



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO MONAGAS
COORDINACIÓN DE POSTGRADO EN CIENCIAS
ADMINISTRATIVAS

**LINEAMIENTOS PARA OPTIMIZAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS
TRABAJADORES EN PDVSA, DISTRITO SAN TOME, ESTADO
ANZOÁTEGUI**

Autor: Ing. Antonio Albani
CI: 14.430.235

Tutora: MSc. Betsy Betancourt

Trabajo de Grado para optar al Grado de Magister Scientiarum en Ciencias
Administrativas, Mención: Gerencia General

Maturín, Marzo 2011

ACTA DE APROBACIÓN



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO MONAGAS
POSTGRADO EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

ACTA DE TRABAJO DE GRADO N° 324

Nosotros, Betsy Betancourt, Omaira García y Mary Figueroa, integrantes del jurado designado por la Comisión Coordinadora del Postgrado en Ciencias Administrativas, para examinar el Trabajo de Grado titulado "LINEAMIENTOS PARA OPTIMIZAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES EN PDVSA, DISTRITO SANTOMÉ, ESTADO ANZOATEGUI" presentado por el Ingeniero Civil, Antonio Albani Yépez, con cédula de identidad N° 14.430.235 a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al grado de Magister Scientiarum en Ciencias Administrativas, mención GERENCIA GENERAL. Hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado a el postulante en sesión pública celebrada hoy, a las 9:00:00 a.m. en el aula 1 del Centro de Postgrado del Núcleo de Monagas. Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el Jurado decidió Aprobado por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que el mismo A ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que firmamos conjuntamente con el Coordinador del Postgrado en Ciencias Administrativas en la ciudad de Maturín, a los cuatro días del mes de marzo del año dos mil once.

Jurado Examinador:
Profa. Betsy Betancourt (Tutor)

Profa. Omaira García

Profa. Mary Figueroa

Coordinador del Programa de Postgrado:
Prof. Rubén Orlando Espinoza Estaba

The image shows three handwritten signatures in black ink over horizontal lines. To the right of the signatures is a circular official stamp. The stamp contains the text: 'REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA', 'UNIVERSIDAD DE ORIENTE', 'NÚCLEO DE MONAGAS', 'CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO', and 'PROGRAMA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS'. The stamp also features a star-like logo in the center.

DEDICATORIA

Gracias por darme la oportunidad de ingresar a este postgrado en Gerencia General

Gracias por traerme y llevarme con bien todo este tiempo cuidándome durante tantas horas de carretera

Gracias por permitirme conocer a personas tan maravillosas

Gracias por darme las fuerzas para perseverar

Todo te lo debo a ti mi Cristo y mi salvador, a ti te dedico este trabajo de investigación. ¡Amén! ¡Ven pronto señor Jesús!

Antonio Albani

AGRADECIMIENTOS

A ti mamá por ser apoyo y ejemplo en mi vida, ¡este logro es tu logro es tu victoria! Te amo con todo mi corazón y espero que te sientas muy orgullosa de mí.

A ti lle, mi hermana en sangre y hermana en la Fe, gracias por tu ayuda porque sin tu apoyo no hubiese podido culminar mis estudios. Bien fuera lejos o cerca siempre has estado pendiente y lo que ha estado al alcance de tus manos y hasta más lo has dado para ayudarme.

A mi tío Héctor Ramón. Le agradezco eternamente al apoyo para con mi tesis sus consejos y exhortaciones pues fue a Usted la primera persona que le planteé este tema, siempre pendiente con mi investigación.

A Rebeca, hermana de corazón, tanto tiempo en amistad no fingida. Fue por tí que me animé a consignar los documentos para estudiar este postgrado.

A la profesora Betsy Betancourt. No solo una tutora, ha sido una amiga para mí, su ayuda, regaños y exhortaciones han sido vitales para poder hacer este trabajo. Me ha llevado de la mano hasta aquí y espero haber aprendido a aferrarme a Usted para culminar de forma excelente esta tesis.

A las jurado Omaira García y Mary Figueroa, amables y estrictas, amantes de la excelencia y del buen nivel profesional; gracias por sus consejos los cuales acaté para mejorar este trabajo y espero que el mismo esté a la altura de las exigencias.

A los doctores: Lisanka Temperoni, Miguel Gamboa, Jesús Marcano, Nina Palermo; la licenciada Magalys de Soto; al personal que labora en Historias Médicas tanto en la Clínica Industrial como en el Hospital Industrial y al personal de Farmacia San Tomé: a todos muchísimas gracias por su apoyo y siempre valorar este trabajo de grado presentado por un humilde servidor.

Antonio Albani



ÍNDICE

ACTA DE APROBACIÓN	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE CUADROS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	4
EL PROBLEMA.....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 Objetivos de la Investigación.....	12
1.2.1 Objetivo General.....	12
1.2.2 Objetivos Específicos	12
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.5 FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.2 BASES TEÓRICAS	23
2.2.1 Productividad Organizacional	24
2.2.1.1 Reseña Histórica.....	25
2.2.2 Enfermedades Crónicas	32
2.2.2.1 Obesidad.....	34
2.2.2.2 Dislipidemia.....	36
2.2.2.3 Hipertensión Arterial.....	37
2.2.2.4 Diabetes.....	39
2.2.3 Atención Integral en los Trabajadores con Enfermedades Crónicas	40
2.2.4 Salud y Atención Primaria desde una Perspectiva Psicosocial	43
2.2.5 Lineamientos	46
2.3 BASE LEGALES	46
2.4 IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	52
2.4.1 PDVSA, distrito San Tomé, Estado Anzoátegui.....	52
2.4.2 Hospital Industrial San Tomé.....	53
2.4.3 Clínica Industrial San Tomé.....	56

CAPITULO III.....	58
MARCO METODOLÓGICO.....	58
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	58
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	60
3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	61
3.4 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	61
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	62
3.6 SISTEMA DE VARIABLES.....	65
3.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	65
3.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
3.10 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	70
3.11 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	70
CAPÍTULO IV	71
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	71
4.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES.....	71
4.1.1 Enfermedades Crónicas Dentro de la Muestra	71
4.1.2 Edad de los Trabajadores.....	73
4.1.3 Nómina de los Trabajadores.....	75
4.1.4 Sexo de los Trabajadores.....	77
4.2 FÓRMULA DE PRODUCTIVIDAD	78
4.2.1 Ausentismo	80
4.2.2 Costos.....	81
4.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS	82
4.3.1 Productividad por Antecedentes	82
4.3.2 Tipos de Enfermedades.....	85
4.3.3 Productividad según Años de Servicio	87
4.3.4 Productividad por Enfermedad	89
4.3.4.1 Dislipidemia.....	90
4.3.4.2 Obesidad.....	92
4.3.4.3 Hipertensión	94
4.3.4.4 Diabetes	96
CAPÍTULO V	107
CONCLUSIONES Y LINEAMIENTOS.....	107
5.1 CONCLUSIONES.....	107
5.2 LINEAMIENTOS PARA OPTIMIZAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES EN PDVSA DISTRITO SAN TOMÉ, ESTADO ANZOÁTEGUI.....	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
GLOSARIO.....	131
ANEXOS.....	133
HOJAS METADATOS	138

ÍNDICE DE CUADROS

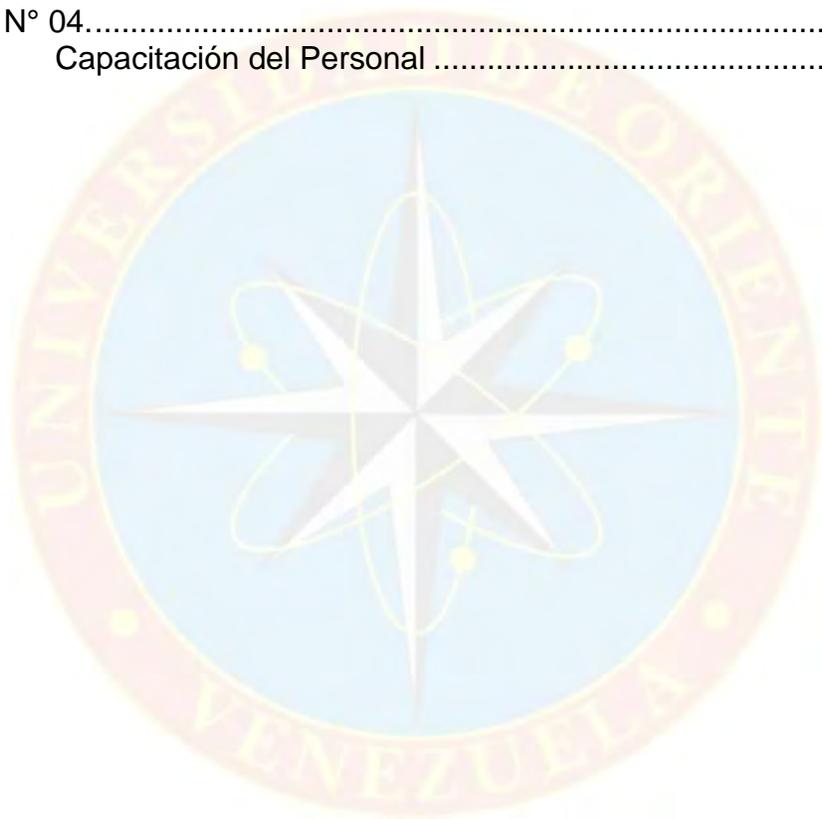
Cuadro N°01	73
DISTRIBUCION ABSOLUTA DE TRABAJADORES POR GRUPOS DE EDADES (AÑOS)	73
Cuadro N°02	75
DISTRIBUCION ABSOLUTA Y RELATIVA DE LOS TRABAJADORES POR NOMINA	75
Cuadro N°03	77
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DE LOS TRABAJADORES POR SEXO	77
Cuadro N° 04.	83
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GRUPOS DE TRABAJADORES DE ACUERDO A ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD (ANEXO PRODUCTIVIDAD PORMEDIO H-H/Bs).....	83
Cuadro N°05.	85
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN EN FUNCIÓN DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE	85
Cuadro N° 06.	88
DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) DE GRUPOS DE TRABAJADORES EN FUNCIÓN DE LOS AÑOS DE SERVICIO (H-H/Bs)	88
Cuadro N° 07.	90
DISTRIBUCION DE LA PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DISLIPIDEMIA EN FUNCION DE LOS GRUPOS DE EDAD (AÑOS).....	90
Cuadro N° 08.	92
DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/BS) GRUPOS DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DE OBESIDAD EN FUNCIÓN DE RANGO DE EDAD (AÑOS).....	92
Cuadro N° 09.	94
DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/BS) GRUPOS DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DE HIPERTENSIÓN EN FUNCIÓN DE RANGO DE EDAD (AÑOS). 94	94
Cuadro N° 10.	96
DISTRIBUCION DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) DE GRUPOS DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DIABETES EN FUNCION DE RANGOS DE EDAD (AÑOS)	96

Cuadro N° 11..... 98
DISTRIBUCION DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) EN
GRUPOS DE TRABAJADORES QUE PADECEN
ENFERMEDADES CRONICAS EN FUNCION DE RANGOS DE
EDAD (AÑOS) – ANEXO HORAS HOMBRE TRABAJADAS,
AUSENTISMO Y GASTOS TOTALES POR GRUPO..... 98



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°01.....	103
ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE CARPINTERÍA.....	103
Figura N°02.....	105
ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE ÁREAS VERDES.....	105
Figura N° 03.....	115
Talleres de Sensibilización de Personal.....	115
Figura N° 04.....	116
Capacitación del Personal.....	116



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico N°01	74
DISTRIBUCION ABSOLUTA DE TRABAJADORES.....	74
Gráfico N°02	76
DISTRIBUCION POR NOMINAS	76
Gráfico N°03	77
DISTRIBUCIÓN POR SEXO.....	77
Gráfico N° 04.	83
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TRABAJADORES DE ACUERDO A ANTEDECENTES FAMILIARES.....	83
Grafico N° 05.	86
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE POBLACION EN FUNCION DE LA ENFERMEDAD QUE SE PADECE	86
Grafico N° 06.	88
DISTRIBUCIÓN PRODUCTIVIDAD (H-H/BS) DE TRABAJADORES POR AÑOS DE SERVICIO	88
Grafico N° 07.	90
PRODUCTIVIDAD DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DISLIPIDEMIA	90
Grafico N° 08.	93
PRODUCTIVIDAD (H-H/Bs) DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS OBESIDAD.....	93
Grafico N° 09.	95
PRODUCTIVIDAD (H-H/Bs) DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS HIPERTENSION	95
Grafico N° 10.	97
PRODUCTIVIDAD (H-H/Bs) DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DIABETES.....	97
Grafico N° 11.	99
PRODUCTIVIDAD (H-H/BS) DE TRABAJADORES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICAS	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01.....	11
ESTADÍSTICAS DE AUSENTISMO. PETRÓLEOS DE VENEZUELA, S.A. DISTRITO SAN TOMÉ (año 2009).	11
Tabla N° 02.....	62
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE TRABAJADORES DE PDVSA SAN TOME POR PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CRONICA O COMBINACION DE ELLAS.....	62
Tabla N° 03.....	64
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE TRABAJADORES DE PDVSA SAN TOME POR PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CRONICA O COMBINACION DE ELLAS.....	64
Tabla N° 04.....	67
Operacionalización de las Variables.	67
Tabla N° 05.....	72
DISTRIBUCION ABSOLUTA Y RELATIVA DE LOS TRABAJADORES POR ENFERMEDAD CRONICA.....	72

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO MONAGAS
COORDINACIÓN DE POSTGRADO EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

Trabajo de Grado para optar al Grado de Magister Scientiarum en Ciencias
Administrativas, Mención: Gerencia General

**LINEAMIENTOS PARA OPTIMIZAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS
TRABAJADORES EN PDVSA, DISTRITO SAN TOME, ESTADO
ANZOÁTEGUI**

Autor: Antonio Albani
Tutora: MSc. Betsy Betancourt
Marzo, 2011

RESUMEN

El objetivo de la investigación que se presenta es Proponer lineamientos para optimizar la productividad en los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui. En este sentido, la investigación es de campo, el nivel es descriptivo, asumiendo la modalidad de proyecto factible. La población de trabajadores activos del Distrito San Tomé es de 5.842, de los cuales 868 presentan al menos una de las enfermedades crónicas estudiadas. La muestra se seleccionó en función de la población conocida, para lo cual se determinó la muestra para población finita $n= 204$. La información fue recolectada a través de la revisión documental por medio de Fichas Médicas. Se crearon bases de datos de los cuales se extrajeron los cuadros para creación y análisis de gráficas. Conclusiones: Las enfermedades crónicas afectan la productividad del trabajador de forma progresiva durante su desarrollo de carrera dentro de la organización. Recomendaciones: continuación y mejora de proceso de recolección de datos y medición-evaluación de la productividad de los trabajadores con enfermedades crónicas; sensibilización y preparación de los trabajadores por medio de talleres del trabajo a cargo de equipo interdisciplinario, todo enmarcado dentro de la implantación de una Cultura de Salud Preventiva

INTRODUCCIÓN

La productividad en forma general se puede definir analíticamente como el cociente entre el volumen de producción y los insumos utilizados. Aplicado este concepto al entorno del Recurso Humano, esta ecuación tiene una cierta variación en cuanto a que se transforma en el cociente del volumen de producción y la cantidad de horas hombres utilizados. Así, la productividad es un indicador de eficiencia que relaciona la cantidad de recursos utilizados con la producción obtenida.

En lo que se refiera a la productividad laboral, no solo es importante el tratamiento, características, enfoque u otro aspecto concerniente a ejecutivos, profesionales y dirigentes, sino a todos los empleados de una organización, porque es el conjunto de éstos y su trabajo cohesionado y entusiasta el que puede llevar adelante la obtención de buenos resultados y no un grupo de cualquier categoría por importante que ésta sea o por inteligentes y capaces que parezcan sus miembros.

El tema de la productividad es aplicable a todos los campos de las ciencias, pero reviste especial importancia en el sector productivo y de servicios. En este sentido, el objetivo de la investigación que se presenta tuvo como esencia, el Proponer lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, Distrito San Tomé, estado Anzoátegui.

La razón de ser de esta investigación es que las enfermedades crónicas de cualquier trabajador a nivel empresarial, tanto de entes públicos como privados, representan un importante costo para la organización a nivel

mundial y suponen una amenaza para su sostenibilidad económica, según un estudio realizado por PricewaterhouseCoopers (PwC, 2007. s/p). De hecho, el costo que implica para las empresas la caída de la productividad de los trabajadores con este tipo de enfermedades es cinco veces superior al costo que supondría tratar médicamente dichas afecciones.

En cuanto a la metodología de esta investigación se encuentra enfocada en una investigación de campo, de nivel descriptivo y con base en la modalidad de proyecto factible. Para cumplir el trabajo final de investigación, está organizado como sigue:

Capítulo I: Se plantea la situación problema que generó el estudio. Posteriormente se determinan los objetivos que orientan el destino de la investigación y finalmente se resalta la justificación e importancia de la realización de dicho estudio.

Capítulo II: En este aparte del trabajo, se sientan las bases teóricas que rigen el fin de la investigación, al mismo tiempo que se exponen los antecedentes históricos así como trabajos realizados anteriormente que de una forma u otra contribuyen al logro de los objetivos de esta investigación y guardan estrecha relación con los mismos. Finalmente se muestran las bases legales que brindan pertinencia jurídica al dicho estudio.

Capítulo III: Se desarrolla el método a emplear para realizar el estudio basado en el diseño, tipo y modalidad de la investigación que se plantea, se delimita la población y muestra involucrada a la vez que se escogen las técnicas e instrumentos para medir los indicadores de las variables involucradas en el estudio.

Capítulo IV: Se presentan y analizan los resultados obtenidos en la investigación.

Las conclusiones alcanzadas con el trabajo son expuestas, y como recomendaciones se elaboran los lineamientos pertinentes para la optimización de la productividad de los trabajadores en PDVSA, Distrito San Tome, Estado Anzoátegui



CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Administración de Recursos Humanos es un área bastante sensible en la mentalidad que predomina en las organizaciones, ésta depende de la cultura existente en cada organización, así como de la estructura organizacional adoptada. Más aún, depende también de las características del contexto ambiental, del negocio y misión de la organización, de las características internas, de sus funciones y procesos y de un sinnúmero de variables importantes.

El creciente grado de complejidad e incertidumbre de los entornos en los que se mueven las empresas ha llevado a éstas a volver progresivamente su mirada hacia sus recursos humanos (RH) como base para la obtención de ventajas competitivas sostenibles (Gómez- Mejía, Balkin y Cardy, 1988; Barney y Wright, 1998). Empujados por esta necesidad, los departamentos de recursos humanos, a lo largo de los últimos 20 años, han dejado de ser unidades técnicas, encargadas fundamentalmente de evitar los problemas relacionados con la gente (Huelgas, rotación de personal, etc.), para participar activamente en el proceso de formulación e interpretación de las estrategias empresariales (Fulmer, 1989)

En una época llena de incertidumbre, restricciones, problemas, amenazas y dificultades de toda especie, caracterizada además por la inflación, la recesión y el desempleo, la administración de los recursos de las

organizaciones se torna cada vez más compleja y desafiante. No obstante, según Chiavenato (1998)

La Administración de Recursos Humanos experimenta grandes cambios e innovaciones, sobre todo con la creciente globalización de los negocios y la exposición gradual a la fuerte competencia mundial, y cuando las palabras de moda son productividad, calidad y competitividad (p 53).

En este nuevo contexto, las personas ya no son el problema de las organizaciones, sino la solución de sus problemas. Las personas dejan de ser el desafío para convertirse en la ventaja competitiva de las organizaciones que saben cómo tratarlas; las personas dejan de ser el recurso organizacional más importante para transformarse en el socio principal del negocio.

El elemento que guía todo el proceso de gestión de RH es la Planificación estratégica de RH (PERH), la cual hace referencia al proceso de formulación de estrategias de RH, y el establecimiento de programas o tácticas para su aplicación. El objetivo último de la empresa, y de la PERH, es la obtención de una ventaja competitiva sostenida. Este tipo de planificación es una forma de acción que tiene la empresa para asegurarse que tiene el número apropiado y el tipo adecuado de personas para obtener un nivel determinado de bienes o servicios en el futuro.

Dentro de este contexto se presenta la productividad laboral, la cual, desde la óptica de Arata y Furnaletto (2005):

Es el resultado de un sistema inteligente que permite a las personas en un centro de trabajo, optimizar la aportación de todos los recursos materiales, financieros y tecnológicos que concurren en la empresa, para producir bienes y/o servicios con el fin de promover la competitividad de la economía nacional, mejorar la sustentabilidad de la empresa, así como de mantener y ampliar la planta productiva nacional e incrementar los ingresos de los trabajadores. (p.56)

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, no se está restando importancia al trabajo de determinados grupos o profesiones, por el contrario lo que se hace es resaltar el mismo, pero formando parte de un conjunto que es el ciento por ciento de los empleados.

Por ello, la productividad no debe ser un fin sino un medio para garantizar una mejora continua. La participación de todos los integrantes de la organización es esencial en todo el tratamiento relacionado con la productividad.

De allí, que Matews (2006), señala que no “debe verse la productividad como un elemento aislado sino como parte de un sistema coherente formado también por elementos como calidad, costos atención a los trabajadores, orientación al cliente y otros” (p 129). Es por esta razón que el incremento de la productividad y la forma en que ésta se llevará a cabo debe ser un acuerdo entre la organización y los trabajadores y no una decisión de la organización. El proceso relacionado con la productividad debe dar cumplimiento adecuado a un ciclo que garantice las acciones de medición, comparación, planificación e incremento de ésta.

Al respecto, Gutiérrez (2006), explica que:

Como consecuencia del incremento en la productividad, se presta más atención y se invierte más en la salud de los ciudadanos, es decir, la alta productividad influye en la atención de salud. Sin embargo, si esta apreciación fuese planteada a la inversa, se consideraría entonces que como resultado de un mayor cuidado a la salud del ciudadano, éste puede ser más productivo para las organizaciones donde trabaja. Esto significaría que mientras más sano el individuo, más productivo es. (p.4)

En consecuencia de lo anterior se puede decir que, si bien las actividades como motivación, capacitación y adiestramiento del trabajador incrementan su productividad, las enfermedades la disminuyen. Y si un incremento en la productividad significa mayores ganancias para la organización, una baja en la productividad significa pérdidas.

Actualmente se ha visto un aumento considerable en los estudios y la preocupación por parte de los altos directivos empresariales por saber, entender y dominar el control de los costos asociados a la salud y a las enfermedades de éstos dentro de su empresa. A lo largo del tiempo se ha comprobado que hay una íntima relación entre la salud, los costos médicos y la productividad del capital humano. De esta forma se puede tener que a mas nivel de salud de los trabajadores, existe una disminución de los costos médicos, aumentando en contraparte su productividad.

El ausentismo es la ausencia del trabajador, es decir cuando el trabajador no asiste al trabajo y presentismo cuando el trabajador baja su productividad mientras se encuentra dentro del ambiente laboral. Algunos autores han determinado que el presentismo presenta el mayor porcentaje de disminución de productividad debido a enfermedades en una empresa,

Burton es uno de los pioneros en definir y adicionar el presentismo como componente de la disminución de productividad y a él le siguieron varios estudios que ya han determinado el peso del presentismo en el análisis de la salud de los trabajadores.

Para explicar mejor lo antes dicho, destaca Gregory (2006), el concepto de enfermedad, la cual es definida por la Real Academia Española (RAE s.f.), “como una alteración de la salud. Cuando el sistema está enfermo significa que su normal desempeño se ve afectado”. Desde el punto de vista humano, es una modificación en el desempeño de los procesos naturales del individuo, bien sea físico o mental, causado por factores que pueden ser internos o externos al cuerpo o la combinación de ambos.

En este sentido, son muchas las enfermedades a las que está expuesta una persona a lo largo de su vida productiva, y la mayoría (por no decir todas) afectan de una forma u otra el rendimiento de individuo en su lugar de trabajo. Sin embargo, por el alto índice de morbilidad en la población y por la proyección que las mismas a incrementarse considerablemente en los próximos años, hacen que el presente estudio se enfoque en estas cuatro enfermedades crónicas: Diabetes, hipertensión, dislipidemia y obesidad.

Según lo indicado por Parra (2007), cada año, “cerca de 17 millones de personas mueren por enfermedades crónicas”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “las repercusiones económicas para las empresas son elevadas, ya que el costo por la disminución de la productividad es cinco veces superior al que supondría tratar médicamente estas afecciones, más teniendo en cuenta que se conocen los principales factores de riesgo y que se pueden evita”. Por eso, es fundamental que las compañías desarrollen programas de promoción de la salud.

Actualmente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), “las muertes provocadas por enfermedades crónicas representan el 57% del total de fallecimientos al año y se espera que se incrementen un 23% en las próximas dos décadas”. Estas afecciones son, en gran medida, evitables, por lo que considera imprescindible que las empresas apuesten por políticas y programas que mejoren el bienestar laboral y que haya una colaboración entre lo público y lo privado en las cuestiones relacionadas con la salud.

Las enfermedades crónicas representan la mayor parte de los costes de los sistemas sanitarios y alrededor del 40% del total de la pérdida de tiempo en el trabajo. Su existencia incrementa los gastos de los sistemas sanitarios y los impuestos, repercutiendo en las empresas y sus trabajadores. Según Matews (2006):

Los programas de bienestar impulsados por las empresas reducen los factores de riesgo para la salud que pueden provocar, después, enfermedades crónicas. Se estima, por ejemplo, que la obesidad se incrementará un 75% hacia 2015. En el Reino Unido, la tasa de obesidad ya supone el 23% y en algunas ciudades chinas supera el 20%. (p.45)

Otra razón para que las empresas inviertan en el bienestar de los trabajadores es la productividad. En el informe antes citado se calcula que el total de años perdidos de trabajo sólo por enfermedades cardiovasculares en Brasil, Suráfrica, Rusia, India y China aumentará un 64% en 2030, pasando de 20,6 millones a 33,7 millones de años.

Cabe destacar que Márquez (2007), quien afirma que la baja en la productividad del trabajador de una organización a causa de enfermedades naturales se divide en dos factores conforme a la relación de productividad: lo que deja de producir y lo que consume de más para seguir produciendo.

Pero la baja productividad debe ser medida y cuantificada, para que de esta forma los gerentes pueda tomar las acciones correspondientes para evitar que se incremente, es por ello que se presenta el ausentismo laboral (días en que el empleado no asiste a su trabajo) el presentismo laboral (días en que el empleado asiste enfermo pero no rinde igual pues sus condiciones de salud se lo impiden), así como el gasto producto de la medicación, honorarios médicos y mantenimiento de infraestructura hospitalaria hacen que el trabajador comience a generar una disminución en las utilidades de la Organización.

Según la Sociedad para la Gerencia del Recursos Humanos (SHRM, 2007), “en Estados Unidos el presentismo genera pérdidas anuales de \$ 180 millardos, y el ausentismo alcanza los \$118 millardos”. De estas pérdidas, la causa principal es atribuida a enfermedades del trabajador con una incidencia del 35%.

Cuando los trabajadores toman unos días de baja por enfermedad, el impacto financiero que sufre la empresa no se deriva únicamente de las tareas específicas que deja de desempeñar ese trabajador enfermo. A menudo el impacto se nota en el resto de la empresa, en especial si el trabajador forma parte de un equipo cuyo output debe obtenerse en un plazo determinado. Sin embargo, hasta hace poco tiempo era muy difícil que las empresas pudiesen cuantificar el impacto del absentismo laboral utilizando datos fiables.

En este sentido, contextualizando la investigación dentro del área central de estudio, Petróleos de Venezuela, S.A. es una organización que no escapa a esta realidad expuesta. Con una nómina nacional que alcanzan los 90.000 trabajadores (5.842 trabajadores en Distrito San Tomé), se ha

evidenciado el aumento del ausentismo debido a las enfermedades antes citadas (Ver Cuadro N° 01).

Tabla N° 01.
ESTADÍSTICAS DE AUSENTISMO. PETRÓLEOS DE VENEZUELA, S.A.
DISTRITO SAN TOMÉ (año 2009).

<i>Ausentismo (Horas)</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Totales</i>
CONSULTA	13.240	26.480	39.720
REPOSO	8.827	17.653	26.480

Fuente: Clínica Industrial PDVSA, Distrito San Tome.

De acuerdo al cuadro anterior, se debe entonces tomar en consideración disminuir el impacto de estas enfermedades en la productividad de la Empresa (producto de la cantidad de días perdidos por consultas y reposos), ya que por ser una empresa productora del principal activo del país, genera repercusiones de alto alcance si decae el cumplimiento de su misión. Esto puede lograrse a través de sistema de control de enfermedades para con sus trabajadores.

Del planteamiento anterior, surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son la enfermedades crónicas que padecen los trabajadores de PDVSA distrito San Tome, estado Anzoátegui?

¿Qué variables miden la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui?

¿Cuál es la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui?.

¿Qué lineamientos requiere la organización para optimizar la productividad de los trabajadores con enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui?

En función a las interrogantes señaladas se elaboraron lineamientos de atención integral que requiere la organización para incrementar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Elaborar lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui, Período 2007-2010.

1.2.2 Objetivos Específicos

- 1-** Describir las enfermedades crónicas que padecen los trabajadores de PDVSA distrito San Tomé, estado Anzoátegui.
- 2-** Estimar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tomé, estado Anzoátegui.

- 3- Caracterizar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tomé, estado Anzoátegui.
- 4- Establecer los lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores con enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tomé, estado Anzoátegui.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El hombre en función a sus actividades laborales, coexiste dentro de condiciones generales y especiales bajo las cuales realiza su trabajo, incluyendo aspectos organizativos y funcionales de las empresas y empleadores, métodos, sistemas y procedimientos, así como servicios sociales, y factores externos al medio ambiente laboral que tienen influencia sobre él, determinando las condiciones del trabajo y del ecosistema relacionado con su ocupación.

El ser humano es una unidad biológica, psicológica y social, influenciado por su herencia y el medio ambiente que lo rodea, por tanto la salud como la enfermedad dependen del equilibrio armónico entre el hombre, factores de riesgo, el ambiente laboral y el comunitario. La salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades, en el que el individuo es capaz de desarrollar sus potencialidades creativas.

La comprensión de la salud como emergente de la compleja relación de elementos de diversa naturaleza, interconectados entre sí, no puede

prescindir del conocimiento de los conceptos esenciales aportados por la Teoría General de Sistemas.

Por lo tanto, la razón básica que sustenta esta investigación es el estudio y la mejora de la calidad de vida de trabajadores que padecen las enfermedades crónicas en PDVSA San Tomé, estado Anzoátegui. Tomando en cuenta que el paciente con diabetes e hipertensión arterial se ve sometido a lo largo de su enfermedad a diferentes situaciones: a) el diagnóstico inicial, b) las demandas que la enfermedad le plantea en su vida diaria, y c) la aparición de posibles complicaciones, (que repercuten de manera importante en su bienestar físico, psicológico y social), en donde todos ellas inciden notoriamente en la productividad laboral de dichos trabajadores.

Los factores psicológicos pueden influir indirectamente sobre la evolución de diversas enfermedades. A menudo, la necesidad del paciente de negar la enfermedad o la gravedad de ésta puede llevar al incumplimiento del tratamiento médico o a recurrir a medicinas alternativas o complementarias.

En la diabetes, por ejemplo, un paciente puede deprimirse por su dependencia crónica de la insulina y por el cuidadoso régimen dietético y abandonar su tratamiento. A menudo, las alteraciones emocionales pasan inadvertidas o son negadas por el paciente y, en ocasiones, por el propio médico. La causa y el mecanismo de la formación del síntoma pueden ser evidentes; por ejemplo, ansiedad y fenómenos mediados por el sistema adrenérgico, como taquicardia y sudación. Sin embargo, los mecanismos responsables de los síntomas psicógenos no están claros, aunque generalmente suelen atribuirse a la acción directa de la tensión (p. ej., aumento de la tensión muscular) o a través de un proceso de conversión.

Sin embargo, otras consideraciones son igualmente importantes especialmente reivindicar mediante el modelo de atención integral a la familia de quienes padecen estas enfermedades, generando entre ambos a través del trabajo mancomunado, una calidad de vida para la producción, para el desarrollo económico, para la transformación social, donde ese ciudadano producto de ella solucione problemas de su entorno y que sea capaz de manejar su realidad.

Del mismo modo, la investigación será un aporte social, pues beneficia tanto a los trabajadores en estudio, como a la empresa PDVSA San Tomé, por ser esta una empresa de trayectoria económica para Venezuela. Ante la necesidad de atender este creciente problema de salud, la aplicación del modelo de atención integral podrá otorgar al trabajador una vida digna mediante la educación y concienciación y acción, persuadiéndolo para que con cuidado y paciencia pueda lograr una mejor calidad de vida en aras de alcanzar la mayor suma de felicidad posible para éste y para su familia, al igual que se alivie la carga social de la organización mediante la mejora del rendimiento de los trabajadores permitiendo así innovarse y mejorarse y crecer.

Por lo tanto, se aspira que los resultados obtenidos ofrezcan un aporte teórico, práctico y/o metodológico significativo para el estudio del problema, también supone un beneficio a otros interesados, investigadores o estudiosos del mismo tema, así como también, en la medida que despierte interés en ellos para abordar y buscar respuestas a esta situación, supone un beneficio para otras instituciones y comunidades que resulten objeto de estudio de investigaciones venideras.

1.4 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta las características de la investigación desarrollada, los alcances vienen dado en función a determinar la proporción de trabajadores activos que padecen las enfermedades crónicas en PDVSA San Tomé, estado Anzoátegui (solamente: hipertensión, diabetes, dislipidemia u obesidad), al igual que las variables que miden la productividad de dichos trabajadores. Posteriormente, se establecerán las necesidades de atención integral, lo que conllevó a formular lineamientos para optimizar la productividad los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui.

1.5 FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación, se considera factible por contar con los recursos humanos para su realización. Al igual que las estadísticas de enfermos crónicos de la empresa. De igual modo, es factible por contar con el apoyo institucional de PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico constituyen las bases sobre las cuales se sustenta la investigación. En este capítulo se exponen los conceptos, constructos, categorías, hipótesis, bases legales, identificación de la institución, interrogantes, resultados y conclusiones, producto de otras investigaciones empíricas y teóricas.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los antecedentes representan para Sabino (2002), “los trabajos u/o investigaciones relacionadas con la temática de investigación” (p 15).

Según Sierra (1985) “los antecedentes de la Investigación se refieren a aquellos trabajos de investigación que anteceden al del autor, es decir, trabajos donde se hayan manejado las mismas variables o se hayan propuesto objetivos similares” (p. 231). Visto de otro modo, “se refiere a los estudios previos y tesis de grado relacionadas con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente que guardan relación con el problema en estudio” (Sabino, 2002: p.69). En cuanto a investigaciones realizadas, referentes a la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas, se presentan cuatro (04) de los más recientes estudios relacionados por otros autores.

El trabajo realizado por Carrillo y Romero (2005), titulado, ***Evaluación de Calidad de la Atención Odontológica de los Servicios de Salud Adscritos a la Corporación Merideña de Salud en el municipio Libertador del estado Mérida.*** La cual se enfocó en las acciones que se encuentra realizando el Estado tendientes a disminuir los efectos de la crisis económica y social. Por lo que para lograr verdaderos cambios en el perfil de salud, es necesario mejorar la calidad de los servicios a partir de la participación de la comunidad.

La investigación se apoyó en un estudio descriptivo, por objetivos, con un enfoque mixto y un diseño no experimental. La muestra fue seleccionada aleatoriamente. Entre los resultados destaca que la atención se limita a los tratamientos de cirugías leves, entre otros. La evaluación en estos servicios se encuentra limitada al reporte de las actividades realizadas sin la participación de un evaluador externo, el cual resulta insuficiente para evaluar la calidad de los servicios. Los resultados reflejan una completa desvinculación entre el servicio odontológico y las organizaciones de la comunidad. La participación con la comunidad se limita a acciones puntuales, sin que exista una unión orgánica con las organizaciones de base.

El autor pudo concluir que los servicios odontológicos podrían mejorar si se prestara mayor cuidado a las actividades de fomento de la salud, de prevención específica, la satisfacción y la participación tanto de los usuarios como de los proveedores de la prestación de servicios de salud, y así permitiría que la atención prestada fuera mayoritariamente preventiva y no curativa como ocurre en la actualidad.

De igual forma, López (2006), realizó un trabajo titulado **El perfil de salud de los trabajadores de una Planta procesadora de Olefinas del Estado Zulia.** El objetivo general radicó en determinar el perfil de salud de

los trabajadores de la mencionada empresa. Para ello, se realizó un estudio observacional descriptivo, evaluando a 142 trabajadores de las áreas administrativa- técnica, operaciones y mantenimiento. A cada trabajador se le realizó una historia médico ocupacional, examen físico, exámenes de laboratorio, audiometría y evaluación visual. El grado de obesidad se determinó mediante la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el riesgo cardiovascular se estableció aplicando las tablas de riesgo de las Sociedades Europeas.

Entre los resultados del estudio se obtuvo que el promedio de edad de los trabajadores fue de 36,2. Los individuos del área de operaciones mostraron promedio de peso, y tensión arterial sistólica más elevada que el resto de las áreas. Se determinó una alta frecuencia de factores de riesgo cardiovascular predominando el consumo de alcohol (89,4 %), obesidad (62,7 %), hipertrigliceridemia (46,5 %), y presión arterial sistólica elevada (45,1 %); siendo los operadores los más afectados. Se encontró una frecuencia moderada de trabajadores con enzimas hepáticas alteradas AST (38 %) y GGT (29,6 %). Las patologías más frecuentes fueron ametropía (64,1 %), dislipidemia (57,8 %), obesidad I (50 %), e hipertensión (45,1 %). Los trabajadores mayores de 40 años mostraron cifras de tensión arterial sistólica más elevadas. Se encontró una correlación positiva y significativa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la tensión sistólica.

De allí, se concluye que existe una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Se recomienda diseñar y aplicar acciones de promoción de la salud, encaminadas a modificar los estilos de vida para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. El aporte de este trabajo en el análisis de las acciones de promoción de salud establecidas, para luego ser evaluadas y aplicadas en la propuesta.

Por su parte, Hamoui (2006), desarrolló un estudio titulado **Análisis de las causas médicas de absentismo laboral del personal administrativo de una Universidad Pública**. Para esto la investigación tuvo como objetivo general determinar las causas médicas de absentismo laboral del personal administrativo de la Universidad del Zulia. En este sentido, se realizó un estudio descriptivo, transversal en un periodo comprendido de Mayo 2004 Abril 2005. Fueron analizadas las variables edad, antigüedad, cargo, dependencia, causas médicas, género y se calcularon la Tasa Global de Absentismo (TGA), Índice de Gravedad (IG), Índice de Frecuencia (IF) y Duración Media de la Baja (DMB). Los indicadores de absentismo aumentaron en el segundo año estudiado con relación al primero (TGA: 2,01-2,50; IG: 4,59- 5,77; IF: 44,09-49,60 y DMB: 10,4-11,6). Se encontró diferencia significativa entre el número de días perdidos al comparar los dos años ($p < 0,01$).

Las causas médicas más resaltantes fueron las osteoarticulares y del tejido conjuntivo, patologías del sistema nervioso y órganos de los sentidos, trastornos mentales y afecciones perinatales prevaleciendo en las mujeres. Los grupos de edad más afectados estuvieron entre los 40 a 49 años y en los trabajadores con 20-24 años de antigüedad. En cuanto a los cargos y dependencias los archivistas, auxiliares de biblioteca y secretarías, así como, las dependencias de Vicerrectorado Académico y Dirección de Personal ocuparon los primeros lugares. La TGA en este estudio se encontró por debajo de 2,5% considerado como aceptable por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Como conclusión se determinó que los hallazgos relacionados con las patologías, cargo y dependencias, señalan la necesidad de realizar estudios sobre condiciones y ambiente laboral, evaluación ergonómica de puestos de trabajo e implantar un programa de prevención y promoción de la salud de los trabajadores administrativos. El

aporte generado por esta investigación se basó en los indicadores usados para el cálculo del absentismo, al igual que la forma como fueron estratificadas las causas del mismo, lo cual sirvió para hacerlo de forma similar en este trabajo.

Finalmente, la última investigación relacionada con el tema en estudio que fue encontrada es la de Villareal (2007), titulada **Importancia de la nutrición, la obesidad, las enfermedades, los estilos de vida y el estrés, como parte de la visión de salud ocupacional entre los trabajadores del Hospital de La Anexión**. El objetivo general del trabajo fue destacar la importancia de la nutrición, la obesidad, las enfermedades, los estilos de vida y el estrés en el Hospital de La Anexión. Para cumplir con esto, la investigación fue del tipo descriptiva y se llevó a cabo durante los años 2005 y 2006. Se elaboró un cuestionario con 60 segmentos distribuidos en cinco partes: aspectos sociodemográficos, historia clínica, hábitos alimentarios, actividad física y estrés.

Se utilizó además la entrevista, la cual fue directa y dirigida. Se trabajó con un muestreo estratificado y focalizado al azar del 30% del total de los empleados hospitalarios, lo que correspondió sobre un universo de 431 personas a 129 individuos, el 50% entre los 40 y 49 años de edad y la mayoría mujeres (51,1%). El 77% presenta algún grado de obesidad (el 91% de tipo ginoide). Padecen colitis el 62% (80% asocia obesidad), gastritis 41% (79% con obesidad), várices el 33% (84% con obesidad), hemorroides el 19% (59% con obesidad), enfermedades cardíacas el 7% (67% con obesidad), diabetes mellitus el 25% (69% con obesidad) e hipertensión arterial el 15% (76% con obesidad). Presentan hemoglobinas bajas el 26,4% (79% obesos), hematocritos bajos el 30,2% (82% obesos), glicemias elevadas el 37,2% (95,8% obesos), colesterol elevado el 82,9% (90,6%

obesos), triglicéridos elevados el 72,9% (91,5% obesos) y ácido úrico elevado el 11,6% (100% obesos). Un 46% realiza algún tipo de ejercicio físico, la mayoría hombres (25%).

Como conclusión se encontró una alta ingesta calórica tanto en hombres (6215 Kcal) como en mujeres (4180 Kcal) y el 84% consume alimentos fritos. El 60% consume alcohol, con altos porcentajes en ambos sexos (hombres 31% y mujeres 29%). El 83% presentan un nivel de estrés en zona elevada.

En este sentido, producto de la investigación se recomienda a las autoridades hospitalarias y comités de apoyo contemplar medidas tendientes para abordar los aspectos de salud y enfermedad encontrados con base en los resultados de esta investigación, incluyendo estrategias de educación y promoción de la salud, poniendo énfasis en estilos de vida saludable. También se recomienda la implementación de un programa de atención integral interdisciplinaria en salud dirigido a los trabajadores.

2.2 BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas amplían la descripción del problema, integrado a la teoría con la investigación y sus relaciones mutuas. Por tal razón las bases teóricas ayudan a precisar y organizar los elementos contenidos en la descripción del problema, de tal forma que puedan ser manejados y convertidos en acciones concretas, que permitan la obtención de los resultados esperados.

En cuanto a las bases teóricas Tamayo y Tamayo (2003), expresa que:

Nos amplía la descripción del problema e integra la teoría con la investigación y sus relaciones mutuas; una palabra es la teoría del problema y tiene como fin ayudarnos a precisar y a organizar los elementos contenidos en la descripción del problema, de tal forma que puedan ser manejados y convertidos en acciones concretas. (p 208).

Es por ello, que para el desarrollo de un trabajo se aplican conocimientos teóricos de gran significado que sustentan de forma directa e indirecta su elaboración, en tal sentido, se hace necesario ahondar estos temas de nociones conceptuales informáticos que expliquen el entorno teórico de la presente investigación.

Los aspectos que se desarrollan a continuación constituyen las bases teóricas del estudio

2.2.1 Productividad Organizacional

La productividad, desde la perspectiva de Arata y Furnaletto (2005), en su concepto más básico, es definida como una relación entre lo que se produce (bienes y servicios) y lo que se emplea (insumos) en lograr este producto.

Según Robbins y Coulter (2005), la productividad organizacional “está determinada por lo que dicta el mercado (para la producción de bienes y/o servicios) y lo que puede manejar la organización (los insumos empleados)” (p 23). De ahí que se considere importante para la organización la administración de los insumos y así poder satisfacer las demandas del mercado. Para que las organizaciones sean productivas, los gerentes deben considerar dos factores en base al desempeño:

- Dirección: el desempeño es hacer el trabajo que corresponde. Significa que las unidades responsables cumplen con las actividades asignadas en tiempo, cantidad y calidad. El proceso de generación de un bien o un servicio es cumplido de acuerdo a plan establecido
- Control: el desempeño es un resultado. Los resultados son valores de control para la gerencia. Según Robbins y Coulter (2005) son “los resultados finales acumulados de los procesos y actividades de la organización”.(p 12).

Por ello, es responsabilidad del gerente no solamente evitar que la proporción (productividad) disminuya sino que se logre incrementar con el paso del tiempo.

Ahora, como lo afirma Arata y Furnaletto, (2007), por medio del monitoreo y control de los valores que se obtienen la gerencia “puede ir acondicionando el trabajo realizado en función de una labor, con un reto trazado que es la búsqueda de la eficacia y la eficiencia la incrementar la productividad” (p 56). Eficaz porque se requiere lograr objetivos reales y factibles por medio del haciendo más y mejor, pensando en la satisfacción del cliente; y eficiente pues se deben obtener los mayores resultados con la mínima inversión.

2.2.1.1 Reseña Histórica

La historia de la productividad es reciente, considerándose que hasta hace poco más de cien años nadie había estudiado de cerca este fenómeno como factor de mejoría humana, económica y social. Durante la sociedad feudal, la producción bastaba para satisfacer las necesidades primarias de

alimentación de una población diezmada por enfermedades y guerras y dependía considerablemente en la benevolencia de la naturaleza para la obtención de alimentos de la tierra. En los tiempos antiguos, los poetas Hesíodo y Virgilio ensayaron la labor del agricultor, sin embargo, ninguno de los dos analizó ni participó directamente en los mencionados trabajos, elaboraron poemas sin jamás pastorear un rebaño ni labrar la tierra.

Durante la revolución industrial a mediados del siglo XVIII, las fábricas comenzaron a necesitar obreros, quienes eran en su momento campesinos inmigrantes del campo a barrios suburbanos de condiciones pésimas para albergar a las numerosas familias recién llegadas. Las jornadas de trabajo podían extenderse hasta 12 horas diarias, con una seguridad nula y beneficios pobres para los explotados obreros.

La productividad según lo afirma Gutiérrez (2006), fue vista como el arte de hacer más sin importar las condiciones ni factores que incidían en el proceso de ejecución. Durante la Europa industrial, en el Siglo XIX Carlos Marx comenta sobre el trabajador manual y los trabajos manuales, y sin embargo, jamás observó a ambos de cerca y ni siquiera tocó una máquina. Es en el inicio del siglo XX que un Ingeniero de Pensilvania de nombre Frederick Taylor comienza a estudiar los procesos, movimientos, métodos de los trabajadores y sus herramientas en las fábricas de fundición de acero de la zona.

El concepto de productividad tal como es conocido no fue creado por Taylor, quien bautizó su metodología como “análisis de tareas”, y luego de veinte años la rebautiza como “administración científica” el cual es el término más conocido hoy día.

La visión de Taylor es simple, según lo destaca Gutiérrez (2006), contrario a pensadores que lo precedieron, Taylor sostenía que el trabajo no se hacía más productivo con la destreza manual, pues el mismo era simple y repetitivo, simplemente había que mejorarlo en la forma como se junta, se organiza y ejecutan una serie de movimientos no diestros. Taylor “Aplicó conocimiento al trabajo” Taylor desarrolla un término ya comentado por Adam Smith (1776) quién considera que “habrá más productividad cuando se procure la división del trabajo dentro de las fábricas”.

Igualmente, Taylor propone la paga al trabajador no por insumo (jornada cumplida) sino por productividad (producción hecha). Taylor considera que el trabajador como ente que se fatiga y declina en su actividad, necesita ser rotado periódicamente dentro de la fábrica, con lo cual se pretende incrementar su productividad

En conclusión, la administración científica propone tres pasos que las organizaciones deben seguir para incrementar su productividad: división del trabajo, pago al trabajador proporcional a la actividad realizada, rotación de cargo.

Ya en el retiro de Taylor, un empresario norteamericano de nombre Henry Ford (2000) considera los preceptos de administración científica y los pone en práctica para el proceso de fabricación de vehículos en Michigan. De la administración científica surge el fordismo (en honor a su creador) el cual revoluciona la productividad de las fábricas ensambladoras de vehículos al disminuir considerablemente los costos de producción. El fordismo se basa en tres preceptos:

Producción en masa: por medio de las líneas de ensamblaje

Simplicidad del trabajo: cada trabajador tenía una tarea específica y contaba con un manual de procedimiento y posibles inconvenientes que pudieran presentarse en el proceso

Simplicidad de herramientas: Ford desarrolla herramientas sencillas que pueden ser empleadas por los trabajadores y que tienen una función en cada proceso

Con mayor producción y bajos costos, Ford, según lo afirma Gutiérrez (2006), pone en práctica lo desarrollado por Taylor años antes, y se considera el primer y gran ejemplo sobre incremento en la productividad en la época moderna. Hasta el momento los avances en productividad se centraban en el trabajo, mas con el desarrollo de la escuela de relaciones humanas a partir de los años treinta se cambia el enfoque prestando atención al individuo que realiza el trabajo y a su entorno: de los aspectos técnicos se pasa a los aspectos psicológicos y sociológicos.

A raíz de la crisis económica del 1929 se intensificó la búsqueda de la eficiencia en las organizaciones, lo cual provocó indirectamente una verdadera reelaboración de conceptos y una reevaluación de los principios de administración hasta entonces aceptados con su carácter dogmático y prescriptivo.

De allí, que Amador (2006) enumera cuatro causas del surgimiento de esta nueva escuela del pensamiento administrativo, la denominada Teoría de las Relaciones Humanas, las cuales son:

1. Necesidad de humanizar y democratizar la administración, liberándola de los conceptos rígidos y mecanicistas de la teoría clásica y adecuándola a los nuevos patrones de vida del pueblo estadounidense.

En este sentido, la teoría de las relaciones humanas se convirtió en un movimiento típicamente estadounidense dirigido a la democratización de los conceptos administrativos. Amador (ob. cit)

2. El desarrollo de las llamadas ciencias humanas, en especial la psicología y la sociología, así como su creciente influencia intelectual y sus primeros intentos de aplicación a la organización industrial. Las ciencias humanas vinieron a demostrar, de manera gradual, lo inadecuado de los principios de la teoría clásica. Amador (ob. cit)
3. Las ideas de la filosofía pragmática de John Dewey y de la psicología dinámica de Kart Lewin, fueron esenciales para el humanismo en la administración. Elton Mayo es considerado el fundador de la escuela; Dewey, indirectamente, y Lewin, de manera más directa, contribuyeron bastante a su concepción. Amador (ob. cit)
4. Las conclusiones del experimento de Hawthorne, llevado a cabo entre 1927 y 1932 bajo la coordinación de Elton Mayo, pusieron en jaque los principales postulados de la teoría clásica de la administración. Amador (ob. cit)

De estos experimentos, Hall (2005), concluye lo siguiente: el trabajo es una actividad típicamente grupal: “la primera conclusión derivada de la investigación plantea que el nivel de producción está más influenciado por las normas de grupo que por los incentivos salariales y materiales de producción” (p 21). Según Mayo (2005), la actitud del empleado frente a su trabajo y la naturaleza del grupo en el cual participa son factores decisivos en la productividad.

El obrero no actúa como individuo aislado sino como miembro de un grupo social: Los cambios tecnológicos tienden a romper constantemente los

lazos informales de camaradería y amistad dentro del trabajo y a privar al obrero del espíritu social porque debe responder por su producción.

En este sentido, Parra (2007), señala que la persona es motivada esencialmente por la necesidad de estar en compañía, de ser reconocida, de acceder a una comunicación adecuada: Mayo (op.cit) estaba en desacuerdo con la afirmación de Taylor según la cual la motivación básica del trabajador es sólo salarial (*homo economicus*), puesto que éste se preocupa por producir el máximo posible -si sus condiciones físicas se lo permiten- para obtener una remuneración más elevada.

Según Mayo (ob. cit), la organización eficiente no garantiza por sí sola mayor producción porque es incapaz de elevar la productividad, si no se identifican, localizan y satisfacen debidamente las necesidades psicológicas del trabajador. Lodi intenta explicar las diferencias en las posiciones de Taylor y de Mayo apoyándose en el hecho de que el primero escaló posiciones en la empresa mediante un trabajo arduo y dedicado -por tanto, creía que todos los empleados estaban motivados por los mismos intereses-, mientras que el segundo era un sociólogo que vivía casi exclusivamente en el medio universitario, disgustado por las condiciones de los obreros de su tiempo y por la poca posibilidad de satisfacción de sus necesidades psicológicas y sociales.

El resumen, desde lo investigado por Gutiérrez (2006), estos experimentos y postulados no significan que los preceptos de Taylor estaban equivocados, simplemente necesitaban evolucionar. En vez de considerarse al hombre como un ente aislado y materialista que aporta al incremento de la productividad por medio del movimiento correcto y el incentivo justo, ahora

incrementa la productividad con la creatividad, la interacción con los compañeros y la participación en mejoras a los procesos mismos.

Con Maslow y McGregor, la escuela de relaciones humanas refinan sus conceptos con dos bases: lo que el trabajador necesita para motivarse a ser más productivo y lo que la organización puede hacer para motivarlo a ser más productivo

Cabe destacar, que existe un buen número de teorías gerenciales cuyo centro es la persona, hacen énfasis en las relaciones sociales e interpersonales como factores de primer orden en la motivación hacia niveles crecientes de productividad. Entre estas teorías destaca la de Mc. Gregor (2000), creador de la teoría "X", quien "señala que el ser humano tiene la oportunidad hacia el trabajo y lo evitará en cuanto le sea posible" (p 5). Por lo tanto, el trabajador tiene que ser obligado a realizarlo por la fuerza, controlado, dirigido y amenazados con castigos para que se haga un esfuerzo adecuado con el propósito de lograr los objetivos de la organización.

En consecuencia, se puede inferir que esta teoría explica la consecuencia de una técnica administrativa particular, no describe la naturaleza humana, aunque lo propone, esto se debe a que sus tareas son limitadas, las cuales a su vez impiden ver las posibilidades de otras practicas administrativas tales como la descentralización y la supervisión consultiva y la dirección democrática.

Otra teoría importante que sustenta la acción gerencial es al teoría "Y" planteada por Mc. Gregor, en contraste con la teoría "X" la cual sostiene que el trabajo es tan natural como el juego y que la mayoría de las personas son

capaces de controlar su propia conducta y de hacer nuevos trabajos, lo que indica que un administrador no necesita controlar de cerca a los subordinados, sino más bien que ellos puedan controlar su propio comportamiento. Los supuestos, políticas y las expectativas de esta teoría están centrados en la naturaleza humana; su principio fundamental es la integración, ya que propicia condiciones que permiten a los miembros de la organización realizar sus propios objetivos; encaminado sus esfuerzos hacia el éxito.

Por ello, la importancia que se le da al desarrollo organizacional, según Benzo (2004), se deriva de que el recurso humano es decisivo para el éxito o fracaso de cualquier organización. En consecuencia su manejo es clave para el éxito empresarial y organizacional en general, comenzando por adecuar la estructura de la organización (organigrama), siguiendo por una eficiente conducción de los grupos de trabajo (equipos y liderazgo) y desarrollando relaciones humanas que permitan prevenir los conflictos y resolverlos rápida y oportunamente cuando se tenga indicios de su eclosión. Específicamente el desarrollo organizacional abordará, entre otros muchos, problemas de comunicación, conflictos entre grupos, cuestiones de dirección y jefatura, de identificación y destino de la empresa o institución, el cómo satisfacer los requerimientos del personal o de eficiencia organizacional.

2.2.2 Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas o incapacitantes según Mell (2004), son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones” (p 9). La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se

fundamente sobre el hecho de que las enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal.

Las enfermedades crónicas tienen las siguientes características, según lo afirma Mell (2004):

- Comúnmente estas enfermedades toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen.
- Estas enfermedades ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos.
- Interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima.
- Algunas enfermedades degenerativas crónicas pueden prevenirse; es posible minimizar los efectos de alguna enfermedad. (p 12)

Algunas de estas condiciones son: enfermedades del corazón y circulatorias, tales como las cardiopatías coronarias (enfermedades de las arterias coronarias del corazón o aterosclerosis coronaria), las condiciones hipertensas, claudicación intermitente; cáncer; diabetes sacarina; accidentes cerebrovasculares (apoplejía o derrame cerebral); enfermedades pulmonares; problemas en la espalda baja; enfermedades óseas (osteoporosis) y reumáticas (artritis reumatoide, osteoartritis, entre otras); condiciones renales (nefritis); enfermedades hepáticas (del hígado), entre otras.

Las enfermedades crónicas, según Lopategui (2007), son “irreversibles (van causando el deterioro de uno o varios órganos coartando sus funciones), **pero, detectadas a tiempo, se pueden controlar,** permitiéndole a los pacientes una mejor calidad de vida durante más tiempo” (p 13). Por ello hay que saber que las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad y mortalidad; y que **el 80%**

de las muertes causadas por estas afecciones, según afirma un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009).

2.2.2.1 Obesidad

Según la Organización Mundial de la Salud, (2005), “la obesidad es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (p 29). Por ser perjudicial para la salud se le considera enfermedad. Igualmente la obesidad es factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

El exceso de tejido adiposo en el cuerpo altera las funciones metabólicas del mismo, causando que la persona no pueda deshacerse fácilmente por métodos naturales de dicho tejido. La alteración del metabolismo obedece a que el tejido adiposo, además de presentarse en exceso, funciona como un ente vivo mas no inerte, por ello interviene y modifica los procesos metabólicos del organismo, tanto en los sistemas orgánicos como en las funciones cotidianas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (ob. cit), “la causa de la obesidad es el desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías”. El aumento la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.

La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización. (p 279)

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud, (2005), describe algunas consecuencias derivadas de padecer la obesidad:

Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales. La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años. Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis. Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon. (p 6)

La obesidad en sí disminuye la capacidad activa del trabajador, por cansarse más, por sufrir de movilidad y por desarrollar otras patologías ya descritas. Es por ello que ya la obesidad se comienza a ver como un problema y no como una ventaja de supervivencia. En resto de momias se ha podido percibir que algunas pertenecientes a personas de clase pudiente padecían de arterioesclerosis coronaria, así como infartos al corazón.

Esto refleja un choque entre el hábito de comer para reservar energías para cuando era necesario en períodos de hambruna y el hábito de comer en exceso para satisfacer un deseo fisiológico y saturar al organismo de reservas innecesarias ante un suministro constante e inadecuado de alimentos.

2.2.2.2 Dislipidemia

La palabra dislipidemia según Arteaga (2007), proviene de “las raíces del griego dys problema, lipos grasa y haima sangre” (p 41). La dislipidemia es catalogada como una enfermedad sola, pero es más común definirla como una serie de condiciones patológicas que se manifiestan independientemente o a la vez, todas con un elemento común: alteración de los niveles normales de lípidos o grasa en la sangre.

Es por ello que la dislipidemia se puede encontrar en los textos e historias médicas como hipertriglicidemia, hipercolesteremia, hiperlipemia, dislipemia o dislipidemia mixta. Históricamente, la dislipidemia no fue investigada como enfermedad o como desorden metabólico en quienes la padecían; fue una de sus consecuencias (la aterosclerosis) que permitió alertar sobre los problemas de grasas en la sangre.

Las principales dislipidemias de causa genética, según lo indica Velasco (2007), son la Hipercolesterolemia Familiar, la Dislipidemia Familiar Combinada, la Hipercolesterolemia Poligénica, la Disbetalipoproteinemia, las Hipertrigliceridemias Familiares y el déficit de HDL (que es el colesterol transportado por las partículas de lipoproteínas de alta densidad y se suele denominar colesterol bueno). Su prevalencia a nivel poblacional es alrededor del 4 %, lo que sube a 30-40% en población portadora de cardiopatía coronaria. Las patologías causantes de dislipidemias son la obesidad, la Diabetes Mellitus, el hipotiroidismo, la colestasia, la insuficiencia renal y el síndrome nefrótico.

Es por ello, según Arteaga (2007), “que la dislipidemia fue vista como un factor de peso en el riesgo para el desarrollo de enfermedades

coronarias” (p 11). Más allá de ser una enfermedad que merma (los trabajadores dislipidémicos suelen presentar cierto malestar general en algún momento pero no es razón de peso para afectar su productividad), el problema de la dislipidemia radica en las graves complicaciones que puede generar si no es atendida a tiempo, tomando en cuenta que dichas complicaciones (enfermedades coronarias) son altamente costosas y discapacitantes en muchos casos

2.2.2.3 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.

Como lo indica Lopategui (2007), “las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a su través” (p.45). Esto se conoce con el nombre de arteriosclerosis. Lopategui (ob. cit) también establece que:

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada hipertensión esencial, primaria o idiopática. En la hipertensión esencial no se han descrito todavía las causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

Entre las posibles causas de Hipertensión según Mell (2004), se encuentran:

- **Herencia:** cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.
- **Sexo:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas.
- **Edad y raza:** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.
- **Sobrepeso:** los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres.

Según Mell (ob. cit) “La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal” (p.34). No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión, o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocia a otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

2.2.2.4 Diabetes

La diabetes, para Mel (ob. cit) “es un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor más importante en este proceso” (p.67). Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo.

Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, Mel (2004), indica que “la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día” (p.69). Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre.

Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición. También es necesario que la gente sepa, según Andarcia (2005), “qué puede hacer para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes” (p.56). Por ejemplo, se estima que con un cuidado correcto de los pies, se podría prescindir de un 75% de todas las amputaciones en personas con diabetes.

Aunque las clases de educación sobre diabetes proporcionan información, cada paciente debería recibir formalmente una inducción sobre su enfermedad y las necesidades que de ella se derivan.

2.2.3 Atención Integral en los Trabajadores con Enfermedades Crónicas

La atención integral está asociada, a por lo menos dos aspectos centrales: el primero que hace referencia al elemento humano y su vinculación en el estrato social y el segundo a las dinámicas inherentes a los patrones de organización que adoptan los mismos en función del contexto con el que interactúan. Así planteado, según Massaguer (2004), “el concepto de red abandona la concepción cuasi genérica de elemento inminentemente técnico, para adoptar una manifestación amplia relacionada específicamente con el orden socio-organizacional de la sociedad de la información y el conocimiento”. (p.23)

Es conocido que la atención Integral aparece como formas naturales de interacción humana dentro o fuera de sistemas determinísticos. Dichas redes adquieren un singular protagonismo, ya que son contribuyentes a los

procesos de reinención de las lógicas y patrones subyacentes en escenarios sociales diferenciados.

Dicha interacción focalizada en la atención integral a pacientes con hipertensión y/o diabetes, como lo indica Torre (2006), “no debe entenderse solamente como una interconexión tecnológica, sino como la interconexión de individuos valiéndose del uso de la tecnología disponible” (p.12); posibilitando justamente que por medio de redes se puedan combinar conocimientos, creatividad e innovación para avanzar en la consecución de un desarrollo social sustentable y equitativo.

Está demostrado empíricamente que las redes facilitan entre otros, la posibilidad de formación y actualizaciones permanentes, la oportunidad de diálogo como elemento potenciador del intercambio, disponiendo de los aportes de cualquier individuo perteneciente a una vasta área geográfica, todo lo cual no hace sino reforzar los aspectos globales que incluye el trabajo bajo la modalidad de redes.

En cuanto a la atención Integral clave resulta del surgimiento de un paradigma emergente de sociedad que se autoconstruye en contrario a la linealidad y al determinismo que impone el proceso de globalización. Estas redes son referidas a los ligamentos que buscan darle conformación y consistencia sociopolítica a las relaciones entre los actores locales, tanto en su relación con el Estado como cuando actúan en relación con sus pares en las tareas del desarrollo local.

De esta manera, como hace referencia Briones (2005), “la propuesta de atención Integral, sustentada en la cooperación, la coordinación y la competencia, se hace más pertinente cuando se trata de promover ese desarrollo a partir de las potencialidades particulares y acervos culturales

singulares de la localidad considerada” (p.45). En este contexto de análisis la integración se ubica dentro de lo que se ha llamado pensamiento redificado, partiendo de lo expresado por Benzo (2005), “el pensamiento redificado se despidió de una visión mecanicista y funcionalista del mundo y, en especial, de las premisas de la linealidad causal” (p 5).

Por su parte, Burgos (2006) plantea que la atención integral “es una metáfora que designa una posibilidad alternativa a la visión de un Estado que es comido por la economía, o dicho de otra manera, a la visión de una vida política que es suplantada por una vida económicamente racionalizada, como establece la ideología globalista” (p.5). Este concepto de atención integral sugiere que se comienza a rehabilitar la acción política y, con ello, la participación y el redescubrimiento de actores sociales que rompen con la estructura social y que se está consolidando la reconstrucción de la sociedad mediante encuentros transversales y de reconocimiento al otro como parte de un tejido indivisible que establece un novedoso protagonismo social.

La noción de atención comunitaria en el Caso de una empresa del estado tan importante como PDVSA, es inseparable de la noción de relaciones, pues las redes son un conjunto de relaciones que toman formas imaginarias de red, estableciéndose compromisos entre los actores involucrados en la red. La atención Integral comunitaria no responden a un plan preconcebido sino que su lógica se va determinando a medida que se va tejiendo. Esto quiere decir que la red es producto de una visión compartida de los tejedores, donde cada uno expone su visión particular y su interés y ésta no es independiente de sus miembros.

Por tanto, la atención integral según Mel (2004), se conforma por un conjunto de individuos, grupos y organizaciones, que establecen relaciones e intercambios de manera sostenida, con el propósito de lograr objetivos

comunes en forma colectiva y eficiente, siendo esto la razón de ser de la red. Entonces, puede definirse como un espacio de trabajo donde se establecen relaciones e intercambios en múltiples direcciones, se potencia el intercambio y se comparten experiencias, generando un tejido humano que promueve la participación no jerárquica.

La atención Integral dentro de PDVSA, constituye un modelo de organización social alternativo a los esquemas tradicionales, que basa su estrategia en la solidaridad, la integración y la convocatoria de productores locales (sub contratistas), agentes del gobierno y centros de producción de conocimientos que compartan el interés de elevar las capacidades competitivas de la producción local y la calidad de vida. Entre las posibilidades y ventajas que ofrece esta estrategia se pueden citar las siguientes:

2.2.4 Salud y Atención Primaria desde una Perspectiva Psicosocial

La Organización Mundial para la Salud (2005), expresa que:

La salud es un óptimo estado de bienestar físico, mental y social, por lo tanto, la comunidad debe crear programas orientados hacia la prevención primaria, de acuerdo con la situación particular de salud de la localidad, y la coordinación efectiva con las instituciones de salud que ofrecen servicios en la comunidad.

Por su parte, Matews (2003), expresa que “el goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social” (p.34).

En función a lo anterior, Río Boo (2001), señala “que en relación a la salud se debe ir más allá de la simple definición biológica, en tal sentido, se

deben incorporar todos aquellos factores que puedan modificarla, como son: ecología, ambiente, economía, cultura, etc”., y que se debe añadir algo más y no de una forma trivial, sino dándole el peso específico que conlleva, como es el carácter de dinamismo, su concepción de acuerdo con la época y las condiciones de vida de las poblaciones, tan opuesto al concepto estático citado por algunos autores.

También, Miltón (2002) opina sobre la definición de salud, “que ésta debe ser analizada desde un punto de vista reflexivo, en el cual se deben considerar dos aspectos ineludibles: el primero subjetivo; que se refiere a sentirse bien, y el segundo objetivo; que implica la capacidad para la función” (p,124).

Por tanto, se destaca que la atención primaria tiene como fin desarrollar la atención integral mediante la adopción de medidas encaminadas al fomento y a la protección de la salud, a la curación y rehabilitación del enfermo, a la educación sanitaria de la población y a la vigilancia sanitaria del medio en que ésta se desenvuelve potenciando la participación de la comunidad en la gestión de los servicios sanitarios y la responsabilización en el cuidado de su propia salud.

Esto implica necesariamente no sólo una actitud diferente frente al rol que desempeñan los participantes del sistema de salud sino a una revisión concienzuda de la conveniencia de modificar éstos roles, pues como decía antes, esto implica necesariamente un cambio cultural en relación a la concepción del proceso curativo.

En la sociedad se encuentra muy bien valorada la categoría de «experto» y el rol que éste desempeña por encontrarse asociado a

situaciones de éxito y prestigio personal. Esto implica que, a veces, parezca menos valorado el rol de un profesional y el profesional mismo cuando no se comporta como experto. Ello conspira contra la idea de un cambio cultural, ya que, el alto status adquirido por los profesionales de la salud parece distanciarlo cada vez más del usuario, con lo cual, se hace difícil crear un nuevo tipo de relación, más participativa desde el punto de vista del paciente. Esto implica, muchas veces, un costo negativo para el profesional, ya que, en última instancia es él quien se hace cargo completamente de los resultados del proceso curativo. Sin embargo, este hacerse cargo, en ocasiones, resulta una responsabilidad insostenible para el profesional ya sea por la falta de recursos o por las limitaciones propias de toda persona.

Por tanto, como lo afirma Torres (2006), “La educación parece ser una palabra clave para una mejor superación de estas limitaciones”. La educación, refiere un proceso global de transformación no sólo de los roles y actitudes de las partes comprometidas que permitan un mayor aprovechamiento de los recursos existentes sino también de la formulación e implementación de políticas de salud diferentes que se encuentren asociados a un accionar también diferente que otorgue congruencia y claridad a la relación existente entre el campo de las intenciones y el de las «posibilidades reales. Esto requiere de un compromiso social mayor hacia quienes acceden a la atención primaria.

Este mayor compromiso debe traducirse en una economía de salud diferente, que proporcione al usuario la percepción de que no sólo se beneficia de las prestaciones para prevención y curación sino que, además, los esfuerzos destinados al área de salud persiguen, en último término, representar y revivir la relación solidaria que debe existir entre el Estado y todos sus integrantes, a quiénes está obligado a servir.

En este sentido, la salud integral es la principal condición del desarrollo humano y lo cierto es que existe la iniciativa por cuidarla, conservarla y potenciarla. Se le dice salud integral, porque el estado de bienestar ideal, solamente se logra cuando hay un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida. La salud permite el desarrollo de las habilidades y capacidades que cada ser humano tiene, como persona individual y única y a pesar o a favor de las diferencias que existen entre cada uno.

2.2.5 Lineamientos

Según Querales (1.999), los lineamientos son un “plan hecho a la luz de lo que se creía que un adversario haría o dejaría de hacer”. En la actualidad el término lineamiento es ampliamente utilizado dentro del funcionamiento de una empresa, y comprenden el conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo una política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.

2.3 BASE LEGALES

El autor desarrolla el presente trabajo de investigación desde un punto de vista organizacional, así que para ello se hace imperiosa la consulta de los basamentos legales que aprueben la ejecución de la investigación. Para ello se consultaron las siguientes documentaciones legales:

En Venezuela, la Norma suprema que define y establece la manera bajo la cual actúa el Estado es la Constitución de La República Bolivariana de Venezuela (1999). El Artículo 3 de la Carta Magna establece las directrices del Estado en función a su trato al individuo:

El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar dichos fines. (p 4).

No cabe duda que la Carta Magna de 1.999 es de neto corte social. Su preámbulo recoge la búsqueda del bien común, la justicia social, el derecho al aseguramiento del trabajo y la preservación de los derechos humanos, bajo el signo de una democracia participativa y protagónica, y un Estado de justicia social.

Para poder garantizar todo lo señalado, es menester el predominio de una sociedad igualitaria y sin discriminaciones, que defienda y sostenga el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad. El desarrollo de la persona sólo se logra, a través del acceso de ella a un trabajo digno, adecuado y permanente (estable), que le garantice ingresos para poder sostenerse a sí misma y a su grupo familiar y, además, para existir plenamente (junto con su grupo familiar) en su entorno, desarrollándose cabalmente. Es decir, que el trabajador pueda contar con un futuro material.

El desarrollo es activo y no pasivo, por ello el trabajo y la oportunidad de mejorar y crecer en él es una forma de desarrollo personal. Una persona productiva es aquella que genera y aporta, mejorando como ciudadano y por ende como ser social. El artículo 87 de la Carta Magna confiere al respecto lo siguiente:

Toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar. El Estado Garantizará [Itálicas añadidas] la adopción de las medidas necesarias a los fines de que toda persona pueda obtener ocupación productiva [Itálicas añadidas], que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho. (p 26).

En resumen, con un individuo que trabaja y se esfuerza en sus jornadas, recibiendo el apoyo para el estudio y la preparación técnica, logra desarrollarse. Esto siempre bajo la necesidad de un equilibrio entre sus prioridades y responsabilidades colectivas, laborales y personales.

Es interesante traer a colación, lo que ha señalado el informe de la Organización Internacional del Trabajo, en la 89ª Reunión de junio del año 2001, sobre lo que ese ente denomina trabajo decente (OIT, 2001):

La mejor expresión de la meta del trabajo decente es la visión que tiene de él la gente. Se trata de un puesto de trabajo y sus perspectivas futuras, de sus condiciones de trabajo, del equilibrio entre el trabajo y la vida familiar, de la posibilidad de enviar a sus hijos a la escuela o retirarlos del trabajo infantil. Se trata de la igualdad de reconocimiento y de la capacitación de las mujeres para que puedan tomar decisiones y asumir el control de su vida. Se trata de las capacidades personales para competir en el mercado, de mantenerse al día con las nuevas calificaciones tecnológicas y de preservar la salud. Se trata de desarrollar las calificaciones empresariales y de recibir una parte equitativa de la riqueza que se ha ayudado a crear y de no ser objeto de discriminación; se trata de tener una voz en el lugar de trabajo y en la comunidad. En las situaciones más extremas, se trata de pasar de la subsistencia a la existencia. Para muchos es la vía fundamental para salir de la pobreza. Para muchos otros, se trata de realizar las aspiraciones personales en la existencia diaria y de manifestar solidaridad para con los demás. Y en todas partes, y para todos, el trabajo decente es un medio para garantizar la dignidad humana...El trabajo decente ofrece, pues, un medio para combinar el empleo, los derechos, la protección social y el diálogo social en las estrategias de desarrollo. (p 13).

Ley Organica del Trabajo

El trabajo es un hecho social, es decir, una acción cuyas causas, metodología y resultado involucra y afecta tanto a quien(es) ofrece(n) el trabajo como quién(es) lo demanda(n).

Como tal, la presente Ley fija los lineamientos en que se establece esta relación. En el Capítulo VI *De la Higiene y Seguridad en el Trabajo* se indica en su artículo 236:

El patrono deberá tomar las medidas que fueren necesarias para que el servicio se preste en condiciones de higiene y seguridad que respondan a los requerimientos de la salud del trabajador, en un medio ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales.

Se infiere que corresponde al empleador el aplicar políticas de prevención para cuidar la salud de sus empleados, coincidiendo con el artículo 3 de la Constitución donde uno de los objetivos del Estado es defender la dignidad del ser humano

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

Esta Norma Jurídica tiene entre sus funciones establecer quiénes y cómo se garantizará el trabajo en las organizaciones de forma acorde con las necesidades individuales y colectivas de los trabajadores y patronos, entre otras cosas por medio de la promoción del cuidado de la salud

Artículo 1. El objeto de la presente Ley es:

Establecer las instituciones, normas y lineamientos de las políticas, y los órganos y entes que permitan garantizar a los trabajadores y trabajadoras, condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio pleno de sus facultades físicas y mentales, mediante la promoción del trabajo seguro y saludable, la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, la reparación integral del daño sufrido y la promoción e incentivo al desarrollo de programas para la recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.

Regular los derechos y deberes de los trabajadores y trabajadoras, y de los empleadores y empleadoras, en relación con la seguridad, salud y ambiente de trabajo; así como lo relativo a la recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.

Entendiendo su rol como promotor del desarrollo humano, el Estado determina que la salud es un factor de peso para lograr este propósito.

En el Capítulo II, sobre los derechos de los empleadores, se define en el artículo 55 numeral 1:

Exigir de sus trabajadores y trabajadoras el cumplimiento de las normas de higiene, seguridad y ergonomía, y de las políticas de prevención y participar en los programas para la recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social que mejoren su calidad de vida, salud y productividad.

Con el fin de garantizar un incremento en la productividad y en la calidad de vida de sus trabajadores, el patrón podrá establecer lineamientos para la prevención y control de enfermedades

Igualmente, tanto el artículo 56 Numeral 6 como el artículo 111 describen lo siguiente:

Artículo 56. Son deberes de los empleadores y empleadoras, adoptar las medidas necesarias para garantizar a los trabajadores y trabajadoras condiciones de salud, higiene, seguridad y bienestar en el trabajo, así como programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social e infraestructura para su desarrollo en los términos previstos en la presente Ley y en los tratados internacionales suscritos por la República, en las disposiciones legales y reglamentarias que se establecieren, así como en los contratos individuales de trabajo y en las convenciones colectivas. A tales efectos deberán:

...6. Informar por escrito al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales y al Instituto Nacional de Capacitación y Recreación de los Trabajadores de los programas desarrollados para la recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social, del estado de la infraestructura para la ejecución de los mismos, del impacto en la calidad de vida, salud y productividad, así como las dificultades en la incorporación y participación activa de los trabajadores y trabajadoras en ellos.

Artículo 111. Sin perjuicio de las competencias atribuidas a los organismos competentes, los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo velarán por el respeto al tiempo de descanso de los trabajadores y trabajadoras, así como al desarrollo de programas para la recreación y turismo social, como medio para fortalecer e incrementar la calidad de vida, la productividad, la integración familiar y el bienestar social.

El incremento de la productividad y el nivel de vida no son una opción, son una obligación. El Estado asume que el recurso más importante con el que cuenta es con sus ciudadanos, y debe prepararlos en el trabajo para ser más competitivos a la hora de enfrentar el mercado internacional. Para ello, las organizaciones no solo basarán el incremento de la productividad en el oficio, sino también en lograr un equilibrio entre las responsabilidades del trabajo y el tiempo destinado fuera de él, buscando que el último sea de provecho para el trabajador en todas sus dimensiones

Venezuela, en la actualidad y más que en ninguna otra oportunidad, está comprometida con el desarrollo de sus habitantes y de su sociedad, para obtener un estado de satisfacción, que le permita prosperidad, dado el gravísimo momento de pobreza crítica y de desnutrición que azota a la mayor parte de su población, que vive en miserables ranchos, pese a la inmensa fortuna que ha salido de los pozos petroleros de este país.

2.4 IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

2.4.1 PDVSA, distrito San Tomé, Estado Anzoátegui

A finales de la década de los 20's e inicio de los 30's, y tras varios años de exploraciones geofísicas en el sur del Estado Anzoátegui, la Empresa Mene Grande Oil Company consideró que era el momento oportuno para establecerse en el oriente de Venezuela, abriendo su primera oficina comercial en la ciudad de Barcelona, manteniendo contacto con su casa matriz en Maracaibo. Debido a las dificultades del momento para atravesar el Estado Anzoátegui en sentido norte-sur, la Empresa Mene Grande Oil Company considera pertinente mudar sus oficina cerca del Río Orinoco hacia el pueblo de Soledad y más tarde a Ciudad Bolívar.

El 1° de mayo de 1939 se firma en el Municipio Simón Rodríguez el contrato entre Paul J. Hogan, representante de la Empresa Mene Grande Oil Company y Los propietarios de los fundos Los Riecitos y Guaraguara: Marcos Medina Vázquez y Cipriano Medina Vázquez, para que se realizara dentro de los mencionados fundos la construcción del campo petrolero hoy día conocido como San Tomé, esto con el propósito de crear un espacio en

el que funcionaran residencias, talleres, escuela, club, comando militar, comisariato y *hospital*

Este campamento estaría construido sobre 430 hectáreas, que albergaría 1.327 viviendas para alojamiento de trabajadores y familiares, junto con iglesias, escuelas, cementerio, campos deportivos, entre otros, y atender de esta manera a una población aproximada de 2.270 trabajadores con sus familias

2.4.2 Hospital Industrial San Tomé

Debido al impacto causado por la novedad sobre la explotación petrolera, muchos inmigrantes de varias partes dentro y fuera de Venezuela arriban a la zona sur del Estado Anzoátegui, lo que trajo consigo un crecimiento acelerado en una zona tradicionalmente poco poblada.

Durante esta explosión demográfica, El Tigre no contaba con un centro dispensador de salud excepto el Departamento de la Mene Grande Oil Company, atendido por tres médicos. Debido a la escasez de centros asistenciales, el equipo que laboraba en las instalaciones del Departamento de la Mene Grande Oil Company atiende a personas ajenas a la nómina de la Compañía, lo que hoy día se conoce como la atención de casos ajenos o apoyo comunitario

Este servicio médico se realizaba en casas móviles en Campo Oficina hasta el año 1940 cuando se hace el traslado a San Tomé, donde se visualizaba la consolidación del Campo Petrolero con la construcción de las casas residenciales en Campo Sur

El Hospital Industrial San Tomé fue inaugurado el 17 de Agosto de 1941, con la finalidad de proporcionar atención médica a los trabajadores y familiares de la Mene Grande Oil Company recién instalada en la zona (San Tomé) tras el establecimiento de la mencionada Empresa para la exploración y extracción de petróleo. Para el momento de su inauguración, el Hospital Industrial San Tomé contaba con equipos de tecnología de punta para la época, además de contar con un equipo profesional, auxiliar, administrativo y obrero capacitados para servir dentro de sus instalaciones.

Considerando su ubicación geográfica, la creación del Hospital Industrial San Tomé significó en su momento un acto de justicia social, pues los otros dos centros asistenciales equidistantes al mencionado Hospital se localizaban en Barcelona y Ciudad Bolívar. Al igual que en el Departamento de la Mene Oil Company, no solamente se atendía a los pacientes pertenecientes a la nómina y sus familiares, sino también casos privados y de caridad y que muchos de ellos se hospitalizaron para su debido estudio, a objeto de alcanzar un diagnóstico definitivo y tratamiento correspondiente, lo que permitió en consecuencia generar una estadística más confiable sobre la patología regional

En sus comienzos, la estructura física del Hospital era un edificio de dos niveles, que tenía capacidad de hospitalización para 65 camas, además de los servicios de quirófano, sala de partos, sala de emergencia, laboratorio y rayos x.

A partir de 1941 se llevan las estadísticas en el Hospital Industrial San Tomé, notándose que entre las enfermedades con mayor índice de morbilidad se encuentran la malaria, enfermedades venéreas (20% de los

pacientes que acudían al Hospital padecían de Sífilis), casos obstétricos, abortos (la relación de aborto con parto exitoso es de 1:4)

Para el año 1961 el Hospital Industrial Contaba con 110 camas (incluido el retén) las cuales eran atendidas por 18 médicos (entre especialistas y generales), 23 enfermeras y 46 auxiliares

Para el año 1968 se fundó la Unidad de Cuidados Coronarios, primera en el oriente del país

Durante los años 70's y 80's suceden respectivamente dos eventos que van reformar y reestructurar al Hospital Industrial San Tomé tanto en su planta física, organigrama y actualización técnica: la nacionalización de la industria petrolera en 1975 y el boom de la explotación de la faja del Orinoco en 1983

En 1988 se inaugura el Laboratorio para la salud de los trabajadores, empleados y familiares de la industria

En 1996 el Hospital Industrial San Tomé fue reconocido y acreditado por EL Fondo Internacional de las Naciones Unidas para emergencia de la Infancia (UNICEF) como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" por cumplir con los diez pasos para una lactancia materna exitosa:

- 1) Disponer de servicios de salud de normas relativas al fomento de la lactancia materna
- 2) Capacitar a todo el personal de salud para el cumplimiento de estas normas

- 3) Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna
- 4) Practicar el contacto temprano piel a piel
- 5) Facilitar el alojamiento conjunto Madre-Niño
- 6) Enseñar a la madre la técnica de amamantamiento
- 7) No dar tetero a los recién nacidos
- 8) Dar de lactar al niño cuando lo necesite
- 9) No darle chupón a los recién nacidos
- 10) Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo para la lactancia materna

2.4.3 Clínica Industrial San Tomé

Según el Manual de Normas y Procedimientos de la Clínica (2011), Para 1990, por iniciativa del Dr Diógenes Cordero y su equipo de trabajo, se funda la Clínica Industrial San Tomé, ésta como dependencia del Hospital Industrial San Tomé, con la idea de atender las necesidades médicas requeridas por los trabajadores de riesgos ocupacionales y no ocupacionales. El propósito de esta Clínica es concentrar las actividades orientadas al fomento, promoción y prevención de la salud de los trabajadores del Distrito San Tomé. A partir del año 2001 se implementó el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con la finalidad de atender ambulatoriamente más del 80% de las necesidades de salud de la masa trabajadora, enfocándose también en sus familias y las comunidades donde residen

La APS crea un vínculo médico-paciente para corresponsabilizar a ambos de forma activa al mantenimiento de la salud. Este plan preventivo exige a los usuarios el conocimiento de los factores de riesgo, e incluye un

programa educativo a fin de asumir la responsabilidad en el programa implantado.



CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación tiene por objeto formular lineamientos que optimicen la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tomé, estado Anzoátegui, en base a esto se requiere del marco metodológico para estructurar y delimitar dicha investigación, según Balestrini (2006), queda conceptualizado de la siguiente manera:

El fin del marco metodológico, es el de situar en el lenguaje de investigación, los métodos e instrumentos que se emplearán en la investigación planteada, desde la ubicación acerca del tipo de estudio y el diseño de investigación; su universo o población; su muestra; los instrumentos y técnicas de recolección de datos; la medición; hasta la codificación, análisis y presentación de los datos. De esta manera, se proporcionará al lector una información detallada acerca de cómo se realizará la investigación (p126).

A continuación se desarrolla el marco metodológico de la presente investigación incluyendo el diseño, tipo y nivel de la misma, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y las variables, los cuales permiten analizar los supuestos del estudio y reconstruir los datos, a partir de los conceptos teóricos convencionalmente operacionalizados.

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación, permite guiar todo el proceso de investigativo, a fin que sirva de orientación para llegar al resultado de la solución del problema planteado, en este sentido Ballestrini (ob.cit), indica:

Un diseño de investigación se define como el plan global de investigación que integra de un modo coherente y adecuadamente correctas técnicas de recogida de datos a utilizar, análisis previstos y objetivos... el diseño de una investigación intenta dar de una manera clara y no ambigua respuestas a las preguntas planteadas en la misma. (p.13).

Asimismo, Tamayo (2002) añade que la estrategia debe seguirse "...ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con las interrogantes surgidas de los supuestos e hipótesis – problema" (p. 70).

El diseño de investigación es el plan de acción, indica la secuencia de los pasos a seguir permitiendo al investigador precisar los detalles y establecer las estrategias a seguir para obtener resultados positivos, además de definir la forma de encontrar las respuestas a las interrogantes que inducen al estudio.

Por otro lado, el Manual para la Elaboración de Trabajos de Investigación (MAETI) de la Escuela de Guerra Aérea (2009), define el diseño de la investigación como aquel que "consiste en la descripción del modelo metodológico empleado" (p. 104). En este sentido, se empleó un diseño que no es experimental, puesto que no hay manipulación de las variables que intervienen en el estudio.

Es decir, no se hacen variar intencionalmente las variables independientes, lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kerlinger (1975) "La investigación no experimental o *ex-post-facto* es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones" (p. 116).

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Con referencia al tipo de investigación, según el MAETI (op. cit) “se refiere a la clase de estudio que se va a realizar, orienta sobre la finalidad general del estudio, y como se va a recoger la información o datos necesarios”. En función del diseño empleado, el tipo de investigación fue de campo, tal como lo confirma Balestrini (ob.cit):

En el caso que nos ocupa, en relación a los estudios exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales o experimentales y los proyectos factibles, los diseños de investigación siempre serán de campo. Estos diseños, permiten establecer una interacción entre los objetivos y la realidad de la situación de campo; observar y recolectar los datos directamente de la realidad, en su situación natural; profundizar en la comprensión de los hallazgos encontrados con la aplicación de los instrumentos; y proporcionarle al investigador una lectura de la realidad objeto de estudio más rica en cuanto al conocimiento de la misma, para plantear hipótesis futuras en otros niveles de investigación [...] (p. 232).

Esta definición confirma el hecho que el proceso de recolección de datos se efectuó en las instalaciones de PDVSA, distrito San Tomé, estado Anzoátegui.

La investigación de campo, también es definida por el Manual de Elaboración de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006) como el “análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia” (p. 18).

3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

En atención al tipo de investigación, los niveles de la misma responden a las características de los estudios descriptivos. En este orden de ideas, Bisquerra (2000) define la investigación descriptiva como aquella donde “no se manipula ninguna variable. Se limita a observar y describir los fenómenos” (p. 65). Las variables que intervienen en este estudio, serán medidas directamente a partir de la dinámica de la realidad, por lo tanto la investigación es de tipo descriptiva.

3.4 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Según el Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales (UPEL-2006) la modalidad de la investigación es definida como “aquellas que justifiquen por los avances del conocimiento y la paráctica de la investigación” (p. 17). Bajo este parámetro, dicho estudio se basa en la modalidad de proyecto factible.

Según UPEL (ob.cit) el proyecto factible consiste en “la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades” (p. 21). En éste sentido, la búsqueda de los medios y recursos necesarios para poder formular los lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Sabino, (2002), define a la población como “un conjunto o un universo de individuos, que tienen objetivos e intereses comunes, pero con algunas diferencias que son objeto de estudio”. (p.210). También indica que “la muestra es el subconjunto o extracto de un universo de individuos o parte de la población que es objeto de estudio, infiriendo resultados o conclusiones sobre la población”. (p.210)

La población de trabajadores activos del Distrito San Tomé está conformada por 5.842, de los cuales 868 presentan al menos una de las enfermedades crónicas estudiadas (Período 2007-2010). Los enfermos representan el 14,86% del total de la población. De este personal, 106 son mujeres y 762 son hombres. La proporción respectiva es 12,21% y 87,79%. La distribución por enfermedades se representa en la Tabla N° 2.

Tabla N° 02.
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE TRABAJADORES DE PDVSA
SAN TOME POR PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CRONICA O
COMBINACION DE ELLAS

TIPO DE ENFERMEDAD CRÓNICA	N	% DEL TOTAL
SOLO DISLIPIDEMIA	123	14,17
SOLO DIABETES	41	4,72
DIABETES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	36	4,15
DIABETES CON OBESIDAD	7	0,81
DIABETES CON DISLIPIDEMIA	9	1,04
DIABETES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OBESIDAD	14	1,61
DIABETES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA	6	0,69
DIABETES CON OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA	3	0,35
SOLO HIPERTENSIÓN ARTERIAL	231	26,61
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON OBESIDAD	72	8,29
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON DISLIPIDEMIA	41	4,72

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON OBES Y DISLIPIDEMIA	48	5,53
SOLO OBESIDAD	172	19,82
OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA	61	7,03
TODAS LAS ENFERMEDADES	4	0,46
TOTAL GENERAL	868	100,00

Fuente: Hospital de San Tomé (2011)

La muestra fue seleccionada en función de la población conocida, dado el tamaño de la misma (población finita), la fórmula que permite obtener el tamaño de la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población = 868

e = error muestra asumido = 0,06 (6%)

z = 1,96 (constante que depende del error muestral)

p = 0,5 (probabilidad de que la característica medida esté dentro de la muestra)

q = 0,5 (probabilidad de que la característica medida no esté dentro de la muestra)

$$n = \frac{1,96^2 \cdot (0,5)(0,5) \cdot 868}{(0,05)^2 (868 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n = 204,24

n = 204

Luego, para determinar la fijación proporcional se aplicó la siguiente ecuación

$$fh = \frac{n}{N} = \frac{204}{868} \times 100 = 23,5\%$$

La muestra global fue de 204 trabajadores enfermos dentro de la población a estudiar. La afijación proporcional **fh** es de **23,50 %**, (**24 %**) con lo cual se construye la tabla N° 3, en donde se muestran los estratos en que quedo conformada de acuerdo al padecimiento de una o varias enfermedades crónicas.

Tabla N° 03.
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE TRABAJADORES DE PDVSA SAN TOME POR PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD CRONICA O COMBINACION DE ELLAS

CONDICIÓN	POBLACIÓN	Fh	n'	≈
SOLO DISLIPIDMIA	123	0,24	29,52	27
SOLO DIABETES	41	0,24	9,84	10
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	36	0,24	8,64	9
CON OBESIDAD	7	0,24	1,68	2
CON DISLIPIDEMIA	9	0,24	2,16	2
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OBESIDAD	14	0,24	3,36	3
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA	6	0,24	1,44	2
CON OBESIDAD Y DISLIP	3	0,24	0,72	1
SOLO HIPERTENSIÓN ARTERIAL	231	0,24	55,44	52
CON OBESIDAD	72	0,24	17,28	17
CON DISLIPIDEMIA	41	0,24	9,84	10
CON OBESIDAD Y DISLIPIDMIA	48	0,24	11,52	11
SOLO OBESIDAD	172	0,24	41,28	41
OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA	61	0,24	14,64	15
TODAS	4	0,24	0,96	1
TOTAL GENERAL	868			204

Fuente: El Autor (2010)

Para escoger la muestra se hará uso de una selección aleatoria estratificada de la población.

3.6 SISTEMA DE VARIABLES

Al hacer un análisis del significado de variable, la Universidad Santa María (2007): expone que ésta "...representa los elementos, factores o términos que pueden asumir diferentes valores cada vez que son examinados, o que reflejan distintas manifestaciones según sea el contexto en el que se presentan" (p. 36).

Es así como las variables del estudio – Enfermedades crónicas y Productividad- pasan incuestionablemente a ser el centro de la investigación, y son clasificadas de acuerdo a la relación que guardan entre sí.

3.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Toda implicación requiere como requisito mínimo una clasificación; así la Operacionalización le indica al investigador cómo identificar el evento definido, es decir, asigna un significado a una característica, especificando las actividades u operaciones necesarias para medirla. Para Hurtado de Barrera (2002):

La definición operacional puede considerarse un conjunto detallado de instrucciones que permiten clasificar a las unidades de estudio es forma inequívoca, es decir, identificar si poseen o no el evento en estudio y en qué magnitud lo poseen. La misma integra el conjunto de sinergias e indicios que permiten caracterizar el evento, identificarlo y valorarlo (p.144).

Lo que el autor quiere decir, es que la definición operacional debe ser lo suficientemente precisa en el sentido de que todo investigador al ser explícito en sus definiciones operacionales, abre el campo de la comunicación, es decir, amplía el rango de lo común entre él y otros, lo que permite que surja el entendimiento.

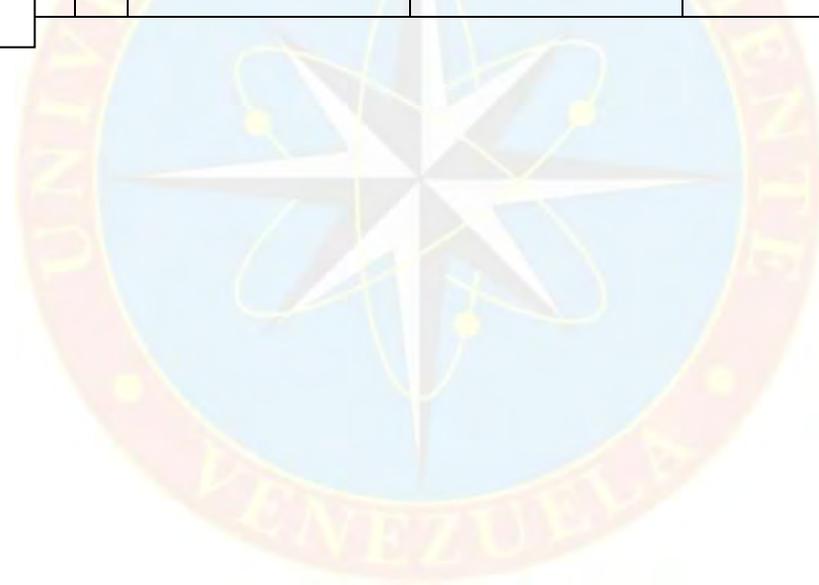
A continuación, se presenta el cuadro de operacionalización las variables referentes a este estudio:



**Tabla N° 04.
Operacionalización de las Variables.**

OBJETIVO GENERAL	N°	Objetivos Específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Elaborar lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, Distrito San Tome, Estado Anzoátegui. (Período 2007-2010)	1	Describir las enfermedades crónicas que padecen los trabajadores de PDVSA distrito San Tomé, estado Anzoátegui	Enfermedades crónicas	Antecedentes	Sin antecedentes. Un antecedente. Ambos antecedentes.	Ficha Clínica
				Tipos de Enfermedades	Hipertensión. Dislipidemia. Obesidad. Diabetes.	
	2	Estimar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, Estado Anzoátegui	Productividad	Ausentismo	Consulta Reposo	Ficha Clínica
				Gasto Médico	Consulta Emergencia Exámenes Cirujía Hospitalización Laboratorio Farmacológico	
	3	Caracterizar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, Estado Anzoátegui	Productividad	Tiempo Trabajado Gastos Médicos	Horas-Hombre Trabajadas Boívares Fuertes gastados	

Elaborar lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, Distrito San Tome, Estado Anzoátegui. (Período 2007-2010)	Objetivos Específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
	4	Establecer los lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores con enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tomé, estado Anzoátegui	Lineamientos para optimizar la productividad de los trabajadores con enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tomé, estado Anzoátegui	Atención desde una perspectiva psicosocial Atención Médica Sistema de Salud integral	Proponer Acciones Formular Recomendaciones



3.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para Arias (2004), las técnicas de recolección de datos son las distintas formas de obtener información. “Estas técnicas son variadas y en el caso de la investigación social existe la recopilación documental, la observación, la entrevista y la encuesta” (p 12).

En cuanto a los instrumentos, se puede decir que son los distintos medios a ser utilizados para realizar el registro de las informaciones obtenidas mediante la recopilación documental. Al respecto Rodríguez (2001), sostiene que “los instrumentos de recopilación de información son aquellos medios impresos, dispositivos, herramientas o aparatos que se utilizan para registrar las observaciones o facilitar el tratamiento experimental” (p 127).

De acuerdo a la investigación el instrumento utilizado fue una ficha clínica, la cual según Díaz (2006), se entiende como “el conjunto de los formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenadas todos los datos relativos a la salud de una persona” (p 25). Por lo tanto, la ficha clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro asistenciales. (Ver Anexo “A”).

3.10 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información es recabada en forma mecánica por medio de programa de computación, y organizada y clasificada en tabulación

El Software Microsoft Excel es la herramienta empleada en la recolección y clasificación de los datos, empleándose tablas a las que posteriormente se les podrá aplicar filtros, ordenar por máximos o mínimos valores y obtener promedios de dicha base de datos; además de las gráficas (principalmente barras y circulares) que reflejan el comportamiento de los eventos en estudio

3.11 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento e interpretación de la información recabada a través del instrumento de recolección de datos, se empleó la estadística descriptiva, que de acuerdo con Ary y otros (2001), permite "describir, resumir las observaciones y ayudar a determinar la confiabilidad de la inferencia de los fenómenos estudiados" (p. 94).

Se hizo uso además de la distribución de frecuencias absolutas (f) y relativas (%) de las respuestas y observaciones, que se vaciaron en cuadros de doble entrada y se representaron en gráficos de barra. Al respecto, Morles (2002), sostiene que la graficación es "la forma apropiada de representar conjuntos de datos cuantitativos o cualitativos" (p. 152). La interpretación de la información se realizó sobre la base de los indicadores e ítems formulados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El capítulo que a continuación se describe, tiene como propósito presentar el desarrollo de los objetivos fijados para el logro de la investigación. En tal sentido, se muestra la descripción de las enfermedades en estudio, la medición de la productividad a través de la fórmula respectiva y el análisis de los resultados obtenidos, los cuales son demostrados en cuadros y gráficos, utilizando los elementos de la Estadística Descriptiva, tal y como fue indicado en el marco metodológico.

4.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES

Con la muestra seleccionada y con los datos obtenidos de las fichas clínicas, se procede con el análisis de las enfermedades en los trabajadores

4.1.1 Enfermedades Crónicas Dentro de la Muestra

A continuación se presenta la Tabla N°5

**Tabla N°05
DISTRIBUCION ABSOLUTA Y RELATIVA DE LOS TRABAJADORES POR
ENFERMEDAD CRONICA**

ENFERMEDAD EN TRABAJADORES	MUESTRA	%
SOLO DISLIPIDEMIA	27	13,24
SOLO DIABETES	10	4,90
DIABETES CON HIPERTENSION ARTERIAL	9	4,41
DIABETES CON OBESIDAD	2	0,98
DIABETES CON DISLIPIDEMIA	2	0,98
DIABETES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y OBESIDAD	3	1,47
DIABETES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA	2	0,98
DIABETES CON OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA	1	0,49
SOLO HIPERTENSION ARTERIAL	52	25,49
HIPERTENSION ARTERIAL CON OBESIDAD	17	8,33
HIPERTENSION ARTERIAL CON DISLIPIDEMIA	10	4,90
HIPERTENSION ARTERIAL CON OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA	11	5,39
SOLO OBESIDAD	41	20,10
OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA	15	7,35
TODAS LAS ENFERMEDADES	1	0,49
TOTAL	204	100,00

Fuente: Datos obtenidos de Fichas Clínicas (2011)

La tabla N°5 indica que más del 45% de la muestra la conforman trabajadores obesos e hipertensos. La obesidad la padecen trabajadores más jóvenes comparándose con los otros cronicismos. La diabetes es la enfermedad menos frecuente entre los cronicismos, por presentarse generalmente después de los 40 años de edad y ser producto de complicaciones de otras patologías

4.1.2 Edad de los Trabajadores

A raíz de los sucesos entre los años 2002 y 2003, la nómina de los trabajadores de Petróleos de Venezuela, S.A. sufre notables cambios, entre los que destaca la incorporación de personal nuevo que a grandes rasgos y sin limitarse a ello presenta el siguiente perfil: profesional, joven, soltero, pocos años de experiencia.

En consecuencia, actualmente la nómina del Distrito San Tomé cuenta con un 40% de trabajadores con edades comprendidas entre los 25 y 34 años.

Cuadro N°01
DISTRIBUCION ABSOLUTA DE TRABAJADORES POR GRUPOS DE EDADES (AÑOS)

EDADES	Nro DE TRABAJADORES MUESTRA	%
31-40	50	24,51
41-50	65	31,86
51-60	80	39,22
61-70	9	4,41

Fuente: Datos obtenidos de Fichas Clínicas (2011)

A partir del cuadro N°1 se obtiene el siguiente gráfico:

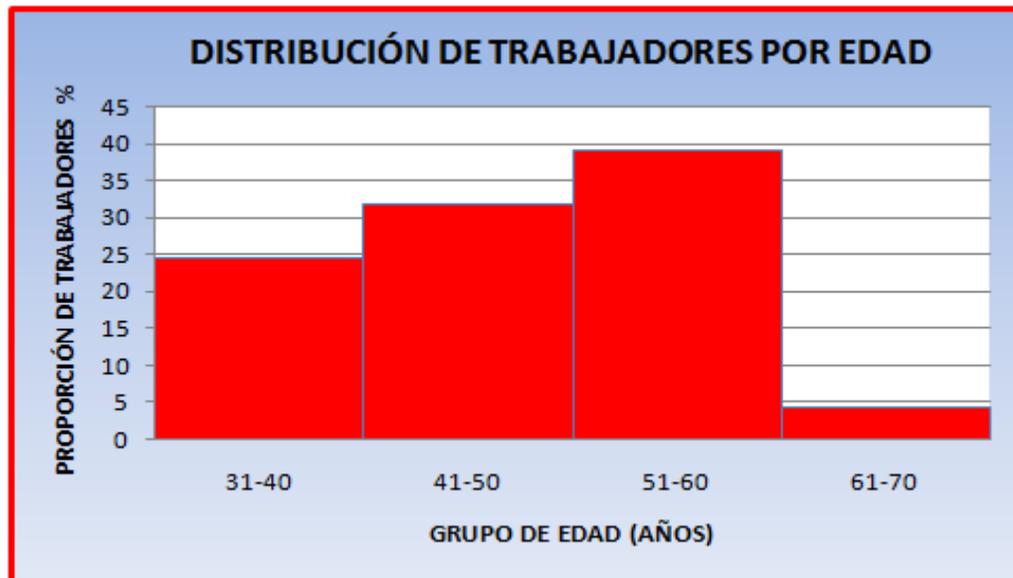


Gráfico N°01
DISTRIBUCION ABSOLUTA DE TRABAJADORES
 Fuente: Autor (2011)

Como se puede observar, el 39% de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas tienen un rango de edad entre 51 y 60 años, lo cual implica un desfase promedio de 26 años en relación a la población total. Si se asume que las enfermedades crónicas en general comienzan a aparecer a partir de los 30 años de edad y se intensifican en afectación a partir de los 40 años, aunado al hecho que el 40% de los trabajadores totales del Distrito en una década alcancen los 40 años de edad promedio, se espera entonces que el número absoluto y relativo de trabajadores enfermos tienda a incrementarse, lo cual supone incrementos en ausentismos y costos médicos totales.

4.1.3 Nómina de los Trabajadores

La población de estudio que labora en PDVSA Distrito San Tomé pertenece a una de dos tipos de nóminas: nómina mayor o nómina menor.

El general, y sin limitarse a ello, el trabajador nómina menor es un profesional de carrera técnica superior o universitaria; el trabajador nómina menor es personal bajo convenio de contratación colectiva, a lo sumo cuenta con título de bachiller en ciencias o humanidades.

En el Distrito San Tomé el 40% del personal pertenece a la nómina menor y el 60% restante a la nómina mayor.

Cuadro N°02
DISTRIBUCION ABSOLUTA Y RELATIVA DE LOS TRABAJADORES POR NOMINA

NOMINA	MUESTRA	%
MAYOR	76	37,25
MENOR	118	57,84
N/I	10	4,91
TOTAL	204	100

Fuente: Datos obtenidos de Fichas Clínicas (2011)

A partir del cuadro N°2 se obtiene el siguiente gráfico:

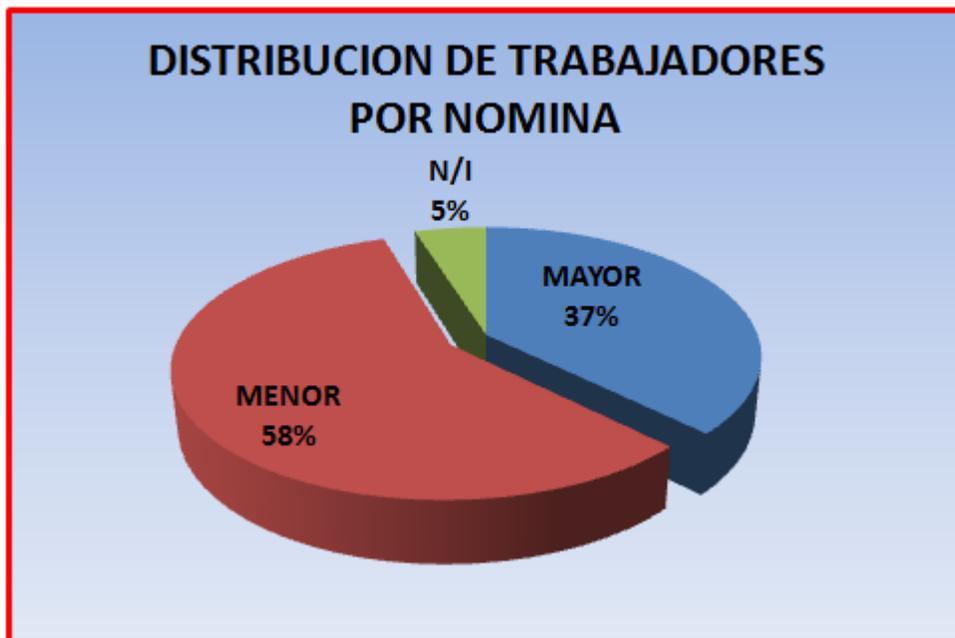


Gráfico N°02
DISTRIBUCION POR NOMINAS

Fuente: El Autor (2011)

Contrario a la distribución total de trabajadores del distrito donde la mayoría pertenece a la nómina mayor, la distribución de enfermos crónicos muestra a una mayoría perteneciente a la nómina menor. Considerando estos factores se puede deducir que un trabajador de nómina obrera es el doble de propenso a padecer enfermedades crónicas en comparación a un empleado de confianza de la Organización. Igualmente y tomando en cuenta el nivel educativo promedio observado en cada nómina, se infiere que el grado de formación académica incide en la posibilidad de padecer una enfermedad crónica, viéndose que quienes no alcanzan el nivel universitario o técnico son más propensos a enfermarse que quienes sí estudian hasta tener título universitario o técnico superior

4.1.4 Sexo de los Trabajadores

En el Distrito San Tomé un tercio de los trabajadores son de sexo femenino.

CUADRO N°03
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DE LOS TRABAJADORES POR SEXO

SEXO	MUESTRA	%
MASCULINO	177	86,76
FEMENINO	29	13,24
TOTAL	204	100

Fuente: Datos obtenidos de Fichas Clínicas (2011)

Del cuadro anterior se obtiene el siguiente gráfico.



Gráfico N°03
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Fuente: El Autor (2011)

Si bien tanto en la población total de trabajadores como en la muestra las mujeres son menos que los hombres, es la proporción de esta inferioridad la que hace suponer que un hombre es más propenso a padecer de enfermedades crónicas que la mujer, por lo cual el sexo incide en la posibilidad de padecer alguna de las enfermedades en estudio

4.2 FÓRMULA DE PRODUCTIVIDAD

La productividad, como lo indica Chase (2005) “es una medida relativa, para que tenga significado necesita compararse con algo más” (p.43). Es decir, en la productividad de los trabajadores crónico se debe buscar una referencia, el contraste. En vista que el estudio es de corto período y las enfermedades son de lenta evolución, no se puede comparar al trabajador consigo mismo y es por ello que la comparación de la productividad se realizará entre los mismos trabajadores para posterior análisis.

La productividad es una relación, una razón de salidas y entradas. Mientras la diferencia entre salidas y entradas se incrementa a favor de las salidas, la productividad aumentará directamente.

Tomando en cuenta que el ausentismo y el costo médico son factores dentro de la presente investigación debido a que se mencionan en la literatura consultada y están presentes en el Capítulo I al vincularse productividad con enfermedades crónicas, ambas modifican o alteran el valor de la productividad del trabajador. Chase (2005) explica que “a menudo es deseable crear medidas que representan a la productividad según se relaciona con alguna producción particular de interés” (p.43), e igualmente Chase (2005) cita que el “proceso de sumar y restar medidas de

productividad proporcionan un medio de cambiar el nivel de análisis para ajustarse a una variedad de necesidades de medir y mejorar la productividad” (p.44)

Las Horas-Hombre trabajadas corresponden a un numerador común en todas las dependencias de la Organización. Es indistinto lo que genere el trabajador de taladro en la Gerencia de Ingeniería de Perforación o el administrador en la Gerencia de Finanzas o la Maestra en la Escuela PDVSA, siempre y cuando se cumpla con el horario de trabajo, asumiéndose que dentro de mismo el trabajador asume las responsabilidades inherentes a su cargo y las cumple

Algunas Empresas de servicios profesionales y de mantenimiento prestan apoyo técnico y científico a sus clientes por medio de la fuerza laboral. El producto ofrecido es fuerza laboral (intelectual y/o física) y se cuantifica por medio de las horas-hombre trabajadas. Así como cuando se vende un bien el mismo se cuantifica como unidad, el servicio ofrecido se cuantifica como horas-hombre por cada trabajador involucrado. Por ende, las salidas son las horas- hombre trabajadas

Debido a que la población en estudio y la correspondiente muestra seleccionada pertenecen sin preferencia a las numerosas gerencias que conforman el Distrito San Tomé, y a que cada una posee un plan de negocios distinto con planes estratégicos y cadenas de valor particulares, se decidió emplear en la fórmula de productividad

Servicio Producido = Horas Hombre Trabajadas

Recursos Utilizados = Gastos Médicos

4.2.1 Ausentismo

El trabajador puede ausentarse del trabajo por muchas razones. Estas ausencias pueden tener su origen en situaciones previstas, como los días laborales anuales que deben descontarse del total de días naturales del calendario (domingos, fiestas oficiales, días laborables de vacaciones, otros días de descanso previstos en convenios) y las huelgas. Gillies (2008), define el ausentismo como cualquier periodo de tiempo durante el cual deliberadamente se deja de acudir al trabajo.

Se determina el tiempo que el trabajador está en sus labores dentro de su espacio o área de trabajo. Para estandarizar el valor de horas trabajadas se asume (como hecho ideal) que el trabajador nunca se ausenta del trabajo, esto con el propósito de aislar en el cálculo al ausentismo por cronicismo y evitar así que otros factores incidan en valor de las salidas. Por la igualdad de condiciones, y buscando estandarizar las horas hombre trabajadas entre todos los trabajadores, el valor a ser empleado será para 3 años y medio de estudio 6.104 horas

El numerador incide en proporción directa con el valor de la fórmula, por lo que si se ve disminuido en su número la productividad disminuye. El ausentismo significa que el trabajador se retira del área de trabajo durante la jornada, por lo que se considera que el ausentismo (medido en tiempo: horas) incide directamente en el valor del numerador.

$$\text{Servicio Producido} = (\text{Horas} - \text{Hombre Trabajadas}) - (\text{Ausentismo})$$

4.2.2 Costos

Corresponden a la cuantificación monetaria que implica cuidar del trabajador enfermo. El gasto médico es un denominador, por lo que su incremento incide inversamente en el valor de la fórmula. A mayor costo, menor será la productividad. Los gastos médicos están formados por:

1. Gastos en Hospital Industrial: comprende los gastos en Hospital Industrial en relación a cronicismo en trabajadores
2. Gastos en Clínica Industrial: comprende los gastos en Clínica Industrial en relación a cronicismo en trabajadores
3. Medicación: gastos en farmacia San Tomé por entrega de medicamentos por cronicismo a trabajadores

Los gastos tanto de la Clínica Industrial como del Hospital Industrial son otorgados por la Gerencia de Salud PDVSA-San Tomé en función de los montos (baremos) que ésta maneja para sus procesos administrativos y presupuesto

La fórmula de productividad empleada fue:

$$Productividad = \frac{(HorasHombre Trabajadas) - (Ausentismo)}{(Gastos Hospital) + (Gastos Clínica) + (Medicación)}$$

Las unidades de medición (factor de relación) es el siguiente:

$$Productividad = \frac{HH}{BsF}$$

4.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se realizó tabulando los datos hallados en la ficha clínica (Anexo “A”), de la muestra seleccionada con enfermedades crónicas.

La información obtenida fue organizada en cuadros y gráficos, de forma tal de obtener así, una mejor visión general de cada aspecto analizado en las variables e indicadores que conformaron los instrumentos de recolección de datos del estudio. A los efectos, se realizó entonces:

- A.- Procesamiento de los datos registrados en el instrumento aplicado, de acuerdo con la muestra seleccionada.
- B.- Tabulación y análisis de la información referida a las variables e indicadores estudiados; según la frecuencia y el cálculo de los porcentajes sobre las opiniones de los encuestados por cada ítem.
- C.- Representación de la aplicación de la fórmula de productividad, en cuadros y gráficos. De ser necesario, se dispondrá de una línea de tendencia dentro de la distribución de valores del gráfico, con la finalidad de apreciar el comportamiento de dicha distribución de acuerdo a la variable dependiente seleccionada

4.3.1 Productividad por Antecedentes

La primera variable evaluada en este estudio es la de enfermedades crónicas, constituida por la dimensión antecedentes y los tipos de enfermedades que fueron parte de la muestra seleccionada que presentan enfermedades crónicas en PDVSA distrito San Tome, estado Anzoátegui.

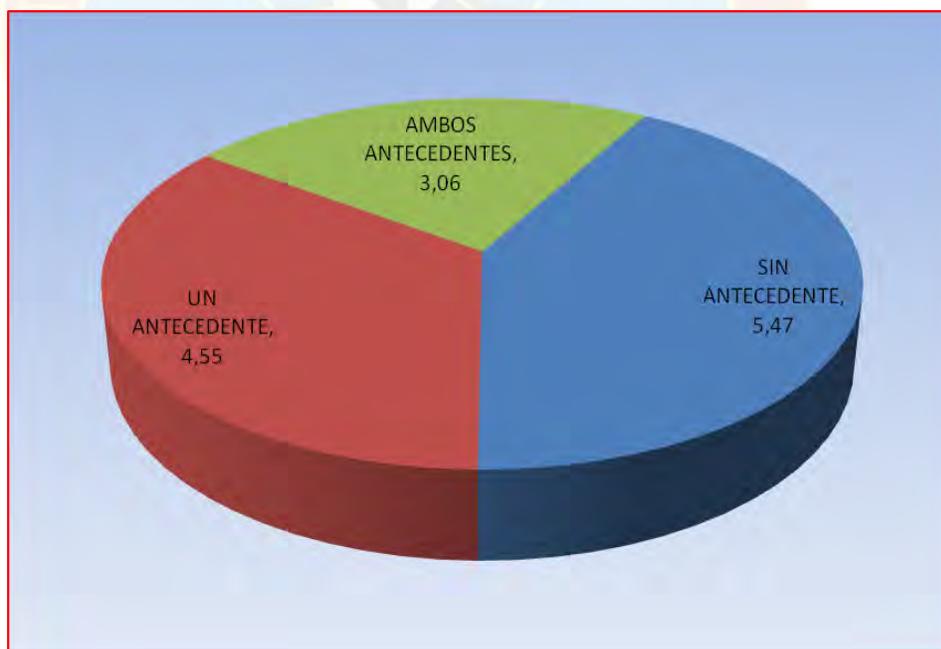
En lo que respecta, a la variable Enfermedades crónicas y la dimensión antecedentes se obtuvo lo reflejado en el cuadro y grafico siguiente:

**Cuadro N° 04.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GRUPOS DE TRABAJADORES DE ACUERDO A ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD (ANEXO PRODUCTIVIDAD PROMEDIO H-H/Bs)**

	PRODUCTIVIDAD PROMEDIO	PROPORCIÓN EN MUESTRA
SIN ANTECEDENTE	5,47	47,57%
UN ANTECEDENTE (PADRE O MADRE)	4,55	36,41%
AMBOS ANTECEDENTES (PADRE Y MADRE)	3,06	16,20%

Fuente: Datos obtenidos en la ficha clínica. (2011)

De igual forma estos datos se pueden presentar de forma más significativa en el gráfico siguiente.



**Gráfico N° 04.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRABAJADORES DE ACUERDO A ANTECEDENTES FAMILIARES**

Fuente: Autor (2011)

Como se puede observar en el cuadro N°01 y gráfico N° 01 existen trabajadores en un promedio de 47,57% sin antecedentes familiares, con un antecedente (padre o madre enfermos) 36,41%, y con ambos antecedentes (padre y madre enfermos) 16,20%.

Los antecedentes a considerar son las relacionadas con las enfermedades crónicas y enfermedades cardiovasculares, entre ellas infartos y accidentes cerebro vasculares. En este sentido el índice promedio de productividad más alta la tienen aquellos trabajadores que no poseen antecedentes familiares de enfermedad, los trabajadores menos productivos son aquellos con antecedentes de enfermedad en ambos padres, llegando a ser en promedio 44% menos productivos que los mencionados primeramente.

Profundizando en el análisis, y entendiéndose que el valor de productividad dispone de la unidad H-H/Bs, un trabajador sin antecedentes por cada Bolívar que la Organización gasta por su cronicismo, éste le produce 5,47 Horas-Hombre de labor efectiva, mientras que el trabajador con ambos antecedentes de enfermedad solo produce 3,06 Horas-Hombre de horas de labor a la Organización por cada Bolívar que ésta gasta para el cuidado de su cronicismo. Visto a la inversa, por cada Hora que un trabajador sin antecedente labora, la organización gasta a causa de su cronicismo Bs. 0,18, mientras que por cada hora que el trabajador con ambos antecedentes labora la Organización gasta Bs 0,33. Se concluye que produciendo lo mismo, el trabajador con ambos antecedentes cuesta el doble que quién no presenta antecedentes.

Esta situación puede deberse a factores hereditarios, puesto que quién tiene más predisposición a desarrollar las enfermedades tiende a ser mas

improductivo. Como se puede extraer de la teoría, la improductividad del enfermo crónico proviene de las complicaciones propias de su padecimiento, comprometiendo más su salud.

4.3.2 Tipos de Enfermedades

Los tipos de enfermedades que se presentan dentro de la organización se describen a continuación:

Cuadro N° 05.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN EN FUNCIÓN DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE

TIPO DE ENFERMEDAD	PROPORCIÓN ENMUESTRA (%)	PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (HH/Bs.)
HIPERTENSION	36,97	3,2
DIABETES	9,15	2,08
DISLIPIDEMIA	22,18	5,19
OBESIDAD	31,69	6,17

Fuente: EAutor (2011).

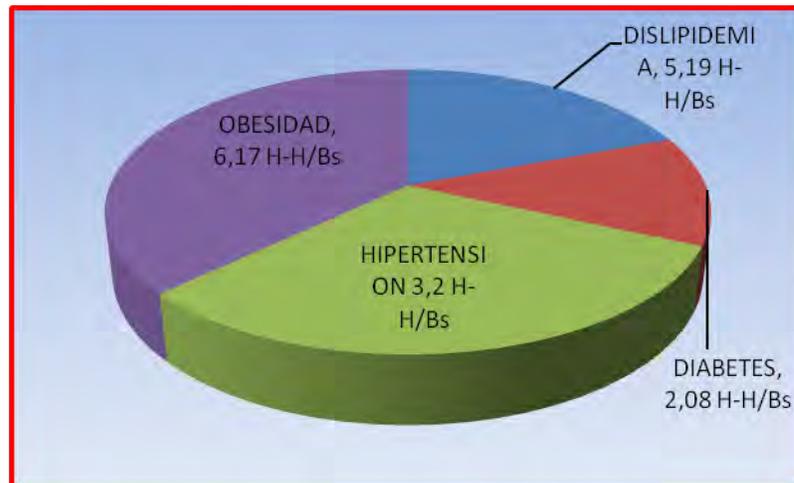


Gráfico N° 05.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE POBLACION EN FUNCION DE LA
ENFERMEDAD QUE SE PADECE

Fuente: Autor (2011).

Tal y como se observa en el cuadro y gráfico anteriores, la hipertensión arterial es la enfermedad que predomina, seguida de la obesidad, dislipidemia y diabetes.

Por múltiples factores, la hipertensión predomina en la morbilidad de las enfermedades en estudio afectando a todos los estratos de edad. La obesidad secunda a la hipertensión en morbilidad, siendo un factor predominante los hábitos alimenticios inadecuados y el sedentarismo del trabajador, entre otros. La dislipidemia es la tercera en morbilidad, considerándose como causa predominante de padecimiento la dieta inadecuada y factores hereditarios. La diabetes es la enfermedad con menos morbilidad (solo 1 de cada 10 trabajadores enfermos crónicos la padecen) esto debido a que es una enfermedad que generalmente se presenta a partir de los 40 años y suele ser producto de complicaciones de las enfermedades anteriormente mencionadas.

En relación a la productividad promedio, un trabajador obeso trabaja 6,17 Horas-Hombre. y un diabético solamente 2,08 Horas-Hombre. cuando la Organización gasta un Bolívar en ellos a causa de sus cronicismos, es decir un obeso es 3 veces más productivo que un diabético. A la inversa, trabajado la misma cantidad de Horas-Hombre efectivas (por ejemplo una hora), un diabético genera un gasto para la Organización de Bs 0,48 mientras que un obeso solo genera gastos por Bs 0,16

A la vista de los resultados obtenidos, se infiere que la obesidad se presenta en edades tempranas de un trabajador, el cual por diversos descuidos, factores ambientales y genética llega a desarrollar complicaciones, de las cuales una de las últimas es la diabetes. De ahí que la diabetes la padezcan menos personas pero a su vez sean los menos productivos del grupo de muestra

4.3.3 Productividad según Años de Servicio

En primer lugar se determinó la productividad según los años de servicio de la muestra de trabajadores estudiada, datos que se revelan en el cuadro y grafico siguientes:

Cuadro N° 06.
DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) DE GRUPOS DE TRABAJADORES EN FUNCIÓN DE LOS AÑOS DE SERVICIO (H-H/Bs)

AÑOS DE SERVICIO	PRODUCTIVIDAD
36-40	0,35
31-35	1,53
26-30	4,29
21-25	9,16
16-20	5,19
11-15	5,47
06-10	5,30
01-05	4,75

Fuente: Autor (2011)



Grafico N° 06.
DISTRIBUCIÓN PRODUCTIVIDAD (H-H/BS) DE TRABAJADORES POR AÑOS DE SERVICIO

Fuente: Autor (2011)

En los resultados obtenidos se demuestran que existe una mayor productividad en los trabajadores que tienen de 21 a 25 años de servicio en 9,16 H-H/Bs.; seguidos de los que tienen de 11 a 15 años con 5,47 H-H/Bs.; y los de 16 a 20 años de servicio con 5,19 H-H/Bs. Notándose que los que

tienen menos productividad son los de mayor años de servicio como son los de 36 a 40 con apenas 0,35 H-H/Bs.; y los de 31 a 35 con 1,55 H-H/Bs..

Con una productividad promedio se encuentran los trabajadores de 25 a 30 con 4,29 H-H/Bs; y los de 6 a 10 años de servicio con 5,30 H-H/Bs de productividad. Por lo tanto, los que tienen mayores años de servicio son los que tienen menor productividad en el trabajo, esto se estima de acuerdo a la edad y lo severo de la enfermedad producto de esta

Según la línea de tendencia, un trabajador nuevo en la organización es 3 veces más productivo que un trabajador ya por jubilarse. Es de notar con interés este resultado, debido a que un trabajador a lo largo de su desarrollo de carrera dentro de la organización decrece su productividad hasta en un tercio a causa de los cronismos. La edad, el estrés del trabajo, la evolución de la misma enfermedad merman de forma constante lo que el trabajador puede aportar a la Organización

En este sentido, se destaca lo señalado por Lopatequi (2007), quien afirma que la enfermedad crónica afecta toda la vida del paciente (física, psicológica y económicamente). Los relatos típicos de los pacientes incluyen restricciones en el estilo de vida y actividades, percepción negativa de su cuerpo, conflictos intrafamiliares, incremento de la dependencia, disminución de la autosuficiencia, presión económica, restricciones laborales o tener que dejar el trabajo.

4.3.4 Productividad por Enfermedad

Las enfermedades crónicas predominantes en la muestra estudiada y que fueron delimitadas en el estudio son: dislipidemia, obesidad,

hipertencion, diabetes. Por esta razon se presenta a continuaci3n su estudio individual.

4.3.4.1 Dislipidemia

En la tabla y grafico que se presentan seguidamente se demuestran las edades y la productividad de los pacientes que tienen dislipidemia

Cuadro N° 07.
DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) DE
TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DISLIPIDEMIA EN
FUNCION DE LOS GRUPOS DE EDAD (AÑOS)

EDADES	PRODUCTIVIDAD
61-65	3,75
56-60	3,34
51-55	3,62
46-50	5,53
41-45	6,59
36-40	7,61

Fuente: Autor (2011)

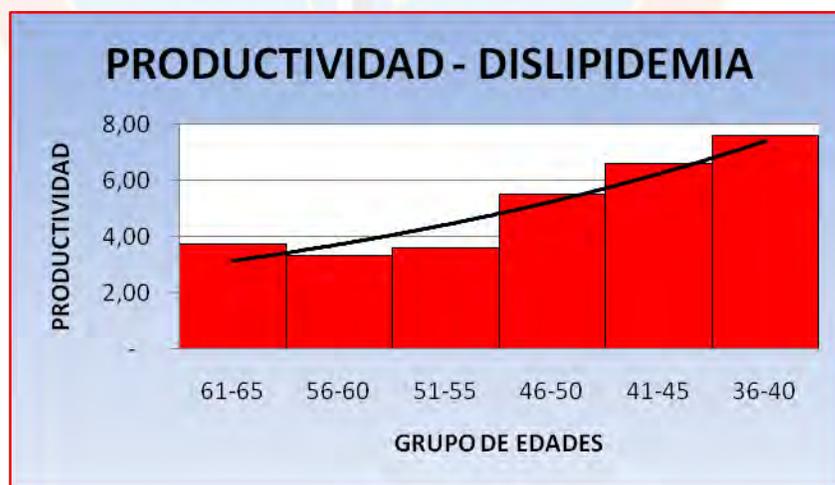


Grafico N° 07.
PRODUCTIVIDAD DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS
DISLIPIDEMIA

Fuente: Autor (2011).

Como puede notarse en la tabla y grafico relacionados con los trabajadores que padecen la dislipidemia y su productividad según la edad que poseen, se nota que los 61 y 65 años tienen una baja productividad 3,75 H-H/Bs, al igual que los de 56 y 60 años con una productividad de 3,34 H-H/Bs. En cuanto a los que tienen 51 y 55 años poseen una productividad de 3,62H-H/Bs.

A medida que las edades van bajando se nota mayor productividad es decir los trabajadores de 46 a 50 años tiene una productividad de 5,53 H-H/Bs., los de 41 y 45 la productividad es de 6,59 H-H/Bs. y los de menor edad de 36 a 40 años su productividad es de 7,61, este último es el de mayor productividad entre todas las edades.

Un dislipidémico menor de 40 años de edad es el doble de productivo que un dislipidémico mayor de 60 años de edad, es decir, por cada bolívar que la Organización gasta en cada uno, el mayor de 60 años de edad puede cumplir con su gestión a la mitad del menor de 40 años de edad. Visto a la inversa, cumpliendo con el mismo objetivo en trabajo Horas-Hombres un dislipidémico mayor de 60 años consume el doble en gastos a la organización que un dislipidémico menor de 40 años (ambos son eficaces pero el dislipidémico mayor de 60 años no es eficiente o la mitad de eficiente en comparación con su contraparte)

Por lo tanto, ante los resultados de la existencia de personas entre 60 y 65 años de edad con más baja productividad, en relación con las más jóvenes, se hace referencia a lo señalado por Catell (2006), al exponer que "las alteraciones de los lípidos han sido consideradas como una parte importante del proceso de envejecimiento, estableciendo la relación entre los niveles de lípidos plasmáticos y la incidencia de la aterosclerosis en los

mayores de 60 años” (p 20). La edad avanzada como factor de riesgo cardiovascular es reflejo de una acumulación progresiva de aterosclerosis coronaria, lo cual le resta poder predictivo a otros factores de riesgo, especialmente, a los niveles de colesterol sérico.

Sin embargo, un alto riesgo relativo basado en estos factores puede ser útil en la identificación de pacientes para intervención médica, de tal forma se tiende a disminuir el riesgo de morbi-mortalidad de origen coronario. Si bien existen evidencias de que los beneficios del tratamiento disminuyen con el envejecimiento. La alta frecuencia de dislipidemias en pacientes de la tercera edad es un fenómeno asociado con esta, que aún no está totalmente dilucidado.

4.3.4.2 Obesidad

En lo que se refiere a la obesidad y su relación con los la productividad de los trabajadores que la padecen se encontró los siguientes resultado, demostrados en el cuadro y grafico siguientes.

Cuadro N° 08.
DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/BS) GRUPOS DE
TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DE OBESIDAD EN
FUNCIÓN DE RANGO DE EDAD (AÑOS)

EDADES	PRODUCTIVIDAD
61-65	1,21
56-60	2,14
51-55	2,18
46-50	7,22
41-45	8,63
36-40	9,07
31-35	9,75

Fuente: Autor (2011)



Gráfico N° 08.
PRODUCTIVIDAD (H-H/Bs) DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS OBESIDAD

Fuente: Autor (2011)

En la Tabla y el gráfico relacionados con los trabajadores que padecen la obesidad y su productividad según la edad se observa que las edades comprendidas entre 61 y 65 tienen una productividad de 1,21 H-H/Bs.; los de 56 y 60 años presentan productividad de 2,14 H-H/Bs.; mientras que los trabajadores de 51 y 55 años poseen una productividad de 2,18 H-H/Bs.

A partir de 46 años va aumentando la productividad de los trabajadores. Es decir, los trabajadores de 46 a 50 años tienen una productividad de 7,22 H-H/Bs.; los de 41 y 45 la productividad es de 8,63 H-H/Bs.; los de 36 a 40 años su productividad es de 9,87 H-H/Bs, y los de 31 a 35 9,75 H-H/Bs.

De todas las enfermedades, la obesidad es la que afecta más la productividad del trabajador a lo largo del tiempo, puesto que un obeso menor de 35 años de edad produce hasta 8 veces más que un obeso mayor de 60 años, esto si se considera que la organización gasta la misma suma de dinero para cada uno en la atención de su cronicismo (la gestión del obeso

menor de 35 años de edad es , por ejemplo, 100% mientras que la del obeso mayor de 60 años alcanza un 12,5% por lo cual la eficacia se ve disminuida en un 87,5%). A la inversa, si ambos cumplen con su gestión de acuerdo a las Horas-Hombres trabajadas, el obeso mayor de 60 años de edad es 8 veces más costoso que el obeso menor de 35 años de edad, por lo cual se es eficaz pero el primero compromete la eficiencia

En este sentido, se estima que la obesidad puede llegar a convertirse en una patología de base que acarrea otras múltiples alteraciones. Los últimos estudios indican que la obesidad puede acelerar el envejecimiento e incluso puede acelerar la mortalidad en este grupo de población. Para Feo (2008), la obesidad está ligada directamente a un descenso de la calidad de vida, debido a las complicaciones metabólicas, unidas a la acumulación excesiva de grasa corporal. Se traduce principalmente en un mayor índice de mortalidad prematura en los obesos.

4.3.4.3 Hipertensión

En lo que respecta a la hipertensión, los datos se revelan en el cuadro y gráfico siguientes.

Cuadro N° 09.
DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/BS) GRUPOS DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DE HIPERTENSIÓN EN FUNCIÓN DE RANGO DE EDAD (AÑOS)

EDADES	PRODUCTIVIDAD
61-65	2,77
56-60	1,65
51-55	1,89
46-50	3,07
41-45	5,02
36-40	7,22

Fuente: Autor (2011).

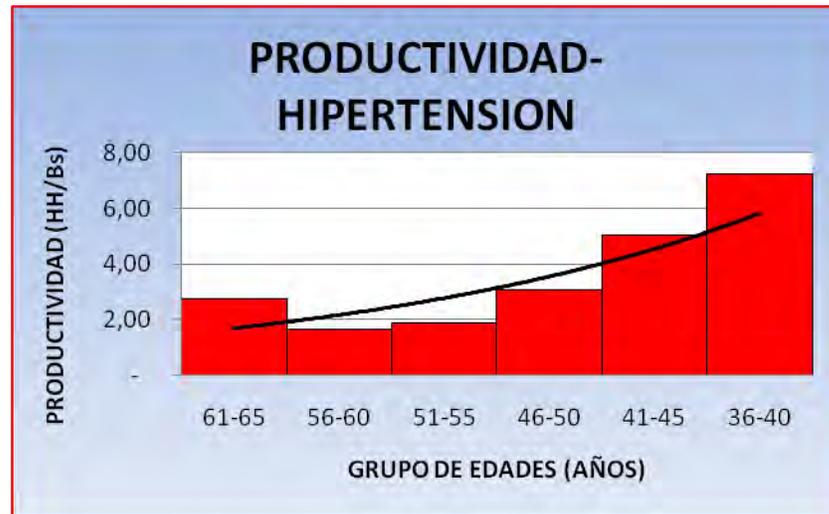


Gráfico N° 09.
PRODUCTIVIDAD (H-H/Bs) DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS HIPERTENSION

Fuente: Autor (2011)

Ante estos datos se puede apreciar que los hipertensos que oscilan entre la edad de 36-40 tienen una productividad de 7,22; los de 41-45 tienen una productividad de 5,02. En este caso, los hipertensos con un rango de edad entre 51-55 años de edad son los que tienen menos productividad es decir 1,89, mientras que los de 61-65 tienen 2,77 de productividad. De esto se puede decir que los que tienen en este caso menos productividad son los de 56-60 años.

Se recurre a la línea de tendencia para el análisis de este gráfico, la cual nos muestra que un trabajador hipertenso menor de 40 años de edad es hasta 3 veces más productivo que un hipertenso mayor de 60 años, lo que es a la inversa, un trabajador hipertenso puede perder hasta dos tercios de una productividad inicial hasta llegar a la edad de jubilación.

En la gestión, cuando el hipertenso menor de 40 años de edad cumple al 100% con sus metas, un hipertenso mayor de 60 años de edad solo puede cumplir con el 33% de sus metas, siendo el gasto de la Organización el mismo para cada uno

La hipertensión o presión arterial alta es una condición muy común que afecta a 1 de 4 adultos, aparece generalmente después de los 35 años de edad, sobre todo cuando existe el antecedente familiar de que uno o ambos padres presentan aumento de la presión. En la mayoría de los casos, no se conocen las causas exactas de la hipertensión. Sin embargo, las personas que fuman, que presentan sobrepeso, que ingieren comidas con mucha sal y grasa, que toman mucho alcohol, que tienen mucho estrés o que no hacen ejercicio o actividad física (sedentarismo) tienen mayores probabilidades de desarrollar hipertensión, al igual que las personas que tienen alto el colesterol, que tienen enfermedades del corazón o de los riñones.

4.4.4.4 Diabetes

En lo que se refiere a la diabetes, los datos se demuestran en tabla y el grafico siguiente.

Cuadro N° 10.
DISTRIBUCION DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) DE GRUPOS
DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL MENOS DIABETES EN
FUNCION DE RANGOS DE EDAD (AÑOS)

EDADES	PRODUCTIVIDAD
61-65	4,65
56-60	0,66
51-55	1,16
46-50	3,53

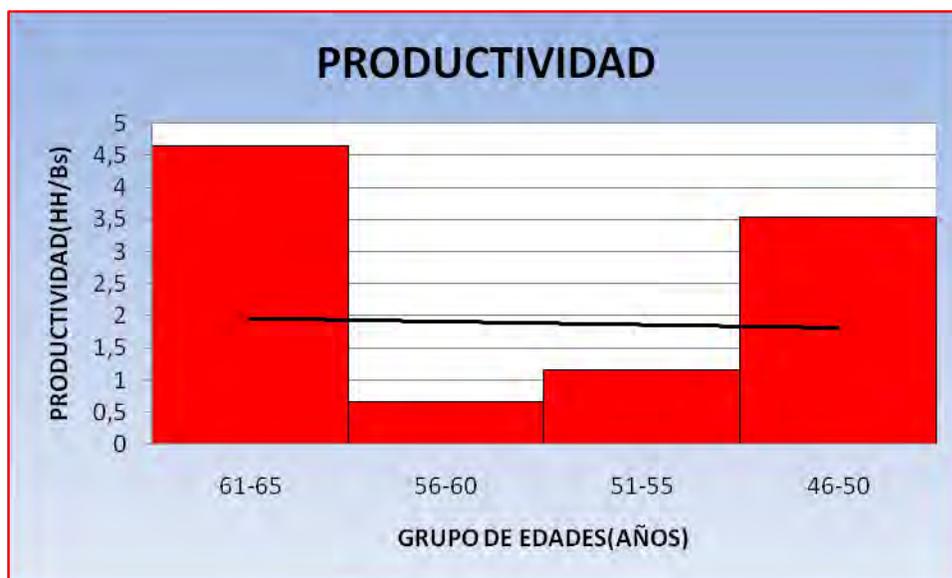


Gráfico N° 10.
PRODUCTIVIDAD (H-H/Bs) DE TRABAJADORES QUE PADECEN AL
MENOS DIABETES

Fuente: Autor (2011)

De los trabajadores investigados que padecen diabetes se tiene que los que presentan la mayor productividad son los de 61-65, con una productividad de 4,65 H-H/Bs, seguidos por los de 46-50 con 3,53 H-H/Bs. Mientras que los que tienen edades de 56-60 tienen menos productividad con solo 0,66 H-H/Bs, y los de 51-65 con 1,16 H-H/Bs. De igual forma, se observo que los que tienen edades de 41-45 y 36-40 no padecen la enfermedad.

La diabetes es la única de las 4 enfermedades en estudio que no disminuye la productividad del trabajador desde el momento que la padece hasta cuando esta por jubilación. Se observó en el cuadro N° 2 que en efecto el diabético es el menos productivo de todos, lo cual significa que el hecho de no disminuir su productividad con el paso del tiempo no sea en realidad significativamente improductivo en comparación. La diabetes es la que se

inicia mas tarde en los trabajadores (a partir de los 45 años según la muestra) lo cual es indicio que el trabajador está o puede estar ya complicado con otras patologías que comprometan su productividad

Arteaga (2007), señala que la diabetes “afecta al 6% de la población en general. Las posibilidades de contraerla aumentan a medida que una persona se hace mayor, de modo que por encima de los setenta años la padece alrededor del 15% de las personas” (p 36). Es esencial educar a los pacientes para que controlen su diabetes de forma adecuada, ya que puede acarrear otras enfermedades tanto o más importantes que la propia diabetes: enfermedades cardiovasculares, neurológicas, retinopatía (afección ocular que puede conducir a la ceguera) o nefropatía (enfermedad del riñón).

Cuadro N° 11.

DISTRIBUCION DE PRODUCTIVIDAD PROMEDIO (H-H/Bs) EN GRUPOS DE TRABAJADORES QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICAS EN FUNCION DE RANGOS DE EDAD (AÑOS) –

EDAD	H-H TRABAJADAS	AUSENTISMO	GASTOS	PRODUCTIVIDAD
61-65	61.040	304	45.281	1,34
56-60	219.744	1.804	260.201	0,84
51-55	274.680	1.921	346.573	0,79
46-50	201.432	908	148.604	1,35
41-45	201.432	964	120.103	1,67
36-40	189.224	612	81.060	2,33
31-35	109.872	160	23.152	4,74

Fuente: Autor (2011).



Grafico N° 11.
PRODUCTIVIDAD (H-H/BS) DE TRABAJADORES QUE PADECEN
ENFERMEDADES CRONICAS

Fuente: Autor (2011).

Como se observa en el cuadro y gráfico presentados los trabajadores de 61 a 65 años de edad tienen un total de horas hombre trabajadas de 61.040 horas, con un ausentismo de 304, produciendo unos gastos a la empresa de 45.281 BF, desarrollando una productividad de 1,34 H-H/Bs.

En lo que respecta, a los trabajadores de 56 a 60 años de edad, tienen un total de horas hombre trabajadas de 61.040 horas, con un ausentismo de 1804, produciendo unos gastos a la empresa de 260.201 BF, desarrollando una productividad de 0,84 H-H/Bs..

De igual forma, se evaluó a los trabajadores de 51 a 55 años de edad, estos tienen una cantidad de horas hombre trabajadas 274.680 horas, con un ausentismo de 1.921, produciendo unos gastos a la empresa 346.573 BF, desarrollando una productividad de **0,79 H-H/Bs**. En este grupo de

personas se observa los índices más desfavorables, es decir, mas ausentismo, gastos y menos productividad.

En cuanto a los trabajadores de 46 a 50 años de edad, estos tienen unas horas hombre trabajadas de 201.432 horas, con un ausentismo de 908, produciendo unos gastos a la empresa 120.103 BF, desarrollando una productividad de 1,35 H-H/Bs.

De igual forma, se evaluó a los trabajadores de 41 a 45 años de edad, los cuales tienen una suma de horas hombre trabajadas de 201.432 horas, con un ausentismo de 964, produciendo unos gastos a la empresa 148.604 BF, desarrollando una productividad de 1,67 H-H/Bs.

Con relación, a los trabajadores de 36 a 40 años de edad, estos tienen horas por hombre trabajadas 189.224 horas, con un ausentismo de 612, produciendo unos gastos a la empresa 81.060 BF, desarrollando una productividad de 2,33 H-H/Bs.

Por último, se evaluó a los trabajadores de 31 a 35 años de edad, estos tienen un total de horas hombre trabajadas de 109.872 horas, con un ausentismo de 160, produciendo unos gastos a la empresa 23.152 BF, desarrollando una productividad de 4,74 H-H/Bs. Con este grupo de trabajadores se notan índices más favorables, es decir menos cantidad de ausentismo, menos gastos y mayor productividad en relación a los grupos anteriores.

La relación H-H trabajadas/Ausentismo permite conocer la proporción de ausencia del horario de trabajo de un enfermo crónico. Por ejemplo un trabajador entre 55 y 60 años de edad su relación es de 0,0082 es decir que

por causa del cronicismo éste se ausenta del trabajo el 0,82% del tiempo laborable, lo que es igual ausentarse 50 minutos de cada 100 horas-hombres netas de trabajo. A causa del cronicismo un trabajador menor de 35 años de edad solo se ausentará del trabajo 0,15% del tiempo laborable, lo cual indica que un trabajador mayor de 55 años se ausentará casi 6 veces más del trabajo que su contraparte. Sin embargo, el ausentismo no alcanza en general ni al 1% de relación, la misma que es mayor si se realizara el mismo estudio a los enfermos por traumatología por ejemplo

Con respecto a la productividad promedio, la misma presenta igual comportamiento a la descrita en productividad en función de los años de servicio disminuyendo la misma de inicio a fin de la distribución hasta un tercio

Los datos encontrados demuestran que las enfermedades crónicas que padecen los trabajadores de PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui, inciden significativamente en el ausentismo, impactan en la población trabajadora disminuyendo su productividad, y además las proporciones de los costos que demandan todas las enfermedades es significativa.

El costo de la ausencia laboral de un trabajador no se vincula solamente con el pago del salario, sino que además se debe tomar en cuenta la disminución en la producción, por eso cuando se calculan el coste acumulativo de las pérdidas en productividad, las estimaciones de los costos totales para la economía en general relacionados con el absentismo laboral por enfermedad aumentan.

Un concepto fundamental, explica Gillies (2007), “es que el costo del ausentismo laboral por enfermedad es a menudo superior al salario pagado

al trabajador que está enfermo de baja” (p 6). Cuando no hay trabajadores adecuados para reemplazar a sus colegas enfermos, la productividad se resiente.

Caso de estudio: ejemplos prácticos de trabajadores que padecen enfermedades crónicas

Caso Nro 01:

Enfermedad	Diabetes
Sexo del Trabajador	Masculino
Edad del Trabajador	51 Años
Cargo del Trabajador	Carpintero
Nómina a la que pertenece el Trabajador	Menor
Gerencia a la que pertenece el Trabajador	Servicios Logísticos
Años de Servicio dentro de la Organización	14 Años

Generalidades: 26 trabajadores de la muestra pertenecen a la Gerencia de Servicios Logísticos, esto significa el 12,74% de los enfermos en el Distrito. Dentro de la estructura organizacional de la Gerencia se encuentra el Departamento de Carpintería, que es la unidad responsable de los trabajos artesanales de construcción menor, reparación y acondicionamiento de elementos civiles hechos en madera sea cual sea su tipo dentro de las instalaciones del Distrito San Tomé.

Actividades: la unidad trabaja con un grupo de cuatro (04) artesanos y un (01) supervisor. Todos son nómina menor. Todos son hombres. Todos son mayores de 45 años de edad

Figura N°01
ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE CARPINTERÍA



Fuente: PDVSA San Tomé (2011)

El cliente solicita de los servicios de dicha unidad a través de la creación de órdenes de trabajo que especifican determinada solicitud realizada y actividad ejecutada.

En promedio, la unidad maneja diariamente ocho (08) órdenes de trabajo, asignándose a cada trabajador dos (02) órdenes diarias.

Perfil del trabajador enfermo: de sexo masculino, mayor de 50 años de edad, obrero, el mismo cuenta con el perfil para ser propenso a padecer una enfermedad crónica de acuerdo a las características de las enfermedades crónicas en los trabajadores de PDVSA San Tomé, según cuadro Nro 11

El trabajador padece diabetes mellitus tipo II. A causa de la enfermedad, el trabajador se ausenta de sus labores para ser atendido consulta de control con el médico especialista. Durante su ausencia, las actividades diarias asignadas a su persona no son cumplidas, esto debido a que los compañeros no pueden sustituirle en el trabajo puesto que están atendiendo órdenes de trabajo propias y, a causa de las dimensiones del campo, no puedan arribar prontamente para ser delegados. En un día de ausencia, se dejan de atender dos (02) órdenes, lo cual implica realizar el

80% del trabajo programado por ocho horas de ausencia que equivalen a un día de trabajo. El retraso de órdenes ejecutadas y cerradas en sistema afecta la gestión de la Unidad y obliga a reprogramar trabajos de atención a clientes. Por ende el ausentismo no solamente disminuye la productividad del trabajador de acuerdo a la fórmula planteada, también a causa de esto se afecta la eficacia de la unidad o Departamento.

Caso Nro. 02:

Enfermedad	Hipertensión
Sexo del Trabajador	Masculino
Edad del Trabajador	45 Años
Cargo del Trabajador	Supervisor
Nómina a la que pertenece el Trabajador	Menor
Gerencia a la que pertenece el Trabajador	Servicios Logísticos
Años de Servicio dentro de la Organización	15 Años

Generalidades: el Departamento de Áreas Verdes es la unidad responsable de los trabajos de mantenimiento y ornato de los paisajismos dentro del Distrito San Tomé.

Actividades: El Departamento está conformado por personal propio PDVSA nómina menor en su totalidad, y dividido en cuadrillas de trabajo

Figura N°02
ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE ÁREAS VERDES



Fuente: PDVSA San Tomé (2011)

Mediante una planificación semanal, las cuadrillas se desplazan por el Campo para atender los trabajos ya descritos. El supervisor se reúne todas las mañanas con su personal para coordinar la ejecución de las actividades diarias y girar instrucciones específicas, durante el día recorre el campo supervisando los trabajos en ejecución y a final del día reporta a su supervisor inmediato los avances de ejecución de trabajos, así como las novedades inherentes a la actividad

Perfil del trabajador enfermo: de sexo masculino, mayor de 50 años de edad, supervisor, con más de 10 años de servicio dentro de la Empresa. El mismo padece de Hipertensión Arterial. A causa de esta enfermedad y de la carga de responsabilidad de supervisor, el trabajador debe ausentarse del trabajo por crisis hipertensivas, para ser atendido y estabilizado en Hospital o Clínica Industrial. Generalmente esta clase de evento requiere reposo, ante lo cual el trabajador puede estar sin presentarse a trabajar durante una (01) semana o cinco días hábiles continuos.

Aunque la ausencia del supervisor no detiene las actividades programadas, sí cargan de responsabilidad extra a los supervisores de los demás Departamentos que conforman la Superintendencia, pues el control y seguimiento es distribuido hacia los laterales en la estructura organizacional. El coordinar y dirigir acciones y remitir los resultados no puede ser obviado, y se observa que los demás supervisores presentes en sus trabajos se sobrecargan de responsabilidad.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y LINEAMIENTOS

5.1 CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación, se hizo posible dar respuesta a las interrogantes y objetivos específicos que orientaron la ejecución del estudio, a través de las siguientes conclusiones:

En primer lugar las enfermedades crónicas que padecen los trabajadores de PDVSA distrito San Tomé, estado Anzoátegui. Son presomnantes en la muestra estudiada la dislipidemia, obesidad, hipertención y diabetes.

Luego se caracterizó la productividad de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tomé, Estado Anzoátegui. Encontrándose como resultados que el índice promedio de productividad más alta la poseen aquellos trabajadores que no tienen antecedentes ni de enfermedades propias, ni de historiales familiares.

Sin excepción, todos los trabajadores disminuyen su productividad a medida que aumenta la edad, llegando a disminuir un 66% comparándose a los trabajadores más jóvenes con los trabajadores que están por jubilarse.

Los resultados corroboran lo definido en enfermedad crónica cuyas características son irreversibilidad, lentitud y continuidad de la evolución de la enfermedad. Las gráficas indican que la productividad, en consecuencia, disminuye conforme la enfermedad va mermando la salud del trabajador. De

forma mutua la fórmula de productividad y la definición de enfermedad crónica quedan validadas

De igual modo, en los resultados obtenidos demuestran que existe una mayor productividad en los trabajadores que tienen un rango de edad entre 21 a 25 años de servicio, seguidos de los que tienen de 11 a 15 años, con 5,47 h-H/Bs; los de 16 a 20 años de servicio presentaron 5,19 H-H/Bs. Notándose que los que tienen menos productividad son los de mayor años de servicio (36 a 40) con apenas 0,35 H-H/Bs, al igual que los de 31 a 35 con 1,55 H-H/Bs

Con una productividad promedio se encuentran los trabajadores de 25 a 30 con 4,29 H-H/Bs, y los de 6 a 10 años de servicio con 5,30 H-H/Bs. Por lo tanto, los que tienen mayores años de servicio son los que tienen menor productividad en el trabajo, esto se debe a la edad y lo severo de la enfermedad producto de la misma edad.

Según los cálculos de productividad por enfermedad: en primer lugar se determinó que la dislipidemia es la tercera enfermedad en padecimiento, afectando el 22,18% de los trabajadores con cronicismo y con una productividad promedio de 5,19 H-H/Bs, ubicándose solo detrás de la obesidad como las enfermedades crónicas que menos afectan la productividad. Se puede decir que la dislipidemia es una enfermedad de transición, pues muchos pacientes dislipidémicos tienen otros cronicismos, y se concluye al respecto que los trabajadores que padecen esta enfermedad están en la etapa de poder desarrollar mayores complicaciones si no controlan su salud

Los enfermos que tienen al menos obesidad constituyen el 31,69% de todos los enfermos crónicos del Distrito con la segunda mayor tasa de morbilidad después de la hipertensión. En cuanto a la obesidad se encontró que, de acuerdo a la línea de tendencia y barras en gráfico, la productividad más alta en toda la muestra la poseen los enfermos de obesidad con edad entre 30 y 40 años. Esto se explica por el hecho que la juventud de la persona y la naturaleza misma de la obesidad como cronicismo no afecta en gran medida ni el ausentismo ni el costo médico.

En lo que se refiere a la hipertensión, se halló que los trabajadores hipertensos son los más numerosos, entendiéndose que un trabajador que tenga al menos hipertensión alcanza al 36,97% del total de trabajadores con cronicismo

Por último con los trabajadores investigados que padecen diabetes se determinó que los mismos tienen en promedio la mayor edad y son los menos productivos, ya que con el paso del tiempo y la complicación de la salud provoca un aumento en los costos de control médico. De igual forma, se observó que los que tienen edades comprendidas entre 41-45 y 36-40 no padecen la enfermedad.

Se determinó el ausentismo de los trabajadores que padecen enfermedades crónicas, donde fueron estimadas las horas-hombre trabajadas, el ausentismo, los gastos que esto genera y la productividad. Los datos encontrados demuestran que las enfermedades crónicas que padecen los trabajadores de PDVSA, distrito San Tomé, Estado Anzoátegui, inciden significativamente en el ausentismo puesto que el trabajador al sentirse mal o por control de su cronicismo se retira de su trabajo para ser atendido, y además las proporciones de los costos que demandan estas enfermedades

es significativa especialmente en la medicación permanente que ingiere el afectado, todo esto impactando en la población trabajadora disminuyendo su productividad en el tiempo

En total, el ausentismo se genera en un 70% de los casos por eventos médicos de rutina (consultas, exámenes, entre otros) siendo el reposo solo un 30% de los ausentismos. En sí el trabajador se ausenta del trabajo más por el control de su cronicismo que por eventos de fuerza mayor que lo obliguen a retirarse de su oficina por un tiempo determinado en condición de reposo. Sin embargo, tanto reposos como consultas se incrementan al avanzar los años, evidenciándose mayor necesidad de control sobre la salud del trabajador

De los costos médicos, el 31% (la tercera parte) corresponde a consumo farmacológico, que evidencia la dependencia de los enfermos crónicos sobre los medicamentos para el cuidado de su salud. Con el paso de los años, el enfermo requiere de más cantidad y más potente medicación que se traduce en elevación de los costos

De los trabajadores con cronicismos quien posee la productividad más alta presenta, sin limitarse a ello, el siguiente perfil: sin antecedentes familiar de cronicismos por padre ni madre, joven, con pocos años de servicio dentro de la organización

De los trabajadores de la organización, aquellos que son más propensos a padecer enfermedades crónicas presentan, sin limitarse a ello, el siguiente perfil: nómina obrera, mayor de 40 años de edad, sexo masculino, más de 10 años de servicio dentro de la organización

5.2 LINEAMIENTOS PARA OPTIMIZAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES EN PDVSA DISTRITO SAN TOMÉ, ESTADO ANZOÁTEGUI

Con el presente trabajo se puede determinar que las enfermedades crónicas afectan la productividad, ante lo cual se presentan los lineamientos para optimizar la productividad en los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en el Distrito San Tomé, Estado Anzoátegui como alternativas viables para mejorar el rendimiento y desempeño organizacional

1. Implantación de Cultura de Salud Preventiva: A través de los resultados obtenidos se observa que la atención de salud para con los trabajadores de PDVSA Distrito San Tomé se basa en una medicina curativa, es decir, el trabajador enfermo es atendido por los especialistas cuando el problema o la complicación ya existe. Si bien por norma el trabajador se somete a exámenes anuales como control general y asiste a consulta periódica con médico tratante para control de cronicismo, esto tiene como fin tratar algo ya existente mas no buscar procesos para evitar o minimizar la posibilidad que otras complicaciones minen la salud del trabajador y por ende disminuya su productividad.

La cultura organizacional comprende los valores y creencias que establecen pautas para el comportamiento de la Organización. La cultura es el cimiento filosófico a partir del cual se establecerán y ejecutarán las acciones con el fin de prevenir que los trabajadores se compliquen en sus cronicismos y por ende su productividad pueda ser mejorada.

La implantación de una cultura de salud preventiva tendrá como fin atender y cuidar del trabajador con cronicismo para disminuir y prolongar en

el tiempo la aparición de complicaciones, lo que a su vez permitirá que el trabajador mantenga y/o mejore su estado de salud, evitando incremento en las horas de ausentismo y en los gastos médicos en el tiempo y hasta lograr disminuir dichos indicadores

Desde esta implicación, será responsabilidad de los directivos de la Gerencia de Salud de las distintas Divisiones, y elevar a su vez a la Junta Directiva de la Corporación este lineamiento primordial para su recepción, revisión y aceptación y todo lo inherente a esto se aplique

La cultura de salud preventiva especificará que es responsabilidad conjunta de la Organización y sus trabajadores el cumplir con los objetivos en los que esta se enmarca. Es por ello que se requieren dos líneas de acción: determinar responsabilidades por intermedio de la creación de equipo multidisciplinario, y preparar al trabajador

2. Creación de equipo multidisciplinario: Los lineamientos enuncian acciones, y dichas acciones deben ser planificadas, organizadas, dirigidas y controladas. Como responsable y representante por la Organización el equipo multidisciplinario es un grupo coordinado de profesionales de distintas disciplinas capaces de realizar en conjuntos estas funciones, compuesto por miembros de las siguientes gerencias:

Salud: como lo que afecta a la productividad en este estudio es la enfermedad crónica, los médicos no solo diagnostican la enfermedad sino también conocen los procedimientos y técnicas para controlarla y prevenir complicaciones futuras. Por su constante interacción con el trabajador como paciente, el médico maneja su historia clínica y dispone de la praxis para indicar el mejor tratamiento a seguir para mejorar las condiciones del

paciente con la intención de contener el deterioro a la salud ocasionado por la enfermedad y revertir de ser posible sus efectos.

Higiene Ocupacional: los técnicos de esta Gerencia monitorean las condiciones del ambiente de trabajo y procesos bajo los que está sometido el trabajador. Su aporte significa el considerar el entorno y su modificación para beneficio del trabajador

Gerencias Responsables: las gerencias donde laboran estos trabajadores se afectan en su negocio a causa de la improductividad presente. Un gerente representante de las gerencias involucradas seleccionado por el Gerente de Distrito, el cual será enlace entre el equipo y las gerencias afectadas, por cuanto desde el punto de vista laboral cada supervisor reporta y trata en forma directa con el enfermo y tienen decisión y dirección sobre las actividades que el mismo desempeña

Recursos Humanos: como administradores del capital humano, esta gerencia está en la responsabilidad de crear y presentar programas de sensibilización (que es la influencia sobre una persona para que reconsidere y perciba el valor o la importancia de algo) y capacitación (que es la mejora en las capacidades del individuo mediante el conocimiento para cambiar actitudes y contribuir a los objetivos de la organización)

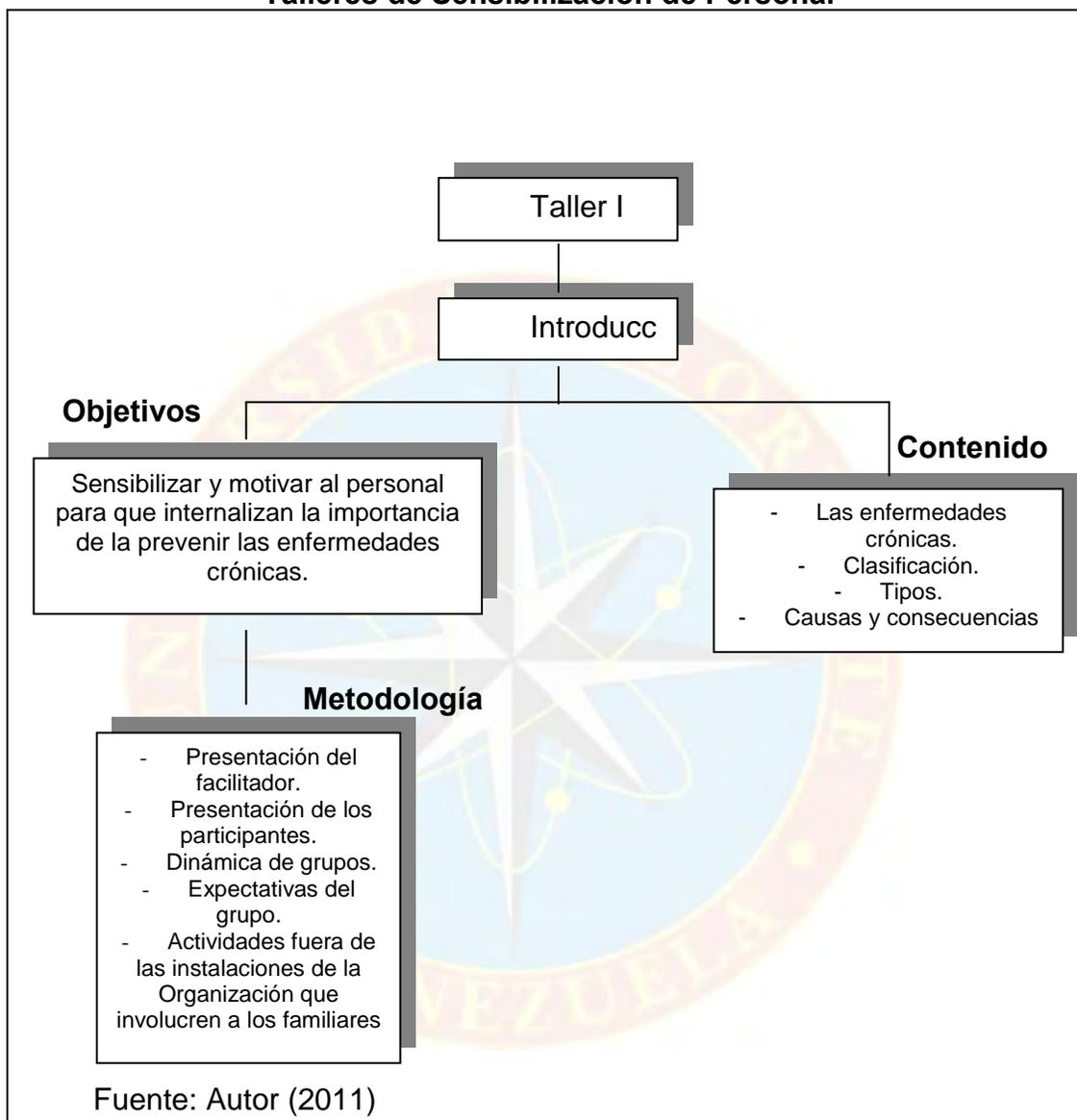
Se recomienda un equipo donde todos los involucrados son responsables en el compromiso de accionar para optimizar la productividad. El liderazgo de dicho equipo puede ser rotativo, definido por elección entre sus miembros durante períodos definidos de ejercicio.

El equipo de trabajo manejará los indicadores que considere necesarios a fin de estimar y caracterizar la productividad en los trabajadores del Distrito San Tomé que padecen cronicismo

3. Sensibilización y Capacitación: Una vez conformado el equipo de trabajo, se planificarán talleres con el propósito de integrar al trabajador a las acciones de optimización de la productividad. Los talleres tienen el fin de educar, concientizar y preparar al trabajador en la búsqueda de la optimización de la productividad y mejora de su rendimiento, de acuerdo a la especificidad de la enfermedad y de la evolución de la misma.

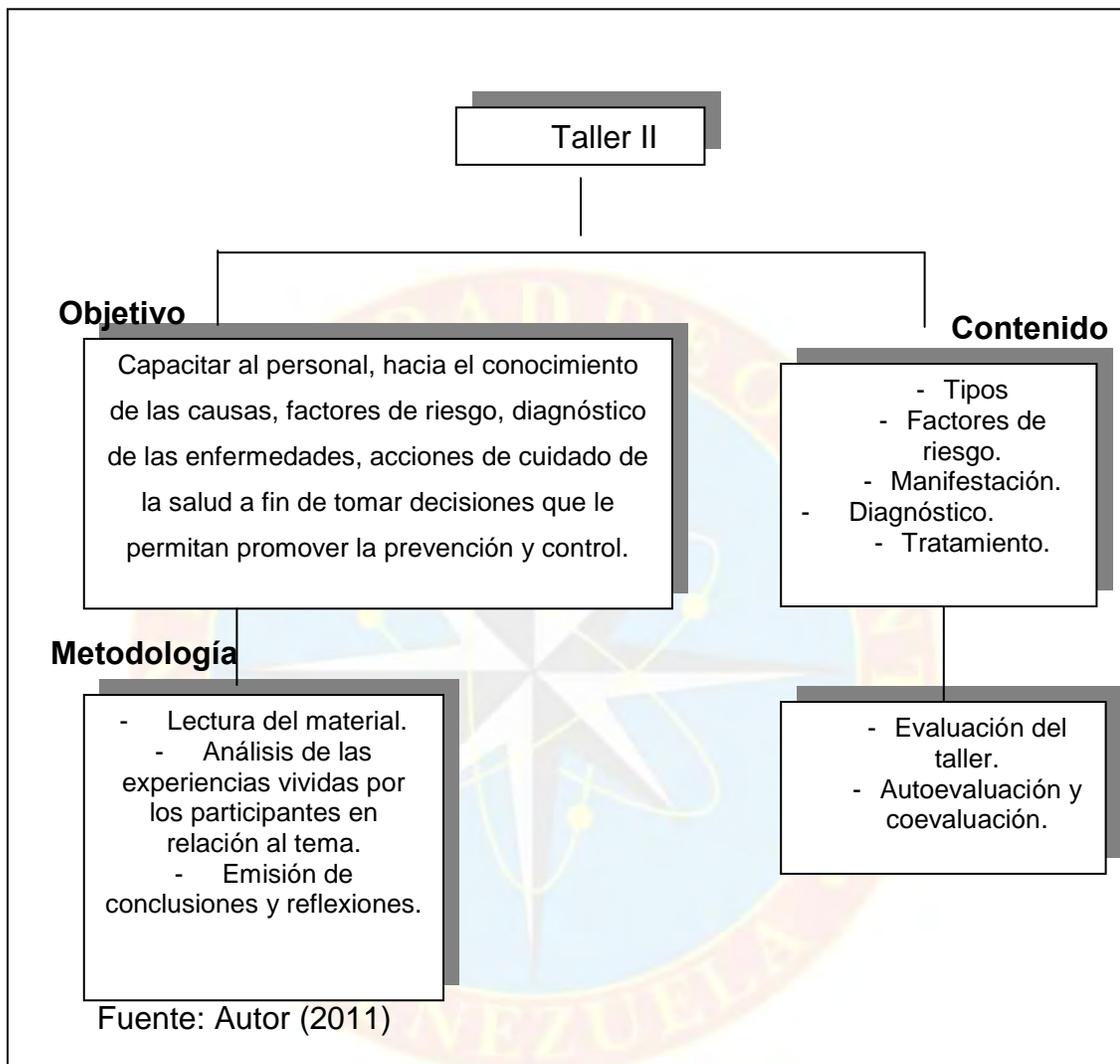
Talleres de Sensibilización: Se refiere a la etapa de comunicación, cuya finalidad es informar y motivar a los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui. El esquema de talleres para sensibilización se presenta en la Figura N° 03.

Figura N° 03.
Talleres de Sensibilización de Personal



Talleres de Capacitación: Estos talleres tienen como finalidad educar y preparar al personal, en relación al conocimiento de las causas, factores de riesgo y diagnóstico de las enfermedades, a fin de tomar decisiones que le permitan promover la prevención y control. El esquema de taller para la Capacitación del Personal se presenta en la Figura N° 04.

Figura N° 04.
Capacitación del Personal



4. Control y seguimiento: De acuerdo al plan creado por el equipo Multidisciplinario se establecerán períodos de revisión para supervisar los indicadores semestralmente, lo cual permitirá analizar la efectividad de los talleres de sensibilización y capacitación del personal, y si éstos surten efecto en la productividad optimizándola. Igualmente, se hará revisión para considerar si es necesaria la modificación de dichos talleres o la incorporación de otros. Los indicadores serán los valores obtenidos de las

fórmulas de productividad ya definida. Por medio de estos indicadores se hará revisión en el tiempo sobre el aumento en la productividad de los trabajadores.

Además de la esperada optimización de la productividad, los lineamientos planteados buscan elevar la calidad de vida de los trabajadores mejorando su estado de salud y el bienestar en su entorno familiar, tal cual lo planteado en las normativas nacionales e internacionales vigentes



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelkys R (2007). Metodología De Análisis De Contenido. Teoría y Práctica. 2ed. Paraninfo. Madrid.
- Andarcia, Y. (2005). Día Mundial de la Diabetes. Bogotá, Colombia: Colección Mesa Redonda.
- Anthony (2003). Planeación Estratégica de Recursos Humanos Conceptos y Teoría. [Texto en Línea]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2006c/219/index.htm> [Consultado: Mayo, 12-2009].
- Amador (2006). Strategic HR configurations and organizational performance. Human Resource Management, Vol. 39, nº1. pp. 5-16.
- Arata, H y Furnaletto, F. (2005). Lado Humano de la Empresa. New York: Mc. Graw Hill
- Arias, F. (2004). El Proyecto de Investigación. Caracas: Editorial Epísteme.
- Ary, D y Otros. (2001). Introducción a la Investigación Pedagógica (2ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Arteaga, A. (2007). Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina..Chile: Universidad Católica de Chile.
- Ary, D; Jacobs, L; y Razavieh, A. (2000). Introducción a la Investigación Pedagógica. 4ta. edición. Ciudad de México, México: Mc. Graw-Hill Interamericana Editores, S.A.

- Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. (2da Edición). Caracas: BL Consultores Asociados, Servicio Editorial.
- Beckhard, R. (2004). *Desarrollo Organizacional*. Texto en Línea]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2008b/390/DESARROLLO%20ORGANIZACIONAL.htm> [Consultado: Mayo, 09-2010].
- Benzo, J. (2004). **Gerencia y Planificación Estratégica**. Colombia: Grupo Editorial Norma, S.A.
- Berger, Marc; Howell, Robert; Nicholson, Sean; Sharda, Claire. Investing in Healthy Human Capital J Occup Environ Med: 2003; 45:1213-1225
- Bisquerra, R. (2000). *Metodología de la Investigación Educativa*. México: Mc. Graw Hill
- Burgos C (2006). **Administración de la Gerencia Participativa**. Caracas. Venezuela: Material mimeografiado del Instituto de Estudios Superiores en Administración (IESA).
- Burton WN, Conti DJ, Chen CY, et al. The economic burden of lost productivity due to migraine headache: a specific worksite analysis. J Occup Environ Med. 2002; 44: 523-529
- Catell, W. (2006). **Riesgo Coronario ¿es Relativo o Absoluto? El mundo de los Lípidos**. México: Trillas.
- Carrillo, J y Romero, F. (2005). **Evaluación de Calidad de la Atención de los Servicios de Salud Adscritos a la Corporación Merideña de**

Salud en el municipio Libertador del estado Mérida. Trabajo de Grado para Optar al Título de Magíster en Gerencia. Universidad Bicentenario de Aragua. Maracay, Venezuela.

Chandler (1974) Planeación estratégica en los negocios. [Texto en Línea]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/plesne.htm> [Consultado: Mayo, 12-2009]

Chase, Jacobs, Aquilano. (2005). **Administración de las operaciones.** México: Editorial Mc. Graw Hill, Interamericana de México.

Chiavenato, Idalberto. (1998) Administración de Recursos Humanos. México: Editorial Mc Graw Hill, Interamericana de México.

Cocburn IM, Bailit HL, Berndt ER, et al. Loss of work productivity due to illness and medical treatment. J Occup Environ Med. 1999;41:1-6

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Caracas: Dabosan, C.A.

Dee W. Edington, Wayne N. Burton. Health and productivity. In: Robert J. McCunney, ed. A practical approach to occupational and environmental medicine, Lippincot Williams & Wilkins, PH: 2003.

Díaz, E. (2006). **Ficha Clínica.** [En red] Disponible en [sdi.bcn.cl/consenso/conferencia/Ficha Clínica](http://sdi.bcn.cl/consenso/conferencia/Ficha%20Cl%C3%ADnica) Dialogo. (Consultado el 10 de Octubre de 2010).

Fernández (2006). La Comunicación. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos33/la-comunicacion/la-comunicacion.shtml> [Consultado: Mayo, 05-2009].

Fulmer (1989). **Administración de Recursos Humanos para el Alto Desempeño**. 6ta Ed. Editorial Trillas SA. México. 768 p.

Gillies, A. (2007). **Ausentismo, Gestión en enfermería**. Barcelona: Masson-Salvat.

Gregory, O (2006). **Administración Gerencial del Centro Educativo**. Lima: Editorial Abedul.

Goetzel, Ron Z., Long, Stacey R.; Ozminkowski, Ronald J.; Hawkins, Kevin; Wang, Shaohung; Lynch, Wendy. Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *J Occup Environ Med*. 2004; 46: 398-412.

Gómez-Mejía, L.R.; Balkin, D.B. (1992). **Compensation, Organizational Strategy, and Firm Performance**, Cincinnati, OH: Southwestern Press.

Gómez-Mejía, L.R.; Balkin, D.B. y Gardy, R. (1998). **Managing Human Resources**, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Gutiérrez, H. (2006). **Impacto de las Enfermedades Crónicas en la Productividad**. Barcelona, España: Ediciones Madrid.

Hall. R. (2005). **Organizaciones, Estructuras y Procesos**. Ciudad de México. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. de C.V.

Hamoui (2006). **Causas médicas de absentismo laboral del personal administrativo de una Universidad Pública, se realizó un estudio descriptivo, transversal en un periodo comprendido de Mayo 2004 Abril 2005.** Trabajo Especial de Grado, no publicado para optar al título de Especialista en Sistemas. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Heaney CA, Goetzel RZ. A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. Am J Health Promo. 1997; 11: 3.

Hernández, S y Otros (2005). **Metodología de la Investigación**, (2ª ed.). México: McGraw-Hil

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. i Baptista Lucio, P. (2006). **Metodología de la investigación** (4a ed.). México: McGraw-Hill.

Hrebniak y Joyce, (1985). Organizational adaptation: strategic choice and environmental determinism. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://www.getcited.org/pub/103344048> [Consultado: Mayo, 01-2009].

Hurtado De Barrera, J. (2000). **Metodología de la Investigación Holística** (3ª ed.) Caracas: Sypal.

Hurtado, I. y Toro, J. (2002). **Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio.** Caracas, Venezuela: Clemente Editores C.A. 1ª Edición.

Kerlinger, F.N. (1979) **Investigación del Comportamiento: técnicas y metodología.** Nueva Editorial Interamericana. México

- Korn, Francis y OTROS: "Conceptos y variables en la investigación social".
Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1971. Introducción.
- Lopategui, E. (2007). **Enfermedades Crónicas**. Puerto Rico: Universidad Interamericana de Puerto Rico.
- López, M. (2006). **Perfil de salud de los trabajadores de una Planta procesadora de Olefinas del Estado Zulia. Para ello, se realizó un estudio observacional descriptivo, evaluando a 142 trabajadores de las áreas administrativa- técnica, operaciones y mantenimiento.** Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Magister en Gestión. Maracaibo Universidad del Zulia.
- Manual de Normas y Procedimientos de la Clínica Industrial San Tome (2011)
- Manual para la Elaboración de Trabajos de Investigación (MAETI) de la Escuela de Guerra Aérea (2009)
- Manual de Elaboración de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006)
- Manual de Elaboración de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales de la Universidad Santa María (2007)
- Márquez, F. (2006). **Costos de la Enfermedades Crónicas**. Caracas, Venezuela: Clemente Editores C.A. 1ª Edición.
- Massaguer, F. (2004). **Metodología para la Formación de Redes Sociales**. Caracas: FEDUPEL.

- Matews, O. (2003). **La Gerencia Eficiente**. México: Trillas.
- Mayo. (2009). Empresa y Capital Humano. [Texto en Línea]. Disponible en: [http:// www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/emcamano.htm](http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/emcamano.htm) [Consultado: Mayo, 05-2009].
- Mc. Gregor, D. (2000). **Lado Humano de la Empresa**. New York: Mc. Graw Hill
- Mell, J. (2004). **La Salud del Trabajador**. Caracas, Venezuela: Clemente Editores C.A. 1ª Edición.
- Mendoza, F. (2000). Desarrollo Organizacional. [Artículo en línea]. Disponible en: [http:// www.monografias.com/trabajos12/desorgan/desorgan.shtml](http://www.monografias.com/trabajos12/desorgan/desorgan.shtml) y <http://temas-gerenciales-modernos.lacoctelera.net/post/2009/05/20/gerencia-y-algunos-obstaculos-el-desarrollo-organizacional> [Consultado: Mayo, 09-2010].
- Morles, V (2002). **Planeamiento y Análisis de Investigaciones** (8a ed.). Caracas: El Dorado.
- Miltón, A. (2002). **La Salud**.Caracas, Material Mimeografiado.
- Organización Internacional del Trabajo (2001). 89ª Reunión de junio del año 2001,
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2005). **Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2.000**._Disponible: <http://www.who.org>. [Consulta: 2010, Septiembre 15].

Organización Mundial de la Salud. (2007). **Enfermedades crónicas: Prevención y control en las Américas**. Colombia: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009). **Consideraciones sobre la Salud y Estrategias de Atención Primaria y sus Componentes**. Disponible: <http://www.epaho.org>. [Consulta: 2010, Octubre 15].

Páez, T. (1990). La Nueva Gerencia de Recursos Humanos: Calidad y Productividad. Editorial Tiempos Nuevos. Venezuela

Parella, S. y Martins, P. (2006). **Metodología de la Investigación Cuantitativa**. 1ª Edición. Venezuela. Once C.A.

Parra, L. (2007). **Productividad Laboral**. Ciudad de México, México: Mc. Graw-Hill Interamericana Editores, S.A.

Pricewaterhouse Coopers y el World Economic Forum (2007). **Enfermedades Crónicas y su Incidencia en la Economía**. New York: Mc. Graw Hill.

Querales. (2004). **Planeación Estratégica**. [Texto en Línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos7/plane/plane.shtml> [Consultado: Mayo, 09-2009].

Ramírez, T. (2000). Como Elaborar un Proyecto de Investigación. **Caracas: UCV**.

Rio Boo, G. (2001). Participación y Congestión de la Salud. Revista Educación, Medicina y Salud, N°. 1. Caracas, Venezuela.

Robbins, N y Coulter, O. (2005). **Las Organizaciones y su Productividad**. Disponible: <http://www.epaho.org>. (Consulta: 2009, Septiembre 23).

Rodríguez, M. (2001). **Estrategia exitosa para tutorear investigaciones**. Caracas, Venezuela.

Sabino, C. (2002). El Proceso de Investigación. (3^o ed.). **Caracas: Panapo**.

Sierra Bravo, R (1985). Tesis doctorales y trabajos de investigación científica: metodología general de su elaboración y documentación. 4ta ed., Madrid, Paraninfo, D.L.

Sociedad para la Gerencia del Recursos Humanos (SHRM, 2007). **Efectividad Laboral**. New York: Mc. Graw Hill

Tamayo, M. (2003). **El Proceso de la Investigación Científica**, (3^a ed.) México: Editorial Limusa.

Torres, H. (2006). **La Organización y su Productividad**. Madrid, España: Editorial Morata.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2003). Manual de Trabajos de Grado de especialización Maestría y Tesis Doctorales. **Caracas: FEDUPEL**

Villareal, I. (2007). Importancia de la nutrición, la obesidad, las enfermedades, los estilos de vida y el estrés, como parte de la visión de salud ocupacional entre los trabajadores del Hospital de La Anexión. **Costa Rica, Nicoya: Hospital de La Anexión**

Velasco. (2007). Another side ogenomics: synthetic biology as a means for the exploitation of whole-genome sequence information. **J. Biotechnol. 124, 206-212.**

Wright, P.M. ; Dunford, B. B. y Snell, S. A. (2001). Human Resources and the resource-based view of the firm. **Journal of Management, 27. pp. 701-727**

Wright, P. M. y MacMahan, G.C. (1992): Theoretical perspectives for strategic human resources management. **Journal of Management, 18 (2), pp 295-320.**

Wright, P. M. y Snell, S. A. (1991) : Toward an integrative view of strategic human resource management. **Human Resource Management Review, Vol 1, pp. 203-225.**

Zorín (2005). Comunicación. [Texto en Línea]. Disponible en: http://www.tecnologiahechapalabra.com/tecnologia/glosario_tecnico/articulo.asp?i=1896 [Consultado: Mayo, 20-2009].

GLOSARIO

Enfermedades Crónicas: También llamado cronicismo, son aquellas patologías de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse o claramente no ocurrirá nunca (Gerencia de Salud PDVSA; 2000)

Hipertensión Arterial (HTA): La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg (Gerencia de Salud PDVSA; 2000)

Dislipidemia: Es aquella patología caracterizada por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que involucran un riesgo para la salud (Gerencia de Salud PDVSA; 2000)

Diabetes Mellitus: Es una enfermedad metabólica caracterizada por la hiperglucemia, la cual aparece como consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (Gerencia de Salud PDVSA; 2000)

Obesidad: consiste en un porcentaje anormalmente elevado de la grasa corporal (Gerencia de Salud PDVSA; 2000)

Evaluación de Desempeño: valoración de rendimiento de cada miembro de la organización, en base a la ejecución de la tarea, el trabajo o el papel al que ha sido destinado (Chase, Jacobs, Aquilano; 2005)

Eficiencia: Significa hacer algo al menor costo posible (Chase, Jacobs, Aquilano; 2005)

Efectividad: Significa hacer las cosas correctas que lleven a crear el mayor valor para la compañía (Chase, Jacobs, Aquilano; 2005)

Productividad: medida de qué tan bien utiliza sus recursos un país, una industria o una unidad de negocios (Chase, Jacobs, Aquilano; 2005)



ANEXOS

BASE DE DATOS

CEDULA	SEX	EDAD	A.S.	PADRE	MADRE	NOMINA	ENFERMEDAD				AUS.	G.M.	PROD.
							M	H	O	D			
13029715	F	33	8		DM	MAYOR			X		16	2.057,00	2,96
12914256	F	34	7			MAYOR		X			4	563,00	10,83
11655280	F	39	2			MENOR				X	24	3.183,00	1,91
11539970	F	35	7			MAYOR			X		28	4.126,00	1,47
10943719	F	37	6			MENOR			X		24	3.183,00	1,91
10941081	F	40	5	HTA	DM	MAYOR		X	X		16	2.057,00	2,96
10937065	F	39	6		HTA	MAYOR		X			4	563,00	10,83
10063673	F	43				MAYOR				X	16	2.057,00	2,96
8968161	F	43	5		HTA	MAYOR		X			28	563,00	10,79
8546707	F	47	20		HTA	MENOR			X		16	2.057,00	2,96
8478238	F	45	18	D-H	HTA	MAYOR		X			12	1.559,00	3,91
8476932	F	45		DM	H-D	MENOR				X	16	2.057,00	2,96
8456346	F	55		ACV		MENOR	X	X			72	9.029,00	0,67
8365086	F	48		HTA		MAYOR		X	X		268	25.706,00	0,23
8351181	F	54	5	HTA		MENOR		X			8	1.061,00	5,75
8296346	F	37		HTA		MAYOR				X	16	2.057,00	2,96
6552722	F	45							X		384	40.676,00	0,14
5996461	F	50	30	HTA	ACV	MENOR			X		16	2.057,00	2,96
5993516	F	49	29			MENOR	X				132	563,00	10,61
5860922	F	46	6	DM	DM	MAYOR		X			52	3.551,00	1,70
5466418	F	51	25		DM	MAYOR			X	X	21	2.057,00	2,96
4912049	F	57			HTA	MENOR		X			4	563,00	10,83
4713135	F	54				MENOR	X				84	10.718,00	0,56
4594575	F	59	18	HTA		MENOR		X			24	1.635,00	3,72
4507833	F	56				MENOR		X		X	248	14.865,00	0,39
4004517	F	55	28	HTA		MENOR		X	X		52	6.799,00	0,89
4003560	F	53	12	DM	HTA	MENOR			X		28	3.551,00	1,71
3731561	F	57				MENOR		X			8	1.061,00	5,75
2643054	F	60	32			MAYOR			X		20	2.620,00	2,32
13752800	M	33	5			MAYOR			X		4	498,00	12,25

CEDULA	SEX	EDAD	A.S.	PADRE	MADRE	NOMINA	ENFERMEDAD				AUS.	G.M.	PROD.
13522108	M	33	6	DM		MAYOR			X		4	498,00	12,25
13217186	M	33	7		HTA				X		4	498,00	12,25
12873319	M	32	5	DM					X		4	2.959,83	2,06
12873319	M	32	5	DM		MENOR		X			16	1.992,00	3,06
12677209	M	34	7			MENOR	X				4	498,00	12,25
12677209	M	34	7			MENOR			X		12	1.494,00	4,08
12673996	M	34	2	HTA		MENOR			X	X	16	1.992,00	3,06
12359427	M	33	5			MAYOR			X		4	498,00	12,25
12188034	M	36	7	HTA	HTA	MAYOR		X			24	2.988,00	2,03
12017793	M	35	6	ACV		MENOR				X	8	996,00	6,12
12015843	M	37	13			MENOR			X		4	498,00	12,25
11893214	M	34	4	HTA	HTA	MENOR			X		4	498,00	12,25
11727598	M	37		HTA		MAYOR		X	X		4	498,00	12,25
11657425	M	39	8			MENOR			X		36	2.490,00	2,44
11657312	M	38	8			MENOR				X	8	7.642,50	0,80
11435750	M	38	6	HTA		MENOR			X		4	498,00	12,25
11207418	M	37				MAYOR			X		4	498,00	12,25
11201128	M	38	3			MENOR		X			8	996,00	6,12
11167046	M	37				MENOR			X	X	8	996,00	6,12
10998884	M	37	16			MENOR			X		16	1.992,00	3,06
10941814	M	38	4			MENOR			X		4	498,00	12,25
10941363	M	39	1			MENOR				X	4	498,00	12,25
10940686	M	40	7		HTA	MENOR		X	X	X	32	3.984,00	1,52
10937977	M	40	3			MENOR		X	X		4	498,00	12,25
10937595	M	39	14			MENOR				X	4	498,00	12,25
10926123	M	39	4			MAYOR			X		4	498,00	12,25
10883061	M	40	6			MAYOR				X	60	19.184,90	0,32
10446533	M	40	15			MAYOR			X	X	4	498,00	12,25
10329525	M	40	3			MAYOR		X			12	1.624,00	3,75
10201018	M	39				MAYOR		X			80	4.049,00	1,49
10068340	M	39				MENOR	X		X		128	14.608,30	0,41
10067494	M	40	18	DM		MENOR			X	X	4	498,00	12,25
10064297	M	40	16			MENOR				X	4	498,00	12,25
10001657	M	37	2			MENOR		X			4	498,00	12,25
9915722	M	41	23	DM		MENOR			X		4	498,00	12,25
9908674	M	40	16	HTA	HTA	MENOR		X	X		4	498,00	12,25
9820647	M	41	6					X			4	498,00	12,25

CEDULA	SEX	EDAD	A.S.	PADRE	MADRE	NOMINA	ENFERMEDAD			AUS.	G.M.	PROD.	
9772659	M	42	15			MAYOR		X	X	X	4	498,00	12,25
9429668	M	44	14	HTA	HTA	MAYOR			X		4	498,00	12,25
9287196	M	43	9	INF	DM	MAYOR				X	24	2.988,00	2,03
9286969	M	38			HTA	MENOR			X		4	498,00	12,25
9268662	M	44	3	HTA	HTA	MAYOR		X			28	3.486,00	1,74
8974330	M	41	2			MENOR			X		20	2.490,00	2,44
8971020	M	44				MAYOR		X			16	4.329,00	1,41
8967872	M	42	3		HTA	MENOR			X		4	498,00	12,25
8967477	M	42	14	ACV	ACV	MENOR		X			32	4.114,00	1,48
8953919	M	45	18		HTA	MENOR		X	X	X	36	10.791,66	0,56
8931906	M	47	7			MAYOR			X		8	1.166,00	5,23
8916097	M	47	6		HTA	MAYOR				X	24	3.121,04	1,95
8885484	M	46	20	ACV	HTA	MENOR		X			8	1.061,00	5,75
8877809	M	45	19	HTA	HTA	MAYOR			X		4	498,00	12,25
8748903	M	48	18			MAYOR			X	X	8	996,00	6,12
8492157	M	45		DM		MAYOR		X	X	X	4	498,00	12,25
8491193	M	45				MENOR			X		4	498,00	12,25
8477466	M	45			HTA	MENOR		X			16	2.057,00	2,96
8475729	M	45	19	INF	HTA	MENOR	X				92	15.336,60	0,39
8475058	M	46	18			MENOR		X	X		8	996,00	6,12
8474699	M	50				MENOR		X			32	13.353,15	0,45
8474436	M	47	28		HTA	MENOR		X		X	12	2.463,26	2,47
8473444	M	45	3	HTA	HTA	MAYOR		X			8	996,00	6,12
8463586	M	48	9		DM	MENOR				X	4	498,00	12,25
8458766	M	48	19	HTA	HTA	MENOR				X	32	3.984,00	1,52
8458123	M	45	20		HTA	MENOR	X	X			8	996,00	6,12
8449093	M	47	20			MAYOR			X	X	8	996,00	6,12
8395481	M	46	8	INF		MENOR				X	16	1.992,00	3,06
8391242	M	47				MENOR		X			20	2.490,00	2,44
8370283	M	45	9	INF		MENOR			X		8	3.014,00	2,02
8335172	M	44	4	INF	HTA	MENOR		X			56	6.972,00	0,87
8295206	M	34		HTA		MAYOR			X		4	498,00	12,25
8278526	M		15			MENOR		X	X		20	2.490,00	2,44
8255914	M	44	6			MENOR			X		20	2.490,00	2,44
8247726	M	43				MAYOR				X	4	498,00	12,25
8231891	M	43	16		HTA	MENOR			X	X	16	1.992,00	3,06
8220690	M	45	4	HTA	HTA	MAYOR		X	X	X	76	2.638,26	2,28

CEDULA	SEX	EDAD	A.S.	PADRE	MADRE	NOMINA	ENFERMEDAD				AUS.	G.M.	PROD.
8203556	M	45								X	4	2.524,08	2,42
7856125	M	45	7			MAYOR			X		4	498,00	12,25
7594049	M	40	7		HTA	MAYOR		X			56	1.992,00	3,04
6888492	M	46	6			MENOR			X		4	498,00	12,25
6841954	M	45	19			MENOR	X			X	4	498,00	12,25
6023954	M					MAYOR		X	X		4	498,00	12,25
5999326	M	48	14			MENOR			X		4	9.129,00	0,67
5999143	M	51				MENOR		X	X	X	12	1.624,00	3,75
5998202	M	53	17	INF	HTA	MENOR		X			120	15.460,00	0,39
5997661	M	52	32		HTA	MAYOR			X	X	24	2.988,00	2,03
5996579	M	50	25	ACV		MENOR			X		4	498,00	12,25
5996573	M	55				MENOR		X			12	1.494,00	4,08
5996227	M	47	19			MENOR				X	4	498,00	12,25
5992741	M	55	21			MENOR				X	8	996,00	6,12
5992571	M	55	10	HTA	ACV	MENOR		X			60	16.254,84	0,37
5992364	M	54	35		HTA	MENOR	X				60	3.486,00	1,73
5992247	M	51						X			68	18.694,26	0,32
5992068	M	51	20	INF		MENOR	X		X	X	32	3.984,00	1,52
5990509	M	53		HTA	HTA	MENOR		X	X		60	8.675,00	0,70
5986399	M	48	28			MENOR		X	X	X	4	498,00	12,25
5909253	M	46	4		DM	MENOR		X			40	18.774,06	0,32
5889025	M	48	23		HTA				X		4	498,00	12,25
5701588	M	47	19			MAYOR				X	4	498,00	12,25
5554064	M	49			DM	MAYOR		X			24	2.988,00	2,03
5532265	M	49	15	ACV	HTA	MAYOR		X	X	X	4	11.334,00	0,54
5489385	M	51	8			MAYOR	X				72	1.992,00	3,03
5472416	M	51	18			MAYOR			X	X	4	2.388,00	2,55
5471923	M	54	18	DM	DM	MAYOR		X			16	1.992,00	3,06
5471601	M	55		INF	HTA	MENOR	X	X		X	48	7.956,30	0,76
5470939	M	49			INF	MENOR	X	X			4	4.046,16	1,51
5470312	M	50		ACV	INF	MAYOR		X			24	3.053,00	1,99
5469958	M	42	9			MAYOR			X		4	498,00	12,25
5469176	M	54	19			MENOR			X	X	56	16.679,89	0,36
5469076	M	51	9			MENOR				X	4	498,00	12,25
5468712	M	52	29			MENOR		X	X	X	48	22.048,50	0,27
5467804	M	51				MENOR			X		16	4.559,16	1,34
5467399	M	50	31	ACV		MAYOR			X	X	16	9.615,00	0,63

CEDULA	SEX	EDAD	A.S.	PADRE	MADRE	NOMINA	ENFERMEDAD			AUS.	G.M.	PROD.	
5466908	M	51	19	HTA		MAYOR		X		X	28	3.486,00	1,74
5466173	M	52	7			MAYOR		X			44	7.056,36	0,86
5342975	M	53						X			52	6.474,00	0,93
5191359	M	53	11			MENOR	X	X			16	8.715,78	0,70
5135559	M	53				MAYOR		X			44	14.484,06	0,42
4916600	M	48	9			MENOR			X		4	498,00	12,25
4916452	M	51	6	ACV		MENOR		X			16	1.992,00	3,06
4914007	M	52	17		HTA	MAYOR			X		20	9.858,06	0,62
4913897	M	55		HTA	HTA	MENOR		X			72	9.153,00	0,66
4913851	M	52	31			MAYOR		X	X	X	4	1.884,00	3,24
4912684	M	55	12		DM	MENOR		X	X		40	5.045,00	1,20
4912327	M	53	3	DM	DM	MENOR	X	X	X	X	104	23.840,86	0,25
4912045	M	57	33			MENOR		X		X	68	8.466,00	0,71
4911918	M	53	18		DM	MAYOR		X			40	4.980,00	1,22
4910416	M	53	14			MENOR		X	X		28	5.441,00	1,12
4907985	M	53	29	DM	DM	MENOR		X			124	11.780,52	0,51
4785055	M	56	28		HTA	MENOR		X			20	2.490,00	2,44
4693178	M	59	9			MAYOR	X	X			52	6.604,00	0,92
4616779	M	56	31	ACV		MAYOR		X			48	9.410,76	0,64
4515907	M	55	20		HTA	MENOR		X			96	18.864,04	0,32
4510170	M	57	32			MENOR		X			304	19.647,00	0,30
4509390	M	57						X	X	X	36	4.482,00	1,35
4509171	M	57	37			MAYOR	X		X		28	14.944,51	0,41
4509129	M	53			INF	MENOR		X			16	2.057,00	2,96
4508837	M	56				MAYOR		X			24	2.988,00	2,03
4507285	M	57	28		INF	MENOR				X	4	498,00	12,25
4506370	M	49	20			MAYOR	X			X	64	12.544,95	0,48
4506138	M	60			DM	MENOR	X	X		X	244	28.085,22	0,21
4504892	M	55	26			MENOR		X			12	1.494,00	4,08
4504839	M	51	9			MENOR			X		32	3.984,00	1,52
4496899	M	55	31	HTA		MENOR	X				128	38.508,04	0,16
4189913	M	58	9		DM	MENOR			X	X	52	10.647,86	0,57
4148998	M	57	31			MENOR		X		X	48	8.587,56	0,71
4054267	M	55				MAYOR				X	16	1.992,00	3,06
4050516	M	57				MAYOR	X	X			20	11.262,86	0,54
4029882	M	55				MENOR		X	X	X	4	498,00	12,25
4006591	M	56	8	HTA		MAYOR			X		16	1.992,00	3,06

CEDULA	SEX	EDAD	A.S.	PADRE	MADRE	NOMINA	ENFERMEDAD			AUS.	G.M.	PROD.	
4006189	M	65	19			MENOR	X	X		4	498,00	12,25	
4005233	M	60		INF		MAYOR		X	X	4	4.457,76	1,37	
4003678	M	58	6	HTA	DM	MENOR		X	X	60	7.470,00	0,81	
4003570	M	57		DM	HTA	MAYOR	X	X		48	11.084,47	0,55	
3853860	M	60	30			MENOR		X		12	1.494,00	4,08	
3852967	M	57	28			MENOR		X	X	56	13.449,66	0,45	
3852838	M	56	28		HTA	MENOR			X	4	498,00	12,25	
3852631	M	59	19	ACV		MENOR		X		16	2.961,26	2,06	
3852415	M	48				MAYOR		X		36	6.583,26	0,92	
3851062	M	60		HTA	HTA	MENOR		X		48	9.742,00	0,62	
3850294	M	57	19	DM					X	4	498,00	12,25	
3850024	M							X	X	4	498,00	12,25	
3824269	M	60	37		DM	MAYOR		X	X	X	76	19.910,34	0,30
3731449	M	59			DM	MENOR		X		12	1.494,00	4,08	
3731158	M	56		ACV		MAYOR	X			52	3.486,00	1,74	
3701639	M	61	33			MENOR		X	X	48	8.441,21	0,72	
3688736	M	57	28		INF	MAYOR	X	X		76	22.195,14	0,27	
3687664	M	58	9			MENOR			X	X	28	3.486,00	1,74
3684933	M	62	29			MENOR		X		X	4	3.755,10	1,62
3554711	M	65	20	DM		MENOR		X		76	2.490,00	2,42	
3440248	M	60	28	INF	INF	MENOR		X	X	24	5.132,52	1,18	
3382122	M	61	4	DM		MAYOR			X	20	2.490,00	2,44	
3046256	M	63			HTA			X		68	8.726,00	0,69	
2747210	M	63	32			MENOR	X	X	X	48	12.973,00	0,47	
2747051	M	68	32			MENOR				X	4	928,08	6,57
2746220	M	62	32	INF		MAYOR	X	X		32	4.979,80	1,22	
2742513	M	60				MAYOR		X		8	996,00	6,12	
2521411	M	56				MAYOR		X		8	996,00	6,12	

SEX = Sexo

A.S. = Años de servicio dentro de la Organización

PADRE = Enfermedad crónica padecida por padre de trabajador

MADRE = Enfermedad crónica padecida por madre de trabajador

DM = Diabetes Mellitus

HTA = Hipertensión Arterial

INF = Infarto

ACV = Accidente Cerebro-vascular

M = Diabetes Mellitus

H = Hipertensión Arterial

O = Obesidad

D = Dislipidemia

AUS. = Ausentismo

G.M. = Gastos médicos

PROD. = Productividad

Unidades de Medición:

EDAD: Años

Ausentismo: Horas-Hombre

Gastos Médicos: Bolívares Fuertes

Productividad: Horas Hombre/Bolívars Fuertes

ANEXO 2

FICHA MÉDICA

PDVSA – DISTRITO SAN TOMÉ

DATOS BIOGRAFICOS

PERSONALES

Nro DE CEDULA	EDAD (años)	TALLA (mts)	PESO (Kg)	SEXO*
				M F

ORGANIZACIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN*			CARGO	GERENCIA	AÑOS DE SERVICIO	NOMINA*	
r.	SU	ni.				M AYOR	M ENOR

FAMILIA

ANTECEDENTES FAMILIARES		Nro DE PERSONAS QUE HABITAN EN EL HOGAR	HIJOS (Nro de partos exitosos)**
PADRE (seleccionar solo una enfermedad)*	MADRE (seleccionar solo una enfermedad)*		
HAT	HAT		
DM	DM		
ACV	AVC		
INFARTO	INFARTO		

*Marcar sobre el indicado

**** Solo aplica para las mujeres**

CLINICA INDUSTRIAL

AUSENTISMO		GASTO MEDICO (FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE EVENTO)	
CONSULTA CON MEDICO INTEGRAL (FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE EVENTO)	REPOSO (DIAS)	EMERGENCIA	CONSULTA

HOSPITAL INDUSTRIAL

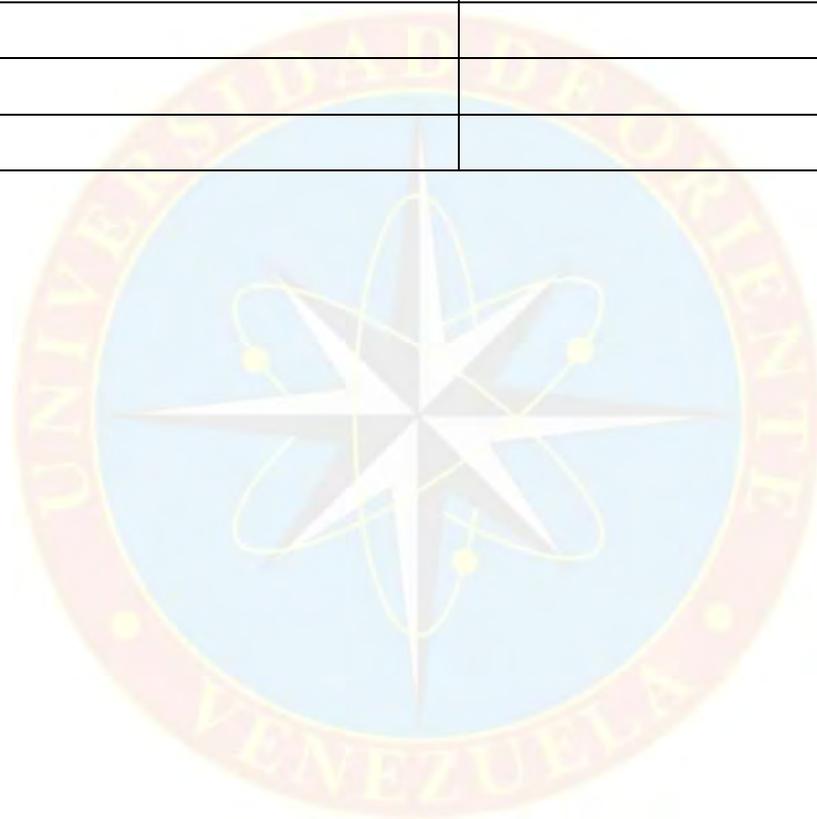
AUSENTISMO	
CONSULTA CON MEDICO ESPECIALISTA(FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE EVENTO)	OTROS (ESPECIFICAR)

GASTOS MEDICOS (FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE EVENTO)					
CONSULTA	EMERGENCIA	HOSPITALIZACION (DIAS)	CIRUGIA	ESPECIALES	LABORATORIO
A	A	N (DIAS)	*	*	O

***ESPECIFICAR PROCEDIMIENTO**

LABORATORIO

MEDICAMENTO	CANTIDAD (BLISTERS)



HOJAS METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 1/7

Título	LINEAMIENTOS PARA OPTIMIZAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES DE PDVSA SAN TOME, ESTADO ANZOÁTEGUI
Subtítulo	

El Título es requerido. El subtítulo o título alternativo es opcional.

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Albani Yopez Antonio	CVLAC	14.430.235
	e-mail	antonio_albani@hotmail.com
	e-mail	albania@pdvsa.com
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Productividad
Eficiencia
Enfermedades Crónicas
Cultura de Prevención de Salud

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 2/7

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub-área
Ciencias Sociales y Administrativas	Administración

Resumen (Abstract):

El objetivo de la investigación que se presenta es Proponer lineamientos para optimizar la productividad en los trabajadores que padecen enfermedades crónicas en PDVSA, distrito San Tome, estado Anzoátegui. En este sentido, la investigación es de campo, el nivel es descriptivo, asumiendo la modalidad de proyecto factible. La población de trabajadores activos del Distrito San Tomé es de 5.842, de los cuales 868 presentan al menos una de las enfermedades crónicas estudiadas. La muestra se seleccionó en función de la población conocida, para lo cual se determinó la muestra para población finita $n= 204$. La información fue recolectada a través de la revisión documental por medio de Fichas Médicas. Se crearon bases de datos de los cuales se extrajeron los cuadros para creación y análisis de gráficas. Conclusiones: Las enfermedades crónicas afectan la productividad del trabajador de forma progresiva durante su desarrollo de carrera dentro de la organización. Recomendaciones: continuación y mejora de proceso de recolección de datos y medición-evaluación de la productividad de los trabajadores con enfermedades crónicas; sensibilización y preparación de los trabajadores por medio de talleres del trabajo a cargo de equipo interdisciplinario, todo enmarcado dentro de la implantación de una Cultura de Salud Preventiva

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 3/7

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
MSc. Betancourt Ramos, Betsy Teresa	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	5.391.484
	e-mail	betsytve@yahoo.com
	e-mail	
Dra. García, Omaira	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	4.038.427
	e-mail	
	e-mail	
MSc. Figueroa, Mary	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	4.947.984
	e-mail	figueroa_mary@hotmail.com
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2011	03	04

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 4/7

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
TRABAJO DE GRADO-ANTONIO ALBANI .docx	OFFICCE 2007 (Word)

Alcance:

Espacial: _____ (opcional)
Temporal: _____ (opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Magister Scientiarum en Ciencias Administrativas Mención Gerencia General

Nivel Asociado con el trabajo: Magister

Área de Estudio:

Ciencias Sociales y Administrativas

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente Núcleo Monagas

Hoja de metadatos para tesis y trabajos de Ascenso- 6/7



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda ***SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009***.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUMBELE
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 7/7

Derechos:

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicado CU-034-2009):
"Los Trabajos de Grado son de exclusiva propiedad de la Universidad, y solo podrán ser utilizados a otros fines, con el consentimiento del Consejo de Núcleo Respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización."



Ing. Alvaro Antonio
AUTOR



MSc. Bétancourt Ramos Betsy
TUTOR