



**Grupo Temático N° 10:** Condiciones y medioambiente de Trabajo. Salud y calidad de vida de los trabajadores.

**Coordinadores:** Silvia Korinfeld, Julio C. Neffa, Andrea Suarez Maestre

---

**Avances y nuevos desafíos en la implementación de los Comités Mixtos de Salud y Seguridad en Hospitales de la Provincia de Buenos Aires en el marco de la ley 14226.**

**Autor/es:** Beatriz Horrac

**E – mails:** saludytrabajo-sspsalud@ms.gba.gov.ar

**Autor/es:** María José Occhi

**E – mails:** marijocchi@yahoo.com.ar

**Autor/es:** Silvina Disipio

**E – mails:** sildis\_odont@yahoo.com.ar

**Pertenencia institucional:** Programa de Educación Permanente en Salud y Trabajo. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 51 n°446. La Plata (CP 1900)

### **Introducción**

El equipo del Programa de Educación Permanente en Salud y Trabajo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires viene desarrollando actividades de investigación desde su creación en 2007 focalizándolas en la implementación de la política pública que habilitó la constitución de Comités Mixtos hospitalarios a partir del 2011. Las investigaciones realizadas tienen como finalidad la mejora de nuestro desempeño pues uno de los objetivos de este Programa es el acompañamiento de estos espacios mixtos a través de la capacitación y asistencia técnica.

Para esta ponencia se recuperan los resultados y conclusiones de dos investigaciones desarrolladas entre 2011 y 2014 en las que se analizó la implementación de la política pública en cuanto a Gestión en Salud y Seguridad en el trabajo y Participación de los trabajadores –a través de sus



representantes gremiales- en los hospitales dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En el proceso de investigación se intentó responder sucesivamente a dos preguntas:

¿Qué procesos se establecen a partir de la participación de diversos actores en la conformación de los Comités Mixtos hospitalarios? y ¿Qué incidencia tienen las características del funcionamiento de estos espacios mixtos en la gestión hospitalaria?

En la primera investigación, desde un enfoque cuali-cuantitativo, se estudiaron 59 comités. Se identificaron actores que participan en los procesos de constitución y funcionamiento de estos espacios mixtos y sus acciones de organización interna así como aquellas propuestas realizadas para la mejora de las CyMAT; la incidencia del marco normativo provincial y la política ministerial para su desarrollo; y finalmente los obstáculos y facilitadores del proceso identificados por los propios actores. La segunda investigación, se trató de un estudio de caso colectivo sobre 3 comités desde un enfoque cualitativo, en el que se profundizó sobre las características de conformación y encuadre del funcionamiento buscando identificar las particularidades distintivas de cada uno de los casos seleccionados y analizar las modalidades de la incidencia de estos espacios mixtos en la Gestión de Salud y Seguridad a nivel hospitalario. En ambos estudios, se realizaron entrevistas individuales, observación directa no participante de las reuniones y observación documental. En el primero se instrumentó también una encuesta.

A continuación intentaremos exponer el contexto sociopolítico y normativo en el que la instalación de los CM ha tenido lugar, para luego desarrollar brevemente el marco conceptual que nos permitió aproximarnos a la comprensión de este fenómeno y que se pondrá en dialogo luego en las conclusiones.

### **Los Comités Mixtos y la Política pública**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en diversos convenios y recomendaciones y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Plan Mundial de Salud de los trabajadores y las trabajadoras para el período 2008-2017 coinciden en la importancia de realizar importantes esfuerzos para la prevención de riesgos y la protección y promoción de la salud en el ámbito laboral. La OIT en particular sugiere la creación de comités mixtos que tengan representación tanto de los empleadores como de los trabajadores con el objeto de abordar problemáticas relacionadas con las condiciones de trabajo y su medio ambiente.



Las Directrices Nacionales para los Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (Res. 523/2007), recomendaciones formuladas por el Ministerio de Trabajo de la Nación a través de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, consideran a la Participación de los trabajadores un elemento esencial del sistema para garantizar su eficiencia en Prevención de riesgos y Mejora de las Condiciones y Medioambiente de Trabajo (CyMAT). Estas recomendaciones ponen énfasis en el funcionamiento de los Comités Mixtos de Salud y Seguridad en el trabajo (CM) como instancia de “ejercicio de los derechos de los trabajadores en materia de salud y seguridad en el trabajo”. Estas Directrices desarrollan los alcances de los CM en relación a cada uno de los elementos que componen la GSST.

A nivel provincial, el Poder Ejecutivo ha puesto en marcha un proceso paulatino de para impulsar la mejora de las condiciones y el medioambiente de trabajo a través de la cooperación entre los representantes estatales y gremiales y la construcción de consensos en la materia: en 2008 se crea la Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público (CoMiSaSEP), con representación del Poder Ejecutivo Provincial y de los gremios de trabajadores estatales provinciales; en 2010, se aprueba la Ley Provincial 14.226 y en 2011, su decreto reglamentario 120 que obliga a la constitución de las Comisiones Jurisdiccionales Mixtas (CJM), impulsa la creación de los CM y reconoce la figura del Delegado de Prevención.

La definición de esta política pública queda expresada claramente en las palabras del Gobernador Scioli: “La participación de los trabajadores en las cuestiones atinentes a la salud y seguridad en el trabajo fue un tenaz e histórico reclamo de los gremios estatales en la provincia de Buenos Aires. A partir del año 2008, el gobierno provincial cambia el modelo conceptual e incorpora e impulsa, en acuerdo con los gremios estatales, la participación de los trabajadores en el tratamiento de las políticas públicas vinculadas a las CyMAT de los empleados del Poder Ejecutivo Provincial. Este consenso llevó a la creación de la Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público (CoMi-SaSEP), integrada por representantes del P.E.P. y de los sindicatos de los trabajadores estatales. Esta política provincial también impulsa la descentralización a través de la creación de las Comisiones Jurisdiccionales Mixtas, en cada uno de los ministerios, órganos y empresas que conforman el gobierno provincial. y que proponen acciones de capacitación y de gestión específicas según las necesidades de cada jurisdicción.”

La CoMiSaSEP es el único comité que funciona en una provincia argentina para el sector estatal comprendiendo un universo de unos 550.000 trabajadores representados por 25 asociaciones sindicales (AMET, APDFA, ABER, AEMOPBA, AERI, AMRA, AMS, APOC, APV, ATE,



CICOP, FEB, FEGEPPBA, SGP, Sindicato Personal Mensual de Hipódromos, SIPBA, SOEME, SOSBA, SSP, SUTEBA-CTA, SUTEP, UDA, UDOCBA, UF y UPCN).

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires incorpora este eje de política pública ya desde 2007 a través de la creación del Programa de Educación Permanente en Salud y Trabajo (Res. 6820/07 modificada por Res.56/09). Encara otras acciones específicas para la gestión jurisdiccional: la creación de la CJM (Res. 2329/10), la designación del Programa mencionado como su asesor (Res. 2329/10); y el impulso para la constitución de un CM en cada hospital público. Entre los documentos que orientan la gestión ministerial, se destacan el Decálogo de gestión hospitalaria que plantea las mejoras en la gestión que garanticen las condiciones de salud y seguridad en el trabajo como un eje estratégico y el Plan Quinquenal 2011-2015, en el que se promueve el “Fortalecimiento de las capacidades de planificación, formación y cuidado de los trabajadores de la salud”. Esta política pública ha sido difundida por la Dirección Provincial de Hospitales (DPH) en diversas jornadas y cursos de capacitación realizados desde 2007.

De acuerdo a los últimos datos publicados, a la actualidad se han constituido -por disposición de las Direcciones hospitalarias y con el aval de los gremios del sector- 47 CM en hospitales provinciales involucrando a medio centenar de personas que participan como miembros en tales espacios. Sin embargo, son escasos los datos que dan cuenta del funcionamiento actual de estos CM.

### **Democracia y participación**

Brugue (2011; pág. 365), quien reflexiona sobre la recuperación de la democracia a través de espacios de diálogo y participación explica que la democracia debería generar modelos de convivencia, es decir, facilitar la construcción de proyectos comunes por parte de los miembros de una comunidad que reconocen su dependencia recíproca y establecen relaciones de reconocimiento mutuo. De este modo los ciudadanos vehiculizan su participación en una práctica. Esta visión de la democracia entiende los conflictos no como un problema, “sino como una oportunidad para cooperar en un proceso de transformación colectiva”. En el espacio público, así entendido, los ciudadanos se comunican, argumentan, convencen, son convencidos por otros en pos de elaborar juntos nuevas opiniones. El diálogo adquiere un valor superlativo, que nivel operativo se caracteriza por: decisiones razonadas, construidas en espacios de cooperación; deliberación en un espacio público y comprensible para otros; deliberación, que no es charla informal, pues genera decisiones concretas; proceso deliberativo dinámico, con decisiones revisables; se trata de maximizar el



respeto mutuo y minimizar las diferencias, priorizando la voluntad del trabajo conjunto en busca de acuerdo y cooperación.

De este tipo de procedimiento para toma de decisiones en el espacio público, se pueden esperar “mejores políticas” ya que las decisiones colectivas adquieren mayor legitimidad, los debates favorecen una perspectiva pública en asuntos de interés colectivo, se reconocen las virtudes de cada posición y sus aportes en la toma de decisiones, permite reconocer errores y limitaciones en el marco de un proceso de aprendizaje y mayor comprensión de la realidad

Considera que el análisis de estos procesos debe hacerse desde la óptica del “para qué”, que no es otro que el fortalecimiento de la participación en lo público, en un camino de recuperación de la democracia que avanza desde la tecnocracia y la especialización hacia el diálogo y la participación. Deben tomarse en cuenta tanto las pautas de funcionamiento como las de comportamiento.

Con respecto a las pautas de comportamiento, plantea que la búsqueda de consenso no elimina el conflicto legítimo que implican las diversas posiciones necesariamente en juego. Subraya la importancia del respeto mutuo y una interacción constructiva en la manera en que cada persona defiende su posición, en el compromiso de una construcción conjunta.

Esta posición confía en las personas y ofrece un espacio de igualdad de condiciones respecto a sus capacidades de participación en los asuntos públicos y de influencia política. (Brugue; 2011; pág. 381)

Ahora bien, la participación en organizaciones piramidales se enfrenta a los desafíos de lidiar con una estructura basada en el poder formal, la construcción de la autoridad y la aparición de liderazgos.

Por una parte, existen en ellas personas con investidura formal de autoridad, que administran y deciden sobre el uso de los recursos y tienen personal a cargo. En algunos casos, esta investidura reviste autoridad reconocida por los miembros de la organización que se basa en el poder de disminuir la incertidumbre, cumplir con los objetivos planteados, ofrecer soluciones a problemas, satisfacer expectativas y necesidades y proteger a los miembros de la organización. En caso contrario, cuando alguien tiene poder formal pero no autoridad sus decisiones generan oposición, resistencia, sabotaje, crisis institucional.

El liderazgo, a diferencia de la autoridad, surge en momentos de cambio pues plantea innovaciones y convoca a involucrarse en él a otros miembros de la organización, da posibilidades de participar. Se genera una fuerte carga afectiva en la relación con el líder (identificación, idealización) y de los



seguidores entre sí (cohesión) que lleva a modificación de las conductas con respecto a la situación que deben enfrentar. (Burin et al.; 2008; pág. 131).

La participación es el ejercicio de una cuota de poder ejercido por cada participante. No hay participación sin poder. La participación efectiva es aquella en la que los miembros de una organización a través de sus acciones ejercen poder en los procesos de la vida institucional.

En las organizaciones participativas, el poder está orientado hacia la distribución más equitativa de las relaciones entre las partes, su esquema es la horizontalización de la gestión. Con la participación se intenta contrarrestar el poder personalista, se extiende el poder en una acción colectiva. Su lógica es el consenso y el trabajo conjunto.

El ejercicio eficaz del poder implica establecer vínculos de colaboración y de negociación permanentes entre partes, estos dos aspectos a su vez generan confianza recíproca y la satisfacción de necesidades mutuas. Para que el poder sea productivo es condición necesaria la implicación de los que participan, “ponerse la camiseta”. Para esto es clave la comunicación y el consenso. El consenso tiene por objetivo lograr la adhesión, la lealtad y el apoyo de los individuos y grupos participantes, sosteniendo una fuerte motivación. Una buena comunicación facilita la participación, permite la cohesión entre las distintas partes de la organización, aumenta la eficiencia y clarifica los objetivos de la organización. (Burin et al.; 2008; pág. 133)

### **Participación de los trabajadores en Salud y Seguridad en el Trabajo**

En cuanto a la participación de los trabajadores en la política pública referida a la gestión de salud y seguridad en el trabajo, existe consenso acerca de su pertinencia que se fundamenta en tres argumentos:

La participación es un *derecho*. El derecho a la salud conlleva el derecho a conocer cómo inciden las condiciones de trabajo en la propia salud y a promover cambios y mejoras en dichas condiciones. Es decir, comporta el derecho a participar en la política de prevención en la organización y a la negociación colectiva de las condiciones de trabajo.

“Habría que considerar la participación como consustancial al derecho a la salud, ya que la plena realización del potencial de vida sana de una persona implica el derecho a no verse sometida a la imposición de riesgos no deseados y, por tanto, a ser tenida en cuenta en la toma de decisiones que pueden condicionar su salud”. (Boix y Vogel, 2003)

La *necesidad* de la participación: la participación de los trabajadores en la prevención va más allá de ser una opción ideológica para convertirse en una necesidad metodológica. La 205ª reunión de



expertos de la OIT reconoció que: "al establecer los límites de exposición, es importante recoger las opiniones e impresiones de los trabajadores que constituyen la fuente primera de datos relativos a los efectos subjetivos experimentados en relación al medio laboral".

La *eficacia* de la participación: Hay un efecto intrínsecamente saludable de la participación que ha podido ser repetidamente demostrado en experiencias muy diversas.

La aproximación a un concepto operativo de participación exige tener en cuenta la diversidad de formas de implicación que se dan en la práctica.

En una escala progresiva, Boix y Vogel (2003) definen las siguientes categorías de participación, que se incluyen en el texto de las Directrices Nacionales (Res. 523/2007):

Información: es el nivel mínimo indispensable (la desigualdad informativa hace imposible la participación).

Consulta: contar con el punto de vista de los trabajadores pero manteniendo el poder de decisión.

Negociación: acuerdos específicos sobre cuestiones que vinculan a las partes, como los convenios colectivos.

Codecisión: mediante estructuras paritarias de decisión (máxima implicación de los trabajadores).

La Participación requiere normas legales (derechos de consulta, de información, de representación) pero, sobre todo, el reconocimiento en la práctica de la autonomía de los trabajadores para defender sus propios puntos de vista.

San Juan (2004; Pág. 9) define como participación de los trabajadores a nivel empresa "al proceso de construcción colectiva de las acciones de información, formación, consulta y cooperación, que permite el ejercicio de sus derechos en materia de salud y seguridad en el trabajo".

De acuerdo al sociólogo J. L. Laville (1991) la participación institucional se refiere a formas de negociación o co-decisión acordadas entre la dirección y los representantes elegidos por los trabajadores. Se trata de una participación representativa, regulada mediante normas legales y con garantías democráticas (elección). Los trabajadores participan en ciertas decisiones generales (salarios, condiciones de trabajo, salud laboral) pero de forma indirecta, delegando en sus sindicatos o en representantes elegidos. Las reglas de juego se fijan según los derechos reconocidos a los trabajadores. Los Comités Mixtos constituyen una forma de participación institucional.

Según lo establecido en las Directrices Nacionales sobre los SGSST (3.2 Participación de los trabajadores. Orientación) los instrumentos y medios idóneos para asegurar la participación de los trabajadores en materia de salud y seguridad en el trabajo son, según sus distintas denominaciones, los delegados de seguridad, los comités obreros de seguridad e higiene o comités paritarios de



seguridad e higiene, y los comités de seguridad y salud representativos de los empleadores y de los trabajadores. Estos instrumentos, junto con los que ha propuesto la OIT para instaurar sistemas de gestión de la seguridad y salud de los trabajadores en los lugares de trabajo, constituyen el basamento de toda estrategia destinada a reducir las tasas de accidentes y de enfermedades profesionales.

A nivel de la organización, Boix y Voguel (2003) entienden que la promoción de la participación implica asumir una nueva cultura que convierta a los trabajadores en verdaderos protagonistas de un proceso orientado a la mejora permanente de las condiciones de trabajo cuyo fin es conseguir mayores niveles de bienestar colectivo.

Para los autores, parece posible definir dos condiciones esenciales que debería cumplir una participación eficaz: por un lado el reconocimiento de los saberes de los trabajadores con el mismo nivel, en principio, que los del resto de participantes en la prevención (técnicos o directivos); y por otro el reconocimiento de la diversidad de intereses que implica el derecho de los trabajadores a disentir y a mantener un criterio autónomo.

Las experiencias de participación que han descripto presentan una serie de elementos en común que han ido configurando lo que denominan la "cultura sindical" en salud laboral: la prevención como objetivo prioritario; la participación como instrumento indispensable; la autonomía sindical como condición necesaria; la integración de conocimientos como metodología; y la mejora de las condiciones de trabajo como finalidad.

A pesar de los beneficios que aporta la participación, en la práctica se ve restringida por la hegemonía de un paradigma ingenieril y medicalizado de la relación Salud-Trabajo que coloca como actores activos a los profesionales de estos campos, y asigna un papel pasivo a los trabajadores". (Luna García; 2002). A ello Boix y Voguel (2003) añaden otros obstáculos estructurales a la participación, como la cultura jerárquica y estructura de poder. La estructura de poder en la empresa está diseñada para asegurar el control jerárquico sobre qué y cómo se produce. La participación de los trabajadores en salud laboral implica como mínimo cuestionar este exclusivismo en la toma de decisiones. A esta situación se suma la orientación tradicional de los servicios de salud laboral. La estructura y orientación de la mayoría de los servicios de salud en el trabajo suelen responder al principio de "proteger al trabajador pero sin el trabajador" considerado sólo desde la perspectiva de "objeto" de dicha intervención protectora.



## Los Comités Mixtos Hospitalarios

Hasta aquí hemos expuesto los fundamentos de la participación de los trabajadores en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, entendiendo que el espacio que ofrece el Comité mixto es aquel en el que se materializa el verdadero ejercicio de la participación.

Hasta hace pocos años, estos espacios mixtos resultaban impensados en el ámbito de las instituciones de salud estatales, por lo que este reciente proceso de instalación de CM locales ha puesto en evidencia la necesidad contar con pautas, guías, normas que estructuren y orienten el funcionamiento de los mismos así como herramientas que los sostengan en el tiempo.

Así es como paralelamente a la difusión de la Ley que promueve la creación de los CM, la CJM elaboró un Documento Modelo de Reglamento Interno para los CM hospitalarios en el que se los define como “un conjunto conformado por los representantes sindicales de los trabajadores y los representantes por parte del empleador, que con espíritu de cooperación, trabaja y consulta para identificar, recepcionar y gestionar la resolución de los problemas de Salud y Seguridad en el Trabajo (SST) que afectan a los trabajadores que se desempeñan en esta institución, como así también, recomendar las medidas de prevención, en apoyo a las iniciativas de la CJM en el marco de la política impulsada por el Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires y en cumplimiento de la normativa vigente. Tendrá como función efectuar las recomendaciones para el diagnóstico, planificación, ejecución y seguimiento de todas aquellas actividades relacionadas con la mejora de la calidad de gestión en materia de SST.”

De acuerdo a la recomendación de la CJM de Salud, el Reglamento Interno rige el funcionamiento de los CM de cada institución estableciendo objetivos, derechos, obligaciones, miembros, organización, funcionamiento, funciones de sus autoridades, orden del día, toma de decisiones, actas, relevamiento de riesgos entre otros.

En cuanto a Derechos y Obligaciones de los CM se establecen los de: mantener informada a la CJM sobre su constitución, funcionamiento y desarrollo de acciones; requerir a la CJM su intervención para la resolución de diferendos que se susciten en el CM; brindar información requerida para el Registro de los CM; identificar situaciones que puedan impactar negativamente sobre la salud de los trabajadores en el ámbito de su incumbencia; hacer recomendaciones respecto al mejoramiento de las condiciones y medioambiente de trabajo y al cumplimiento de las regulaciones, y monitorear su efectividad en el ámbito de su incumbencia; hacer recomendaciones respecto a programas educativos que promuevan la salud y la seguridad de los trabajadores y al cumplimiento de las regulaciones, y monitorear su efectividad; aconsejar respecto a las propuestas de cambios en los



procesos de trabajo o en la asignación de puestos que puedan afectar la salud y la seguridad de los trabajadores; procurar que la investigación de incidentes, accidentes, enfermedades y lesiones al igual que las inspecciones regulares se realicen de conformidad con los requerimientos de las regulaciones vigentes; requerir información al empleador respecto a los riesgos razonablemente predecibles para la salud o la seguridad, a los que los trabajadores puedan estar expuestos; colaborar activamente con las acciones que en el marco del cumplimiento de la normativa vigente sobre Salud y Seguridad en el Trabajo se lleven adelante en la Institución; y elaborar anualmente un informe sobre la gestión del CM para elevarlo a la Dirección del hospital y a la CJM

Con respecto a la organización y funcionamiento del CM se propone que se designe por consenso a un Presidente Titular y un suplente, un Secretario Titular y un suplente, siendo responsabilidad de cada miembro titular asistir a las reuniones. La rotación de los cargos designados (Presidente y Secretario) está prevista cada 6 meses, alternando la representación del Empleador y los Gremios, en el ejercicio de la Presidencia y Secretaría en cada período.

Se propone una periodicidad como mínimo mensual para llevar a cabo las reuniones ordinarias, indicando que las decisiones sean tomadas por consenso, con el acuerdo de todos los miembros. Asimismo enuncia que el CM podría solicitar el asesoramiento y colaboración de personas físicas, instituciones y organismos, públicos o privados, especializados en cada una de las materias en tratamiento.

Se indica que la autoridad máxima del hospital debería ser quien facilite la labor del CM para el cumplimiento adecuado de sus funciones, así como los recursos necesarios para su funcionamiento. Para asegurar el logro de los resultados en cuanto a mejoras de las condiciones y medio ambiente de trabajo, se propone que el CM elabore su plan de trabajo anual, organice el monitoreo de cada línea de acción y proceda a la evaluación periódica y anual para realizar los ajustes necesarios. Previo a la elaboración del plan de trabajo, se indica la realización por quien corresponda, del diagnóstico inicial tanto de la gestión de salud y seguridad en el trabajo en la Institución, como de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

También se enuncia que el CM puede organizar y participar de visitas a distintos sectores de trabajo y/o entrevistas a personal que allí se desempeñe, en el marco del relevamiento de riesgos, y en caso de tomar conocimiento de situaciones que pudieren afectar en forma grave e inminente la salud o vida de un trabajador, ésta podrá expedirse recomendando la paralización de tareas y solicitando a las máximas autoridades de la Institución su intervención inmediata.



Con la intención de formalizar el funcionamiento de los CM hospitalarios, la CJM ha propuesto que cada CM sea aprobado por disposición de la Dirección del hospital de acuerdo a un modelo que incluye la designación de los representantes sindicales de SSP, ATE, UPCN, AMRA, CICOP, representante/s de la Dirección y de las áreas con incumbencia en la temática, tales como Recursos Humanos, Servicios Generales, Enfermería, Infectología, Guardia, Consultorios Externos y Presupuesto entre otras. Asimismo se indica explicitar las funciones que dicho CM tendrá así como garantizar la comunicación acerca de la creación del CM a todo el personal de la institución. (CJM. Modelo de Disposición de creación de CM).

Otras recomendaciones de la CJM incluyen el uso de un procedimiento para la elaboración de actas así como el de otro para la “Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y elaboración de planes de acción en el Sector Salud”.<sup>1</sup>

### Los resultados y conclusiones de las investigaciones

La primera investigación finalizada en 2012, nos permitió aproximarnos superficialmente al nuevo fenómeno de los incipientes CM y sus hallazgos generales se transformaron rápidamente en nuevas interrogantes. En la segunda investigación, a través del estudio de caso colectivo la búsqueda se orientó a identificar tanto las similitudes como las diferencias de cada uno de los casos describiendo las particularidades de la dinámica del funcionamiento de los CM y analizando la participación de los mismos en la gestión de SST.

De los aportes de la bibliografía consultada y los antecedentes de investigaciones sobre este tipo de espacios de participación, rescatamos algunas ideas fuerza que se confirman con este estudio, a saber:

Los CM constituyen **espacios para impulsar cambios** en la GSST a través de un proceso grupal de cooperación que, en base a diagnósticos de elaboración colectiva, favorece la toma de decisiones.

La horizontalidad de los debates es una característica distintiva de estos espacios mixtos.

La **heterogeneidad de visiones** en juego y de los aportes de los representantes de cada sector - representantes de la Dirección, de los distintos sectores hospitalarios y delegados gremiales - en este

---

<sup>1</sup> Procedimiento de Identificación de Peligros, Evaluación de riesgos y Formulación del Plan de acción en el Sector Salud, elaborado por el PEPSyT, avalado por la Dirección Provincial de Hospitales y recomendado por la CJM. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/edup/procedimiento-identificacion-de-peligros-evaluacion-de-riesgos-y-plan-de-accion-en-el-sector-salud/>



espacio de participación institucional enriquece el proceso que es, en sí mismo, un proceso de aprendizaje.

Los miembros de estos espacios reconocen la necesidad de una formación continua que les permita comprender y actuar eficazmente sobre la realidad a transformar.

El **manejo de la información** por parte de todos los miembros del CM es un medio que habilita la participación efectiva, sin embargo, el saber especializado técnico-profesional podría llegar a ocupar un lugar de privilegio en las discusiones debido a la complejidad de la GSST en las instituciones hospitalarias. Solo la demanda oportuna de información, su distribución y análisis previo a las reuniones en las que se debate al respecto, asegura la equidad en la elaboración y formulación de propuestas fundadas por parte de todos los miembros del CM, requisito indispensable para la construcción de consensos pertinentes.

El **reconocimiento del saber de los trabajadores** en estos espacios mixtos es el resultado de un proceso de construcción y ejercicio de poder por parte de sus propios representantes quienes con su presencia, interés, formación e involucramiento activo en la tarea del CM pueden lograr una posición de igualdad, de horizontalidad en el diálogo, en el intercambio de opiniones y en la toma de decisiones.

Participación es **ejercicio de poder** y construcción de poder para favorecer los avances en GSST. Si no hay participación efectiva, no hay ejercicio de poder. Las ausencias, la escasa participación en los debates debilitan la participación de algunos miembros y por ende, de sus representados incrementando el poder en los demás.

La **responsabilidad del empleador** de asegurar el encuadre, la conformación y las condiciones para el funcionamiento de los espacios mixtos es reconocida por los diferentes actores en juego.

El **liderazgo** orientado a la tarea se construye y cohesiona al grupo alrededor de un objetivo común. Algunas de las **dificultades** que enfrentan los CM están vinculadas al tipo de organización a la que pertenecen: el hospital es una organización piramidal, de funcionamiento fuertemente regido por la estructura jerárquica y con compartimentos estancos.

La propuesta de constitución de estos espacios mixtos en los hospitales es uno de los ejes de política jurisdiccional, impulsado por la Dirección Provincial de Hospitales. Los convocados por la máxima autoridad hospitalaria para representar al Estado en cada CM así como aquellos delegados gremiales designados por sus sindicatos para formar parte de un CM se enfrentan a la oportunidad de aportar al fortalecimiento de la participación. Para ello, resulta fundamental que **compartan los fundamentos políticos e ideológicos** de esta política pública, consensuada entre el Poder Ejecutivo



Provincial y los gremios que nuclean a los trabajadores estatales. Compartir las metas de la política pública y los valores que la sustentan pareciera ser un requisito para la participación efectiva de los RE y RG en los espacios mixtos.

Los CM están sometidos a una **fuerte demanda de intervención en urgencia**. Planificar, realizar el seguimiento de las acciones y evaluar resultados les resulta una exigencia que aún no han logrado superar. Así mismo, la redacción de un documento que plasme el plan de trabajo anual aparece como un desafío a enfrentar.

El **seguimiento y evaluación de las acciones** encaradas son fundamentales para consolidar el CM a través del reconocimiento de los logros, fortalezas, debilidades del propio espacio mixto y de los obstáculos y facilitadores en relación a la institución hospitalaria y a otros actores externos con los que debe vincularse.

Sus miembros perciben que **comunicar y mostrar** resultados puede ser fundamental para alcanzar reconocimiento por parte del conjunto de los trabajadores y enfrentan serias dificultades para una comunicación efectiva.

Nos parece oportuno también mencionar las prácticas - identificadas en el trabajo de campo - que podrían favorecer u obstaculizar la participación en los espacios mixtos, incluyendo la palabra de los miembros de los CM estudiados. Juntos construimos las pistas para favorecer el fortalecimiento de esta política pública ministerial.

### ***En cuanto a la constitución y encuadre de funcionamiento de los CM***

Resulta clave respetar la normativa sobre la designación de miembros titulares y suplentes de modo de asegurar la continuidad de la representación, sea estatal o gremial, en el espacio mixto. La designación formal de todos los miembros y la elaboración de la disposición de creación por parte de la máxima autoridad hospitalaria constituye un modo de reconocimiento y legitimidad de dicho espacio, que habilita la participación institucional en GSST del CM.

“Nosotros como gremio vamos a pasar una nota al Director de que él es el responsable de la asistencia de los representantes del estado”

Es fundamental la designación de Presidente y Secretario, - y sus suplentes- respetando lo indicado por la normativa en cuanto a que deben ser representantes del Estado y los gremios pues es el único medio para sostener el carácter mixto.

La frecuencia y duración de las reuniones es un factor importante para sostener estos espacios y construir un funcionamiento de carácter operativo. Si bien la normativa establece una periodicidad de reuniones mensuales como mínimo, la frecuencia semanal parece ser la que más favorece una



construcción y proceso de maduración grupal, la orientación a la tarea, el involucramiento de los miembros y la productividad del grupo. La duración fijada para las reuniones debe contemplar los tiempos de encuentro del grupo y acomodación para la tarea por lo cual una hora pareciera ser escasa. Por otra parte, la cantidad de tiempo que dedican los miembros de cada CM a su tarea (en las reuniones y actividades por fuera de las reuniones) tiene directa relación con la cantidad de problemas en los que intervienen y el seguimiento de las gestiones iniciadas.

Contar con un lugar estable para las reuniones favorece tanto la organización grupal del CM como el reconocimiento del conjunto de los trabajadores. Sin embargo, no contar con éste no imposibilita el funcionamiento de los espacios mixtos. La Dirección debiera ser quien lo garantice como forma de reconocimiento a la participación institucional en GSST.

La asistencia de todos los miembros designados, ya sean titulares o suplentes, es un requisito planteado desde la normativa como modo de asegurar la efectiva participación.

“Como tratar temas hay miles, pero somos los que somos, lo que vos planteaste consta en acta y después vemos cuando lo vamos planteando. Tenemos que ir de a poco porque somos los que somos...”

“Cuando se crean los CM se busca que puedan ser operativos. Para la operatividad tienen que estar los gremios y los servicios centrales reconocidos por la institución y que puedan tomar decisiones”

“El CM necesita la representación de sectores...no que vengan a opinar, que traigan respuestas representando al sector.”

“Existe una ley y tienen que estar”

“Pero entonces estaríamos teniendo reuniones de CM donde sabemos de antemano que no se va a resolver nada y otras que van a ser efectivas...Todas tienen que ser efectivas...la idea original de formación del CM tenía que ver con que la integre gente que puede tomar decisiones.”

“No es lo mismo que tratemos un tema de sobrecarga eléctrica y que estén los de Usina a que no estén. Esa es la importancia de que estén representados los sectores. Sino el CM se ve como que dicta ordenes a otro sector y ese las tiene que cumplir...”

El quórum establecido por el Reglamento interno debiera ser respetado para habilitar el funcionamiento ya que es requisito para asegurar el carácter mixto y legitimar las decisiones tomadas.

“Si no hubo quórum se debería poner en el acta que no hubo quórum y se levanta la sesión, así son las actas de la Jurisdiccional...”



La percepción de los asistentes de la importancia de asegurar la continuidad del funcionamiento – amenazado por las ausencias – genera prácticas alternativas:

“...lo que no quiere decir que si nos reunimos no hayamos avanzado. Tenemos como dos patas, lo formal y lo informal...no necesariamente que no haya quórum significa que nos vayamos todos, por ahí podemos decir: mira ya que estamos, aprovechemos...”

La documentación elaborada por cada CM es un elemento que favorece la construcción de memoria e historicidad del CM, el ordenamiento y la continuidad de los temas abordados, la identificación de los posicionamientos de cada miembro, el proceso de construcción del consenso, y el seguimiento de las gestiones iniciadas así como la transparencia desde el punto de vista del conjunto de los trabajadores.

“Aunque tengamos cosas individuales, vamos a tener que afinar la puntería con respecto a los registros porque por ahí se están haciendo cosas que es gestionar, es hablar, pero no lo tenemos en un documento...sumaría a incentivar a otros compañeros a participar o que sirva como precedente como resolución para alguna otra cuestión a futuro”.

### ***En cuanto a la dinámica de funcionamiento de los CM***

Los roles del Presidente y Secretario resultan de importancia en la dinámica de funcionamiento y sus estilos impactan en el modo de encarar los debates y la construcción de consenso del CM. Coordinar la reunión, hacer circular la palabra son características de un liderazgo democrático deseable para estos espacios mixtos cuyo objetivo es la participación grupal en la toma de decisiones.

Por otro lado, la tarea del Secretario en cuanto a la convocatoria a reuniones, difundir el orden del día y la toma de notas para la elaboración de actas es constitutiva de su rol en estos espacios y clave para asegurar la participación. La reglamentación que fija un plazo de 6 meses para su renovación no se cumple y esto pudiera vincularse con el tiempo necesario para lograr la apropiación del rol.

La constitución del espacio mixto no asegura por sí misma la efectiva participación y el intercambio de las distintas miradas. Se trata de un proceso en construcción donde la asistencia, la pertinencia de las intervenciones, la actitud de diálogo y cooperación durante las reuniones son indicadores del compromiso de los miembros de un CM con la tarea.

“En una de las reuniones en el Ministerio, cuando estábamos haciendo la formación, una de las cosas que me movió la estantería con respecto a este comité vs. los otros comités es que nosotros acá nos tenemos que manejar distinto porque acá lo que se busca es un consenso a nivel horizontal



entre los gremios y la Dirección. En este nosotros estamos en igualdad de condiciones con la Dirección...Este comité es distinto y uno tiene que comportarse distinto”

“La forma nuestra de trabajar muchas veces es la denuncia, pero ahora que estamos en el comité vamos manejando otra manera” (RG)

El manejo de la información necesaria para la tarea por parte de todos los miembros de un CM es imprescindible para asegurar la participación efectiva y democrática en CM. Para que esto sea posible, se requiere que aquel que posee información pertinente la ponga en común así como quienes no la poseen la demanden como requisito para su participación en los debates.

“Pero viste, si nosotros tenemos un mail común” “Yo quiero insistir en algo, el listado de las cosas que vayamos resolviendo sería bueno que lo tengamos todos...porque aparte creo que nos ayuda...es un estímulo...”

La formación en SST de los miembros del CM requerida por la normativa vigente, deviene un aspecto relevante tanto a la hora de interactuar adecuadamente en estos espacios así como de valorar la importancia de contar con información confiable para la toma de decisiones.

“Nosotros desde que empezamos en 2012 a cada capacitación que dan, capacitación que vamos. Vamos con plata de nuestro bolsillo”

El apoyo externo aparece como una necesidad en el proceso de maduración grupal y orientación a la tarea.

### ***En cuanto a la participación de los CM en GSST***

La planificación es imprescindible para la eficacia de la tarea de un CM. Contar con un plan de trabajo anual es una exigencia establecida por la CJM en el Modelo para la formulación de los Reglamentos internos. La planificación de las acciones de los CM debiera incluir la definición de prioridades, el diagnóstico de la situación inicial sobre la que se interviene, la definición de acciones, responsables, plazos de tiempo, y la evaluación una vez implementadas.

Las demandas múltiples en urgencia y la complejidad de dar curso a las intervenciones que requieren la articulación con actores diversos dificultan la planificación en el seno de los CM.

El tratamiento de problemas relacionados con los factores psicosociales en el trabajo, en particular los relacionados a situaciones de violencia interna o externa es abordado por los CM aunque reconocen dificultades al respecto:

“Nosotros sabemos todo, pero no sabemos cómo plasmarlo. Como un riesgo 5 lo viste y le sacaste una foto, pero la parte psicosocial no sé cómo encararla”



“Más allá de la capacitación debiera existir una estrategia de acción. No es solamente sentarse a ver los hechos de violencia y codificarlos...necesitamos una estrategia porque estas cosas son graves”

Por otra parte, la posibilidad de un grupo de planificar su tarea corresponde a etapas avanzadas del proceso de maduración grupal, requiere tiempo de funcionamiento efectivo y compromiso de los miembros. Reconocer los logros, evaluar adecuadamente los resultados es un modo de consolidar al grupo alrededor del objetivo común y mejorar el desempeño de la tarea.

Contar con una herramienta como el Procedimiento de identificación de peligros, evaluación de riesgos y plan de acción en el sector salud es un facilitador y ordenador de la tarea del CM. La implementación de este procedimiento es, sin embargo, una alta exigencia para los espacios mixtos pues requiere que los miembros estén capacitados y destinen tiempo por fuera de las reuniones.

La participación de los CM en GSST tiene directa vinculación con el reconocimiento de su rol por parte de las Direcciones hospitalarias. En principio a nivel formal se requiere la aprobación de la conformación que legitima el espacio mixto:

“De buena voluntad seguimos funcionando porque sino...” “Hace meses que presentamos todo...”

Otro elemento fundamental que fortalece la efectividad del CM es la designación de un Director Asociado como miembro del CM. Esta elección facilita las gestiones acortando los tiempos de implementación de las recomendaciones del CM. Sin esta legitimación, el espacio mixto enfrenta numerosos obstáculos en la articulación con actores externos. La formación y el estilo de quien asume esta representación es determinante tanto para la dinámica de funcionamiento del CM como para su participación efectiva en GSST. La participación de un miembro del equipo de Dirección en los debates aporta claridad a la hora de analizar propuestas de mejora y asegura su viabilidad:

“Estamos bastante lejos de hacer las cosas como se deben... la idea nuestra desde el CM es tratar de empezar a hacer algo que sirva no solamente para el hospital sino que sea ejemplificador para otros hospitales...”

“tenemos 10 temas y podemos 2”

“La Dirección hace lo que puede con lo que tiene”

“En cuestiones estructurales nos tenemos que sentar a ver cuáles son las posibilidades operativas de resolver”

Los miembros de los CM deben reflexionar permanentemente en cuanto a los alcances de sus intervenciones para no confundir su participación en la GSST: recomendar, en base a diagnósticos fundados, cursos de acción adecuados y propuestas viables para la mejora de la GSST.



“No somos ejecutivos, nosotros informamos al Director y él en base a los medios con que cuenta va a decidir primero hago esto, esto y esto”

“Nosotros no estamos en igualdad de condiciones. El Director tiene la función ejecutiva y nosotros no la tenemos”

Además de formular propuestas a la máxima autoridad hospitalaria, los CM encaran acciones basadas en la iniciativa y compromiso de sus miembros que articulan con otros actores hospitalarios; utilizan para ello los recursos propios de la institución.

El escaso reconocimiento de su actuación y logros por parte del conjunto de los trabajadores impacta sobre los miembros del CM:

“Yo, estando en contacto permanente con la gente, día a día con el público me voy dando cuenta que más del 50% del hospital no tiene ni idea que existe el CM, y es lo que vengo planteando ... Por más que hagas afiches ...no hay una información fehaciente del CM al empleado del hospital...no saben que estamos, que esto es una herramienta para mejorar las condiciones de trabajo y salvaguardar la seguridad de los empleados...hay que tratar de informar a la gente...tienen una idea totalmente desdibujada de los que es el CM. Dicen: “... hablan, hablan y no llegan a nada”...Eso es lo que escuche. Yo pienso que el CM es una herramienta para estar mejor dentro del hospital, por eso estoy acá. Y todo lo que se hace no se da a conocer porque la gente no entra al blog, ni sabe de las actas, los integrantes, la reglamentación, donde nos reunimos...Si veo que esto no va para atrás ni para delante me voy a mi oficina, estoy acá porque creo.”

Para asegurar la legitimación de este espacio por parte de los trabajadores, es indispensable que el CM genere diversos modos de comunicación que superen las limitaciones de la comunicación formal.

“Estoy de acuerdo, pero ni los jefes leen la información. El 50% no lo lee”

Dar a conocer las decisiones, las iniciativas tomadas y los resultados obtenidos favorece la visibilización y comprensión por parte de los trabajadores de la tarea del CM. Por otra parte, el reconocimiento de los trabajadores resulta un refuerzo de la motivación de los miembros del CM.

“Hemos recorrido sala por sala informando sobre la existencia del CM. Estamos recorriendo sala por sala explicando lo que venimos haciendo...hemos llevado los mapas de riesgo...de los 100 lugares que hay acá, en 30 lo hicimos, les hemos llevado la ley...”

“El boca a boca, el radio pasillo bien utilizado es uno de los mejores métodos que tenemos de comunicación. Con el tema de los sindicatos creo que es otro excelente tema que tenemos. Si los



sindicatos lo usan bien y se identifican como integrantes del CM. Y que diferencien lo que es un logro sindical de los que es un logro del sindicato en el CM, bárbaro...”

“...que cada área representada en el CM se ocupe de hacer promoción dentro de su área”

“Un cartelito donde se cambio algo: “Esto lo logramos por gestión de...” Es rápido, no es caro y es lo que usa el gobierno...”

“Yo propongo dos cosas: analicemos el tema de la intranet y la base de datos que tiene docencia, que tiene hasta el último residente que ingreso...o que informática tenga la misma base de datos que docencia”

“El CM para que sea valorado tiene que tener éxito en los pequeños puntos, tiene que concretar. A la gente por mas que se entere no garantiza que se va a sumar porque los que se han enterado, muchos se han burlado, desde una mirada que es la cultura que hay que cambiar dentro del Hospital...”

La implementación de las recomendaciones formuladas por el CM no solo es de importancia para la mejora de la GSST en los hospitales sino que es condición para el sostenimiento de la convicción de sus miembros en que su tarea puede tener un impacto positivo.

“Cómo vemos nosotros la acción final de esto? Es solamente elevar denuncias y planes que no se cumplen? Necesitamos ver...” “Es necesario, incluso para el estímulo nuestro de seguir, el incentivo”

“...llegado el momento el diálogo y el consenso tienen límites en el tiempo...ahí tienen un problema los que impulsan este tipo de CM y lo dejan librado a las realidades locales”

Como conclusión podemos afirmar que:

- Las características de la conformación y el encuadre inciden directamente en la construcción del espacio mixto y en el proceso de participación.
- Cada CM en tanto grupo de trabajo construye una dinámica de funcionamiento particular y propia.
- El encuadre y la dinámica de funcionamiento resultan fundamentales a la hora de establecer las modalidades y alcances de la participación de los CM en GSST.

### **Algunas reflexiones finales**

Las investigaciones realizadas confirman la importancia de la efectiva participación de los representantes de los trabajadores en espacios mixtos cuya potencia se manifiesta en las atribuciones que la normativa vigente les asigna.



Así mismo, los resultados del estudio del funcionamiento de estos espacios a nivel hospitalario ponen en evidencia las dificultades que existen a la hora de apropiarse del mismo por parte de sus miembros. Atribuimos esta situación tanto a los requerimientos de tiempo y dedicación que se requieren por parte de los miembros para resolver problemas hasta entonces invisibilizados, así como a la necesidad de generar redes y modos de accionar diferentes a los que la cultura institucional contemplaba hasta el momento.

El cambio del ejercicio de los roles de los representantes de la Dirección, de las jefaturas de sector y el de los propios delegados gremiales constituyen un desafío al que los miembros de los CM se ven confrontados.

Los intercambios que tienen lugar en las reuniones de los comités dan cuenta de que la horizontalidad de estos espacios no está dada sino que se construye en lucha con relaciones paternalistas instituidas a lo largo de la historia y fuertemente marcadas por el respeto al saber técnico-profesional hegemónico en la cultura hospitalaria. En este sentido, las marcadas diferencias en los recursos de los que cada actor dispone se hacen evidentes. Por otra parte, la articulación de actores diversos, con intereses diferentes conlleva un esfuerzo para todos y necesita de la construcción de liderazgos que parecen aún escasos.

La búsqueda de consensos sobre el modo de mejorar las condiciones y medioambiente de trabajo se enfrenta a la dificultad de los actores para procesar información, analizar problemas y tomar decisiones. El diálogo que se estimula no siempre consigue ordenarse y direccionalizarse con fines operativos, y cuando lo hace carece de planificación suficiente para incidir en la Gestión hospitalaria de la Salud y Seguridad en el trabajo.

La participación en estos espacios pareciera estar signada más por voluntades e intereses personales que por la respuesta orgánica a una política pública construida e impulsada por el Estado y los gremios estatales.

Por otra parte, la exigencia para los espacios de participación se incrementa a medida que los mismos se insertan en niveles de mayor contacto con las realidades locales. Es decir que quienes integran los CM hospitalarios, son quienes conviven diariamente con los riesgos y con el conjunto de los trabajadores que, conociendo las deficiencias institucionales, cuestionan la capacidad de estos espacios mixtos para impulsar los cambios esperados. La dificultad de encontrar el modo de aportar a la solución de problemáticas complejas y de larga data, y el hecho de ser cuestionados por los destinatarios de sus acciones suele ser motivo de frustración entre los miembros y desgaste del espacio mixto.



Cabe entonces, esbozar algunas preguntas que podrían motivar nuevas líneas de investigación: Cuáles son las condiciones que asegurarían la continuidad de los CM? Cómo asegurar el involucramiento de los equipos de dirección hospitalaria y la valorización de estos espacios? Cómo mejorar la calidad de la representación y el ejercicio de poder por parte de los delegados gremiales que participan de los espacios mixtos?

### Referencias bibliográficas

- *AGUILAR IDEÑEZ, M.J. (2001). La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad? Cap. 2. Aspectos claves de la participación comunitaria en salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid.*
- *ANDER-EGG E. (1998). ¿Cómo hacer reuniones eficaces? Ed. Lumen. 7ma. Edición. Bs. As.*
- *BOIX P. Y VOGEL L. (2003) Participación de los Trabajadores. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (Comisiones Obreras), Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité. (no pude encontrar la editorial)*
- *BRUGGE J. “Recuperar la democracia: de la tecnocracia y la especialización al diálogo y la participación” en AMAYA P. Y OTROS. (2011) El Estado y las Políticas Públicas en América Latina. El Estado y las Políticas Públicas en América Latina. Ed. Universitaria de La Plata. La Plata.*
- *BURIN D., KARL I., Y LEVIN L. (2008). Hacia una gestión participativa y eficaz. 7ma. Edición. Ed. Ciccus. Bs. As.*
- *CAMISAZA E., GUERRERO M. Y DE DIOS R. (1997) Planificación Estratégica. Metodología y Plan estratégico de las organizaciones comunitarias. CENOC. Secretaria Desarrollo Social de la Nación (capacitación a distancia en gestión de organizaciones comunitarias) Vol. 2. Buenos Aires.*
- *CJM. Documento Modelo de Reglamento interno para los Comités Mixtos Hospitalarios. [www.ms.gba.gov.ar/programas/EduP/pdf/Material/Reglamento\\_interno\\_CM.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/programas/EduP/pdf/Material/Reglamento_interno_CM.pdf)*
- *CJM. Instructivo para la elaboración de Actas. [www.ms.gba.gov.ar/programas/EduP/pdf/Material/Actas\\_CM.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/programas/EduP/pdf/Material/Actas_CM.pdf)*



- *CJM. Modelo de Disposición de creación de Comités Mixtos.*  
[www.ms.gba.gov.ar/programas/EduP/pdf/Material/Modelo\\_Disposicion.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/programas/EduP/pdf/Material/Modelo_Disposicion.pdf)
- *COLLER X. (2005) Cuadernos Metodologicos N° 30. Estudio de casos. Ed. Centro Investigaciones Sociológicas. España.*
- *COMISIONES OBRERAS DE CASTILLA Y LEÓN. (2011) Comités de Seguridad y salud Laboral. Participar para prevenir. Ed. Secretaria de salud Laboral, Grafica Santa María. Valladolid, España.*
- *ENZ A., FRANCO V. Y SPAGNUOLO V. (2012). Manual de comunicación para organizaciones sociales: hacia una gestión estratégica y participativa. 1a ed. 1a reimp. - Capital Federal: Asociación Civil Comunia.*
- *HERNANDEZ SAMPIERI R, FERNANDEZ COLLADO F, y BAPTISTA LUCIO P. (1997) Metodología de la Investigación. Ed. McGraw-Hill. México.*
- *HORRAC, B. Y COLS. (2012) “Comités Mixtos de Salud y Seguridad en el Trabajo en Hospitales de la Provincia de Buenos Aires”. Programa de Educación Permanente en Salud y Trabajo. Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. [www.ms.gba.gov.ar/sitios/edup/files/2014/.../Comite-Mixto-SST-2012.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/edup/files/2014/.../Comite-Mixto-SST-2012.pdf)*
- *INSTITUTO LABORAL ANDINO (ILA). (2007) Consejo Consultivo Laboral Andino (CCLA). “Los Comités de Salud y Seguridad en el Trabajo y la Participación de las Trabajadoras y Trabajadores”. Documento de trabajo n° 8.*
- *LAVILLE J.L. (1991) Pour une typologie des formes de participation. Travail. En BOIX P. y VOGEL, L. Op. Cit.*
- *Ley Provincial N° 14226 sobre Participación de los Trabajadores en Salud y Seguridad en el Empleo Público. Publicada en el Boletín Oficial N° 26521 del 25-ene-2011. Y Decreto 120-11. Reglamentario de la Ley 14226.*
- *LUNA GARCIA, J.E. (2002) “La Participación en Salud Laboral de los trabajadores y las Trabajadoras en Colombia”. Fondo Editorial 28 de Julio.*
- *MARRADI A. ARCHENTI N. Y PIOVANI J. (2007) Metodología de las ciencias sociales. 1ra. Ed, Emecé Editores. Buenos Aires.*
- *OIDP. (2006) Guía práctica para la evaluación de procesos participativos. Documento de apoyo. Observatorios Locales de Democracia Participativa. Documento elaborado a partir de*



los GT's coordinados por: Ayuntamiento de Donostia - San Sebastián. Secretaría Técnica del OIDP. Barcelona.

[http://www.oidp.net/?eID=BCN\\_OIDP\\_Public\\_Files::ajax\\_Methods&function=DOWNLOAD  
&ref\\_type=10&ref\\_ID=46&ref\\_lang=ES](http://www.oidp.net/?eID=BCN_OIDP_Public_Files::ajax_Methods&function=DOWNLOAD&ref_type=10&ref_ID=46&ref_lang=ES)

- OPS. (2005) *Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud. Manual para Gerentes y Administradores.* Washington DC.
- PINATEL, C. (2012) "Los Comités de Higiene, seguridad y Condiciones de Trabajo, Entre dispositivos y prácticas" Estudio realizado en colaboración entre el Departamento de ergonomía de la Universidad de Bordeaux y la Red ANACT. Material de apoyo a la exposición en el Seminario Internacional denominado "El comité de salud, seguridad y condiciones de trabajo en Francia: entre los dispositivos y prácticas" a cargo de la responsable de proyecto de la ARACT Languedoc-Roussillon, Red ANACT, Francia, desarrollado los días 27, 28 y 29 de noviembre de 2013. Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP, La Plata.
- PLAN QUINQUENAL 2012-2016. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
- POCCIONI, M.T. (2007) *Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores. Estudios Preliminares. Programa de mejora de atención a la comunidad en hospitales públicos.* La Plata.
- RESOLUCIÓN CONJUNTA DE CREACIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA DE SALUD Y SEGURIDAD DEL EMPLEO PÚBLICO (CoMiSaSEP). (2008). Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Jefatura de Gabinete y Gobierno, Ministerio de Trabajo, Secretaria General de Gobernación.
- RESOLUCIÓN TIPO DE LAS COMISIONES MIXTAS JURISDICCIONALES. (2009).
- SAN JUAN C. (2004) *Participación de los Trabajadores en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo en Argentina.* OIT. (Serie: Documentos de Trabajo, 187). Buenos Aires,
- STRAUSS A. Y CORBIN J. (2012). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Ed. Universidad de Antioquia. Ira. Edición en español. Medellín, Colombia.
- WAINERMAN C. Y SAUTU R. (1998). *La Trastienda de la Investigación.* Ed. Belgrano. Bs. As.