30 (7,72)	13,44 (7,73)	0,92

*: Las columnas basal y final hacen referencia a los datos de las encuestas administradas al comienzo y al final de la intervención respectivamente. Las unidades se indican en cada fila.

§: N° de personas del edificio que respondieron la encuesta

±: (DS) en d/s: (Desvío Estandar) en días por semana

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las encuestas ALS, grado de chatarridad y BREQ-3 administradas al comenzar y finalizar la intervención al personal del edificio.

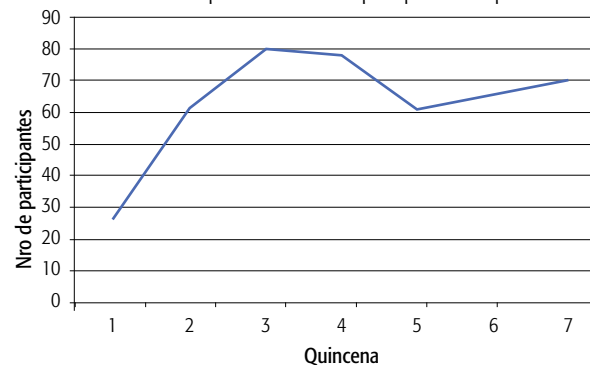
DISCUSIÓN

El presente estudio sugiere que es factible gestionar participativamente el programa ALS del MINSAL en una institución médica dentro de sectores de carácter administrativo: la mayor parte del personal del edificio participó de las pausas activas, y se obtuvo una mejora en el perfil de alimentación en el trabajo. Una vez finalizada la intervención, continuaron la provisión de frutas en todo el edificio y las pausas activas en algunos sectores.

La IAP se inició a partir del espacio generado por los líderes locales, etapa que requirió permiso institucional (jerárquico alto y medio) y habilidades de escucha, persuasión y negociación. Estas actividades demandaron gran parte del tiempo del equipo de investigación. Durante el proceso dos personas con dedicación parcial se abocaron a gestionar los recursos identificados por los distintos grupos de personal no jerárquico para sostener el proceso autogestivo (espacios de reunión, recursos materiales, tiempo del personal, etc). Las principales estrategias aplicadas y las recomendaciones se resumen en el Recuadro 2.

Desde lo pragmático, se evidenció que resulta conveniente impulsar este tipo de intervenciones a través de un grupo pequeño; una vez que este grupo se motiva, el resto se

GRÁFICO 1. Evolución temporal del número de participantes en la pausa activa.



Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas individuales y diarias.

contagia. Existe una curva ascendente, que se acelera cuando los primeros "se suben a la ola" (Gráfico 1). Utilizando dicho enfoque para promover hábitos saludables, las instituciones podrían dar un soporte estratégico a las personas innovadoras y esperar el efecto de contagio. Este proceso se corresponde con la teoría sociológica de difusión de la innovación, que busca explicar cómo se comunica una innovación entre los miembros de un sistema social y cómo esa nueva idea es aceptada y divulgada. El concepto fue estudiado por el sociólogo francés Tarde y por los antropólogos de origen alemán y austríaco Ratzel y Frobenius.^{19,20} Esta experiencia

RECUADRO 2. Estrategias para implementar el programa ALS.

Contar con aval institucional y sensibilizar a líderes sectoriales, invitándolos a ser parte del equipo de intervención-acción para definir en conjunto las actividades que dichos actores perciban como factibles.

Iniciar las actividades con soporte externo (por ejemplo, con un profesor de educación física que invite, alegre pero enfáticamente, a dejar transitoriamente las tareas; o mediante la promoción de líderes espontáneos, que se encarguen de sistematizar el pedido, la recepción, la higiene de la fruta, etc.).

Desarrollar la pausa activa. Empezar con un formato en rueda de ejercicios de relajación, estiramiento y físicos dados por el actor externo con un espíritu motivador. A medida que se identifican saberes de aficionados en el colectivo (baile, yoga, deporte en general), incluirlos de a poco en la rutina.

Lograr el soporte y el reconocimiento institucional a los actores internos dentro del colectivo para que las actividades saludables sean percibidas como un bien propio y no como un servicio externo.

Procurar que un moderador externo en la etapa inicial y luego uno interno se encarguen de generar espacios para la reflexión grupal sobre la base de sugerencias o comentarios del personal (solicitados a través de registros escritos y sistemáticos), que permitan incluir nuevas mejoras en el tiempo.

Fuente: Elaboración propia.

de IAP apoya la necesidad de incorporar los modelos de difusión de los cambios sociales a los modelos clásicos de cambio de hábitos basados en el comportamiento a nivel individual (modelo transteórico de Prochaska, modelo de creencias en salud, etc.).

Resta saber si la sostenibilidad de la experiencia es factible bajo este método de gestión de colectivos. En el caso del HIBA, el estudio se realizó como investigación piloto sin intervención de delegados sindicales, en un edificio aldeaño y con personal de características socioculturales homogéneas. Estas especificidades impiden trasladar de manera directa la experiencia a otros contextos institucionales.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este tipo de experiencias muestra la posibilidad de implementar proyectos participativos y democráticos en una institución hospitalaria compleja, cuyo modelo organizativo es tradicionalmente jerárquico. El diseño "ascendente", elaborado a partir de las necesidades y percepciones de un colectivo, es cualitativamente diferente a una implementación vertical, ya que apunta a identificar y potenciar las capacidades de los actores involucrados, para que ellos mismos se apropien reflexivamente de la información requerida y generen prácticas significativas.^{15,21} Si bien Argentina tiene experiencia en la implementación de programas de promoción de la salud bajo modelos participativos en el ámbito público,²² esta IAP se llevó a cabo en una institución sin fines de lucro,

contexto donde no se habían explorado abordajes similares. La difusión y comunicación de esta experiencia constituye un antecedente que podría replicarse en ámbitos diversos, según la particularidad de cada uno de ellos.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

A través de la IAP se lograron espacios de encuentro siguiendo el método Paideia de gestión de colectivos.¹⁴ Este tipo de procesos contribuye a construir sujetos autónomos con capacidad de análisis crítico, tanto en el personal jerárquico como no jerárquico, y a construir valores democráticos. Parafraseando a Kornblit: "La búsqueda de esta autonomía –horizonte nunca alcanzable totalmente– sólo puede darse a partir de la transformación de las instituciones que co-constituyen a los individuos en todos los momentos de su vida... Los proyectos de promoción de salud deben tener como objetivo fundamental lograr un anclaje institucional que permita su sustentabilidad en el tiempo, como un espacio permanente para la deconstrucción de las normas, abriendo la posibilidad para su recreación desde los individuos".²¹

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Aunque la IAP no es una metodología nueva,⁸ en general se circunscribe a ámbitos comunitarios vulnerables. Esta investigación sugiere que, si se cuenta con aval institucional, es posible generar procesos participativos y democratizantes en ámbitos tradicionalmente jerárquicos y estamentales.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Zulich K, Figar S, Visus V, Pace N, Garipe L, Giardini G, Martínez Infantino V, Dawidowski A. Ambiente laboral saludable hospitalario: intervenciones con participación social para la adopción de hábitos saludables. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):25-31.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Organización Mundial de la Salud; 2010.
- ² Plan Argentina Saludable. Manual de Ambientes Laborales Saludables: Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
- ³ Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Plan Nacional Argentina Saludable. Resolución 1083/2009. Ministerio de Salud de la Nación.
- ⁴ Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación; 2014.
- ⁵ Hargreaves K, Amos A, Highet G, et al. The Social Context of Change in Tobacco Consumption following the Introduction of 'Smokefree' England Legislation. *Social Science & Medicine*. 2010;71:459-466.
- ⁶ Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:865-884.
- ⁷ Sharif I. Participatory Health Research. International Observatory on Health Research Systems. UK Department of Health; 2009. [Disponible en: http://www.rand.org/technical_reports/TR667.html] [Último acceso: 10 de marzo de 2016]
- ⁸ Cerqueira M, Mato D. Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud. Hermosillo, México: El Colegio de Sonora/OPS/Prodessep; 1998.
- ⁹ Menéndez E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos médico sociales*. 2010;73:5-22.
- ¹⁰ Fals Borda O. El problema de cómo investigar la realidad para transformarla. Bogotá: Tercer Mundo; 1986.
- ¹¹ Figar S, Waisman G, González Bernaldo de Quirós F, et al. Narrowing the Gap in Hypertension: Effectiveness of a Complex Antihypertensive Program in the Elderly. *Disease Management*. 2004;7:235-243.
- ¹² Luciani L, Guenzelovich T, Discacciati V, Terrasa S. Entorno Laboral Saludable en el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano. Trabajo de Investigación-Acción. En: XI Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, Mendoza, Argentina; 2012.
- ¹³ Minayo C. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
- ¹⁴ Campos GWS. Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
- ¹⁵ Campos GWS. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, La Plata. 2005;1:59-67.
- ¹⁶ Sampieri H, Fernández-Collado C, Lucio B. Metodología de la investigación. México DF: McGraw Hill/Interamericana Editores; 2006.
- ¹⁷ Aragon S, Dawidowski A, Aragon S, et al. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar alimentación no saludable en adultos de clase media de Buenos Aires. X Congreso Nacional de Medicina (SAM); 2012.
- ¹⁸ Blugerman G, Zulich K, Figar S, Martínez Infantino V, García N, Mariño G. Motivación intrínseca como determinante de realizar Actividad Física. En: XX Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina; 2012.
- ¹⁹ Dixon RB. *The Building of Cultures*. Nueva York: Scribners; 1928.
- ²⁰ Pemberton HE. The Curve of Culture Diffusion Rate. *American Sociological Review*. 1936;1(4):547-556.
- ²¹ Kornblit A, Mendes Diz AM, Di Leo P, Camarotti AC. Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista Argentina de Sociología*. 2007;5(8):9-25.
- ²² Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Coordinación Nacional Programa Municipios y Comunidades Saludables. Participar, aprender y transformar: Ocho experiencias de promoción de la salud en el ámbito local; 2013.