

APRL Archivos de Prevención de riesgos laborales

Vol. 23(1)

Enero-Marzo 2020

Fundada en 1963 como Medicina de Empresa

Depósito legal: B-14.661-1988 · ISSN: 1138-9672 · ISSN electrónico: 1578-2549



Photo by Viktor Forgacs

APRL Archivos de Prevención de riesgos laborales

Depósito legal: B-14.661-1988 · ISSN: 1138-9672 · ISSN electrónico: 1578-2549

Archivos de Prevención de Riesgos Laborales es la revista científica de la Associació Catalana de Salut Laboral, cuenta con un proceso de revisión externa (peer review) y publica trabajos relacionados con la prevención de riesgos laborales y la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores desde todos sus ámbitos, incluyendo la Medicina del Trabajo, la Higiene Industrial, la Seguridad, la Ergonomía, la Enfermería del Trabajo, la Psicosociología del Trabajo y el Derecho del Trabajo.

Archivos de Prevención de Riesgos Laborales es una revista *Open Access*, lo que quiere decir que todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario o su institución. Los usuarios están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, de acuerdo con la definición BOAI de open access.

Archivos de Prevención de Riesgos Laborales no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos. La licencia CC BY-NC-ND 4.0, que es la de los artículos de la revista, permite a otros distribuir y copiar el artículo e incluirlo en una obra colectiva (como una antología) siempre y cuando no exista una finalidad comercial, que no se altere ni modifique el artículo, y siempre que se indique la autoría y cite apropiadamente el trabajo original.

Periodicidad:

4 números al año

Esta revista está dirigida a:

Profesionales de la prevención de riesgos laborales, investigadores y especialistas en medicina del trabajo, enfermería del trabajo, seguridad, higiene, ergonomía y psicología aplicada.

Indexada en:

Archivos de Prevención de Riesgos Laborales está indizada en: MEDLINE/PubMed, Índice Médico Español (IME), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Latindex, Embase, DIALNET y SciELO España.

Secretaría Editorial:

ASSOCIACIÓ CATALANA DE SALUT LABORAL

Carrer Major de Can Caralleu, 1-7

08017 Barcelona

e-mail: archivos@academia.cat

Correspondencia científica:

ASSOCIACIÓ CATALANA DE SALUT LABORAL

Carrer Major de Can Caralleu, 1-7

08017 Barcelona

e-mail: archivos@academia.cat



<http://archivosdeprevencion.eu>

Visite la web de la revista si desea enviar un artículo, conocer las políticas editoriales o suscribirse a la edición digital.

© El titular de los derechos de explotación es la Societat Catalana de Salut Laboral que permite la reproducción, el almacenamiento en un sistema de recuperación y la transmisión, no incluyendo su uso para la creación de obras derivadas ni con fines comerciales.

Publicación autorizada como soporte válido. Ref. SVR núm. 203-R-CM

Protección de datos: La ASSOCIACIÓ CATALANA DE SALUT LABORAL declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Equipo editorial

Directora:

Elena Ronda
Universidad de Alicante

Editores asociados:

Jordi Delclós
Universidad de Texas (Houston)
Guillermo García González
Universidad Internacional de La Rioja (Logroño)
José Miguel Martínez (Editor Estadístico)
MC Mutual (Barcelona)
José María Ramada Rodilla
Centre d'Investigació en Salut (CISAL-UPF, Barcelona)
María del Mar Seguí
Universidad de Alicante (Alicante)

Comité Editorial Internacional:

Marcelo Amable
Universidad de Avellaneda (Buenos Aires, Argentina)
John Astete
Instituto Nacional de Salud (Lima, Perú)
Ada Avila
Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte, Brasil)
David Coggon
University of Southampton (Reino Unido)
Cecilia Cornelio
Superintendencia de Riesgos del Trabajo (Argentina)
Sarah A. Felknor
University of Texas (Houston, EE.UU.)
Claire Infante-Rivard
MacGill University (Montreal, Canadá)
Dana Loomis
University of Nevada (Reno, EE.UU.)
Ewan B. Macdonald
University of Glasgow (Reino Unido)
Lida Orta
Universidad de Puerto Rico (San Juan, Puerto Rico)
Marianela Rojas
Universidad Nacional de Costa Rica (Heredia, Costa Rica)
Kyle Steenland
Rollins School of Public Health (Atlanta, EE.UU.)
Benedetto Terracini
Università di Torino (Italia)
Alejandra Vives
Universidad Católica de Chile (Santiago de Chile)
María Luz Vega
ILO (Ginebra, Suiza)

Consejo Rector:

Jordi-Carles Schlaghecke i Gras
Ex-presidente de la SCSL
Elisabeth Purí Pujals
Presidenta de la @SCSL
José María Ramada Rodilla
Tesorero de la @SCSL
Leyre de la Peña Perea
Secretaria de la @SCSL
Ana M. García
Ex-directora Archivos de Prevención
de Riesgos Laborales
Joan Inglés Torroella
Vicepresidente de la @SCSL

Comité Editorial:

Juan Alguacil
Universidad de Huelva
Lucia Artazcoz
Agencia de Salud Pública de Barcelona
Pere Boix
I+3 consultores
Santiago Calvet
Associació Catalana de Salut Laboral
Emili Castejón
Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo
Fernando G. Benavides
Universitat Pompeu Fabra
Montserrat García-Gómez
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Ramona García Macià
Departament de Salut, Generalitat de Catalunya
Vega García
Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
Águeda Giráldez
Associació Catalana de Salut Laboral
Joan Guasch
Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo
Manolis Kogevinas
ISGLOBAL
María López-Ruiz
Universitat Pompeu Fabra
Francisco Marqués
Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo
Emilia Molinero
Departament Empresa i Ocupació Generalitat de Catalunya
Mari Cruz Rodríguez-Jareño
Universitat de Girona
Carlos Ruiz Frutos
Universidad de Huelva
Consol Serra
Centre d'Investigació en Salut (CISAL-UPF, Barcelona)
Mònica Ubalde-Lopez
ISGlobal
María Teófila Vicente-Herrero
Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT)
Rocío Villar
Parc de Salut Mar



Buscamos revisores externos para Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. Queremos ampliar y renovar nuestra base de revisores. Si estás interesado/a **Regístrate en la revista.**

Sumario // Contents

Editorial // Editorial

La formación de médicos y enfermeras del trabajo en España: una mirada histórica hasta llegar al presente

Training of occupational physicians and nurses in Spain: a historical review

José María Ramada, Gloria Nohales..... 5-13

Nota editorial // Editorial Note

Archivos 2019: Bienvenido OJS: apuesta decidida por la calidad y la visibilidad editorial

Archivos 2019: Welcome OJS! Betting on quality and greater editorial visibility

Laura Fontcuberta, Jordi Delclós, Guillermo García, José Miguel Martínez, José M. Ramada, Elena Ronda..... 14-21

Originales // Original Articles

Teletrabajo: Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia

Teleworking: Occupational Health and Safety Management in Colombia

Ivonne Constanza Valero-Pacheco, Martha I. Riaño-Casallas..... 22-33

Estudio sobre las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo en España

A study of Occupational Health Nursing competencies and skills in Spain

Javier González Caballero..... 34-51

Revisión bibliográfica // Review Articles

Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis

Systematic Review of the Reduction of Negative Emotional Effects in Emergency and Catastrophes Workers Through Catharsis Techniques

Blanca Prieto-Callejero, Juan Gómez-Salgado, Francisco Alvarado-Gómez, Adriano Dias, Juan Jesús García-Iglesias, Carlos Ruiz-Frutos..... 52-67

Mejorar la calidad de las evaluaciones de riesgos psicosociales mediante el control de sesgos

Improving the quality of psychosocial risk assessments based on the identification and control of bias

Rita Louzán Mariño..... 68-81

Archivos Evidencia

¿Cómo prevenir las agresiones a los médicos?

How to prevent attacks on doctors?

Carlos Enrique Alvarez Agudelo..... 82-87

Sociedades // Societies

Segundo congreso internacional de la Sociedad Portuguesa de Medicina del Trabajo

Segon congrés internacional de la Societat Portuguesa de Medicina del Treball

Mari Cruz Rodríguez-Jareño..... 88-91

Clausura de la última campaña de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

Cloenda de l'última campanya de l'Agència Europea per la Seguretat i la Salut en el Treball

Rosa Maria Orriols Ramos, Mari Cruz Rodríguez-Jareño..... 92-95

Archivos Selección

Mind the gap: profesionalización y seguridad y salud en el sector de la construcción

María Segarra Cañamares, Guillermo García González... 96-100

Archivos Formación

Archivos Formación. Vol. 23(1)

Coord. de sección: Águeda Giráldez Fernández..... 101-105

Noticias // News

Noticias desde la Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo..... 106-107

Noticias desde el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo..... 108-111

DIADA de L'Associació Catalana de Salut Laboral

XXIX DIADA de la @SCSL:

Resúmenes de las comunicaciones libres

Barcelona, 27 de noviembre de 2019..... 112-123

XXIX DIADA de L'@SCSL:

Resums de les comunicacions lliures

Barcelona, 27 de novembre de 2019..... 124-136

Congresos // Conferences

Próximos congresos..... 137-140

La formación de médicos y enfermeras del trabajo en España: una mirada histórica hasta llegar al presente

Training of occupational physicians and nurses in Spain: a historical review

José María Ramada ^{1,2,3}

Gloria Nohales⁴

¹Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Laboral Parc de Salut Mar, Barcelona, España

²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, España

³CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

⁴Jefa de Estudios. Comisión de Docencia Parc de Salut Mar, Barcelona, España

Fechas · Dates

Recibido: 2019.11.09

Aceptado: 2019.12.07

Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

José María Ramada

E-mail: JRamada@parcdesalutmar.cat

Con el título *Quo Vadis Salud Laboral?* se ha presentado este año la XXIX Diada de la *Associació Catalana de Salut Laboral*, que ha tenido lugar en el marco incomparable del recinto modernista del Hospital de Sant Pau de Barcelona, declarado Patrimonio Mundial por la UNESCO en 1997. A ningún profesional sanitario de la salud laboral le pareció extraña la cuestión planteada (*Quo Vadis?*) porque con los años, la incertidumbre sobre el futuro de las dos especialidades preventivas (sanitarias) de largo recorrido en España y además previstas en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales se ha convertido ya en un problema secular.

La OMS define la medicina del trabajo como «la especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo». Pero tal como se explica en Ruiz-Frutos⁽¹⁾, haciendo referencia a un artículo de Macdonald⁽²⁾, las competencias de los médicos del trabajo ya fueron claramente descritas por Bernardino Ramazzini en su obra *De Morbis Artificum Diatriba* (Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores)⁽³⁾, cuando enfatizaba en la importancia de que los médicos debían realizar una exhaustiva historia laboral reforzando la afirmación de Hipócrates de que todo médico está obligado a preguntar por la ocupación de sus pacientes.

A pesar de la relevancia clínica, preventiva y social que emana de la definición de la OMS, la medicina y enfermería del trabajo son disciplinas ausentes o escasamente presentes en los planes de formación de los grados de medicina y enfermería. Salvo honrosas excepciones, los médicos y las enfermeras acaban sus estudios de grado en las Facultades de Medicina y en las Escuelas Universitarias de Enfermería sin haber cursado siquiera una asignatura que les explique la evidencia científica existente sobre cómo abordar los problemas que se originan por las interacciones entre las condiciones de trabajo y la salud de las personas⁽⁴⁾. Este no es un asunto baladí. Nuestros médicos y enfermeras, en su mayoría, al finalizar los estudios de grado adolecen de una formación curricular mínima sobre los fundamentos de la salud laboral y su impacto en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ocasionadas por la exposición a factores de riesgo en el trabajo. Esta laguna curricular podría explicar el escaso interés de los profesionales sanitarios por las especialidades de medicina y enfermería del trabajo, que se ha venido reflejando en los sucesivos años con la elección de estas especialidades en los últimos puestos de las plazas ofertadas para la formación MIR y EIR.

Los antecedentes más recientes de la medicina del trabajo en España podríamos situarlos en el año 1956, cuando España adoptó la recomendación 112 de la OIT (sobre los servicios de medicina del trabajo)⁽⁵⁾ mediante la publicación del Decreto por el que se organizaban los Servicios Médicos de Empresa (SME)⁽⁶⁾ y su desarrollo reglamentario en 1959⁽⁷⁾. La regulación de la formación que debían recibir los

médicos y enfermeras para permitirles el ejercicio de la medicina en los SME fue un hito importante en la historia de estas especialidades.

Inicialmente, esta formación tenía una duración aproximada de seis meses, se impartía en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (que contaba con escuelas departamentales en diferentes provincias) y con la superación del mismo se obtenía el Diploma en Medicina de Empresa o de ATS de Empresa. En 1984 se publicó el Real Decreto 127/1984 que regulaba la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista (para todas las especialidades)⁽⁶⁾. A partir de este momento, la formación de especialistas en medicina del trabajo se impartiría en las Escuelas Profesionales de Medicina del Trabajo (EPMT) adscritas a diversas Universidades y en las que cada alumno de la especialidad financiaba su formación. Por un tiempo, hubo libre acceso a las EPMT fue de libre acceso y el periodo académico para la obtención del título de especialista era de dos años. En 1988 una Orden Ministerial⁽⁹⁾ dio desarrollo normativo a los estudios de las especialidades del apartado 3 del RD 127/1984, incluyendo la especialidad de medicina del trabajo y requiriendo un periodo académico de tres años impartidos en las EPMT. A partir de este momento, el acceso a la especialidad se realizó por concurso de méritos durante unos años y posteriormente a través del examen MIR, aunque la financiación de estas plazas siguió siendo asumida por cada estudiante de la especialidad.

En Europa se produjeron iniciativas encaminadas a la integración y homogenización de la formación de los médicos del trabajo con el objetivo de armonizar su formación en todos los países. En 1997 tuvo lugar una conferencia en Glasgow en la que se promovió un estudio Delphi⁽²⁾ en el que participaron miembros de sociedades profesionales como son la *Occupational Medicine Section of the European Union of Medical Specialists (UEMS)*⁽¹⁰⁾, la *European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM)*⁽¹¹⁾ y la *European Network of Societies of Occupational Physicians (ENSOP)*, con el objetivo de identificar los requerimientos para la formación de médicos del trabajo en Europa. Sin embargo, a pesar de que las recomendaciones han sido asumidas por todas estas sociedades, existen diferencias en la formación requerida en los países de la Unión Europea⁽¹²⁾. Asimismo, en España se produjeron iniciativas pioneras con el objetivo de definir las competencias profesionales de los médicos del trabajo, como la liderada por Serra⁽¹³⁾ del Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL-UPF).

En 2005, una nueva Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo⁽¹⁴⁾ introdujo un profundo cambio en el modelo formativo de la especialidad. Los MIR de medicina del trabajo pasaron de una formación académica (impartida en las EPMT y financiada por los propios alumnos) a una formación que se realizaba en las Unidades Docentes de Medicina del Trabajo (UDMT), con una importante actualización del programa formativo, de cuatro años de duración, que incorporaba rotaciones en centros hospitalarios, de atención primaria y otras Unidades/Servicios/Institutos relacionados con la salud de los trabajadores y quedando esta especialidad integrada con el resto de especialidades médicas remuneradas del sistema de Médicos Internos Residentes (MIR).

Sin embargo, desde el principio se estableció una diferencia relativa a la financiación de las plazas de éstos especialistas, no realizándose a través del Sistema Público de Salud (SPS), como el resto de especialidades médicas y de enfermería, sino a través de diversas entidades, con variaciones según cada CCAA, incluyendo a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (actualmente, Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, en adelante Mutuas), Consejerías de las CCAA, Servicios de Prevención Privados o Centros Públicos especializados.

Este mismo año (2005) se produjo el reconocimiento de la enfermería del trabajo como especialidad de enfermería⁽¹⁵⁾. Tomando como base iniciativas previas existentes para la definición de las funciones y tareas nucleares de las enfermeras del trabajo⁽¹⁶⁾, tras su reconocimiento como especialidad de enfermería, Labarta⁽¹⁷⁾ (en nombre del Grupo de trabajo «Enfermería del trabajo» de la *Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball*) publicó una propuesta sobre las competencias de éstas. En 2008 se publica un Real Decreto⁽¹⁸⁾ en el que se crean las Unidades Docentes Multiprofesionales, entre ellas las de salud laboral, para la formación de especialistas en medicina y enfermería del trabajo. El programa formativo de la especialidad de enfermería del trabajo no quedaría regulado en el Boletín Oficial del Estado hasta el año 2009⁽¹⁹⁾ requiriéndose un periodo formativo de dos años e integrándose con el resto de especialidades de enfermería en el sistema de Enfermeras Internas Residentes (EIR) y con un sistema de financiación idéntico al de los MIR de medicina del trabajo.

Este hecho diferencial, relacionado con las fuentes de financiación de las plazas ofertadas para médicos y enfermeras del trabajo por la vía MIR y EIR, ha influido significativamente en la dramática reducción del número de plazas ofertadas para la formación de estos especialistas en los últimos años. Se estima que cuando la formación de los especialistas en medicina del trabajo se realizaba en las Escuelas Profesionales Universitarias, y las plazas ofertadas eran financiadas por los propios estudiantes de la especialidad, se convocaban unas 300 plazas anuales. Sin embargo, en el año 2005, con la entrada en vigor del sistema MIR se ofertaron 77 plazas de medicina del trabajo para toda España y, de un total de 159 plazas acreditadas, el máximo histórico se produjo en el año 2009 con una oferta de 135 plazas (Figura 1), no llegando sin embargo a saturarse nunca la capacidad formativa acreditada.

A partir de este año (2009), con la llegada de la crisis económica, las plazas ofertadas por las Mutuas y otras entidades privadas se fueron reduciendo progresivamente, hasta llegar al mínimo histórico de 45 plazas ofertadas en 2015 para toda España. En CCAA con plazas acreditadas para la formación MIR de medicina del trabajo en las que la financiación provenía en su inmensa mayoría de las Mutuas por primera vez no se ofertó ninguna plaza en 2013 (Aragón, Castilla-La Mancha y Cataluña), y en los años sucesivos se sumaron a esta dramática situación las CCAA de Baleares, Ceuta y La Rioja.

En Cataluña, en el periodo 2013-2015 no se ofertó ninguna plaza MIR de medicina del trabajo (Figura 1). En 2016, se ofertó una plaza (única para toda Cataluña) fi-

nanciada por el Parc de Salut Mar (PSMAR), institución sanitaria del SPS. La plaza está adscrita a la UDMT «Mateu Orfila» de la Universidad Pompeu Fabra y desde entonces se ha venido ofertando cada año como única plaza MIR de medicina del trabajo y desde 2018 junto a la Corporació Parc Taulí de Sabadell que oferta hasta ahora una segunda plaza, todas financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

En 2019 el PSMAR ha acreditado, tras años de haber iniciado el proceso, la primera Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral en Cataluña (UDMSL-PSMAR) para la formación de médicos y enfermeras del trabajo, adscrita a la Comisión de Docencia de esta Corporación Sanitaria de titularidad pública. La acreditación se ha realizado con una capacidad docente para la formación de 2 MIR de medicina del trabajo y 2 EIR de enfermería del trabajo, ofertando para el año 2020 una plaza MIR y dos plazas EIR.

La experiencia de estos años nos ha enseñado que el único sistema de financiación que ha garantizado mínimamente la regularidad en el número de plazas ofertadas para la formación de médicos y enfermeras especialistas ha sido el SPS. Los vaivenes de la situación económica no han tenido tanto impacto en esta vía de financiación y por tanto es posible que el modelo de futuro para la formación de médicos y enfermeras del trabajo pase por la acreditación de Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Laboral en los Hospitales de titularidad pública. Ello equipararía definitivamente los modelos formativos de las especialidades de medicina y enfermería del trabajo con el resto de especialidades médicas y de enfermería a las que se accede por la vía MIR/EIR.

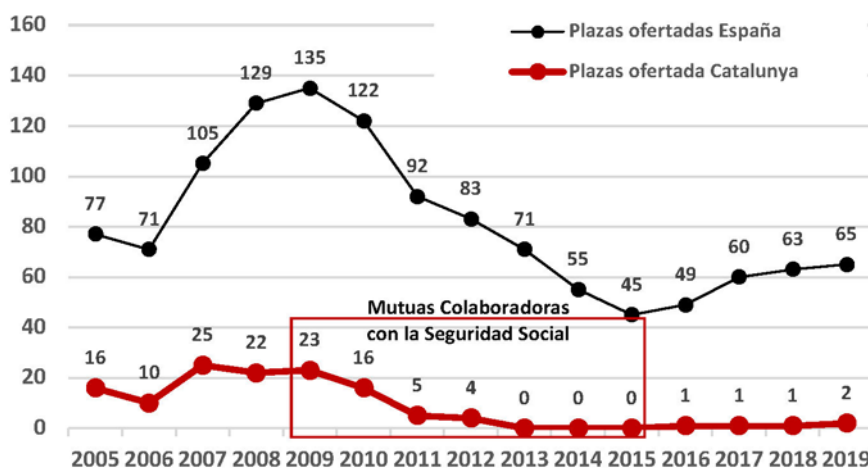


Figura 1: Número de plazas MIR ofertadas en España y en Cataluña (año incorporación R1). Periodo 2005-2019. Fuente: elaboración propia, a partir de las Convocatorias anuales. Boletín Oficial del Estado (BOE).

La convocatoria 2020 de plazas MIR de medicina del trabajo oferta 94 plazas y la de EIR de enfermería del trabajo 62, aproximándose por primera vez al número de plazas ofertadas de medicina del trabajo, lo que pone en evidencia la insuficiencia

de la oferta de plazas EIR de enfermería del trabajo en las convocatorias de los años anteriores (Figura 2).

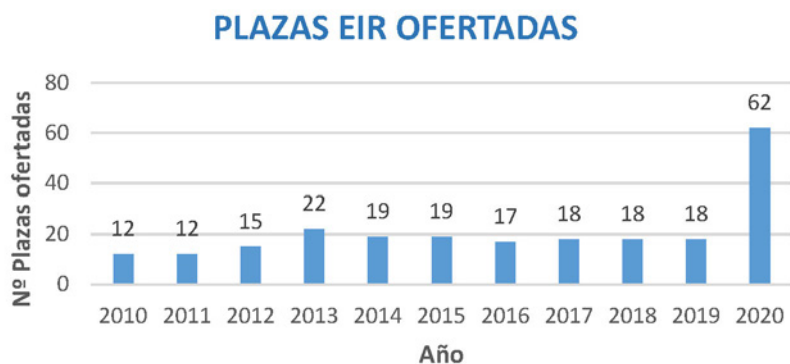


Figura 2: Número de plazas EIR ofertadas en España. Periodo 2010-2020. Fuente: elaboración propia, a partir de las Convocatorias anuales. Boletín Oficial del Estado (BOE).

Actualmente, en España no existe un registro de profesionales sanitarios que ofrezca una información precisa sobre el número y características sociodemográficas de los profesionales de cada especialidad. Ello dificulta un cálculo ajustado de las necesidades de las diferentes especialidades médicas y de enfermería. Sin embargo, el estudio sobre demografía médica publicado en 2018 por el Consejo General de Colegios de Médicos⁽²⁰⁾ describe que los especialistas en medicina del trabajo son la tercera población más envejecida dentro de las diferentes especialidades médicas (después de estomatología y análisis clínicos), con un promedio de edad de 55 años (un 62,4% > 55 años) y una ratio de reposición del 0,2% (número de especialistas que repondrán a los que se jubilen en los próximos 10 años), siendo la más baja de todas las especialidades médicas. Asimismo, detalla que mientras en Europa la densidad de médicos del trabajo es en promedio de 6,4 médicos del trabajo por cada 100.000 habitantes (EUROSTAT, 2015) en España es de 2,9. Datos similares se ofrecen en el informe publicado en la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en 2019 sobre la estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas para el periodo 2018-2030⁽²¹⁾. En este informe se describe una población de especialistas en medicina del trabajo envejecida, con unas tasas de reposición procedentes de la vía MIR muy bajas y con una variabilidad del número de especialistas muy alta dependiendo de cada CCAA.

Así pues, en el momento actual se conjugan varias situaciones que hay que resolver. Tenemos una población trabajadora que tiene derecho a que se le proteja de los riesgos del trabajo y a no enfermar como consecuencia del mismo. Tenemos una Administración Pública que no ha sabido o no ha tenido la voluntad política suficiente para dar una respuesta adecuada a las necesidades existentes de médicos y enfermeras del trabajo. Y tenemos a los colectivos profesionales desorientados por la existencia de un modelo de actuación en crisis, derivado del rol que actualmente están jugando en los Servicios de Prevención.

Urge que las Administraciones (Autonómicas y del Estado) adopten medidas que corrijan la situación actual. La lentitud administrativa en el proceso de acreditación de Unidades Docentes Multiprofesionales ha sido insoportable hasta hace muy poco. Urge que las Consejerías de Salud/Sanidad de las CCAA, con competencias en el SPS, se decidan definitivamente a financiar de manera estable un número de plazas MIR y EIR que responda a las necesidades reales de la población trabajadora de cada CCAA. Urge que las sociedades científicas profesionales ejerzan con más entusiasmo y liderazgo su capacidad de influir. ¿Para cuándo los documentos de posicionamiento?, ¿Para cuándo una carta a la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería y de Facultades de Medicina Españolas, explicando las carencias curriculares en salud laboral de los graduados en medicina y enfermería?

Y finalmente, mientras esto sucede, urge que los profesionales de la medicina y enfermería del trabajo se cuestionen la utilidad del enfoque victimista que tan presente ha estado en los últimos años en los debates sobre el futuro de estas especialidades. Seguro que la reivindicación es lícita y necesaria, pero además se hace ineludible una reflexión sobre cómo, desde la profesión, los especialistas españoles en medicina y enfermería del trabajo están haciendo avanzar el conocimiento científico de la especialidad. Las universidades, los hospitales y las especialidades sanitarias que investigan poco, suelen tener poco reconocimiento social y encuentran mayores dificultades para convertirse en una prioridad a la que destinar recursos públicos. Urgen especialistas que desarrollen tesis doctorales, que realicen investigación científica de calidad en salud laboral y publiquen en revistas científicas de prestigio, y esto en gran medida depende de la decisión personal de cada especialista en activo, eso sí, en un entorno que lo facilite y promueva.

Bibliografía

1. Ruiz-Frutos C, García AM, Benavides F. Especialidades en salud laboral. En: Ruiz-Frutos C, García AM, Delclos J, Benavides F, coordinadores. Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2007. p. 62-63.
2. Macdonald EB, Ritchie KA, Murray KJ, Gilmour WH. Requirements for occupational medicine training in Europe: a Delphi study. *Occup Environ Med.* 2000; 57: 98-105.
3. Ramazzini B (autor), Araujo-Alvarez JM (traductor). Las enfermedades de los trabajadores: De Morbis Artificum Diatriba. 1ª ed. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa/UAM; 2008.
4. López AA, Ayensa JA, Núñez C, Vicente-Herrero MT. Asignaturas específicas o relacionadas con la Medicina del Trabajo en las facultades de Medicina españolas. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2007; 10: 188-19.
5. Decreto de 21 de agosto de 1956 por el que se organizan los Servicios Médicos de Empresa. *Boletín Oficial del Estado*, nº 287, (13-10-1956).

- 6.** Organización Internacional del Trabajo (OIT) [sede Web]. R112 - Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo. [consultado el 30 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312450:NO
- 7.** Orden de 21 de noviembre de 1959 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. Boletín Oficial del Estado, nº 284, (27-11-1959).
- 8.** Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado, nº 26, (31-1-1984).
- 9.** Orden de 9 de septiembre de 1988 de acceso a las especialidades del apartado 3 del anexo del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 219, (12-09-1988).
- 10.** European Union of Medical Specialists (UEMS) [sede Web]. Bruselas; 2019, [actualizada el 19 de octubre de 2019; consultado el 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.uems.eu/>
- 11.** European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM) [sede Web]. Luxemburgo; 2019, [actualizada agosto de 2019; consultado el 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.easom.eu/>
- 12.** Macdonald E, Baranski B, Wilford J. Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies. Health, Environment and Safety in Enterprises Series nº 3. WHO European Centre for Environment and Health. Bithoven, 2000 [consultado el 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheuroccmedicine.pdf
- 13.** Serra C, Brotons A, Plana M, Benavides FG, Maqueda J, en nombre del Grupo de Trabajo sobre las competencias profesionales de los médicos del trabajo. Las competencias profesionales de los médicos del trabajo. Barcelona: Mutual Cyclops, 2003.
- 14.** Orden SCO/1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina del Trabajo. Boletín Oficial del Estado, nº 127, (28-05-2005).
- 15.** Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 108, (06-05-2005).
- 16.** Grupo de Trabajo sobre Enfermería del Trabajo. Funciones, actividades y tareas nucleares de los diplomados universitarios de enfermería especialistas en enfermería del trabajo. Arch Prev Riesgos Labor. 2002;5:30-1.
- 17.** Labarta RM, López MV, Plana M. (en nombre del Grupo de trabajo «Enfermería del trabajo» de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball). Las competencias profesionales de la enfermería del trabajo. Arch Prev Riesgos Labor. 2006; 9: 89-93.

18. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado, nº 45, (21-8-2008).

19. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28-05-2009).

20. Consejo General de Colegios de Médicos (Cuadernos CGCOM) [sede Web]. Estudio sobre demografía Médica, 1018. [consultado el 27 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/

21. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Barber-Perez P, Gonzalez López-Valcarcer B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. [consultado el 27 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

Archivos 2019: Bienvenido OJS, apuesta decidida por la calidad y la visibilidad editorial

Archivos 2019: Welcome OJS! Betting on quality
and greater editorial visibility

Laura Fontcuberta¹

Jordi Delclós¹

Gullermo García¹

José Miguel Martínez¹

José M. Ramada¹

Elena Ronda¹

¹Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, Barcelona, España

Fechas · Dates

Recibido: 2019.11.09

Aceptado: 2019.12.07

Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Elena Ronda

Universidad de Alicante

elena.ronda@ua.es

Iniciamos esta nota editorial de 2019, con el anuncio de un cambio relevante para los lectores, los diferentes comités, los evaluadores y, claro está, los autores, de *Archivos de prevención de Riesgos Laborales* y es la adopción de la herramienta de gestión editorial de revistas científicas Open Journal Systems (OJS). Se trata del sistema de gestión de publicaciones científicas más extendido internacionalmente. Esta plataforma, a la que se puede acceder desde este enlace <http://archivosdeprevencion.eu/index.php/aprl/login>, permite que los usuarios registrados tengan asignado un papel determinado en todo el proceso de gestión, desde el envío del manuscrito hasta la consulta de la gestión, a medida que se va produciendo, sin necesidad de utilizar el correo electrónico como hasta ahora. Así, pues, por ejemplo, los autores podrán conocer, en todo momento, el estado en que se encuentra la revisión de su manuscrito. También los revisores podrán utilizar esta plataforma para el envío y comunicación de sus evaluaciones. La adopción de esta herramienta de gestión responde, por una parte, a nuestra voluntad de adaptación a lo que exige el movimiento de acceso abierto a la ciencia y hacia el cual iniciamos nuestra andadura con la eliminación del acceso restringido a los contenidos científicos de la revista en 2016⁽¹⁾. También, por otra parte, es un paso más, hacía nuestro objetivo, de incrementar la visibilidad de la revista como requisito para facilitar su indización en nuevas bases de datos científicas⁽²⁾.

También durante este año se han producido en cambios en el equipo editorial de la revista. Se incorporan como editores asociados José María Ramada (hasta ahora en el comité editorial) y Guillermo García (coordinador de la sección Archivos Selección). Y, en el caso del Comité Editorial, damos la bienvenida a Santiago Calvet, miembro de la junta de la @SCSL, y a Rocío Villar y Mónica Ubalde. Muchas gracias a todos los que forman parte de este equipo que trabaja en pro de la revista y a los que, a partir de ahora y después de años de colaboración, lo abandonan, aunque continuarán contribuyendo a él desde otros ámbitos.

Gestión de manuscritos: número y tipos de trabajos

Iniciamos nuestra revisión de este último año de gestión editorial, con la evaluación de determinados aspectos de la revista que nos ayudan a seguir su evolución para mejorar en los aspectos a mejorar. Así, observamos, en la Tabla 1, los manuscritos gestionados este 2019, comparando estos datos con los de los dos años anteriores. No se observan cambios relevantes y, en todas las categorías, los números se mantienen bastante similares a lo largo del trienio.

Tabla 1: Manuscritos^a gestionados en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (2017 a 2019, volúmenes 20, 21 y 22).

	2017	2018	2019
Aceptados ^b	19	28	22
Rechazados	18	22	14
Abandonos	4	2	4
En proceso ^c	1	5	6
Total	42	57	46

^a Incluye editoriales, originales, originales breves, artículos especiales, revisiones, artículos de opinión, estudios de casos, notas técnicas y cartas al director hasta el 2 de diciembre de 2019.

^b En algún caso, pendientes de publicación en 2020.

^c En el momento de elaborarse las Notas Editoriales de los correspondientes años.

Igualmente se analizan los trabajos publicados según su modalidad. En este ámbito, lo que queremos destacar es que, aunque no represente un aumento cualitativo, sí que por primera vez en dos años se han publicado notas técnicas.

Tabla 2: Tipos de artículos^a publicados en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (2017 a 2019, volúmenes 20, 21 y 22).

	2017	2018	2019
Editoriales	4	5	4
Notas Editoriales	1	1	1
Originales ^b	6	6	7
Revisiones	1	2	0
Estudios de casos	1	0	2
Notas Técnicas	0	0	2
Cartas a la directora	5	3	0
Otros ^c	4	11	4

^a Excluye secciones informativas (Sociedades, Noticias, Archivos Selección, Archivos Evidencia, Archivos Formación)

^b Incluye Originales Breves

^c Otros: Comunicaciones de la Diada de la @SCSL, Artículos Especiales, Artículos de Opinión, etc.

Tiempos de gestión

Los tiempos de gestión (Tabla 3) experimentan un ligero crecimiento respecto a 2018 y aunque, no superan los de 2017, seguiremos trabajando para mejorar este indicador.

Tabla 3: Tiempos de gestión (días) de los manuscritos^a recibidos en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (2017 a 2019 volúmenes 20, 21 y 22).

	2017		2018		2019	
	Mediana	Media	Mediana	Media	Mediana	Media
Recepción-aceptación	180	167	102	96	109	111
Aceptación-publicación	79	74	52	68	67	61
Recepción-publicación	226	242	146	165	175	172

^a Incluye sólo originales, originales breves, revisiones y estudios de casos

Los autores y contenidos

En penúltimo lugar, se pueden consultar los datos más relevantes respecto a la información sobre los autores que han publicado sus trabajos en *Archivos*. Hemos conseguido, volumen tras volumen, que la información relativa a las diferencias por género deje de ser destacable, normalizando la presencia femenina en calidad de primeras autoras, con pequeñas oscilaciones lógicas y esperables en cuanto al número.

Por el contrario, no se ha logrado todavía que la revista sea vista como una oportunidad de comunicación científica para autores de fuera de su área geográfica de influencia más inmediata. Si bien es cierto que hemos conseguido afianzar territorios como Madrid o han vuelto a publicar autores de la Comunidad Valenciana, también lo es, y lo lamentamos, que ha descendido el número de autores de otros países y que hay comunidades autónomas que no tienen presencia en esta tabla, a pesar de que nos consta que sí tenemos lectores de esas comunidades.

No hay sorpresas en cuanto a la filiación de los autores y, una vez más, son mayoría los que trabajan en centros de investigación y universidades. Insistimos, pues, en que aquellos profesionales, cuya experiencia profesional sea de interés en su vertiente más práctica, se animen a publicar sus trabajos en nuestra revista en formatos, como las notas técnicas o los estudios de casos, por ejemplo.

Y ya en último lugar, la Tabla 5 refleja los temas tratados en este volumen 22. Se mantiene cierta diversidad temática, manteniéndose en primer lugar las políticas y estrategias para la prevención.

Tabla 4: Características de los autores^a (primeros firmantes) que publican en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (2017 a 2019, volúmenes 20, 21 y 22).

	2017	2018	2019
Género			
Hombres	6	12	9
Mujeres	13	14	8
Procedencia			
Andalucía	0	1	1
Aragón	0	0	0
Asturias	0	0	0
Cantabria	0	0	0
Castilla y León	1	0	0
Cataluña	10	13	7
C. Valenciana	3	0	5
Galicia	0	0	0
Islas Baleares	1	0	0
Islas Canarias	0	0	0
La Rioja	0	2	0
Madrid	1	3	3
Navarra	1	1	0
País Vasco	0	0	0
Extremadura	0	0	0
Otros países	2	6	1
Institución			
Centros investigación (incluye universidades)	5	11	10
Servicios prevención	0	4	2
Administración sanitaria	4	7	3
Administración laboral	2	0	0
Organizaciones sindicales	0	0	0
Centros Sanitarios	5	2	0
Sociedades científicas	3	2	2

^a Excluye secciones fijas (Noticias, Archivos Selección, Archivos Evidencia, Archivos Formación)

Tabla 5: Artículos publicados en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (volumen 22, año 2019) según contenidos^a.

	Nº1	Nº 2	Nº3	Nº 4	Total 2019
Políticas y estrategias para la prevención	2	3	1	0	6
Evaluación de intervenciones	1	1	0	0	2
Vigilancia de la salud	0	1	0	0	1
Problemas de salud relacionados con el trabajo	1	0	1	2	4
Evaluación de riesgos	0	0	2	0	2
Enfermedades de origen laboral	0	0	0	2	2

^a Excluye secciones fijas (Noticias, Archivos Selección, Archivos Evidencia y Archivos Formación), notas editoriales y comunicaciones de la Diada de la @SCSL

Queremos utilizar estas líneas que cierran esta nota editorial para expresar nuestra máxima gratitud a todas las personas que contribuyen con su trabajo a que *Archivos* se siga manteniendo en buen estado de salud: evaluadores externos –reconocidos públicamente en el listado que aparece a continuación de esta nota-, y a los coordinadores de secciones fijas: Guillermo García, Águeda Giráldez, Amàlia Valls, Silvia Royo, Mar Seguí y Consol Serra; a nuestros lectores y autores.

En esta ocasión, queremos mencionar de forma especial a todos los miembros de la Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana por el gran apoyo prestado a la revista. Esta asociación se ha disuelto y ha pasado a integrarse en la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Les deseamos lo mejor en esta nueva etapa.

A todos vosotros, pues, feliz y saludable 2020.

Bibliografía

1. Fontcuberta L, Delclòs J, Martínez JM, León M, Varela P, Ronda E. Archivos 2015: Archivos en abierto. Arch Prev Riesgos Labor 2016; 19: 10-13. doi: 10.12961/apr.2016.19.01.2
2. Ronda E, García AM, Schlaghecke JC. Mucho hecho, mucho por hacer. Arch Prev Riesgos Labor. 2015;18:183-4. doi: 10.12961/apr.2015.18.4.02

Evaluadores externos para Archivos de Prevención de Riesgos Laborales (2019)

Apellidos, Nombre	Institución
Albertí, Constança	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries
Alguacil, Sara	Mutual Midat Cyclops
Arizo-Luque, Vanessa	Universidad Católica de Murcia
Benazizi, Ikram	Universidad de Alicante
Cabañero, María José	Universidad de Alicante
Calvo-Bonacho, Eva	Ibermutua
Calvo Cerrada, Beatriz	Institut Català d'Oncologia
Climent Rodríguez, José Antonio	Universidad de Huelva
De Vicente Abad, M. Ángeles	Departamento de Investigación e Información. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo
Duran, Xavier	IMIM - Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques
Esteban Buedo, Valentín	Direcció General de Salut Pública i Addiccions. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana
García Román, Vicente	Hospital Universitario del Vinalopó, Elche
García Shimizu, Patricia	Hospital Marina Baixa, Villajoyosa Alicante
Girao, Italo Nicolás	Hospital Universitario Araba, Vitoria/Gasteiz
Inglés, Joan	Hospital Universitari Sant Joan
Lezaun Goñi, Mercedes	Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
López-Jacob, M ^a José	Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)
López López, Juan Carlos	Mutual Midat Cyclops
Marhuenda Amorós, Dolores	Universidad Miguel Hernández
Martí Fernández, Francesc	Mutual Midat Cyclops
Martí Margarit, Anna	Cualtis
Martinez-Tur, Vicente	Universidad de Valencia
Palmer, Rafael	Direcció General de Treball, Economia Social i Salut Laboral. Conselleria de Treball, Comerç i Indústria. Govern Balear
Pascual del Pobil Ferré, M ^a Amparo	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat de la Comunitat Valenciana
Rimbau Gilabert, Eva	Universitat Oberta de Catalunya
Rodríguez Blanes, Gloria M ^a	Centro de Salud Pública de Alcoy. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Generalitat Valenciana
Salcedo Beltrán, Carmen	Universidad de Valencia
Sanjuan Quiles, Angela	Universidad de Alicante

Apellidos, Nombre	Institución
Sol Vidiella, Josep	Institut Català de la Salut. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta i Servei d'Atenció Primària Terres de l'Ebre
Soler Font, Mercè	Centre d'Investigació en Salut Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra
Terradas Robledo, M. Roser	IMIM Parc de Salut Mar i Cisaal (Centre d'Investigació en Salut Laboral), UPF
Valencia Martín, José Lorenzo	Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal
Vaquero, Manuel	Universidad de Córdoba
Velarde Collado, José María	Unitat de VIH i ITS de l'Hospital Universitari de Bellvitge
Vicente Herrero, M ^a Teófila	Servicio de Prevención Correos. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT)
Villar Vinuesa, Rocío	IMIM Parc de Salut Mar i Cisaal (Centre d'Investigació en Salut Laboral), UPF
Zhao, Guanlan	Universidad de Alicante
Zapater, Reyes	Servicio de prevención de Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Generalitat Valenciana

¡Con nuestro reconocimiento y gratitud!

Teletrabajo: Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia

Teleworking: Occupational Health and Safety Management in Colombia

Ivonne Constanza Valero-Pacheco¹

Martha I. Riaño-Casallas²

¹Departamento de Economía, Comercio Internacional y Política Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Bogotá D.C., Colombia.

²Escuela de Administración y Contaduría Pública, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia.

Fechas · Dates

Recibido: 2019.05.09
Aceptado: 2019.09.23
Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Ivonne Constanza Valero Pacheco
Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Carrera 4 No. 22-61. Módulo 1.
Oficina 503. Bogotá. Colombia.
Teléfono: (571) 2427030 Ext. 1556. Correo: ivonne.valero@utadeo.edu.co

Resumen

Objetivo: Presentar las prácticas usadas por las empresas en la implementación del sistema de gestión en seguridad y salud cuando tienen teletrabajadores y plantear la adecuación de los elementos del sistema al teletrabajo.

Métodos: La población de estudio está formada por empresas del sector servicios y sus teletrabajadores en la ciudad de Bogotá. Para establecer las prácticas utilizadas por las empresas se empleó una encuesta para los teletrabajadores y entrevista a los responsables seguridad y salud en el trabajo. La propuesta de adecuación de los elementos del sistema de gestión al teletrabajo se realizó a partir del análisis e integración del marco teórico y conceptual con las prácticas de las empresas con teletrabajadores.

Resultados: Se estableció que las empresas continúan con las estrategias habituales de seguridad y salud en el trabajo, sin diferenciar la naturaleza del trabajo. De la síntesis entre lo teórico y conceptual con el diagnóstico de la gestión de los riesgos en las empresas, se identificó que los componentes del sistema susceptibles de ser modificados al teletrabajo son la organización y planeación, la aplicación y por último la evaluación.

Conclusiones: Las prácticas habituales de las empresas con teletrabajadores para la gestión de los riesgos deben mejorar a través del ajuste de algunos de los componentes del sistema de gestión. Las principales adecuaciones para realizar implican la gestión de la información e innovación de tecnología aplicadas a la organización y planeación, aplicación y evaluación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Palabras clave: Teletrabajo, Salud Ocupacional, Gestión del Riesgo, Lugar de Trabajo, Cultura Organizacional

Abstract

Objective: To analyze occupational health and safety (OHS) management practices used by companies that allow teleworking and propose modifications to the OHS management system.

Methods: The unit of study were companies in the services sector of Bogotá and their teleworkers. To identify company practices, we conducted a survey of teleworkers and key informant interviews with those responsible for OHS. Recommendations for adapting the elements of the teleworking management system were made based on the analysis and integration of the theoretical and conceptual framework with the practices of companies with teleworkers.

Results: Overall, we observed that companies continue with usual strategies for workplace health and safety, without considering the different nature of the work. The synthesis that resulted from combining the theoretical and conceptual framework with the risk management analysis in companies identified that the system components could be modified for telework, specifically in the organization and planning, application and evaluation components of the OHS management system.

Conclusions: Usual OHS risk management practices of companies with teleworkers should be improved by adjusting some of the components of the management system. These ad-

justments include managing information and technological innovations by applying them to the organization and planning, application and evaluation components of the system.

Key words: Telework, occupational health, risk management, workplace, organizational culture

Introducción

Han sido muchos los estudios que consolidan las ventajas del teletrabajo desde lo económico, social y ambiental^(1,2). «*Teleworking*»⁽¹⁾ es el término que describe de forma genérica todas las formas de trabajo a distancia y como categoría de éste, se encuentra el «*Home-based-Telecommuting*» o trabajo desde casa⁽¹⁾. En Colombia, esta figura se conoce con el nombre de teletrabajo.

En lo relativo a las ventajas del teletrabajo, existen diversos estudios que demuestran mejoras en dos sentidos: para la organización y para el trabajador. Por su parte las empresas reportan aumento en la productividad y reducción de costos relativos a la contratación de personal temporal, aumento de la satisfacción de los trabajadores y disminución de incapacidades por enfermedad. Los trabajadores indican una mejor conciliación entre los vínculos familiares con los aspectos laborales⁽²⁻⁵⁾.

En contraposición, otras investigaciones señalan algunas problemáticas. Por ejemplo, se habla de «*trabajo precario*»⁽⁶⁾ al considerar que se puede vulnerar la igualdad entre los trabajadores ubicados en las instalaciones de la empresa frente a los teletrabajadores. De igual manera, hay evidencia de la dificultad en la adaptación, aumento del estrés, aislamiento, alteración en las relaciones familiares y presencia de enfermedades osteomusculares⁽⁷⁻⁹⁾.

En Colombia, el teletrabajo se incorpora en la legislación vigente, determinando con claridad que se trata de una forma de organizar el trabajo a distancia con el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)⁽¹⁰⁻¹²⁾. Por ello, el teletrabajador goza de protección cuando se presentan daños a la salud como efecto de los riesgos laborales⁽¹³⁾ y, por ende, con el propósito de prevenir enfermedades y accidentes laborales (ATEL) y controlar los riesgos existentes en el trabajo, el empleador tiene la obligación de aplicar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)⁽¹⁴⁾, cuya estructura está soportada en la planeación estratégica que, a su vez se articula con los objetivos estratégicos de la organización, de tal forma que sea parte de la cultura organizacional^(13,15-17).

Ante la falta de evidencia de la gestión de seguridad y salud en el teletrabajo y teniendo en cuenta la normatividad vigente en la materia en Colombia, surge la necesidad de presentar las prácticas usadas por las empresas en la implementación del SG-SST cuando tienen teletrabajadores y plantear la modificación de los elementos del sistema al teletrabajo, de tal forma que se contribuya a la mejora en las practicas relativas a la prevención y control de los ATEL.

Método

Diseño

Estudio cualitativo interpretativo⁽¹⁸⁾ con diseño narrativo en el cual se analizaron contenidos y discursos⁽¹⁹⁾ para comprender y explicar las prácticas usadas por las empresas en la implementación del SG-SST cuando tienen teletrabajadores y plantear la adecuación de los elementos del sistema al teletrabajo.

Proceso de análisis e instrumentos

El estudio se desarrolló en tres etapas. En primer lugar, la descripción teórico-conceptual del teletrabajo en Colombia y su relación con la gestión de la salud y seguridad mediante revisión documental (Figura 1). Los resultados se compilaron en matrices que contienen las variables: descriptor de la norma legal, requisitos, alcance/interpretación y análisis desde los criterios de aplicación del teletrabajo. Resultado de esto, es la descripción de los elementos del SG-SST susceptibles de ajustes para su aplicación en el teletrabajo.

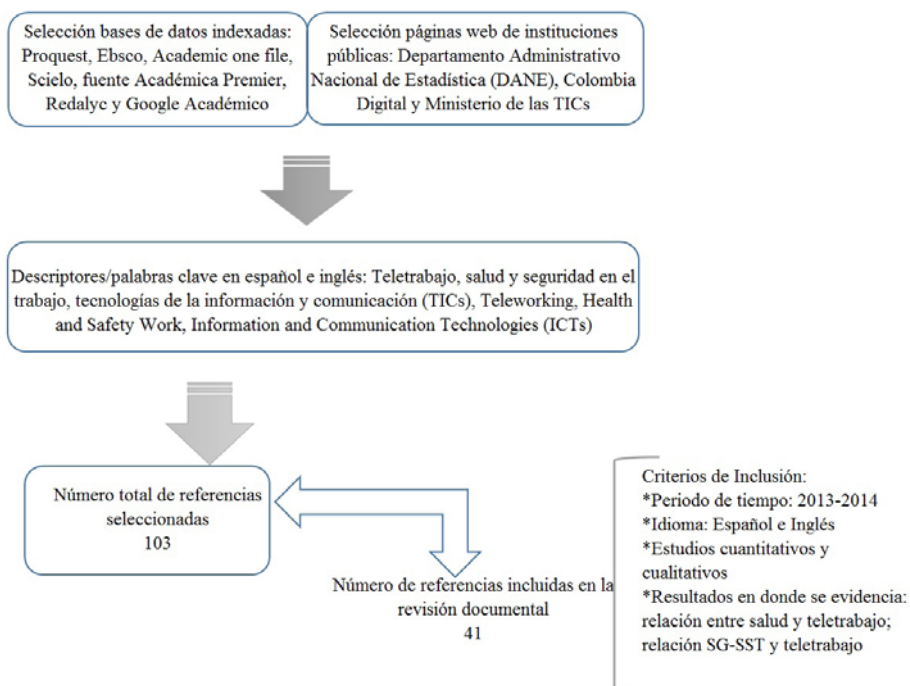


Figura 1: Proceso de revisión documental para la descripción teórico-conceptual del teletrabajo en Colombia y su relación con la gestión de la salud y seguridad.

A continuación, se realizó el diagnóstico de las prácticas de las empresas en la implementación del SG-SST con teletrabajo. Para la recolección de esta información se diseñaron dos instrumentos: una entrevista semiestructurada dirigida a los res-

ponsables de los riesgos laborales en las empresas y, para los teletrabajadores se empleó una encuesta. El lector interesado en los instrumentos puede solicitarlos al autor de correspondencia. Los dos instrumentos incluyeron las variables: 1) la política del SG-SST, 2) participación de los teletrabajadores, 3) evaluación del SG-SST, 4) responsabilidad, 5) formación, capacitación y toma de conciencia, 6) documentación, 7) comunicación, 8) emergencias; 9) investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales y 10) gestión del cambio. Para su aplicación fueron validados previamente mediante prueba piloto y revisión por expertos. La información fue recogida en el periodo 2015-2016.

La entrevista ahondó en las actividades habituales para la gestión de los riesgos laborales y se compone de 12 preguntas. Esta información se recolectó mediante grabación de audio y transcripción fidedigna. Por su parte, la encuesta tuvo como propósito recoger las percepciones de los teletrabajadores frente a los procedimientos que la empresa acostumbra a usar para gestionar los riesgos laborales. Está organizada por 11 preguntas de respuestas con escala Likert y respuesta sí/no, con posibilidad de explicar la contestación. Fue enviada por el correo electrónico institucional y los datos capturados de forma electrónica. En ambos casos se comunicó el propósito del estudio y se garantizó la confidencialidad de la información mediante consentimiento informado.

Usando la técnica de codificación inductiva⁽¹⁹⁾, se realizó el proceso de agrupación de conceptos obteniendo 17 categorías de información, con las cuales se construyeron modelos conceptuales para observar y analizar las relaciones entre las mismas, mediante el programa Atlas.Ti versión 7. Este análisis detallado de la situación fue la base para la elaboración de la propuesta, como tercera etapa del proyecto.

Participantes

Los participantes fueron elegidos por muestreo no probabilístico y de voluntarios, bajo el mecanismo de saturación teórica⁽²⁰⁾. Para ello, se revisó el listado de 137 empresas suscritas al «pacto por el teletrabajo» en el periodo 2015-2016. El contacto inicial fue telefónico y por correo electrónico. Se obtuvo respuesta de 25 empresas y 4 continuaron con el proceso, pero solo dos empresas autorizaron la aplicación de la encuesta, enviándola a 51 teletrabajadores (Figura 2).

Para efectos de la validez y confiabilidad del estudio⁽²¹⁾, se aplicaron varias formas de triangulación⁽²¹⁾: de técnicas (encuestas y entrevistas, consentimiento informado, confidencialidad), de datos (información de diversas fuentes, categorías de análisis emergentes), y de investigadores (formación interdisciplinaria).

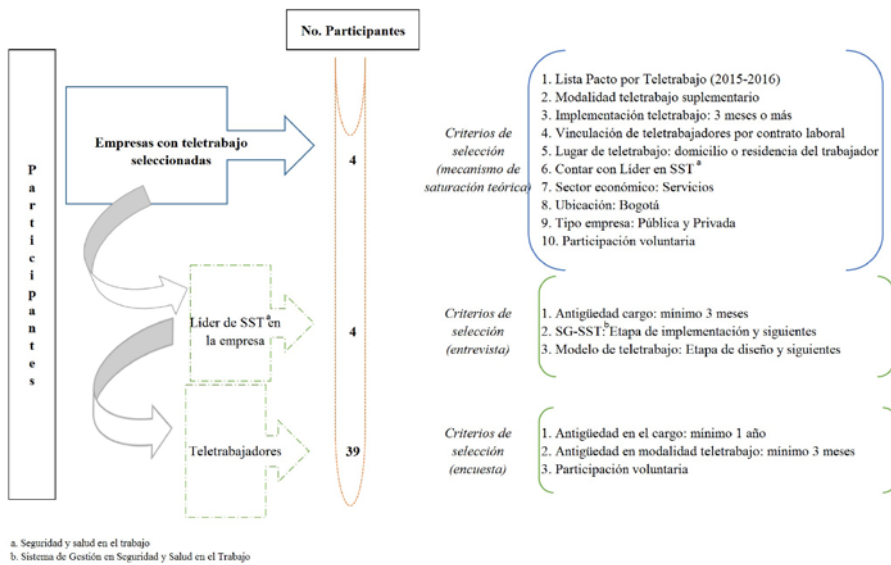


Figura 2: Estrategia y criterios para la selección de la muestra y número de participantes.

Resultados

De la revisión documental se obtiene como resultado la identificación teórica de los componentes y elementos del SG-SST según la normatividad⁽¹⁵⁾, susceptibles de ser modificados al teletrabajo (Figura 3).

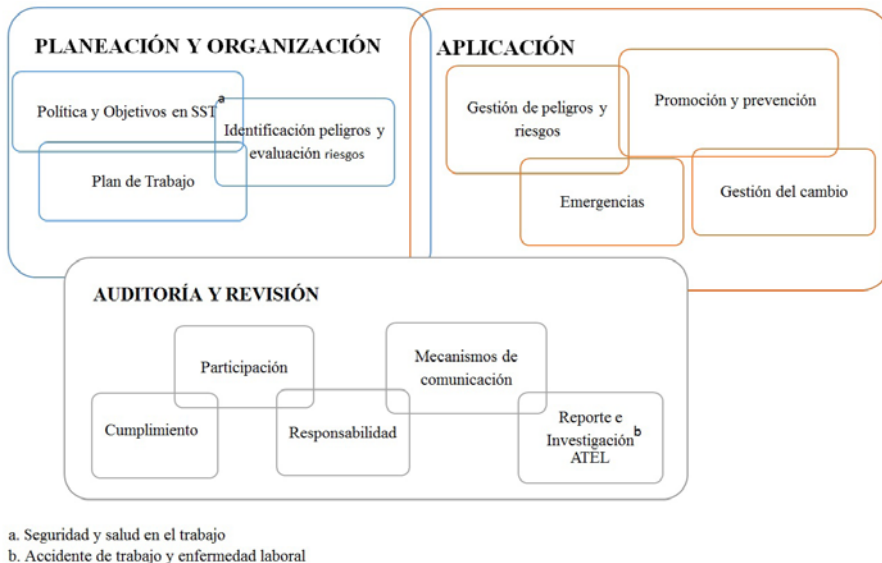


Figura 3: Componentes y elementos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo que requieren ser adaptados al teletrabajo.

La justificación teórica de la selección de los elementos tiene fundamento en la interpretación de los documentos analizados, entre los cuales se incluye la normatividad legal que rige para toda empresa en Colombia. En este sentido el Estado espera que las empresas cumplan unos requisitos mínimos en la gestión de sus riesgos laborales, como lineamiento general del SG-SST. Bajo esta perspectiva el teletrabajo, como modelo de gestión del talento humano involucra transformaciones en la organización y por ende en la prevención y control de los riesgos en el trabajo. Para el logro de ese fin, las actividades de SST de los componentes de planeación y organización, aplicación y auditoría y revisión, deben ser adaptadas a las nuevas condiciones laborales, de tal forma que contribuyan al propósito de la prevención del accidente de trabajo y enfermedad laboral (ATEL) y el control de los riesgos en el trabajo.

La explicación de estos ajustes se describe con mayor amplitud con el diagnóstico de las prácticas en SST de las empresas con teletrabajo.

Como resultado de la entrevista aplicada a quienes lideran el SG-SST en las empresas participantes, se obtuvo el diagnóstico de las actividades utilizadas por las empresas con teletrabajo para la aplicación del SG-SST. Se observa que estas mantienen las estrategias habituales de SST, sin considerar la naturaleza del trabajo (Tabla 1). La falta de diferenciación trae como consecuencia que para todos los trabajadores se utilicen los mismos medios de comunicación y difusión. A través de éstos, la empresa cumple con los requisitos de cada uno de los componentes enunciados en la Figura 3.

Adicionalmente, el componente de organización y planeación, como elemento estructural y transversal, debe ser revisado con periodicidad y actualizado cuando se incorporan otras formas de trabajo, como el caso del teletrabajo. Todas las empresas reconocen validar anualmente su política y objetivos en SST, pero solo unas incluyen en su planeación estratégica al teletrabajador. Por esta razón, durante la implementación de esta nueva forma de realizar las actividades laborales⁽²²⁾, es necesario que quienes lideran el SG-SST coordinen las estrategias con la administración del talento humano.

Por otra parte, el plan de trabajo y de formación incluye en general formas tradicionales de realizar prevención de eventos laborales como las capacitaciones e inducciones presenciales para la promoción de la salud. Tales mecanismos pierden efectividad y eficacia en situaciones en donde el trabajo es a distancia. En el mismo sentido, la investigación del accidente y de la enfermedad laboral como parte del componente de revisión, debe ser modificada en su proceso de reporte e investigación.

Como se observa, generalmente las empresas combinan medios electrónicos y actividades presenciales, en donde predominan las segundas. Esto se debe a que las empresas objeto de estudio tienen teletrabajadores suplementarios, es decir que asisten a la empresa dos o tres días a la semana y el resto de los días laboran desde su residencia.

Tabla1: Identificación de medios y actividades habituales de seguridad y salud en el trabajo en las empresas con teletrabajo.

COMPONENTE	ELEMENTO	MEDIOS Y/O ACTIVIDADES EN SST	
PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN	Políticas y Objetivos en SST ^a Identificación de Peligros y Evaluación de riesgos Plan de Trabajo	Comunicación y divulgación	Medios electrónicos: correo, intranet Medios presenciales: inducción/reinducción Medios mixtos: Publicación de lecciones aprendidas, manuales
		Técnicas recolección información de condiciones de salud y trabajo	Visita domiciliaria, encuestas, correo electrónico, intranet, inspecciones, listas de chequeo, autoreporte de condiciones de trabajo
APLICACIÓN	Gestión de peligros y riesgos Promoción y Prevención Emergencias Gestión del cambio	Seguimiento de actividades SST ^a	Medios presenciales: inducción/reinducción; capacitaciones en pyp ^b ; reporte de AT ^c ; emergencias, PVE ^d ; exámenes ocupacionales
		Emergencias	Visita domiciliaria, correo electrónico, intranet, inspecciones, autoreporte de condiciones de trabajo y salud Medios presenciales: inducción, capacitaciones
AUDITORÍA Y REVISIÓN	Cumplimiento Participación Responsabilidad Mecanismos de comunicación Reporte e investigación del ATEL ^e		Medios presenciales: inducción/reinducción; capacitaciones en pyp ^b
		Reporte AT ^c Investigación AT ^e	Medios electrónicos: acceso a documentos por página web, correo electrónico, intranet, autoreporte de condiciones de trabajo y salud Técnicas recolección información: visita domiciliaria, inspecciones Procedimiento no cambia. Por canales convencionales y correo electrónico Visita domiciliaria

a. Seguridad y salud en el trabajo b. Prevención y promoción c. Accidente de trabajo
d. Programa de vigilancia epidemiológica e. Accidente de trabajo y enfermedad laboral

La justificación en general para proponer la adaptación de los elementos del SG-SST, corresponde al carácter bidireccional de la interacción entre la empresa y el teletrabajador mediante canales, mecanismos y estrategias de comunicación y participación del trabajador. Así mismo la formación del talento humano en SST, como aspecto vital para la prevención de los riesgos laborales, le permite ser autogestor de la prevención del ATEL y la promoción de la salud.

Los hallazgos que arroja la encuesta a teletrabajadores de sus percepciones respecto de los procedimientos que la empresa acostumbra a usar para gestionar los riesgos laborales, coinciden con lo descrito anteriormente. De las 51 encuestas enviadas, solo 39 teletrabajadores suministraron sus respuestas, con especial énfasis en las acciones a realizar para la mejora de sus condiciones laborales.

Se encuentra que el 47% de los trabajadores refieren que la empresa realiza una inducción en la cual informa la política y objetivos en SST, los riesgos laborales, el mecanismo de reporte de accidente de trabajo y emergencias pero sin hacer diferencia de acuerdo al tipo y lugar de trabajo. En consecuencia, los teletrabajadores identifican que sus principales riesgos se encuentran asociados a los facto-

res psicosociales y al diseño del puesto de trabajo; por lo tanto, sugieren que las actividades de promoción y prevención deben dirigirse a estrategias que faciliten el autocuidado y toma de conciencia por asumir la responsabilidad de su propia seguridad como también la de su entorno. Sin embargo y a manera de contraste, se identificó que para los teletrabajadores el trabajo en su lugar de residencia puede dar la persona sensación de seguridad, de no estar expuesto a riesgos y esto incide en la percepción de bienestar del teletrabajador.

Por último, los hallazgos descritos permiten establecer los aspectos a considerar en la propuesta para la adecuación de los elementos del SG-SST al teletrabajo. Esta transformación debe enfocarse principalmente en los medios y estrategias usados por las empresas, de acuerdo a sus recursos (financieros, humanos, técnicos). No es posible modificar los componentes y elementos de este sistema por tratarse de un mandato legal, sin embargo, cada organización tiene la facultad de apropiarse del sistema a sus características y necesidades (actividad económica, riesgos, procesos, etc.). En general, los principales ajustes que deben realizar las empresas se encuentran en: innovación tecnológica para la detección y control de riesgos laborales, gestión de la información, estrategias tecnológicas como solución a necesidades de prevención del ATEL, reforzar los programas de salud física y mental, adaptar su política en el uso de información, realizar la medición del impacto del teletrabajo en el sistema, intervenciones en el puesto de trabajo, adecuación a los planes de emergencias, y por último el diseño y aplicación de indicadores de SST para teletrabajo.

Discusión

El presente estudio recopila antecedentes teóricos y conceptuales frente a las relaciones entre el teletrabajo y el SG-SST, a su vez presenta las prácticas usadas por las empresas en la implementación del sistema de gestión en seguridad y salud cuando tienen teletrabajadores y se plantea la adecuación de los elementos del sistema al teletrabajo.

La mayoría de los estudios consultados⁽⁷⁻⁹⁾ indagan sobre los efectos en la salud que tiene el teletrabajo en las personas, pero durante la recopilación de los antecedentes no se encontraron investigaciones que relacionen la implementación del SG-SST con el teletrabajo, por lo tanto, es posible indicar que el presente estudio se considera pionero en Colombia, como una primera aproximación a este fenómeno.

Producto del análisis de la información, se confirma que el teletrabajo es una modalidad de trabajo en aumento en Colombia. Bogotá, como capital, es la ciudad de mayor concentración tanto de empresas como de teletrabajadores, en su mayoría pertenecientes al sector servicios, siendo la principal forma de teletrabajo, la de tipo suplementario⁽²³⁾. No fue posible conocer la situación de otros países, por no contar con caracterización de esta población.

Si bien el teletrabajo es una ventaja para la productividad, hay análisis relacionados con las condiciones de SST que demuestran efectos negativos en la salud de los teletrabajadores y la falta de controles por parte de los empleadores para mitigar los daños⁽²⁴⁾. Los resultados de la encuesta a teletrabajadores, frente a la intervención del riesgo psicosocial y en el puesto de trabajo, coincide con estudios similares que han demostrado aumento del estrés, aislamiento y presencia de enfermedades osteomusculares⁽⁷⁻⁹⁾.

Como se observa en los resultados, los mecanismos más usados son aquellos que implican la presencia física del trabajador en la organización y los medios electrónicos (correo electrónico e intranet), pero a su vez, esto puede ser considerado como una barrera para la comunicación y desarrollo de actividades de SST, al no considerar las condiciones particulares de las labores en teletrabajo, como se revela en investigaciones previas⁽³⁾.

Por último, como se indica en los resultados, las empresas con teletrabajo requieren modificar sus prácticas implementando procesos de gestión de la información y del conocimiento e innovando en tecnología, todo en el marco de una política incluyente y diferencial, que a su vez permita hacer el seguimiento y medición de las acciones, como parte de la gestión al cambio, componente esencial del sistema.

Como limitaciones del estudio se encuentra la falta de estudios similares en el contexto de otros países. A su vez, se considera como dificultad para el análisis la carencia de resultados de participación de teletrabajadores por tamaño de empresa y por sector económico; así como de aquellas que decidieron modificar la figura o no continuar con el proceso de incorporación del teletrabajo.

Dada la naturaleza particular de toda investigación cualitativa⁽²⁵⁾ y la complejidad de las realidades que estudia, no es posible generalizar sus resultados en sentido estricto, como se puede hacer en las investigaciones experimentales. Por ello, la principal limitación metodológica del estudio fue lograr la participación voluntaria de las empresas y teletrabajadores. No obstante, se presentan los hallazgos en SST de las empresas con teletrabajo participantes en la investigación.

Los resultados de estos estudios tienen implicaciones en la práctica profesional de quienes lideran el SG-SST por lo que se ha descrito a lo largo de este documento; pero además es probable que a través de tales prácticas se vulneren derechos laborales, se aumenten las cargas de trabajo y se aminore la participación del trabajador en las actividades de la empresa.

Desde la política pública y las normas que regulan la materia, se requiere la actuación sincrónica y dinámica por parte de la administración pública. En este sentido, se hace necesario revisar ciertos procesos relacionados con la SST que tienen como efecto el reconocimiento de prestaciones asistenciales y económicas en caso de eventos de origen laboral.

Además de los cambios sugeridos a las empresas en su SG-SST, se pueden inferir otras dificultades para las organizaciones que pueden ser objeto de investigaciones futuras. Tales problemáticas se relacionan con la dificultad de supervisar los riesgos en el entorno del teletrabajador, los medios para el diagnóstico de condi-

ciones de salud, la implementación de controles, la investigación del ATEL, los procesos de reintegro laboral y el seguimiento a los resultados del sistema, así como de la factibilidad económica de las modificaciones al SG.SST.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por la Universidad Jorge Tadeo Lozano. Título del proyecto de investigación: «Modelo de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empresas con modalidad de teletrabajo».

A las empresas participantes en el estudio, quienes de forma voluntaria facilitaron la información requerida para el desarrollo del proyecto con el propósito de mejorar en sus procesos organizacionales.

A todos los estudiantes de la Especialización en Gerencia en Salud Ocupacional y de la Especialización en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyeron con sus aportes a través del semillero de investigación vinculado al proyecto de investigación mencionado.

Bibliografía

1. Nilles J. Traffic reduction by telecommuting: A status review and selected bibliography. *Transp. Res. A.* 1988; 22A: 301-17.
2. He S, Hu L. Telecommuting, income, and out-of-home activities. *Travel Behav. Soc.* 2015; 2: 131-147.
3. Pérez MP, Sánchez AM, de Luis Carnicer MP. Benefits and barriers of telework: perception differences of human resources managers according to company's operations strategy. *Technovation.* 2002 Dec; 22: 775-83.
4. Kim S, Choo S, Mokhtarian PL. Home-based telecommuting and intra-household interactions in work and non-work travel: A seemingly unrelated censored regression approach. *Transp. Res. A.* 2015; 80: 197-214.
5. Contreras O, Rozo I. Teletrabajo y sostenibilidad empresarial. Una reflexión desde la gerencia del talento humano en Colombia. *Suma de Negocios* 2015; 6: 74-83.
6. Selma A, Ortíz F. El accidente de trabajo en el teletrabajo. Situación actual y nuevas perspectivas. *Rev. Andal. Trab. Bienestar Soc.* 2016; (134): 129-66.
7. Montreuil S, Lippel K. Telework and occupational health: a Quebec empirical study and regulatory implications. *Saf. Sci.* 2003; 41: 339-358.
8. Aguilera A, Lethiais V, Rallet A, Proulhac L. Home-based telework in France: Characteristics, barriers and perspectives. *Transp. Res. A.* 2016; 92: 1-11.
9. Eurofound and the International Labour Office [página principal en Internet]. Luxembourg-Geneva: Eurofound and the International Labour Office [citado 15 May 2017]. Disponible en: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/working-anytime-anywhere-the-effects-on-the-world-of-work>

- 10.** Ley Por la cual se establecen normas para promover y regular el Teletrabajo y se dictan otras disposiciones. L. N° 1221/2008 (16 Jul 2008).
- 11.** Decreto Por medio del cual se reglamenta la Ley 1221 de 2008 y se dictan otras disposiciones. D. N° 884/2012 (30 Abr 2012).
- 12.** Resolución Por la cual se definen las entidades que harán parte de la Red Nacional de Fomento al teletrabajo y se dictan otras disposiciones. R. N° 2886/2012 (17 Dic 2012).
- 13.** Ley Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. L. N° 1562/2012 (11 Jul 2012).
- 14.** Organización Internacional del Trabajo. Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo ILO-OSH 2001. Ginebra: OIT; 2001.
- 15.** Decreto Único Reglamentario Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. D. N° 1072/2015 (26 May 2015).
- 16.** Dessler G. Administración de Recursos Humanos. 11th ed. México D.F.: Prentice Hall; 2009.
- 17.** Glenn Dutcher E. The effects of telecommuting on productivity: An experimental examination. The role of dull and creative tasks. *J. Econ. Behav. Organ.* 2012; 84: 355-63.
- 18.** Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica.* 2002; 76: 23-36.
- 19.** Fernández L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Fichas para investigadores. ICE-UB [edición electrónica]. 2006 [citado 15 May 2017]; 7: [aprox. 13 p]. Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/fitxes/fitxa7-cast.htm>
- 20.** Crespo MC, Salamanca B. EL Muestreo en la Investigación Cualitativa. *Nure Investigación.* 2007; 27: 1-4.
- 21.** Martínez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma.* 2006; 27: 7-33.
- 22.** Gareca M, Verdugo R, Briones L, Vera A. Salud Ocupacional y Teletrabajo. *Cien Trab.* 2007; 9: 85-8.
- 23.** Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones-MINTIC. Estudio Penetración Teletrabajo 2016. Portal Teletrabajo en Colombia [edición electrónica]. 2016 [citado 15 May 2017]. Disponible en: <http://teletrabajo.gov.co/622/w3-article-16887.html>.2016.
- 24.** Bonilla A, Plaza DC, Soacha G, Riaño-Casallas MI. Teletrabajo y su Relación con la Seguridad y Salud en el Trabajo. *Cien Trab.* 2014; 16: 38-42.
- 25.** Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 4th ed. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.; 2014.

Estudio sobre las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo en España

A study of Occupational Health Nursing competencies and skills in Spain

Javier González Caballero^{1,2}

¹Instituto Nacional de la Seguridad Social. Servicio de Prevención y Salud Laboral. Bilbao, España.

²Programa de doctorado: Biomedicina, Calidad de vida y Salud (Salud Pública). Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa. Bizkaia, España.

Fechas · Dates

Recibido: 2019.09.02
Aceptado: 2019.10.24
Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Javier González Caballero
Servicio de Prevención y Salud Laboral. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gran Vía de Don Diego López de Haro, 62. 48011. Bilbao
Telf: 94 428 45 00 Correo electrónico: javier.gonzalez1@seg-social.es

Resumen

Objetivo: Evaluar la importancia y el grado de desarrollo de las competencias profesionales de los/as Enfermeros/as del Trabajo descritas en la Orden SAS/1348/2009 en las áreas preventiva, asistencial, legal y pericial, gestión, docencia e investigación.

Metodología: Investigación de carácter observacional, descriptivo y transversal que utilizó como población a estudio los especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a sociedades profesionales específicas y/o multidisciplinares. La recogida de datos se realizó en 2014 mediante un cuestionario diseñado por un panel de expertos. El análisis descriptivo incluyó el perfil sociodemográfico del colectivo, el análisis bivariado determinó la importancia y el grado de desarrollo de cada competencia según las variables independientes definidas, y finalmente el modelo de regresión lineal múltiple explica los factores determinantes.

Resultados: En el análisis descriptivo de competencias en cuanto a la importancia atribuida, tres son las competencias que destacan: gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos; incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción y prevención de riesgos e identificar problemas de salud laboral reales o potenciales. En cuanto al mayor grado de desarrollo resaltan las siguientes: gestión de un sistema de registro de confidencialidad; prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo e identificar problemas de salud laboral reales o potenciales.

Discusión: La adscripción a cada modalidad de servicio de prevención, el sector económico de la empresa y los años de experiencia profesional, resultan determinantes en la importancia y el grado de desarrollo de cada una de sus competencias.

Palabras clave: Enfermería del Trabajo. Competencia profesional

Abstract

Objective: To evaluate the importance and degree of development of the professional competences of occupational health nursing specialists in Spain described in Public Order SAS/1348/2009 in the areas of prevention, clinical care services, legal expertise, management, teaching and research.

Methodology: This cross-sectional, descriptive study surveyed occupational health nurse members of specific and/or relevant multidisciplinary professional societies at the autonomous community or state levels in Spain. A questionnaire, designed by an expert panel and centered on approved professional competencies was administered in 2014. Descriptive statistics summarized the sociodemographic profile of respondents. Bivariate analysis, followed by multivariate linear regression analysis, was used to measure associations between specific independent variables and both the perceived importance and degree of development of each competency.

Results: In the descriptive analysis of perceived importance, there are three competencies that stand out: manage a registration system that ensures the confidentiality of the data; increase the health level of the worker through health promotion and risk prevention, and identify real or potential occupational health problems. Regarding highest degree of development, the following stand out: management of a confidentiality registration system; pro-

vide urgent and emergency care in the workplace and identify real or potential occupational health problems.

Discussion: Type of occupational health service, the economic sector to which the company belonged and years of professional experience were associated with both the importance and degree of development of each of the competencies.

Key words: Occupational Health Nursing, Professional competence

Introducción

La 60ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece las líneas prioritarias de actuación a través del Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017. En sus objetivos propone la mejora del funcionamiento de los servicios de salud laboral y el acceso a los mismos a través del incremento de las capacidades de sus recursos humanos⁽¹⁾, aspecto que se reitera en las líneas estratégicas del plan 2015-2025⁽²⁾. En el ámbito de la Unión Europea (UE), el Marco Estratégico en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2020 define sus propios retos. Entre ellos destaca la mejora de la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo, actuando sobre los riesgos actuales, nuevos y emergentes, donde los especialistas en salud laboral participan activamente⁽³⁾. En esta misma línea se muestra la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, orientando sus planteamientos a la mejora de la calidad y eficacia de la vigilancia de la salud y de las especialidades de Enfermería y Medicina del Trabajo⁽⁴⁾. En definitiva, en todos los supuestos asoma un denominador común que aboga por una especificidad o un incremento de las competencias de los profesionales de la salud laboral. Esta circunstancia pone de manifiesto que la cultura preventiva se ha incorporado a la sociedad pasando a convertirse en una cuestión objeto de preocupación social⁽⁵⁾.

De forma específica, tanto la Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (FOHNEU)⁽⁶⁾, como la American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)^(7,8), la Canadian Nurses Association (CNA)⁽⁹⁾, The Association of Occupational Health Nurse Practitioners⁽¹⁰⁾, el Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN)^(11,12) y la Oficina Regional para Europa de la OMS⁽¹³⁾, han definido los distintos roles de la Enfermería del Trabajo.

La evolución que se ha producido en la proyección de esta especialidad en los últimos años motiva esta investigación centrada en el análisis de la identidad profesional basada en el desarrollo de nuevas competencias laborales. Así la Orden SAS/1348/2009 que aprueba el primer programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo establece un punto de inflexión en esta disciplina enfermera⁽¹⁴⁾. La propia disposición describe de forma pormenorizada sus capacidades profesionales, por tanto, el objetivo es evaluar la importancia y el grado de desarrollo que atribuyen a sus competencias, aspecto esencial para determinar su idiosincrasia como colectivo.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal para el que se diseña un cuestionario de 67 preguntas de carácter autoaplicado, anónimo y de respuestas cerradas. Se presenta a través de la aplicación Google Docs® estructurado en tres bloques: características sociodemográficas, valoración de las veintinueve competencias incluidas en la Orden SAS/1348/2009 y percepción de las habilidades específicas que las organizaciones consideran adquiridas por el profesional en el periodo de formación universitario⁽¹⁵⁾. En la elaboración intervino un grupo de expertos constituido por diez presidentes de sociedades profesionales específicas de Enfermería del Trabajo de carácter estatal o autonómico registradas en el Ministerio del Interior y un miembro del Consejo General de la Enfermería Española, coordinados por el investigador principal. En su condición de especialistas independientes en ejercicio actual de la especialidad y al menos cinco años de trayectoria profesional, validaron el contenido mediante consenso aplicando la metodología propuesta por Moriyama⁽¹⁶⁾ con valoraciones superiores al 89% en todos los supuestos. Posteriormente se realizó una prueba piloto entre 30 especialistas presentes en distintos escenarios laborales: servicio de prevención propio, ajeno y mancomunado, mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, titular del Grado de Enfermería, miembros de una Unidad Docente multidisciplinar y Comisión Nacional de la especialidad, autónomo, profesionales en desempleo y jubilados por cese de actividad. Por último, se llevó a cabo una revisión por parte de la Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, la Unidad de Investigación Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre y la Cátedra de Epidemiology, Human Genetics and Environmental Sciences, School of Public Health, The University of Texas.

El trabajo de campo se desarrolla en septiembre de 2014. El acceso es a través de un link facilitado por la propia sociedad científica y/o profesional a la que pertenece el especialista de forma individual y anónima siendo la participación voluntaria. A los siete y quince días de enviado el cuestionario se realiza un recordatorio por el mismo medio, estando disponible 30 días desde el primer envío. En el caso de las personas que aceptaron participar en el estudio, el sistema les solicitó previamente su consentimiento. Con el fin de ajustarse a la Ley de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales⁽¹⁷⁾, los envíos se efectuaron con copia oculta a los destinatarios finales. A los/as presidentes se solicitó la inclusión del investigador entre los potenciales receptores al objeto de disponer de la fecha de envío.

En cada competencia se propone responder a las siguientes preguntas aplicando una escala de Likert de descripción gradual numerada (0 a 10): ¿qué importancia profesional le adjudica a esta competencia? y ¿qué grado de desarrollo ha alcanzado esta competencia en su trabajo? La escala manifiesta el grado de acuerdo y desacuerdo de la competencia objeto de valoración y el nivel de implantación en su contexto laboral (el valor cero implica nula importancia y el diez máxima importancia). Ninguna de las preguntas diseñadas tiene filtros ni saltos en el ánimo de facilitar un tránsito más ágil al cumplimentar el cuestionario. Tampoco incluye

en los ítems de respuestas múltiples la opción no sabe/no contesta con el fin de provocar la respuesta del destinatario.

No se predetermina el tamaño muestral porque es factible el acceso a todo el universo de personas objeto de estudio. El número se obtuvo de forma directa a través de las asociaciones, siendo 1985 los Enfermeros/as del Trabajo registrados: 1196 (60,25%) pertenecen a diez sociedades de carácter específico y 789 (39,75%) están vinculados a otras quince sociedades integradas por disciplinas afines (Tabla 1).

Las variables dependientes corresponden con los valores obtenidos de las opiniones sobre la importancia y el nivel de desarrollo tanto de las competencias señaladas en la norma como de aquellas más valoradas por la organización contratante; este último bloque no se contempla posteriormente. En el análisis descriptivo de la relación entre variables se consideran independientes las características sociodemográficas. En el tratamiento estadístico se utilizaron las siguientes escalas de medidas según el tipo de variables: en las cualitativas se determina frecuencia y porcentaje; en las cuantitativas media y desviación estándar si la distribución era normal, y mediana y rango intercuartílico si la distribución era asimétrica.

En el estudio de las relaciones de la importancia y nivel de desarrollo de las competencias según las características sociodemográficas y laborales, se seleccionaron las siguientes variables independientes para efectuar el análisis bivariado: edad, sexo, año de obtención del título, realización de la prueba de la evaluación de la competencia, años de ejercicio de la especialidad, número de especialistas en la organización, número de trabajadores de la empresa, vinculación laboral, número de centros de trabajo, sector de actividad económica, formación específica en prevención de riesgos laborales, relación contractual con la organización y tipo de jornada. En su determinación se utilizaron el test de la T de Student entre las medias obtenidas del análisis de las competencias según el sexo y la participación en la prueba de evaluación para la acreditación como especialista y regresión lineal simple para el resto de las variables independientes. Una vez seleccionadas las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) se incorporaron a un modelo de regresión lineal múltiple. En el formato final de análisis tanto para la importancia profesional como para el grado de desarrollo de cada competencia, se determinaron de nuevo aquellas variables independientes con un valor $p < 0,05$. De esta forma, los resultados últimos incluyen los coeficientes y los valores del coeficiente de determinación (R^2) que reflejan el porcentaje de la varianza explicada por cada modelo, así como el valor p global del modelo conjunto. En el análisis final se emplearon dos paquetes de programas estadísticos, Statistical Program for Social Sciences® (SPSS) versión 19.0 y Stata® versión 11 (Stata Corp. Inc. College Station Texas).

Tabla 1: Distribución de los profesionales de Enfermería del Trabajo que pertenecen a asociaciones o sociedades específicas o generalistas relacionadas con la especialidad.

Sociedades profesionales específicas de la especialidad	Nº de socios
Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AET	850
Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AAET	65
Asociación Canaria de Enfermería del Trabajo, ASCANET	16
Asociación Cántabra de Enfermería del Trabajo, ACET	29
Asociació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral, ACITSL	63
Asociación de Diplomados y Especialistas en Enfermería del Trabajo de Navarra, ADETNA	56
Asociación Extremeña de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AEXET	35
Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo, AMET	150
Asociación Murciana de Enfermería del Trabajo, AMURET	20
Sociedad Valenciana de Enfermería del Trabajo, SVET	62
Total	1.196

Nota: La Federación Española de Enfermería del Trabajo (FEDEET) aglutina a las asociaciones Asturiana, Canaria, Cántabra, Catalana, Navarra, Extremeña y Valenciana. En el caso de la Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo (AMET) pertenece a la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral (AET).

Sociedades profesionales que incluyen otras disciplinas afines	Nº de socios
Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral, AEPSAL	250
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, SESLAP	38
Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, SEMST	501
Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo	10
Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo	26
Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja	135
Sociedad Balear de Medicina y Seguridad del Trabajo	2
Sociedad Cántabra de Medicina del Trabajo	32
Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo	15
Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball	100
Sociedad Extremeña de Medicina del Trabajo	-
Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales, SGPRL	15
Sociedad Navarra de Medicina y Enfermería del Trabajo	60
Lan Medikuntzaren Euskal Elkarte. Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo	60
Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo	46
Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, AEEMT	-
Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario, ANMTAS	-
Total	789

Nota: La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) aglutina a las sociedades Andaluza, Asturiana, de Aragón y La Rioja, Balear, Cántabra, Castellana, Catalana, Extremeña, Gallega, Navarra, Vasca y Valenciana. La Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) y la Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS) están constituidas exclusivamente por especialistas en Medicina del Trabajo.

Total 1.985

Resultados

La población objeto de estudio está formada por 1985 especialistas en Enfermería del Trabajo agrupados en veinticinco sociedades profesionales de carácter estatal o autonómico. La tasa de respuesta fue plena en cada uno de los ítems. De las 324 respuestas recibidas (16,32%), 218 corresponden a mujeres (67,28%) y 106 a hombres (32,72%).

El perfil general del especialista participante se corresponde a una mujer con una edad media de 43,30 años (DE: 9,97), una media de años transcurridos desde la obtención del título de especialista de 17,45 (DE: 12,70; Mediana: 13,0) y una experiencia en su ámbito de 14,11 años (DE: 8,17; Mediana: 12,0). Residente en las Comunidades Autónomas de Cataluña (28,09%) y Madrid (15,12%), de forma mayoritaria accede al título de la especialidad sin participar en la prueba de evaluación de la competencia (64,50%), pertenece a una sociedad profesional específica de la disciplina (60,25%) y ha cursado formación de nivel superior en prevención de riesgos laborales (80,86%). El estudio destaca que el 49,38% acredita una formación superior en todas las áreas preventivas exceptuando medicina del trabajo, centrando la Ergonomía y Psicología aplicada el mayor interés (12,65%). Con una vinculación contractual de carácter indefinido (86,11%) a un servicio de prevención propio (49,07%) del sector servicios (68,21%), realiza una jornada continua de mañana (60,49%) donde el 46,91% ejerce como único especialista en una organización con una plantilla superior a 500 trabajadores (70,98%) distribuida en seis o más centros de trabajo (67,59%).

En el análisis descriptivo de competencias en cuanto a la importancia atribuida y el grado de desarrollo, tres son las competencias que destacan por su puntuación más elevada en importancia profesional: gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos (9,14) (Tabla 5); incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción y prevención de riesgos (9,04) (Tabla 2) e identificar problemas de salud laboral reales o potenciales (9,04) (Tabla 3). Entre las de menor trascendencia citan la valoración pericial en el ámbito enfermero de las consecuencias derivadas de la patología laboral en la salud (7,35) (Tabla 4); realizar procedimientos de cirugía menor en el ámbito de la salud laboral (7,05) (Tabla 3); asesorar y orientar en la gestión y tramitación de la incapacidad laboral (6,80) (Tabla 4).

En cuanto al mayor grado de desarrollo resaltan las siguientes: gestión de un sistema de registro de confidencialidad (7,64) (Tabla 5); prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo (6,95) (Tabla 3) e identificar problemas de salud laboral reales o potenciales (6,93) (Tabla 3). Un menor grado de desarrollo alcanzan la valoración pericial enfermera de las consecuencias de patología común en el desarrollo del trabajo (3,85) (Tabla 4); valoración pericial en el ámbito enfermero de las consecuencias derivadas de la patología laboral (3,62) (Tabla 4) y asesoramiento en la gestión y tramitación de incapacidades laborales (3,33) (Tabla 4).

Las habilidades donde la oscilación de la media intracompetencia destaca sobremanera son las siguientes: propuesta e intervención en proyectos de investigación

orientados a mejorar la actividad profesional (3,98) (Tabla 6); utilización y mejora de instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras (3,87) (Tabla 6) y coordinación de actuaciones con el sistema público de salud (3,84) (Tabla 5).

Tabla 2: Análisis de las competencias en el área preventiva según la importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.

Competencia		Media	DE
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Importancia profesional	9,04	1,53
	Grado de desarrollo	6,40	2,26
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Importancia profesional	8,83	1,55
	Grado de desarrollo	6,45	2,22
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Importancia profesional	8,47	1,65
	Grado de desarrollo	5,86	2,38
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Importancia profesional	7,67	2,16
	Grado de desarrollo	4,83	2,99
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Importancia profesional	8,90	1,48
	Grado de desarrollo	6,45	2,59
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Importancia profesional	8,54	1,60
	Grado de desarrollo	5,22	2,80
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Importancia profesional	7,68	1,97
	Grado de desarrollo	4,35	2,75

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

Tanto en la importancia como en el grado de desarrollo que le confiere el profesional a cada una de las veintinueve competencias descritas en las áreas preventiva, asistencial, legal y pericial, gestión, docencia e investigación, el análisis bivariado resulta coincidente en las siguientes variables estadísticamente significativas: años de ejercicio profesional como especialista, número de centros de trabajo que dispone la organización, vínculo según la modalidad del recurso preventivo y sector económico de actividad empresarial. Estas variables fueron incorporadas a un análisis de regresión logística múltiple, tanto para ver si mantenían la significación como para comprobar el grado de ajuste total de cada modelo final.

Tabla 3: Análisis de las competencias en el área asistencial según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.

Competencia		Media	DE
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Importancia profesional	9,04	1,29
	Grado de desarrollo	6,93	2,29
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Importancia profesional	8,71	1,60
	Grado de desarrollo	5,98	2,73
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Importancia profesional	8,62	1,58
	Grado de desarrollo	6,38	3,09
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Importancia profesional	8,16	1,85
	Grado de desarrollo	5,43	2,96
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Importancia profesional	8,57	1,80
	Grado de desarrollo	6,06	2,99
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Importancia profesional	8,77	1,91
	Grado de desarrollo	6,95	3,27
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Importancia profesional	7,05	2,83
	Grado de desarrollo	4,37	3,53

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

Tabla 4: Análisis de las competencias en el área legal y pericial según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.

Competencia		Media	DE
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Importancia profesional	7,35	2,42
	Grado de desarrollo	3,62	2,98
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Importancia profesional	7,44	2,34
	Grado de desarrollo	3,85	3,03
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Importancia profesional	8,51	1,79
	Grado de desarrollo	5,27	3,05
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Importancia profesional	7,73	2,27
	Grado de desarrollo	4,59	3,09
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Importancia profesional	6,80	2,73
	Grado de desarrollo	3,33	3,10

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

Tabla 5: Análisis de las competencias en el área de gestión según importancia profesional y grado de desarrollo en el puesto de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.

Competencia		Media	DE
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Importancia profesional	8,60	1,69
	Grado de desarrollo	5,68	3,03
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad que permitan valorar su coste/efectividad	Importancia profesional	7,90	2,10
	Grado de desarrollo	4,50	2,98
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Importancia profesional	8,99	1,45
	Grado de desarrollo	6,66	2,76
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Importancia profesional	7,98	2,08
	Grado de desarrollo	5,23	2,99
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Importancia profesional	7,74	2,36
	Grado de desarrollo	3,90	3,03
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Importancia profesional	9,14	1,45
	Grado de desarrollo	7,64	2,75

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

Tabla 6: Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.

Competencia		Media	DE
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Importancia profesional	7,85	2,18
	Grado de desarrollo	4,35	3,12
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Importancia profesional	8,73	1,57
	Grado de desarrollo	5,95	2,84
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Importancia profesional	8,09	2,16
	Grado de desarrollo	4,11	2,96
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Importancia profesional	7,80	2,32
	Grado de desarrollo	3,93	2,84

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

En cuanto a la importancia profesional que confiere el especialista a sus competencias, en el área de gestión, docencia e investigación, en cinco de los veintinueve ámbitos de actuación estudiados (realizar estudios, desarrollar protocolos y guías para la práctica profesional; gestionar los cuidados que permitan valorar su coste/efectividad; colaborar en el grupo multidisciplinar del servicio de prevención; ges-

tionar y organizar los servicios de prevención en sus distintas modalidades y ámbitos y coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud), ninguna de las trece variables independientes muestra significación estadística. No obstante, en los modelos finales se constata que en quince de todas las competencias analizadas sí se identificaron asociaciones significativas ($p < 0,05$ individuales) con variables independientes individuales. Sin embargo, hubo varios casos donde el ajuste del modelo final no se mantuvo estadísticamente significativo (p global $< 0,05$).

En todos los supuestos, las cifras de R^2 no superan el 15%. Sus mayores valores se concentran en el área preventiva y, en concreto, las competencias referidas a incrementar el nivel de salud de la población trabajadora mediante la prevención de riesgos y formación (14,96%), promover la participación del trabajador a través de las medidas propuestas (10,38%) y asesorar a la dirección de las empresas sobre la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador (9,66%).

En cuanto al grado de desarrollo que valora el especialista en Enfermería del Trabajo, únicamente en la competencia del área legal, valoración pericial enfermera de las consecuencias de la patología derivada en el trabajo, ninguna de las trece variables independientes contempladas muestra significación. En el resto de las veintiocho atribuciones analizadas, los valores de R^2 no superan el 23%. Los porcentajes más elevados se concentran de forma exclusiva en distintas facetas del área de asistencia sanitaria: manejo de fármacos y productos sanitarios representa el 22,14%, la atención de urgencia y emergencia el 22,07%, la realización de procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral (20,80%), proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales (18,94%) y, por último, proponer una continuidad en el tratamiento al trabajador coordinado con otros profesionales sanitarios (13,68%). Al contrario de lo observado en el análisis de la importancia profesional, todos los modelos finales, salvo uno (área de gestión: gestionar y organizar servicios de prevención en sus distintas modalidades), mostraron un buen ajuste global.

Discusión

El estudio ofrece una primera imagen de la especialidad que determina la percepción sobre los roles específicos en el marco de la Orden SAS/1348/2009, circunstancia que se hace extensiva a las sociedades pertenecientes a FOHNEU, integrada por representantes de veintiocho Estados miembros y seis en calidad de observadores.

Los resultados observados en los modelos finales de análisis permiten identificar algunos patrones comunes: la vinculación a cada modalidad preventiva, el sector de actividad económica de la empresa y los años de experiencia profesional, son determinantes en las opiniones de los especialistas. En concreto, las dos primeras se muestran más relevantes en la importancia que cada profesional confiere a sus competencias, y únicamente la vinculación laboral influye en el grado de desarrollo de las mismas. En ambos supuestos, la experiencia profesional denota

una influencia menor. En un análisis más detallado por grupos de competencias, los especialistas confieren mayor importancia a todos los aspectos relacionados con la competencia relativa a la prevención y promoción de la salud. En cambio, el mayor grado de desarrollo se alcanza en el área asistencial.

En general, las trece variables independientes contempladas explican escasamente la variabilidad de las opiniones dados los valores bajos de R^2 expresados en todos los modelos. De esta forma, no todas predicen bien esta relación debido a la falta de buen ajuste de los modelos finales. Este aspecto no resta importancia a los criterios incluidos, pero indica que la variabilidad restante estaría explicada por variables no medidas en el estudio o bien por confusión residual en las mismas.

El perfil sociodemográfico descrito no denota un patrón diferencial con los estudios realizados por el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona⁽¹⁸⁾, el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)⁽¹⁹⁾, un informe de la National Sample Survey of Registered Nurses⁽²⁰⁾ para determinar las características de la especialidad en EE.UU. y una publicación de la Japan Society for Occupational Health⁽²¹⁾.

El 66,70% de los países desarrollados disponen de titulación oficial y programa formativo específico en Enfermería del Trabajo⁽²²⁾. Otro informe posterior analiza los programas docentes que se imparten en la UE y observa una tendencia generalizada, la especialidad se obtiene a través de un máster universitario⁽²³⁾. En España se realiza en unidades docentes multidisciplinares mediante el sistema de residencia.

Aunque el porcentaje de pertenencia a asociaciones profesionales es escaso (18,04%) comparado con otros países^(24,25), se constata una preferencia por sociedades específicas (60,25%). En cambio, donde el asociacionismo está más consolidado, EE.UU., Canadá y Reino Unido, las sociedades han jugado un papel clave en el desarrollo, capacitación, certificación e implementación de nuevos roles enfermeros⁽²⁶⁾; no en vano, el 85,10% de los países desarrollados disponen de sociedades de este tenor⁽²⁷⁾.

En las sucesivas ediciones de la Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (1999, 2003, 2009 y 2016)^(28,29,37), señala que el recurso preventivo adoptado más frecuente es el servicio de prevención ajeno, cifrado en el 39,20%, 73,40%, 72,90% y 90,70% respectivamente. La adopción de la modalidad de servicio de prevención propio fue de 5,30%, 9,80%, 4,90% y 5,90% en cada caso. Aspecto diferencial con el perfil de los participantes en este trabajo, casi el 60% está vinculado a un servicio de prevención propio y el 30% a uno ajeno.

La competencia de incrementar el nivel de salud mediante la promoción y prevención de riesgos concita la mayor importancia. Distintas instancias constatan las bondades de instaurar este tipo de programas en los centros de trabajo⁽³⁰⁾. En un informe de la OMS que detalla las competencias de la especialidad defiende su aplicación⁽²⁸⁾; NIOSH da un paso más y reconoce su importancia mediante la aplicación de criterios de coste-efectividad⁽³¹⁾. El posicionamiento institucional de AAOHN es nítido al respecto, cita en primer lugar esta actividad entre la escala de

prioridades⁽³²⁾. En la misma línea se muestra FOHNEU⁽²¹⁾ e idéntica postura toma la Comisión Nacional de la especialidad, encabezando la faceta preventiva el listado de competencias del futuro especialista⁽¹⁴⁾. En el caso de la CNA, esta atribución ocupa el segundo contenido más amplio en el proceso de acreditación del especialista. Finalmente, en un documento profesional de adhesión, considera la prevención un aspecto primordial en el ámbito de la vigilancia de la salud⁽³³⁾.

Las cinco competencias descritas más desarrolladas del área asistencial están íntimamente relacionadas entre sí (manejo de fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral; prestar atención y emergencia en el centro de trabajo donde se realiza su actividad; realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral; proporcionar una atención integral a la población laboral y proponer una continuidad del tratamiento coordinado con otros profesionales). En todos los casos responden a la concepción inicial de la especialidad, la atención directa al trabajador en situaciones de accidente de trabajo y la prestación de primeros auxilios. En un estudio donde participaron 17 países y 450 Enfermeros del Trabajo⁽³⁴⁾, concluye que la prestación de primeros auxilios es la segunda atribución más ponderada entre los especialistas por contar con mayor autonomía en su ejecución, aspecto que ratifica nuestros resultados. En cambio, el manejo de fármacos es la competencia con menor nivel de desarrollo, cuestión divergente en nuestro planteamiento.

Destaca la faceta del cuidado integral a cada una de las actuaciones de asistencia sanitaria, cuestión compartida en las conclusiones de un estudio donde compara las prioridades entre las competencias de enfermeros y médicos del trabajo en el Reino Unido⁽³⁵⁾. Distintas instancias ratifican la relevancia de la tarea asistencial que presta la enfermería en los centros de trabajo. Así queda establecido en los informes de la OMS (2001)⁽¹³⁾, SCOHN (2005)⁽³⁶⁾, FOHNEU (2012)⁽²²⁾ y AAOHN (2013)⁽³⁷⁾. Planteamiento que se constata en el estudio de las competencias que desarrolla esta disciplina en 33 países fundamentalmente de la UE⁽³⁰⁾.

En este contexto, la vigilancia de la salud ocupa un lugar primordial en su cometido asistencial. De hecho, la actividad preventiva que con mayor frecuencia se realiza en los centros de trabajo son los exámenes de salud (82,06%)⁽³⁸⁾, coincidiendo su práctica con los sectores de mayor presencia de la especialidad⁽³⁹⁾. Esta tarea en concreto y la salud laboral en general, son una de las actividades sanitarias más reguladas desde la formación al ejercicio profesional. Conscientes de esta realidad, la competencia que alcanza los mayores valores tanto en importancia profesional como en grado de desarrollo, es la relativa a la gestión de un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con la normativa, cuestión coincidente con el planteamiento de la institución que asesora sobre el contenido de los programas docentes de Enfermería impartidos en Australia⁽⁴⁰⁾.

Entre las limitaciones se encuentran las propias que definen el objeto de estudio al circunscribir la población diana a los Enfermeros/as del Trabajo pertenecientes a sociedades científicas y/o profesionales. En consecuencia, existe un potencial sesgo en la selección del universo de estudio, originado por la ausencia de representación de especialistas no vinculados a las sociedades citadas. En 1929 se

publica una disposición que establece la colegiación obligatoria de los antiguos Practicantes⁽⁴¹⁾. Este registro regulado para el ejercicio de la profesión no se hace extensivo a la notificación de las especialidades enfermeras aprobadas en el Real Decreto 450/2005⁽⁴²⁾; la notificación tiene un carácter voluntario. Esta circunstancia motivó que se estableciera el ámbito de estudio entre las distintas sociedades científicas por su posibilidad de aglutinar a profesionales afines en general y de esta disciplina enfermera en particular, representando el 28,34% (1.985) de los profesionales que han retirado el nuevo título de especialista (7.003)⁽⁴¹⁾ en base al Real Decreto referido.

Los resultados de este trabajo han permitido observar las prioridades profesionales y la realidad sociolaboral en las que una praxis profesional basada en las competencias aprobadas permite la posibilidad de desempeñar su cometido de forma plena, adquirir niveles de decisión autónoma, definir y hacer visible el rol como colectivo, y dejar constancia de su contribución en un escenario de trabajo tan específico. Cuestiones que redundan en un aumento de la calidad de vida de las personas a las que dirigen los cuidados, la población trabajadora⁽⁴³⁾.

Agradecimientos

A Jordi Delclós Clanchet, Ana García Pozo y Nieves Moro Tejedor por su firme y generoso compromiso tanto en favor de la investigación enfermera en el ámbito de salud laboral como en la proyección de la especialidad de Enfermería del Trabajo. De igual forma, este trabajo no hubiera sido posible sin los auténticos valedores del estudio, las asociaciones o sociedades profesionales y científicas específicas o multidisciplinares y sus integrantes.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado 14 Ene 2019]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf
2. Organización Panamericana de Salud. Plan de acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025. Washington: Organización Panamericana de Salud [citado 13 Feb 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33983/CD54_10Rev.%201-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. European Commission. Salud y seguridad en el trabajo: el marco estratégico establece los objetivos de la UE para el período 2014-2020. Bruselas: Comisión Europea [citado 1 Dic 2018]. Disponible en: https://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-641_es.htm
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020. Madrid: Instituto Nacional de Segu-

ridad y Salud en el Trabajo [citado 3 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.insst.es/-/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2015-20-1>

5. Maqueda J. Formación en medicina del trabajo: competencia y sostenibilidad. *Med Segur Trab (Internet)* 2016; Suplemento extraordinario: 126-134 [citado 20 Oct 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62sextra/ponencias13.pdf>

6. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. A core curriculum for Occupational Health Nursing in Europe. Helsinki (Finlandia): Federation of Occupational Health Nurses within the European Union [citado 3 Dic 2018]. Disponible en: https://fohneu.org/images/pdf/CORE-CURRICULUM_2014.pdf

7. American Association of Occupational Health Nurses. Competencies in Occupational and Environmental Health Nursing. *AAOHN J* 2007; 55 (11): 442-447.

8. American Association of Occupational Health Nurses. AAOHN competencies. *Workplace Health Saf* 2015; 63 (11): 484-492.

9. Canadian Nurses Association. Occupational Health Nurses Certification. Exam blueprint and specialty competencies. Canada: Canadian Nurses Association [citado 5 Dic 2018]. Disponible en: https://mycna.ca/-/media/nurseone/files/en/occupational_health_blueprint_and_competencies_e.pdf

10. Royal College of Nursing. Education Occupational Health Nurses. An approach to align education with a service vision for occupational health nurses. London: Public Health England [citado 5 Dic 2018]. Disponible en: <https://vivbenett.blog.gov.uk/wp-content/uploads/sites/90/2016/11/Educating-OHNS-final-Oct-2016-Final-NB071116.pdf>

11. International Commission on Occupational Health. Scientific Committee on Occupational Health Nursing. Education and training of Occupational Health Nurses. En: *The nurse's contribution to the health of the worker. Report núm. 9.* Scientific Committee on Occupational Health Nursing, Stockholm, 1997.

12. International Commission on Occupational Health. Scientific Committee on Occupational Health Nursing. Education and training of Occupational Health Nurses. En: *The nurse's contribution to the health of the worker. Report núm. 10.* Scientific Committee on Occupational Health Nursing, 2000.

13. WHO Regional Office for Europe. The role of the occupational health nurses in workplace health management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization [citado 4 Nov 2018]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf

14. Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. BOE núm. 129 de 28/5/2009. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8880.pdf>

15. Universidad de Deusto. Universidad de Groninjen. Tuning educational structures in Europe. Informe final fase uno. Bilbao: Universidad de Deusto [citado 16

Oct 2018]. http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUI_Final-Report_SP.pdf

16. Moriyama IM. Indicator of social changes. Problems in the measurements of health status. New York: Rusel Sage Foundation; 1968.

17. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294 de 06/12/2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>

18. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Enquesta sobre la situació professional de les Infermeres/ers especialistes en Infermeria del Treball a la provincia de Barcelona a 2009. Barcelona (España): Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2009.

19. Harber P, Alongi G, Su J. Professional activities of experienced Occupational Health Nurses. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (6): 233-242.

20. Thompson M, Wachs JE. Occupational Health Nursing in the United States. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (3): 127-133.

21. Mizuno-Lewis S, Kono K, Lewis DR, Gotoh Y, Hagi N, Sato M, Yoshikawa E, Higashikawa K, Yamazaki M, Naito M, Kondo N. Barriers to continuing education and continuing professional development among Occupational Health Nurses in Japan. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (5): 198-205.

22. Delclós GL, Bright KA, Carson AI, Felkner SA, Mackey TA, Morandi MT, Schulze LJH, Whitehead LW. A global survey of occupational health competencies and curriculum. *Int J Occup Environ Health* 2005; 11 (2): 185-198.

23. Staun J. Occupational Health Nursing. Education, practice and profile in the EU countries. Education Group. Final report, 2012. Federation of Occupational Health Nurses in the European Union [citado 24 Oct 2018]. Disponible en: <https://fohneu.org/images/pdf/final-report-on-OHN-education-practice-and-profile-2012.pdf>

24. Satomi ML, Keiko K, Desmond RL, Yuki G, Noriko H, Etsuko Y, Kaoru H, Masato Y, Masako N, Nobuko K. Barriers to continuing education and continuing professional development among Occupational Health Nurses in Japan. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (5): 198-205.

25. Phelps S. Snapshot of the AAOHN APRN membership. *Workplace Health Saf* 2013; 61 (5): 187-192.

26. García-Juárez M. El asociacionismo como fuerza determinante en el avance profesional, una asignatura pendiente de la Enfermería española. *Enferm Clin* 2013; 23 (6): 241-242.

27. Rogers B, Kono K, Palucci MH, Peurala M, Radford J, Staun J. International survey of Occupational Health Nurses' roles in multidisciplinary teamwork in occupational health services. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (7): 274-281.

- 28.** Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [citado 8 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96082/V+Encuesta+Nacional/3df69b5f-c7c7-45fe-bd2f-4d8a5ba23977>
- 29.** Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [citado 8 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Gesti%C3%B3n+de+la+Seguridad+y+Salud+de+las+Empresas/1a25c779-440f-4e93-85fb-e6ee28156ef7?-version=1.0>
- 30.** Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. La gestión preventiva en las empresas en España. Análisis del módulo de prevención de riesgos laborales de la Encuesta anual laboral 2016. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [citado 26 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/538970/La+gestion+preventiva+en+la+empresas+en+Espa%C3%B1a.pdf/09432fe7-90d9-4780-8726-d294979617a0?version=1.0>
- 31.** Howard J, Hearl F. Occupational safety and health in the USA: now and future. *Ind Health* 2012; 50: 80-83.
- 32.** American Association of Occupational Health Nurses. Health and productivity: the occupational and environmental health nurse rol. *Workplace Health Saf* 2013; 61 (12): 507-508.
- 33.** Boix P, Benavides FG, Moreno N, Roel JM, García-Gómez M. Criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3 (4): 175-177.
- 34.** Rogers B, Kono K, Palucci MH, Peurala M, Radford J, Staun J. International survey of Occupational Health Nurses' roles in multidisciplinary teamwork in occupational health services. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (7): 274-281
- 35.** Lallo D, Demou E, Stevenson M, Gaffney M, Beaton E. Comparison of competency Priorities between UK occupational physicians and occupational health nurses. *Occup Environ Med* 2017; 0: 1-3.
- 36.** Burgel B, Camp J, Lepping G. The nurses's contribution to the health of the worker. Scientific Committee on Occupational Health Nursing; 2005.
- 37.** American Association of Occupational Health Nurses. Health and productivity: the occupational and environmental health nurse rol. *Workplace Health Saf* 2013; 61 (12): 507-508.
- 38.** Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. La gestión preventiva en las empresas en España. Análisis del módulo de prevención de riesgos laborales de la Encuesta anual laboral 2016. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [citado 26 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/538970/La+gestion+preventiva+en+la+empresas+en+Espa%C3%B1a.pdf/09432fe7-90d9-4780-8726-d294979617a0?version=1.0>

- 39.** Ministerio de Empleo y Seguridad Social. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [citado 8 Ago 2018]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96082/VII+Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo%2C+2011/399f13f9-1b87-41de-bd7e-983776f8212a>
- 40.** Brown RA, Crookes PA. What are the *necessary* skills for a newly graduating RN? Results of an Australian survey. *BMC Nursing* 2016; 15: 23.
- 41.** Gaceta de Madrid. Real orden concediendo la ordenación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid núm. 363 de 29/12/1929. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1929/363/A02027-02029.pdf>
- 42.** Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108 de 6/5/2005. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>
- 43.** González J. Evolución y desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo. Leioa (Bizkaia): Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea; 2017.

Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis

Systematic Review of the Reduction of Negative Emotional Effects in Emergency and Disaster Response Workers Through Catharsis Techniques

Blanca Prieto-Callejero¹

Juan Gómez-Salgado^{2,3}

Francisco Alvarado-Gómez^{4,5}

Adriano Dias⁶

Juan Jesús García-Iglesias²

Carlos Ruiz-Frutos^{2,3}

¹Hospital Virgen de la Bella, Lepe, Huelva, España.

²Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España.

³Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

⁴Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, Consejería de Salud, Sevilla, España.

⁵Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

⁶Department of Public Health, Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Sao Paulo, Brasil.

Fechas · Dates

Recibido: 2019.04.16

Aceptado: 2019.10.28

Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Prof. Dr. Juan Gómez-Salgado

Universidad de Huelva. Avda. Tres de Marzo, S/N, 21071 Huelva (España) Tel.:

+0034 699 999 168 Email: salgado@uhu.es

Resumen

Objetivo: Analizar las técnicas de catarsis empleadas en los trabajadores que atienden situaciones de emergencias y catástrofes.

Métodos: Revisión sistemática realizada en 7 bases de datos bibliográficas Medline-Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, Scopus, PsycINFO y otras fuentes secundarias, para artículos publicados entre 2008 y 2017, con los términos «catarsis», «emergencias», «debriefing» y «estrés post-traumático».

Resultados: Los criterios de inclusión fueron cumplidos por 5 artículos. Los estudios muestran que es común entre el personal sanitario la exposición al sufrimiento y a las experiencias traumáticas, suponiendo repercusiones negativas manifestadas a nivel físico, psicológico y cognitivo tras situaciones de emergencias y catástrofes. Para algunos autores, el debriefing ofrece un lugar para descargar las emociones y reducir el impacto del estrés en la vida de los trabajadores de emergencia actuando como una red de apoyo para que dichos trabajadores puedan reconstruir sus experiencias y verbalizar sus pensamientos y sentimientos, así como reducir el impacto en sus vidas. Para otros en cambio, esta técnica no es eficaz para todos los profesionales y su uso puede conllevar consecuencias negativas.

Conclusiones: El debriefing es una intervención breve que promueve la catarsis. Sin embargo, existe una gran controversia sobre su eficacia y la manera de aplicar esta intervención. Este estudio pone de manifiesto la heterogeneidad existente en la aplicación de técnicas de catarsis en los trabajadores que atienden situaciones de emergencia y catástrofes.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático; Intervención en la Crisis; Debriefing; Catarsis; Catástrofes; Urgencias médicas

Abstract

Aim: To analyze catharsis techniques used with professionals assisting victims of emergencies and disasters.

Methods: Systematic review carried out in seven bibliographic databases: MEDLINE-Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, Scopus, PsycINFO, and other secondary sources, for articles published between 2008 and 2017, with the terms "catharsis", "emergencies", "debriefing" y "post-traumatic stress". Publication and selection biases were taken into account.

Results: Five reviews met the study inclusion criteria. Distress and traumatic experiences following an emergency or disaster are very common among health professionals, with adverse repercussions at the physical, psychological and cognitive levels. . Some authors find that debriefing offers an opportunity for emotional release and to reduce the impact of stress on the lives of emergency responders, acting as a support network where they can reconstruct their experiences, express their thoughts and feelings, and reduce the impact on their lives. For other authors, however, this technique is not always effective for all professionals and may lead to negative consequences.

Conclusions: Debriefing is a common intervention that promotes catharsis. However, there is considerable controversy over its implementation and effectiveness. This study identified

a diversity of catharsis techniques applied to staff responding to emergencies and disasters.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder; Crisis Intervention; Debriefing; Catharsis; Disasters; Emergencies

Introducción

Toda catástrofe representa un acontecimiento traumático en la vida de las personas y las comunidades, lo que se traduce en un desequilibrio y una amenaza a la integridad biopsicosocial⁽¹⁾. El trauma psicológico producido tras un evento desagradable no experimentado anteriormente, provoca una crisis psicológica que se expresa a través de múltiples sentimientos y que está relacionada con las características del individuo (sensibilidad, apoyo percibido, experiencias anteriores, entre otros), el tipo de fenómeno y sus características así como, el contexto social y cultural⁽¹⁾. De manera general, un superviviente de una catástrofe necesita comprender lo que pasó, conservar su autoestima, satisfacer la búsqueda de significado, realizar la catarsis y recibir apoyo social. Las reacciones psicológicas que se suceden tras el impacto se caracterizan por sentimientos de dependencia, pasividad y frustración. Se puede observar un estado de ansiedad, apatía, temor, depresión, indiferencia, impotencia, derrotismo, desesperanza, entre otros⁽¹⁾.

El Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) es el conjunto de síntomas que aparecen como consecuencia de la exposición a un acontecimiento estresante y que produce una severa reacción emocional. Los síntomas de TEPT casi siempre surgen dentro de los primeros días de la exposición (por lo general dentro de los 3 meses del evento). En la mayoría de las personas, los síntomas desaparecen tras varias semanas de exposición. Sin embargo, el TEPT se desarrolla en una minoría (hasta un tercio) de los expuestos a un trauma. Aunque aproximadamente el 50% de los diagnosticados con TEPT mejoran sin tratamiento durante ese año, entre el 10% y el 20% desarrollan un curso crónico ininterrumpido⁽²⁾. El trauma se vuelve a experimentar a través de pensamientos intrusivos siendo frecuente los trastornos del sueño, irritabilidad, respuesta de alarma, dificultad de concentración, entre otros. La sintomatología se agudiza cuando el individuo se expone a situaciones similares o que simbolizan la situación original⁽³⁾. Además, puede aparecer un cuadro depresivo que se presenta con sensación de vacío, sentimientos de culpa y baja autoestima, disminución de apetitos (hiposexualidad, hipoactividad y anorexia), pesimismo persistente, consumo de alcohol y psicoactivos, incluso puede presentar ideas e intentos de suicidio⁽¹⁾. El trabajo en los Servicios de Urgencias es un factor estresante donde a menudo el personal sanitario se enfrenta a la muerte de pacientes e incluso a la muerte en masas⁽⁴⁾. La incapacidad de rescatar víctimas (especialmente niños), la exposición constante a la muerte y a los cuerpos de las víctimas puede generar sentimientos de impotencia y soledad en estos profesionales. Además, suelen trabajar en una situación caótica con recursos escasos y manejo ineficiente para la atención de víctimas. Todo ello, puede tener efectos devastadores en la salud física y mental del personal provocando fuertes

reacciones emocionales, estrés entre el personal, incapacidad de proporcionar un buen cuidado e incluso puede hacer que abandonen sus puestos de trabajo^(5,6). Sin embargo, hay muy poca investigación que examina la preparación de este sector para la catástrofe así como el cuidado de su salud emocional.

En 1983, Jeffrey Mitchell desarrolló el concepto de debriefing como una herramienta de intercambio de información y procesamiento de eventos siendo considerada un tipo de técnica de catarsis. La técnica consiste en compartir en grupo los sentimientos y emociones relacionados con la experiencia traumática vivida, con el propósito de reordenarla cognitivamente de una forma más adaptativa⁽⁷⁾. El debriefing está diseñado para mitigar el impacto psicológico de un evento traumático, prevenir el desarrollo de un síndrome postraumático y servir como un mecanismo de identificación temprana para las personas que requieren seguimiento de la salud mental. Sin embargo, desde su comienzo, existe una gran controversia sobre su eficacia⁽⁷⁾.

A medida que se desarrollaba el campo de debriefing, el término original «Debriefing formal» dio a paso a diferentes modalidades como es el caso del Critical Incident Stress Debriefing (CISD) que se usó para describir la intervención en siete fases⁽⁸⁾. Este último concepto consiste en una única intervención estructurada realizada como una conversación entre personas que han experimentado el mismo incidente. Esta intervención debe ser dirigida por un profesional específicamente entrenado, que no forme parte del incidente y que su función será, además de dirigir al pequeño grupo, tratar de crear un entorno seguro y confidencial. Su duración varía desde una hora a incluso tres y su inicio no debe superar las 24-72 horas del suceso traumático. El objetivo principal del modelo de Mitchell⁽⁹⁾, al igual que todas las formas de debriefing psicológico, es profundizar y reforzar el apoyo social entre las personas que son emocionalmente «sanas» pero que experimentan reacciones de estrés agudas o anormales a eventos traumáticos. Son diversos los estudios y revisiones^(2,10,11) que destacan las posibles ventajas que presenta la realización de la sesión de debriefing tras un evento traumático pero que concluyen en sus escritos las limitaciones que presentan estos estudios para obtener datos fiables y válidos. No disponen del rigor de un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), ni de grupos homogéneos con los que poder comparar niveles similares de la exposición al trauma. A menudo tratan la satisfacción de los consumidores como indicador de eficacia.

Por otro lado, el debriefing se ha reconocido como una valiosa herramienta para lograr los resultados del aprendizaje en los estudiantes de las disciplinas sanitarias, especialmente Medicina y Enfermería⁽¹²⁾, mediante la simulación. Sin embargo, hay un reconocimiento limitado de la importancia del debriefing en el entorno clínico donde se puede considerar de una importancia destacada como son las Unidades de Cuidados Intensivos⁽¹³⁾, Urgencias^(6,14), Cuidados Paliativos, Unidades Pediátricas, entre otros. Existe una diferencia importante entre el uso de esta técnica con el fin de lograr resultados de aprendizaje, con respecto a su uso a nivel psicológico. Es a nivel formativo donde se ha obtenido un mayor desarrollo.

Hasta el momento, es reconocido que las discusiones informales entre compañeros proporcionan conversaciones ricas para promover el pensamiento crítico. Se trata de apoyarse mutuamente en un proceso que es bidireccional. El valioso aprendizaje colaborativo se produce a través de un debriefing informal «en el momento» (no estructurado) ya que cada compañero contribuye con su propia experiencia y conocimiento mientras explora o apoya la práctica de cada uno⁽¹³⁾. Se conoce con el término de defusing que consiste en una corta e informal discusión en equipo, inmediatamente después del incidente. Defusing puede ser tan breve como unos minutos o incluso 30 minutos y puede ayudar a los involucrados a estabilizar sus emociones inmediatas, movilizar el enfrentamiento e identificar las necesidades⁽⁷⁾. De igual forma, la comunicación eficaz y la coordinación de los trabajadores destaca por su importancia en la reducción de la gravedad del ajuste psicosocial. El desarrollo de vínculos con compañeros de trabajo se considera una experiencia positiva y fomenta una alianza entre los trabajadores. Es clave en la preparación para una crisis, manteniendo la disponibilidad de apoyo y suministros necesarios para atender a los pacientes durante la situación, y asegurando que los trabajadores de emergencia son atendidos física y psicológicamente después de la crisis⁽⁷⁾.

Por ello, las técnicas de catarsis tras un evento crítico resultan imprescindibles para reducir las sensaciones de tristeza y ansiedad que provoca la vivencia de dicho evento, entendidas éstas como mecanismos y estrategias de purificación, liberación o transformación interior tras un acontecimiento o una experiencia vital importante siendo ampliamente valorado el apoyo psicológico a las víctimas primarias y secundarias que sufren las consecuencias de un acontecimiento traumático^(10,11). Sin embargo, son pocos los estudios que muestren los efectos beneficiosos que puede provocar en el profesional que interviene en este tipo de emergencias. En este sentido, el objetivo de este artículo fue analizar las técnicas de catarsis empleadas en los trabajadores que atienden situaciones de emergencias y catástrofes.

Métodos

Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la declaración PRISMA⁽¹⁵⁾ siguiendo un protocolo de revisión previo a la recogida de datos con la finalidad de reducir el impacto de los sesgos inherentes a los autores aportando una mayor transparencia en el método y proceso científico.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión de la literatura publicada entre los años 2008 y febrero de 2017, consultando las bases de datos bibliográficas Medline-Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, Scopus, PsycINFO, así como en los buscadores científicos Google Académico y Dialnet. Los términos utilizados en la estrategia de búsqueda fueron, en español: catarsis, emergencias, debriefing y estrés post-traumático; y en inglés: catharsis, emergencies, debriefing and post-traumatic

stress (Tabla 1). Todos estos criterios de búsqueda fueron combinados con los operadores booleanos «AND» y «OR». Además, y pesar de que el término debriefing no se considera un término incluido en los descriptores empleados en salud, se decidió incorporarlo como término apto para realizar la búsqueda bibliográfica, debido a que se trata de un concepto característico e imprescindible en la realización de esta revisión vinculado al descriptor Crisis Intervention.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda para Medline-Pubmed.

#1	Debriefing OR Catharsis OR Catharses
#2	Posttraumatic stress OR Posttraumatic neuroses OR Moral injury OR Posttraumatic stress OR Post-traumatic neuroses
#3	Health professionals OR Health workers
#4	Emergencies OR Emergenc*
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Selección de los estudios

Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta han sido aquellos estudios publicados desde enero del año 2008 hasta febrero del año 2017 en inglés, español, portugués y francés y que evaluaran la eficacia de las técnicas de catarsis en las víctimas terciarias que atienden en situaciones de emergencias y catástrofes. Del mismo modo, se excluyeron aquellos estudios que evaluaban las técnicas de catarsis sobre las víctimas primarias, así como artículos de opinión, series de casos y registros de baja calidad científica.

Extracción de los datos

Se recogieron datos referentes a la base de datos bibliográfica, año de publicación, nombre de la revista, el tipo de publicación, el nombre de los autores y la institución, el idioma y el nivel evidencia (Tabla 2). Para la evaluación de la calidad metodológica, se usaron las plantillas elaboradas por Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)⁽¹⁶⁾ según el tipo de estudio como elemento indispensable para realizar una lectura crítica de los estudios encontrados. No fue posible desarrollar un metaanálisis de los datos debido a la heterogeneidad de los diseños encontrados. Tanto la evaluación de la calidad como la extracción de datos se llevaron a cabo entre pares de forma independiente y un tercer evaluador actuó a modo de evaluador, cotejando la información recogida entre ambos y consensuando los contenidos de la plantilla final. En el proceso de extracción de datos se utilizó el software de Gestión Bibliográfica Zotero (<https://zotero.org>) para procesar los resultados y eliminar duplicados.

Tabla 2: Variables bibliométricas de la plantilla de extracción de datos de los artículos incluidos en la revisión sistemática.

Base de datos bibliográfica	Año publicación	Revista	Tipo de publicación	Autores	Institución	Idioma	Nivel Evidencia
CINAHL	2010	Emergency Medicine Australasia (EMA)	Revisión	Joanne Magyar and Theane Theophilos(8)	Emergency Department, Royal Children's Hospital, and Murdoch Children's Research Institute. Australia	Inglés	2++ ^a
CINAHL	2014	Anxiety, Stress, & Coping	Ensayo Clínico Aleatorizado	Michelle R. Tuckey and Jill E. Scott(17)	School of Psychology, University of South Australia and AusPsych. Australia	Inglés	1+ ^b
Medline	2010	Pediatric Nursing	Intervención	Elizabeth A. Keene, Nancy Hutton, Barbara Hall, Cynda Rushton(18)	Johns Hopkins School of Nursing. EEUU	Inglés	2- ^c
Web of Science	2009	International Journal of Nursing Practice	Revisión	Denise Susan Walsh(19)	University of Connecticut. EEUU	Inglés	2++
Web of Science	2009	The Cochrane Library	Revisión	Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI(21)	University Health Board. Reino Unido	Inglés	2++

^a 1+ Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.

^b 2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

^c 2 Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.

Resultados y discusión

Los resultados del proceso de selección de acuerdo con las fuentes revisadas (registros identificados en la búsqueda, resúmenes revisados, artículos completos revisados y la lista final de artículos incluidos), se muestran en el diagrama de flujo (Figura 1). Tras el proceso de revisión, un total de 5 cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio.

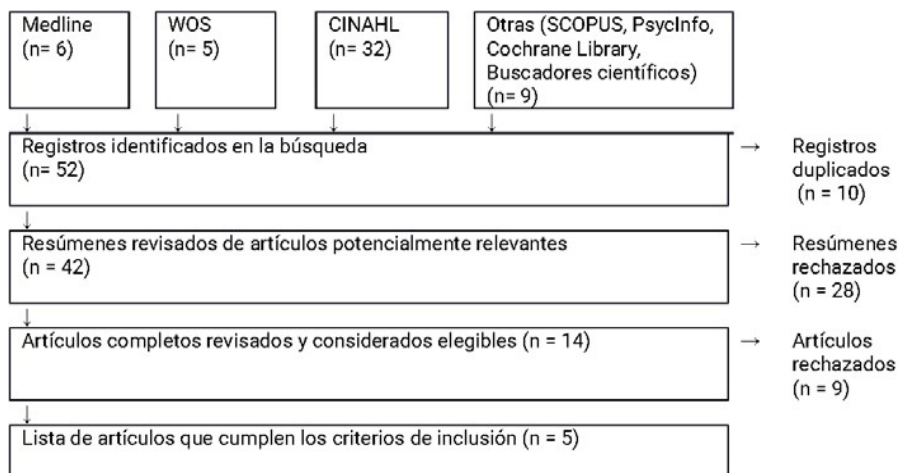


Figura 1: Diagrama de flujo de la información obtenida de la revisión bibliográfica.

En la Tabla 3 se muestran los principales hallazgos de las referencias bibliográficas seleccionadas en este estudio.

Tabla 3: Principales hallazgos de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica sobre técnicas de catarsis empleadas en los trabajadores que atienden situaciones de emergencias y catástrofes.

Primer autor, País, año [tipo de estudio]	Población	Principales hallazgos del estudio
Magyar J et al, Australia, 2010 [Revisión] ⁽⁸⁾	Profesionales sanitarios de Urgencias.	Existe una alta necesidad percibida de debriefing por parte de profesionales sanitarios. Sin embargo, la evidencia presenta tanto beneficios como desventajas en las intervenciones de debriefing.
Tuckey MR et al, Australia, 2014 [Ensayo Clínico Aleatorizado] ⁽¹⁷⁾	67 Bomberos voluntarios después de la exposición compartida a un evento potencialmente traumático. Asignados aleatoriamente en uno de los tres grupos: CISD, Sin tratamiento y Educación sobre el manejo del estrés.	Tras un mes de la intervención, el grupo CISD mostró niveles moderadamente más bajos de consumo de alcohol y una calidad de vida moderadamente superior. No hubo evidencia de que CISD ni las otras intervenciones fueran efectivas en la prevención del estrés posttraumático.
Keene EA et al, EEUU, 2010 [Intervención] ⁽¹⁸⁾	676 Profesionales sanitarios del Centro Infantil Johns Hopkins.	Los participantes definían la sesión de debriefing como provechosa, informativa y significativa. El personal que participó obtuvo calificación más alta en su capacidad de mantener su integridad profesional que los que no participaron.

Primer autor, País, año [tipo de estudio]	Población	Principales hallazgos del estudio
Walsh DS, Reino Unido, 2009 [Revisión] ⁽¹⁹⁾	12 Estudios con un total de 1523 trabajadores de emergencias.	El entrenamiento previo al desastre, la evaluación y la enseñanza de los voluntarios, así como el apoyo continuo después del desastre podrían reducir la frecuencia o gravedad del trastorno de estrés posttraumático en desarrollo.
Roberts NP et al, Reino Unido, 2009 [Revisión] ⁽²¹⁾	11 Estudios con un total de 941 individuos expuestos a un evento traumático específico.	No hay evidencia de que una intervención psicológica para uso rutinario después de eventos traumáticos sea efectiva.

Estrés postraumático

Tuckey y Scott⁽¹⁷⁾ desarrollaron el año 2014 el primer Ensayo Clínico Aleatorizado de Debriefing de Estrés por Incidente Crítico (CSID) con 67 bomberos, que habían servido servicio por un promedio de 13 años, después de la exposición compartida a un evento potencialmente traumático. Los objetivos del grupo CISD fueron prevenir el estrés postraumático y promover el retorno al funcionamiento normal después de un evento potencialmente traumático. Las sesiones de CISD siguieron el protocolo de siete fases de Mitchell. Para evaluar ambos objetivos se midieron cuatro resultados, antes y después de la intervención: el estrés postraumático, el malestar psicológico, la calidad de vida y el consumo de alcohol. Las brigadas de bomberos fueron asignadas aleatoriamente a una de las tres condiciones de tratamiento: CISD, Screening (es decir, sin tratamiento), o educación sobre el manejo del estrés.

Los resultados del grupo de CISD tras un mes de la intervención reflejaron niveles bajos de consumo de alcohol y una calidad de vida superior con respecto al grupo de educación sobre el manejo de estrés. Además, demostró que el grupo CISD no estaba asociado con salud psicológica perjudicial. No se encontró evidencia de que la CISD ni las otras intervenciones fueran efectivas con respecto a la prevención del estrés post-traumático ni sobre los niveles de angustia psicológica⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, Keene⁽¹⁸⁾ trata en su artículo del debriefing dirigido a profesionales sanitarios tras la muerte de un paciente. Las sesiones solicitadas con más frecuencia fueron desde el Servicio de Oncología (45% de las sesiones) y la razón más frecuente fue la angustia profesional que generaba la relación con el paciente y/o la familia. Además, los participantes definían la sesión de debriefing como provechosa (98.4%), informativa (97.8%) y significativa (97.8%). El personal que participó en las sesiones obtuvo una calificación más alta en su capacidad de mantener su integridad profesional con respecto a los que no participaron.

Walsh⁽¹⁹⁾ destaca en su revisión la necesidad crítica de examinar el impacto en la práctica de los voluntarios de atención médica que regresan de los desastres

y el papel de las organizaciones humanitarias en apoyar y proteger a sus voluntarios de desarrollar trastornos relacionados con el estrés. La experiencia resultó en trastornos del sueño y pesadilla, y un marcado aumento de los sentimientos de desamparo, ansiedad y aumento de la excitación. El desarrollo de destrezas clínicas y la capacidad de funcionar con un alto nivel de experiencia redujeron los sentimientos de ansiedad, miedo y anticipación de los trabajadores. Aunque los hospitales tenían planes de preparación, el personal no percibía que las instituciones tuvieran la capacidad de sostenerlos durante una catástrofe, careciendo de una infraestructura para apoyar al personal durante cualquier situación de crisis.

Además, el papel de la enfermera encargada fue identificado esencial para el éxito del personal, así como, la importancia de una cadena de mando funcional, la necesidad de una educación formal en la capacitación de liderazgo y el apoyo institucional al personal para reducir la ansiedad del trabajo que se espera de ellos en condiciones difíciles. En cambio, los resultados de esta revisión, muestran que existe una brecha en la educación del voluntariado y de los que responden a las situaciones de catástrofe⁽¹⁹⁾.

Por otro lado, el apoyo social después de estas situaciones y la oportunidad para los trabajadores de compartir sus experiencias fueron clasificados como importantes. Los trabajadores de emergencias afirmaron haber desarrollado vínculos emocionales con las víctimas. Cuando los trabajadores sintieron una conexión emocional con las víctimas, comenzaron a visualizarse a sí mismos o a sus familiares como víctimas. Este proceso los colocó en riesgo de agotamiento, ya que siguieron tratando de funcionar como una persona no involucrada, y aumentó el estrés de trabajar en el lugar del desastre.

Debriefing

En cuanto a la literatura revisada por Magyar⁽⁸⁾, reveló una escasez con respecto a la eficacia del debriefing en los clínicos tras un incidente crítico y en particular de ensayos clínicos aleatorizados. A pesar de que debriefing es percibido como importante por los médicos de emergencia, la evidencia presenta tanto beneficios como desventajas en las intervenciones de debriefing. Los resultados positivos del debriefing incluyen una mayor satisfacción del personal, moral del grupo y una reducción en las reacciones de estrés a corto plazo.

A la inversa, como se menciona en Rose et al.⁽²⁰⁾, dos estudios longitudinales identificaron que el debriefing podría ser perjudicial para los participantes. Sin embargo, estos estudios no se centran en los médicos de emergencia y por tanto la aplicabilidad de los resultados de estos estudios es cuestionable. Tras el metaanálisis de Cochrane⁽²⁰⁾, se concluyó que el debriefing individual de una sola sesión no era eficaz de reducir la angustia psicológica, la depresión o la ansiedad, ni de prevenir el inicio del TEPT. Rose reconoció que la revisión Cochrane no pudo analizar la eficacia de la sesión de debriefing en grupo.

Siguiendo esta línea, una revisión Cochrane⁽²¹⁾, encontró once estudios con un total de 941 participantes que evaluaron breves intervenciones psicológicas dirigi-

das a prevenir el TEPT en individuos expuestos a un evento traumático específico, examinando una gama heterogénea de intervenciones. Los resultados sugieren que no se puede recomendar ninguna intervención psicológica para el uso rutinario después de eventos traumáticos y que las intervenciones de sesión múltiple, como las intervenciones de sesión única, pueden tener un efecto adverso en algunos individuos.

Por contra, un estudio⁽⁶⁾ realizado en enfermeras y médicos de tres departamentos de Urgencias en Irlanda, refleja cómo un 84% de los participantes calificaron el debriefing después de incidentes estresantes como «importante» o «muy importante». Además, cuanto más experimentados estaban los participantes en el tratamiento de situaciones estresantes, más importantes percibían la sesión de debriefing. Sin embargo, por otro lado, el 62% afirmó que nunca se le había ofrecido la oportunidad de participar en una sesión de debriefing. Si bien es cierto, estos resultados hay que tomarlos con cautela debido al tamaño de la muestra (150 enfermeras y médicos).

En este sentido, Burns⁽⁷⁾ identifica en su artículo que el debriefing no es eficaz para todos. En él se entrevistaron a enfermeras que sí vieron útil el debriefing afirmando «Reflexionar sobre el incidente pone en imagen el evento y clarifica cosas para mí» o «El aspecto confidencial del debriefing fue útil, pude hablar libremente sobre el incidente. Fue un alivio ser escuchado» o «Cuando el incidente principal real está sucediendo, tienes que reprimir mucho y permanecer profesional. No puedes decir cómo de aterrorizado realmente te sientes. Me resulta útil poder hablar más tarde a aquellos que han pasado por la misma experiencia, y escuchar sus diferentes inclinaciones. Es una forma segura, confidencial y un lugar de apoyo».

Sin embargo, quienes no están de acuerdo exponen que no se sienten cómodos, les cuesta ser abiertos y se sienten vulnerables cuando no conocen a los otros participantes. Además, afirman que no les resulta útil revivir el incidente. Como concluye Burns⁽⁷⁾ en su artículo no todas las enfermeras procesan el estrés y el trauma de la misma manera y por ello, no todos consideran útil el debriefing.

Visión de los profesionales ante el evento traumático

A pesar de que existe una gran cantidad de investigación que examina el efecto de la fatiga y la carga de trabajo sobre el rendimiento y los resultados en los profesionales sanitarios, pocos estudios se han centrado en el impacto del apoyo emocional o falta de ellos para los profesionales de la salud que se ocupan de incidentes críticos en su vida profesional.

Los profesionales de enfermería forman parte de los grupos más importantes involucrados en el apoyo a las víctimas. De hecho, es común entre las enfermeras la exposición al sufrimiento y a las experiencias traumáticas, en particular las que trabajan en urgencias y con los niños⁽²²⁾. Las repercusiones negativas tienen un efecto acumulativo cuando la exposición crónica a eventos estresantes se manifiesta en el sufrimiento físico y psicológico. La fatiga por compasión y el estrés traumático secundario son ambas consecuencias potenciales. Se cree que la fa-

tiga por compasión o el estrés traumático secundario contribuyen al agotamiento^(6,22).

Así mismo, el estrés tras un incidente crítico puede causar síntomas cognitivos, tales como confusión y falta de concentración, y efectos físicos como fatiga, insomnio, problemas gastrointestinales y tensión muscular. Y en cuanto a los efectos emocionales, pueden incluir ansiedad, depresión, culpa, enfado y negación. Además, los cambios de comportamiento se pueden manifestar como abstinencia social, abuso de sustancias y comportamiento agresivo.

En este sentido, el debriefing ofrece un lugar para descargar las emociones y reducir el impacto del estrés en la vida de los trabajadores de emergencia actuando como una red de apoyo para que los trabajadores puedan reconstruir sus experiencias y verbalizar sus pensamientos y sentimientos y reducir el impacto en sus vidas. La disponibilidad de servicios de apoyo psicosocial después de la catástrofe puede disminuir los efectos negativos del trabajo de emergencia.

Además, esta herramienta puede permitir que los profesionales sanitarios que trabajan en cuidados críticos aprendan de las experiencias de la exposición a diferentes situaciones clínicas y con ello convertirse en profesionales competentes y expertos. Así mismo, las enfermeras principiantes, que no pueden beneficiarse de años de experiencia, pueden contribuir al desarrollo del juicio clínico y a sus capacidades de priorización y evaluación⁽¹³⁾. Se trata de una herramienta que puede proporcionar una retroalimentación constructiva como parte de un ejercicio de simulación o después de un incidente crítico para revisar la aplicación del conocimiento en la práctica. El rendimiento puede ser revisado para permitir una comprensión más profunda, fomentar el pensamiento crítico y ajustar los conocimientos hacia situaciones clínicas futuras⁽²³⁾.

La preparación es la mejor manera de prevenir consecuencias adversas. El primer paso para la preparación para el apoyo de emergencia es averiguar quiénes son las personas adecuadas para participar en una operación de emergencia, y tras ello determinar cómo y qué tareas deben realizar. La eficacia de la educación y la planificación para las catástrofes puede aumentar la confianza, el conocimiento y las habilidades clínicas de estos profesionales⁽²²⁻²⁴⁾. De hecho, un estudio cualitativo⁽²⁴⁾ muestra como las enfermeras experimentadas que habían trabajado anteriormente con personas gravemente heridas, como en las salas de emergencia y enfermeras de la UCI, fueron capaces de trabajar más eficientemente en la escena de la catástrofe. Sin embargo, la mayoría de las enfermeras no confían en sus habilidades para responder a los eventos de desastre mayor.

Un estudio longitudinal⁽²⁵⁾ realizado con bomberos con años de experiencia trata de poner de manifiesto como la exposición acumulativa repetitiva al trauma que está asociada a su carrera, puede conducir a niveles elevados de trastornos mentales. Los resultados de este estudio predicen que a medida que avanza la carrera en el servicio de bomberos, aumenta la edad, aumenta el número de incidentes críticos y disminuye el promedio de horas de sueño, las medidas de trastornos mentales se incrementan. Además, este estudio refleja como muchos bomberos afirmaron alejarse de sus pacientes como método de protección. Por otro lado,

otro estudio⁽²⁶⁾ realizado en bomberos, refleja cómo el 64% de los participantes admitieron que su estrés disminuyó 2 semanas después de recibir la sesión de debriefing.

Específicamente, Couper⁽²⁷⁾, en su revisión sistemática y metaanálisis, destaca la evidencia encontrada del debriefing sobre la mejora del aprendizaje, mejora del rendimiento técnico y no técnico así como una mejora sobre el enfoque hacia el paciente obteniéndose por tanto, mejores resultados para los pacientes. Esta revisión proporciona evidencia de que el reexaminar a los equipos clínicos después de emergencias que amenazan la vida, mejora el conocimiento y la adquisición e implementación de habilidades. Además, apoya el uso de debriefing estructurado como estrategia educativa para mejorar el conocimiento del clínico y la adquisición de habilidades y la implementación de esas habilidades en la práctica. Existen potenciales ventajas adicionales para el debriefing estructurado después de emergencias que amenazan la vida más allá de los resultados educativos y de los pacientes. El debriefing actuaría como una intervención educativa después de las emergencias.

En cambio, en ninguno de los estudios revisados por Couper, se muestran resultados psicológicos. No obstante, es de destacar que esta revisión asume como principal limitación la baja o muy baja calidad de la evidencia global de los estudios revisados así como la heterogeneidad de los datos obtenidos con lo no resulta posible reunir los resultados de los mismos.

Por otro lado, las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Departamento de Defensa / Departamento de Defensa para el Manejo del Estrés Post-Traumático resumidas en la revisión de Nash⁽²⁸⁾, durante los primeros 4 días después de un evento potencialmente traumático, incluye la atención a la seguridad y a las necesidades básicas y el acceso a recursos físicos, emocionales y sociales. Se recomienda el uso de primeros auxilios psicológicos para el manejo del estrés agudo, mientras que se desaconseja el debriefing psicológico. La razón se debe a que, como intervención grupal programada, asume que todos los individuos que han experimentado el mismo estrés traumático tienen necesidades similares o idénticas. En segundo lugar, debido a que el debriefing psicológico no incluye un componente de evaluación, es necesariamente una intervención de un solo tamaño para todos, en lugar de un amplio surtido de herramientas de intervención y respuestas que pueden adaptarse para el estatus y el contexto inmediatos de cada persona. Y en tercer lugar, el debriefing psicológico asume que una sola sesión de ayuda que ocurre durante unas horas es suficiente, sin un seguimiento obligatorio o mecanismos para evaluar quién necesita mayor ayuda. Además, como menciona en su revisión, varios estudios de la eficacia del debriefing psicológico, han fracasado en encontrar pruebas de que previene a largo plazo los resultados negativos. En consecuencia, el debriefing psicológico no puede recomendarse como una intervención temprana para el estrés postraumático.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, la búsqueda de estudios podría ser más exhaustiva, con el uso de otras bases de datos, la inclusión de estudios en otros idiomas además de los investigados, y el uso de descriptores más amplios.

Sin embargo, esta revisión es representativa de la literatura mundial por incluir estudios de diferentes países.

Conclusiones y perspectivas

En conclusión, el debriefing es una intervención breve que promueve la catarsis, pero donde existe una gran controversia sobre su eficacia y la manera de aplicar dicha intervención. Este estudio pone de manifiesto la heterogeneidad existente en la aplicación de técnicas de catarsis en los trabajadores que atienden situaciones de emergencia y catástrofes. Por último, destacar que las futuras investigaciones deben ir dirigidas a la comprensión de cómo y por qué la intervención temprana en los lugares de trabajo puede promover la recuperación de los factores estresantes operacionales, teniendo en cuenta los procesos y factores individuales, grupales y organizativos.

Bibliografía

1. Calderón JH. La salud mental en los desastres. La salud mental en los desastres: Colombia. Cruz Roja Colombiana. Dirección General de Salud; 2002.
2. Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, Coker-Schwimmer E, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2013; 44: 635-50.
3. Mamani-Encalada A, Obando-Zegarra R, Uribe-Malca AM, Vivanco-Tello M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev Per Obst Enf.* 2007; 3: 50-7.
4. Leronés MJF, de la Fuente A. Evaluación de riesgos laborales para el personal sanitario de los servicios de urgencias de atención primaria. 2010; 22: 445-50.
5. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina-Ruano R, Blázquez A, Guillén-Solvas J, Peinado JM. Riesgo psicosocial en el trabajo, estrés auto-percibido y cortisol en saliva en una muestra de médicos de urgencias de Granada. *Emergencias.* 2012; 24: 101-6.
6. Healy S, Tyrrell M. Importance of debriefing following critical incidents: Sonya Healy and Mark Tyrrell discuss the strategies doctors and nurses think they need to cope with stressful events in emergency departments. *Emergency nurse.* 2013; 20: 32-7.
7. Burns B. Caring for colleagues through debriefing. *Kai Tiaki Nursing New Zealand.* 2016; 22: 12-42.
8. Magyar J, Theophilos T. Debriefing critical incidents in the emergency department. *Emerg Med Australas.* 2010; 22: 499-506.

9. Mitchell JT, Everly G. Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Chevron Publishing: Ellicott City MD; 1996.
10. Pender DA, Prichard KK. ASGW best practice guidelines as a research tool: A comprehensive examination of the critical incident stress debriefing. *Journal for Specialists in Group Work*. 2009; 34: 175-92.
11. Escudero JMS. Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008; 37: 198-205.
12. Cantrell MA. The importance of debriefing in clinical simulations. *Clin Simul Nurs*. 2008; 4: e19-e23.
13. Lavoie P, Pepin I, Boyer L. Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical: A pilot test. *Dynamics*. 2013; 24: 36-41.
14. Nadir NA, Bentley S, Papanagnou D, Bajaj K, Rinnert S, Sinert R. Characteristics of Real-Time, Non-Critical Incident Debriefing Practices in the Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2017; 18: 146-51.
15. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 507-11.
16. Santamaría Olmo RJN. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). *NefroPlus*. 2017; 9: 100-1.
17. Tuckey MR, Scott JE. Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: a randomized controlled trial. *Anxiety Stress Coping*. 2014; 27: 38-54.
18. Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatr Nurs*. 2010; 36: 185-9.
19. Walsh DS. Interventions to reduce psychosocial disturbance following humanitarian relief efforts involving natural disasters: An integrative review. *Int J Nurs Pract*. 2009; 15: 231-40.
20. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2): CD000560.
21. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3): CD006869.
22. Maloney C. Critical incident stress debriefing and pediatric nurses: an approach to support the work environment and mitigate negative consequences. *Pediatr Nurs*. 2012; 38: 110.

- 23.** Werry J. Informal debriefing: Underutilization in critical care settings. *Can J Crit Care Nurs.* 2016; 27: 22-6.
- 24.** Baack S, Alfred D. Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *J Nurs Scholarsh.* 2013; 45: 281-7.
- 25.** Pelham B. Saving our heroes: A longitudinal study of mental disorders within the fire service. Claremont: Claremont Graduate University; 2016.
- 26.** Sattler DN, Boyd B, Kirsch J. Trauma-exposed firefighters: Relationships among posttraumatic growth, posttraumatic stress, resource availability, coping and critical incident stress debriefing experience. *Stress Health.* 2014; 30: 356-65.
- 27.** Couper K, Salman B, Soar J, Finn J, Perkins GD. Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2013; 39: 1513-23.
- 28.** Nash WP. Review of VA/DOD clinical practice guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev.* 2012; 49: 637-48.

Mejorar la calidad de las evaluaciones de riesgos psicosociales mediante el control de sesgos

Improving the quality of psychosocial risk assessments based on the identification and control of bias

Rita Louzán Mariño¹

¹Escuela Superior de Ingeniería y Tecnología, Universidad Internacional de La Rioja, Logroño, España

Fechas · Dates

Recibido: 2019.03.01
Aceptado: 2019.11.21
Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Rita Louzán Mariño
Escuela Superior de Ingeniería y Tecnología-ESIT. Universidad Internacional de La Rioja, Logroño (UNIR). Avenida de la Paz, 137, 26006, Logroño (La Rioja)
Telf.: (+34) 941 210 211 Email: rita.louzan@unir.net

Resumen

La evaluación de riesgos psicosociales de origen laboral constituye un fenómeno complejo y controvertido. Sus principales críticas están centradas en la validez de las herramientas que se emplean para la recogida de información, fundamentalmente autoinformes sensibles a diversas fuentes de error. Si bien se ha incrementado el esfuerzo por proporcionar evidencias sobre la fiabilidad y la validez de los instrumentos de evaluación disponibles, existen importantes fuentes de error, sesgos, que con frecuencia son ignoradas. La detección y control de sesgos es un tópico abordado desde varios ámbitos, entre ellos el de la psicología del trabajo, sin embargo, es desconocido por muchos técnicos de prevención de riesgos laborales. En este sentido, este artículo intenta acercar a los profesionales de la prevención de riesgos laborales, una mejor comprensión de este concepto, así como diversas técnicas para su identificación y control, en aras de mejorar la calidad de las evaluaciones de riesgo psicosocial.

Palabras clave: Riesgos laborales; estrés laboral; medición de riesgos; sesgo

Abstract

The assessment of workplace psychosocial risk factors is complex and controversial. The main criticism is focused on the validity of the tools used in their evaluation; basically, self-report measures which are subject to several sources of error. While there has been an increase in efforts to provide evidence on the reliability and the validity of the available assessment instruments, bias is often ignored as an important source of error. Although bias may be a novel topic to many prevention technicians, their detection and control is a traditional and well-studied theme in the field of work psychology. This article gives lay practitioners a better understanding of the concept of bias, as well as the related modes of identification and control, to improve the quality of psychosocial risk assessments.

Key words: occupational risk; occupational stress; risk assessment; bias

Introducción

La exposición del trabajador a factores psicosociales de riesgo, también llamados estresores, está relacionada con trastornos de la salud de muy diversa índole, tales como enfermedades cardiovasculares, trastornos músculoesqueléticos, alteraciones del sueño, depresión y suicidio, entre otros⁽¹⁾. El peligro potencial de los estresores laborales obliga al empresario a incluirlos dentro de su plan de prevención de riesgos con objeto de eliminarlos o minimizarlos, tal y como recoge la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)⁽²⁾. En este sentido, cobra vital importancia la evaluación de riesgos psicosociales, pues es se trata de la principal fuente de identificación y prevención de estos riesgos.

La ausencia de normativa específica sobre cómo evaluar los riesgos psicosociales ha favorecido la proliferación de herramientas de evaluación basadas en cuestionarios de autoinforme como principal instrumento de medida. Son de bajo coste, fáciles de aplicar e interpretar, y además están contruidos con garantías psicométricas (i.e., fundamentación teórica, fiabilidad, validez y baremación), imprescindibles para proporcionar confianza en los resultados⁽⁴⁾. Con todo, para tratar de obtener mediciones que reflejen fielmente la realidad de la organización, es preciso tener en cuenta que el procedimiento de evaluación ha de carecer de sesgo^(5,6), entendiendo por sesgos «aquellos errores que modifican la información, alejándola de la realidad, y que son inherentes al instrumento usado en la observación o a la metodología usada en su aplicación»⁽⁷⁾.

Cuestiones tales como la población a la que se dirige la prueba, las circunstancias de evaluación, el entrenamiento previo de la persona encargada de administrar los test o ítems demasiado largos son algunas de las muchas circunstancias generadoras de sesgos que pueden influir en la realidad de los resultados, afectando así a su validez^(7,8). Un ejemplo ilustrativo puede consultarse en la revisión realizada por Choi et al.⁽⁷⁾, que a modo de catálogo recoge 48 fuentes de error propias de los cuestionarios de salud, la gran mayoría fácilmente extrapolables a las herramientas que evalúan riesgos psicosociales. No podemos tampoco olvidar una de las advertencias más reiteradas por los expertos como es la posibilidad de falseamiento y distorsión de las respuestas por parte de los encuestados⁽⁹⁾. Por dichos motivos, la propia Fundación Europea⁽¹⁰⁾ desaconseja el uso de autoinformes en las evaluaciones de violencia y acoso laboral o sexual.

En relación a la investigación organizacional, uno de los sesgos más presentes se refiere a la deseabilidad social (DS), que puede definirse como la tendencia a responder a las preguntas del cuestionario en base a lo que es socialmente aceptado⁽¹¹⁾. En ese caso, la distorsión de las respuestas podría ser positiva o negativa, según lo que implique el contenido del ítem⁽¹²⁾. Un claro ejemplo es el relatado por Duro⁽¹²⁾, quien indica que si contestamos de modo socialmente deseable a preguntas que lleven implícitas consecuencias negativas para la organización, como absentismo o impuntualidad, la mayoría de respuestas serían «nunca» o «casi nunca». En este caso, la mayor parte de contestaciones se concentrarían en las puntuaciones más bajas de la escala. Por el contrario, si el contenido del ítem alude a rasgos o actitudes del trabajador que favorecen su propia imagen o a la or-

ganización, las contestaciones se aglutinarán en el extremo opuesto de la escala (e.g., «siempre», «casi siempre»).

A pesar de que la DS afecta a la validez de los resultados, pocas veces se tiene en cuenta en el ámbito organizacional⁽¹³⁾, y mucho menos en la esfera relativa a la prevención de riesgos laborales. En consecuencia, podemos encontrar con estudios cuyos resultados peculiares solo son entendibles bajo el influjo de la DS y, por lo tanto, cuestionables. Un ejemplo se encuentra en el trabajo de Louzán⁽¹⁴⁾, tras realizar una exploración del impacto de los factores psicosociales en una muestra de trabajadores del sector de la construcción, utilizando el método CoPsoQ-ISTAS 21, se halló que el nivel de exposición más desfavorable para la salud se encontraba en el factor de doble presencia (>45%). Teniendo en cuenta que este estresor es catalogado como «específico de las mujeres»⁽¹⁵⁾, resulta curioso encontrar un porcentaje de exposición tan elevado cuando el 97% de los participantes de dicha investigación han sido hombres. Ejemplos como éste ponen de manifiesto la necesidad de controlar los sesgos para disminuir el error de los resultados y, por consiguiente, incrementar su validez.

Existen diversas técnicas capaces de identificar, cuantificar y extraer la distorsión provocada por sesgos específicos, como la referida DS del ejemplo anterior. La escasa utilización de ellas en las evaluaciones de riesgo psicosocial podría deberse a su desconocimiento por parte de los Técnicos Superiores de Prevención de Riesgos Laborales (TSPRL), pues a pesar de ser conocidas en el campo de la evaluación psicológica y de existir considerable literatura científica al respecto⁽¹⁶⁾, pasan desapercibidas para muchos profesionales dedicados a la prevención, tal vez por falta de formación especializada en disciplinas como la evaluación psicológica o la psicometría⁽¹⁷⁾. La titulación en TSPRL es la única que capacita legalmente para realizar evaluaciones de riesgo psicosocial, tal y como recogen los artículos 37.1 y 37.2 del Reglamento de Servicios de Prevención (RSP)⁽¹⁸⁾.

Este trabajo pretende acercar a los profesionales dedicados a la prevención de riesgos psicosociales una descripción de los sesgos más comunes y diferentes técnicas para su identificación y control, pues una estrategia para evitar los sesgos es conocerlos.

Fuentes de error en las evaluaciones de riesgo psicosocial

Para abordar el concepto de sesgo es preciso comenzar haciendo referencia a las fuentes de error achacables a la evaluación de riesgos psicosocial (Figura 1). Éstas pueden tener su origen en el objeto o sujeto a medir, en el mismo instrumento de medida utilizado, y/o en la persona que realiza la medición⁽²⁰⁾. Se clasifican en dos tipos: error aleatorio y error sistemático o sesgo (Figura 2).

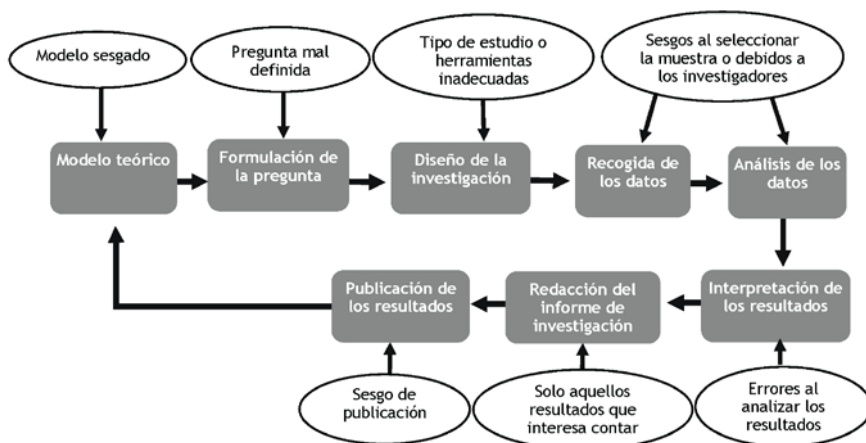


Figura 1: Errores y sesgos en las distintas fases de evaluación de riesgos psicosociales. Fuente: Salamanca AB. El "AEIOU" de la investigación en Enfermería. Madrid: FUDEN; 2013.

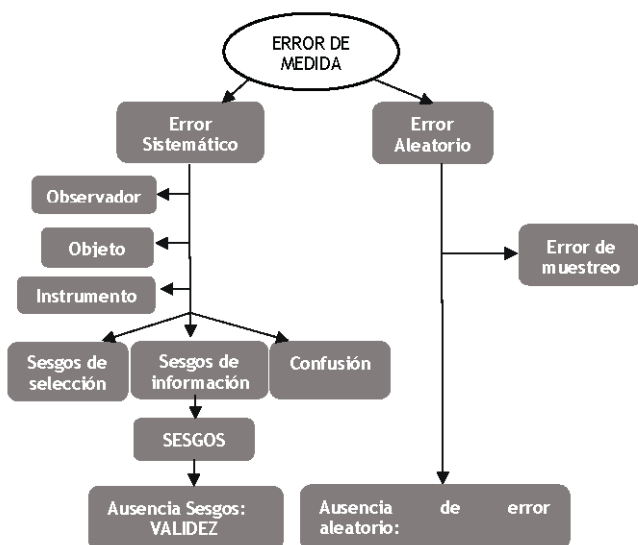


Figura 2: Errores de medida en los procesos de evaluación de riesgos psicosociales.

El tipo de error que interesa a este estudio es el sistemático, también denominado sesgo. El sesgo no es un error casual y estaría causado por algún factor que se ha obviado, como fallos en el diseño, en la conducción o en el análisis de una evaluación⁽⁵⁾. Los sesgos ocasionan desviaciones constantes en los resultados cada vez que se realiza la evaluación, sobre los mismos o distintos participantes, presentando valores más altos o más bajos que los reales⁽²¹⁾. Por ende, afecta a la validez de los resultados. Al ser un error que no depende del azar, no se reducirá al incrementar el tamaño de la muestra, sin embargo, conocida la causa del sesgo puede evitarse, corregirse o compensarse en buena parte.

Sesgos de respuesta en los tests de autoinforme

De toda la tipología de sesgos que pueden afectar a los cuestionarios de autoinforme, los sesgos de respuesta son los de mayor impacto. Se refieren a la tendencia a responder a los ítems de un test sin tener en cuenta su contenido⁽²²⁾. Cuando se responde a un ítem es preferible pensar que la respuesta depende exclusivamente de lo que se pregunta. Sin embargo, no siempre es así, ya que entran en juego otros factores como la propia formulación del ítem o la personalidad de quien responde⁽²³⁾. Por ejemplo, «un individuo puede estar más inclinado a responder «sí» o «verdadero» en lugar de «no» o «falso»⁽²⁴⁾.

Los estilos de respuesta más habituales en la evaluación mediante autoinformes son la aquiescencia, la deseabilidad social, la tendencia central de respuesta y la severidad o tendencia extrema de respuesta (véase Man⁽²⁵⁾, para una revisión más exhaustiva de los diferentes estilos de respuesta). De todos ellos, los más influyentes, y a la vez más estudiados, son la aquiescencia y la DS⁽²⁶⁾, pudiendo actuar, incluso, de forma simultánea.

Deseabilidad Social

La DS es el sesgo que más literatura científica ha generado⁽²⁷⁾ y es considerado como una de las mayores amenazas en los estudios sobre psicología y ciencias sociales⁽¹³⁾. Algunos autores definen la DS como la tendencia de responder a un cuestionario de forma más favorable o menos favorable, según se crea que la respuesta pueda ser culturalmente mejor aceptada⁽¹¹⁾. Por ejemplo, ante la pregunta «*Alguna vez he dicho algo malo de otra persona*», responder negando este ítem aportaría una imagen positiva del encuestado ante los demás. De este modo, dependiendo de la impresión que se quiera ofrecer, la distorsión puede ser positiva o negativa.

El efecto de la DS ha sido sobradamente probado en cuestionarios de personalidad empleados en la práctica clínica, forense y médico-legal⁽²⁸⁾. Igualmente, se ha dejado constancia de su influencia en el campo de la psicología del trabajo y de las organizaciones⁽²⁹⁾. Sirva de referencia el interesante estudio sobre estrés laboral de Semmer, Grebner y Elfering⁽³⁰⁾, quienes corroboraron la susceptibilidad de los autoinformes a posibles asociaciones espurias (engañosas) entre las condiciones del trabajo y el bienestar laboral. En concreto, hallaron que las relaciones descritas estaban sesgadas debido a la DS y la variable de afectividad negativa. En la misma línea se encuentra el trabajo de Gamero-Burón y González⁽³¹⁾ al interpretar que los elevados índices de estrés laboral, recogidos en diversas fuentes (e.g., encuesta de calidad de vida en el trabajo, encuesta nacional de salud), se deben en buena parte al impacto de la DS. Según estos autores, experimentar estrés laboral sería la respuesta socialmente más aceptable, pues implicaría ser un trabajador productivo y, de ese modo, valioso para la organización. Ante estos datos, la reflexión es obvia: ¿los cuestionarios que evalúan riesgos psicosociales podrían ser sensibles al efecto de la DS?

Respuesta Aquiescente

La aquiescencia (AQ) es entendida como la preferencia a contestar afirmativamente un cuestionario sin tener en cuenta el contenido de la pregunta, especialmente cuando se duda en la respuesta⁽³²⁾. Couch y Keniston⁽³³⁾, administrando cientos de ítems de una larga lista de escalas, mostraron dos tipos de tendencias de respuesta, los que siempre están de acuerdo con los ítems *Yeasayers* y los que siempre están en desacuerdo *Naysayers*. En la misma línea, otros autores realizaron la misma diferenciación^(34,35).

Varias investigaciones han demostrado que estimulan la respuesta aquiescente las siguientes circunstancias: (i) los ítems formulados en sentido positivo en comparación a los formulados en sentido inverso⁽²³⁾, (ii) el grado de ambigüedad de los ítems^(23,36); (iii) el formato de respuesta dicotómico (si-no; verdadero-falso); (iv) el tono en el que están formulados los ítems, y la redacción de los ítems de forma vaga⁽³⁶⁾; (v) los ítems demasiado largos y complejos⁽²³⁾ y (vi) los temas sensibles⁽³⁷⁾, entre otras.

Técnicas de control de deseabilidad y aquiescencia

La presencia de sesgos en un test no implica necesariamente que toda la escala en su conjunto esté sesgada. Existen diferentes procedimientos para detectarlos, eliminarlos o equilibrarlos⁽³⁸⁾. Lo deseable sería implementar el control de sesgos a la hora de diseñar la herramienta de evaluación, actuando por ejemplo en el estilo y redacción de los propios ítems del cuestionario, o incluyendo reactivos de control, entre otros recursos. No obstante, si esta fase ha sido obviada, como ocurre con la gran mayoría de escalas utilizadas en la evaluación de riesgos psicosociales, pueden aplicarse técnicas de control alternativas, una vez obtenida la información. Algunas de las soluciones más tradicionales se detallan en los párrafos precedentes.

Control de la deseabilidad social en medidas de autoinforme

Uno recurso muy utilizado para detectar y medir la DS es la aplicación de escalas específicas de medida. Al coexistir una gran diversidad de escalas^(23,29), la literatura científica es profusa. Entre las escalas más destacables se encuentran *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MCSDS)⁽³⁹⁾, las escalas L y K del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)⁽⁴⁰⁾ y la escala de sinceridad de Eysenck⁽⁴¹⁾.

Estas escalas se aplican al mismo tiempo que la escala de interés, como podría ser el test CoPSoQ-ISTAS 21, o FPSICO, o DECORE, entre otras medidas; para luego comprobar si existe una asociación significativa entre ambas (e.g., a través del cálculo de correlaciones). En dicho caso se supone que operaría la DS y una de las

posibles soluciones es eliminar las respuestas de los encuestados que puntúan alto en DS^(11,23) para evitar la influencia del sesgo en la interpretación de los datos.

La administración de escalas no agota las vías para el control de DS. Existen otras recomendaciones, que aunque no son siempre infalibles pueden minimizar las respuestas socialmente deseables si se utilizan de forma combinada⁽²⁹⁾, a saber:

- Garantizar y enfatizar la confidencialidad y el anonimato. Cuanto más fácil sea identificar a los encuestados, más propensos serán éstos a dar respuestas deseables^(23,42).
- Administrar las pruebas vía internet. Las investigaciones revelan que las respuestas contienen menos DS porque la separación física entre la persona que aplica el test y el encuestado favorece el anonimato⁽⁴³⁾.
- Solicitar directamente sinceridad en las respuestas⁽⁴²⁾.
- Informar de las consecuencias negativas para los distorsionadores de las respuestas^(29,44,45).
- Crear baremos⁽²⁹⁾.

Todas las estrategias de control de DS, hasta aquí citadas, son de fácil implementación, pero ninguna de ellas permite extraer un factor puro de DS. Para ello se recomienda utilizar técnicas más avanzadas como, por ejemplo, la propuesta de Ferrando⁽⁴⁶⁾. Este procedimiento está basado en análisis factoriales y consigue extraer puntuaciones individuales libres de sesgo. Si bien es una medida más compleja, evita el riesgo de eliminar información verdadera, como puede ocurrir al utilizar las escalas específicas de DS.

Control de aquiescencia en medidas de autoinforme

Al igual que ocurre con el control del sesgo de DS, también existen escalas que permiten controlar la aquiescencia como estilo de respuesta⁽⁴⁷⁾. Aunque han sido muy utilizadas durante la década de los 60, sus bajas propiedades psicométricas han provocado su desuso, por lo que no son recomendadas para investigar tendencias generales de aquiescencia^(23,35).

La mayor parte de procedimientos recomendados para el control de la AQ están referidos a la redacción y construcción de los ítems de la escala de evaluación. Tanto es así, que son varios los autores que afirman que si se redactasen correctamente los instrumentos de medida el impacto de la aquiescencia sería insignificante⁽²³⁾. Esta cuestión escapa a las competencias de los TSPRL, sin embargo, aunque participar en el diseño de las herramientas de evaluación psicosocial no sea su cometido, sí pueden elegir, de entre todos los instrumentos disponibles, aquellos que contengan el formato de ítems más apropiado para reducir las respuestas aquiescentes. Por ejemplo, pueden dar preferencia a las escalas que contengan balanceo de ítems⁽⁴⁸⁾, en contraposición a las usuales escalas que contienen ítems en una sola dirección. Una escala balanceada significa que el

cuestionario debe de tener la mitad de preguntas en el sentido a lo que se quiere medir y la otra mitad en el sentido opuesto.

Utilizando como ejemplo los dos primeros ítems de la versión corta del CoP-SoQ-ISTAS 21, nos encontramos que en el primer ítem: «¿Con qué frecuencia la distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?», contestar con la opción de *siempre* significa obtener una puntuación de 4 puntos; sin embargo, contestar la misma opción en el ítem 2: «¿Con qué frecuencia tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo», supone una puntuación de 0, es decir, es un ítem invertido. Es recomendable utilizar escalas blanceadas⁽²³⁾ porque se formulan y responden con mayor atención, estimulando en menor medida la respuesta aquiescente. Además, si se poseen conocimientos estadísticos básicos, cuentan con la ventaja de permitir comprobar la correlación entre los ítems invertidos, y de ese modo se convierten en una medida de aquiescencia.

Otras cuestiones útiles para minimizar la respuesta aquiescente sería evitar las escalas que contengan: (i) muchos ítems, ya que propician la respuesta aquiescente por fatiga⁽²⁶⁾; (ii) enunciados complicados o demasiado vagos⁽³⁶⁾; e (iii) ítems demasiado largos y con formato de respuesta dicotómico⁽³⁶⁾.

En el caso de tener que trabajar con una herramienta preexistente, sin posibilidad de seleccionar otra alternativa, siempre se podrían emplear medidas de control más avanzadas, basadas en análisis factorial, como las propuesta por Ferrando⁽⁴⁶⁾. La gran ventaja de utilizar esta metodología es que consigue calcular el error debido a AQ y DS y posteriormente lo elimina de los resultados. Dicho de otro modo, se consiguen extraer puntuaciones limpias de sesgo.

Conclusiones y recomendaciones

Ninguna evaluación es inmune a las fuentes de error, y menos cuando la información se recaba mediante cuestionarios autoadministrados. Por lo tanto, los test de evaluación de riesgos psicosociales no son ninguna excepción. Diferentes investigaciones así lo corroboran^(30,31) al apuntar directamente a la DS como uno de los principales responsables de las relaciones engañosas (espurias) encontradas al medir variables relacionadas con las condiciones de trabajo, el bienestar o el estrés laboral. Estas investigaciones evidencian que existe una posibilidad real de que los resultados obtenidos al evaluar condiciones de trabajo con autoinformes puedan estar sesgadas y, por ello, que las intervenciones que se deriven de tales evaluaciones puedan estar condenadas al fracaso al basarse en información errónea.

Sin embargo, los sesgos se pueden controlar. El primer paso para evitar su indeseable impacto es ser conscientes de su existencia, y desde esta premisa fue concebido este artículo, el cual ha pretendido acercar a los TSPRL una aproximación introductoria sobre las principales fuentes de error que acarrea el uso de cuestionarios en las evaluaciones psicosociales, así como algunas estrategias para su control.

A la luz de este trabajo, los TSPRL deberían tener en cuenta que las fuentes de error pueden aparecer en cualquier fase de la evaluación de riesgos psicosocial, como por ejemplo en la fase de diseño (véase la figura 1). Para minimizar los errores en dicha fase, sería necesario revisar aspectos como el tipo de herramientas a utilizar, la delimitación precisa del contexto, las circunstancias y la población que se va a evaluar⁽⁸⁾. Empero, controlar los sesgos en la fase de aplicación del test deja de ser una tarea sencilla, pues hay que tener en cuenta la variabilidad humana. Por una parte, los encuestados pueden malinterpretar las instrucciones de la prueba o equivocarse al marcar las respuestas, pueden estar influenciados por las condiciones ambientales del lugar donde realizan la prueba⁽⁸⁾, e incluso mentir⁽⁴⁹⁾. Por otra parte, los propios evaluadores podrían equivocarse al realizar los análisis y/o malinterpretar los resultados e incluso subestimar los resultados no deseados.

Tras lo expuesto, resulta evidente que para evaluar las condiciones de trabajo no basta con administrar un cuestionario o transcribir la información saliente del *software* que corresponda. Hay que tratar de obtener mediciones fiables y válidas y, por este motivo se debe minimizar la varianza no deseada (los errores que alejan los resultados de la realidad), pues cuanto mayor sea el error más contaminado estarían los resultados del test. De este modo, identificar y controlar posibles sesgos estaría contribuyendo a mejorar la mencionada fiabilidad y la validez del instrumento utilizado⁽¹⁶⁾. No obstante, esta cuestión colisiona con un inconveniente, ya señalado hace años por Meliá⁽¹⁷⁾, que es la falta de formación especializada de gran parte de los TSPRL en disciplinas como la Teoría de los test o la evaluación psicológica, entre otras. De modo que, para llevar a cabo determinadas estrategias de control de sesgos como, por ejemplo, el método factorial propuesto por Ferrando⁽⁴⁶⁾, que es capaz de limpiar la DS y la AQ de los resultados, será necesario poseer conocimientos avanzados de psicometría y técnicas estadísticas; disciplinas que, aunque tradicionales en evaluación psicológica, pueden suponer un tema novedoso para la mayoría de los TSPRL.

Con todo, para solventar la mayor parte de los problemas originados por la utilización de los cuestionarios de autoinforme existen una serie de recomendaciones internacionales que los TSPRL podrían seguir. Éstas son los estándares de buenas prácticas de AERA, et al.⁽⁸⁾ y de la Comisión Internacional de Test (ITC)⁽⁵⁰⁾. Sus directrices ya operan en disciplinas como la psicología o la educación, ofreciendo pautas que van desde cómo construir y adaptar las pruebas hasta orientaciones sobre su administración y corrección. Entre algunas de sus recomendaciones se encuentran entrenar previamente al evaluador, preparar con antelación el lugar de la prueba cerciorándose de que sea cómodo y esté libre de distracciones, procurar reducir los niveles de ansiedad de los encuestados, eliminar los posibles focos de desviación de la atención como alarmas o teléfonos móviles o leer las instrucciones pausada y claramente. El objetivo es guiar a los evaluadores hacia estudios libres de sesgos, por este motivo conviene seguir estas directrices en los procesos de evaluación de riesgos psicosociales que utilicen el autoinforme como herramienta de medida.

Una vez conocida la influencia que pueden llegar a tener los sesgos en los resultados de cualquier evaluación y sabiendo que existen diversidad de técnicas para evitarlos o reducirlos, lo adecuado, ética y profesionalmente, es tenerlos en cuenta. Por último, conviene precisar que los TSPRL son los únicos que legalmente pueden realizar evaluaciones de las condiciones de trabajo de carácter psicosocial. Precisamente, apelando a la responsabilidad que conlleva esta exclusividad en la recogida de información, se anima al profesional dedicado a la prevención de los riesgos psicosociales a profundizar en esta materia y llevarla a la práctica. En conclusión, lo que se pretende es conseguir la mayor calidad posible de los instrumentos de recolección de datos, pues ello redundará en la eficiencia de la prevención de riesgos y por consiguiente en la salud del trabajador y la productividad de las organizaciones.

Referencias

1. O.I.T. Estrés en el trabajo: un reto colectivo. Turín: Centro internacional de formación de la OIT; 2016.
2. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. L. Nº 31/1995. (8 Nov 19953. Ferrer R. La evaluación de riesgos psicosociales en tiempos de crisis. Rev Prevención Riesgos Psicosoc y bienestar en el Trab. 2010;(2):67-85.
3. Ferrer R. La evaluación de riesgos psicosociales en tiempos de crisis. Rev Prevención Riesgos Psicosoc y bienestar en el Trab. 2010: 67-85.
4. Inspección del Trabajo y de la Seguridad Social (ITSS). Guía de actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social sobre riesgos psicosociales [internet]. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2012 [citado 2019 mar 19]. Disponible en: http://www.mitramiss.gob.es/itss/web/Atencion_al_Ciudadano/Normativa/DOCUM_ITSS/index.html
5. Gómez-Benito J, Hidalgo MD, Guilera G. El sesgo de los instrumentos de medición. Tests justos. Papeles del Psicólogo [internet]. 2010 [citado 2019 marz 19]; 31(1):75-84. Disponible en: <http://papelesdelpsicologo.es/pdf/1798.pdf>.
6. Ponsoda V. Metodología al servicio del psicólogo. Papeles del Psicólogo [internet]. 2009 [citado 2019 mar 19]; 31:2-6. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1137.pdf>.
7. Choi B, Granero R, Pak A. Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. Rev Costarric Salud Pública. 2010; 2: 106-118.
8. American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME). Standards for educational and psychological testing. 3ª. ed. Washington, DC: American Educational Research Association.; 2014. [citado en 21 mar 2019]. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?id=ED565876>.
9. Eysenck MW. Psicología básica. 1ª. Ciudad de México: Manual Moderno; 2019.

- 10.** Giaccone M, Nunzio D, Fromm A, Vargas O. Violence and harassment in European workplaces: causes, impacts and policies. Dublin; 2015. doi:10.5281/zenodo.16387
- 11.** Tracey TJG. A note on socially desirable responding. *J Couns Psychol.* 2016; 63: 224-232. doi:10.1037/cou0000135
- 12.** Duro A. Calidad de vida laboral y psicología social de la salud laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Fundamentos teóricos. *Rev del Minist Trab y Asuntos Soc Ser Econ y Sociol.* 2005; 56: 15-56.
- 13.** King MF, Bruner GC. Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychol Mark.* 2000; 17: 79-103. doi:10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2<79::AID-MAR2>3.0.CO;2-0
- 14.** Louzán R. Exposición a los factores psicosociales adversos en una muestra de trabajadores de la construcción de la provincia de Lugo. *Segur y salud en el Trab.* 2014; 77: 28-35.
- 15.** Rivas M. Salud y género: perspectiva de género en la salud laboral. *Rev del Minist Trab e Inmigr.* 2008; 74: 227-286.
- 16.** Dupuis M, Meier E, Capel R, Gendre F. Measuring individuals' response quality in self-administered psychological tests: an introduction to Gendre's functional method. *Front Psychol.* 2015; 6: 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2015.00629
- 17.** Meliá JL. ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en la empresa? Metodologías, oportunidades y tendencias. En: Mondelo, P, Mattila M, Karwowski W, Hale A, editores. *Proceedings of the Fourth International Conference on ORP*; 2006.
- 18.** Reglamento de los Servicios de Prevención. R.D. Nº 39/1997 (17 Nov 1997).
- 19.** Moreno B, Báez C. Factores y riesgos psicosociales , medidas y buenas prácticas [internet]. Madrid: INSHT; 2010 [citado 2019 mar 19]. 188 p. Disponible en: <https://www.insst.es>
- 20.** de la Guardia G, Gómez ML, Sandoval E, García G. Sesgo o error de medición. En: Villa A, editor. *Epidemiología y estadística en salud pública.* México: McGraw-Hill; 2012:151-163.
- 21.** Porta MS, editor. *A dictionary of epidemiology (DRAFT).* 6ª. ed. New York: Oxford University Press; 2014. doi:10.1093/acref/9780199976720.001.0001
- 22.** Peer E, Gamliel E. Too reliable to be true ? Response bias as a potential source of inflation in paper-and-pencil questionnaire reliability. *A peer-reviewed Electron J.* 2011; 16: 1-8.
- 23.** Morales P. *Medición de actitudes en psicología y educación. Construcción de escalas y problemas metodológicos.* 3ª ed. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2006.
- 24.** Cohen RJ, Swerdlik ME. *Pruebas y evaluación psicológicas.* México D.C.: McGraw-Hill; 2006.

- 25.** Man TS, Tsang SM. Do personality and self-construal predict response style in self-rating scales? *Discov Student E-Journal*. 2013; 2: 29-48.
- 26.** Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. Response certainty, conscientiousness, and self-concept clarity as antecedents of acquiescence: A prediction model. *Anu Psicol*. 2012; 42: 103-112.
- 27.** Cosentino AC, Castro A. Adaptación y validación argentina de la Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Interdisciplinaria*. 2008; 25: 197-216
- 28.** González H, Iruarrizaga I. evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2. *Papeles del Psicólogo*. 2005; 26: 129-137.
- 29.** Salgado JF. Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*. 2005; 26:115-128.
- 30.** Semmer NK, Grebner S, Elfering A. Beyond self-report: using and situation-based Measures physiological, observational, in research on occupational stress. En: Perrew P, Ganster D, editores. *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Research in occupational stress and well-being. Boston: Elsevier Ltd; 2004: 205-263. doi:10.1016/S1479-3555(03)03006-3
- 31.** Gamero-Burón C, González ML, editores. *Costes socio-económicos de los riesgos psicosociales. Balance de situación actual y propuestas metodológicas para avanzar en su medición o cálculo*. Universidad de Málaga: Secretaría de Salud Laboral y Medio ambiente (UGT -CEC); 2013.
- 32.** Billiet JB, Davidov E. Testing the stability of an acquiescence style factor behind two interrelated substantive variables in a panel design. *Sociol Methods Res*. 2008; 36: 542-562. doi:10.1177/0049124107313901
- 33.** Couch A, Keniston K. Yeasayers and naysayers: Agreeing response set as a personality variable. *J Abnorm Soc Psychol*. 1960;60:151-174. doi:10.1037/h0040372
- 34.** Baumgartner H, Steenkamp J-BEM. Response styles in marketing research: A cross-national investigation. *J Mark Res*. 2001; 38: 143-156. doi:10.1509/jmkr.38.2.143.1884
- 35.** Paulhus DL. Measurement and control of response bias. En: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman SL, editores. *Cap. 2, Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, CA: Academic Press; 1991:17-59. doi: psycinfo/1991-97206-001.
- 36.** Finlay WML, Lyons E. Acquiescence in Interviews With People Who Have Mental Retardation. *Ment Retard*. 2002;40:14-29. doi:10.1352/0047-6765(2002)040<0014:AIWPW>2.0.CO;2
- 37.** Gove WR, Geerken MR. Response bias in surveys of mental health: An empirical investigation. *Am J Sociol*. 1977; 82: 1289-1317.

- 38.** Barker C, Pistrang N, Elliott R. Research methods in clinical psychology : an introduction for students and practitioners. 3ª ed. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2015.
- 39.** Gutiérrez S, Sanz J, Espinosa R, Gesteira C, García-Vera MP. La escala de de-seabilidad social de Marlowe-Crowne: baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *An Psicol.* 2016; 32: 206-217. doi:10.6018/analesps.32.1.185471
- 40.** Hathaway SR, McKinley JC. The MMPI manual. New York: The Psychological Corporation; 1951.
- 41.** Eysenck HJ, Eysenck SBG. The Eysenck Personality Inventory manual. London: Routledge; 1964.
- 42.** Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee J-Y, Podsakoff NP. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *J Appl Psychol.* 2003; 88: 879-903. doi:10.1037/0021-9010.88.5.879
- 43.** Risko EF, Quilty LC, Oakman JM. Socially desirable responding on the web: Investigating the candor hypothesis. *J Pers Assess.* 2006; 87: 269-276. doi:10.1207/s15327752jpa8703_08
- 44.** Converse PD, Oswald FL, Imus A, Hedricks C, Roy R, Butera H. Comparing personality test formats and warnings: Effects on criterion-related validity and test-taker reactions. *Int J Sel Assess.* 2008; 16: 155-169. doi:10.1111/j.1468-2389.2008.00420.x
- 45.** Robson SM, Jones A, Abraham J. Personality, faking, and convergent validity: A warning concerning warning statements. *Hum Perform.* 2008 ;21: 89-106. doi:10.1080/08959280701522155
- 46.** Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Chico E. A general factor-analytic procedure for assessing response bias in questionnaire measures. *Struct Equ Model A Multidiscip J.* 2009; 16: 364-381. doi:10.1080/10705510902751374
- 47.** Jackson DN, Messick S. Acquiescence and desirability as response determinants on the MMPI. *Educ Psychol Meas.* 1961; 21: 771-790. doi:10.1177/001316446102100402
- 48.** Ferrando PJ, Demestre J, Anguiano-Carrasco C, Chico E. An IRT assessment of rotter I-E scale: A new approach and some considerations. *Psicothema.* 2011; 23: 282-288.
- 49.** Martínez-Selva J. La psicología de la mentira. Barcelona: Paidós; 2005.
- 50.** Comisión Internacional de Tests (ITC). Directrices internacionales para el uso de los tests. INFOCOP [internet]. 2019 [citado 2019 mar 22]; 77:21-32. Disponible en: <https://www.cop.es/index.php?page=directrices-internacionale>.
- 51.** Salamanca AB. El «AEIOU» de la investigación en Enfermería. Madrid: FUDEN; 2013.

¿Cómo prevenir las agresiones a los médicos?

How to prevent attacks on doctors?

Carlos Enrique Alvarez Agudelo¹

¹CS FOIETES- Benidorm, Alicante, España

Resumen

Este trabajo es un comentario del artículo: Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. BMJ Open. 2019;9:e028465. doi: 10.1136/ bmjopen-2018-028465.

Abstract

This text is a commentary on the article: Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. BMJ Open. 2019;9:e028465. doi: 10.1136/ bmjopen-2018-028465.

Sección coordinada por

Consol Serra (consol.serra@upf.edu) | M^a del Mar Seguí (mm.seguí@ua.es)

Fechas · Dates

Recibido: 2019.11.22
Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Carlos Enrique Alvarez Agudelo
cealvareza@gmail.com
CS FOIETES- Benidorm, Alicante, España

Resumen del artículo comentado⁽¹⁾

Objetivo: Analizar la evidencia en intervenciones para prevenir agresiones a médicos.

Diseño: Revisión sistemática de la literatura y valoración utilizando instrumentos y guías estandarizados.

Fuentes de datos: Pubmed, Embase, Turning Research into Practice (TRIP), Cochrane y Psycharticle, Google Académico y www.guideline.gov.

Criterios de selección: Se buscaron resúmenes publicados en inglés entre enero de 2000 y enero 2018. Se eligieron estudios enfocados a la prevención y factores de riesgo de violencia tipo II en centros de atención primaria, departamentos de psiquiatría y departamentos de urgencias hospitalarias.

Extracción de los datos y síntesis: Se seleccionaron estudios de intervención, agrupados en estudios cuantitativos y cualitativos. Las revisiones sistemáticas se informaron independientemente. Para cada estudio, diseño y tipo de intervención se analizaron los aspectos más relevantes. La calidad de la información se basó en el método GRADE y el GRADE-Confianza en la Evidencia obtenida en las Revisiones de Investigación Cualitativas (CERQUAL).

Resultados: Se incluyeron 44 estudios. Un ensayo clínico doble ciego aportó evidencia moderada de la disminución de la violencia mediante un programa de prevención. Los principales factores de riesgo fueron los tiempos de espera prolongados, la discrepancia entre las expectativas de los pacientes y los servicios recibidos, el abuso de sustancias y la presencia de enfermedades psiquiátricas. Se observó que una adecuada distribución arquitectónica, iluminación, rutas de evacuación, barreras de protección para recepcionistas, cámaras de vigilancia, alarmas, botones de pánico y además el adecuado desarrollo planes preventivos en el lugar de trabajo son intervenciones que pueden recomendarse para reducir los factores de riesgo, aunque no existe una buena evidencia sobre su efectividad. Un ensayo clínico aleatorizado aportó evidencia de que la valoración del riesgo de violencia del paciente, combinada con acciones preventivas adecuadas pueden disminuir de manera significativa las agresiones más violentas en unidades de psiquiatría. La aplicación de técnicas de des-escalamiento del conflicto durante episodios de agresión son muy recomendados. La realización de un informe posterior al incidente seguido de un análisis causal del mismo aporta las bases para una mejora y optimización de los protocolos de prevención de agresiones.

Conclusiones: Esta revisión documenta intervenciones para prevenir y disminuir agresiones contra médicos. Las agresiones a los médicos son un serio peligro laboral. Existe evidencia moderada que los programas integrales de prevención de la violencia disminuyen el riesgo de violencia entre pacientes y profesionales. Esta revisión no obtuvo datos numéricos suficientes para realizar un metaanálisis. Un estudio de cohortes a gran escala podría mejorar el conocimiento sobre la efectividad de estas intervenciones.

Comentario del artículo⁽¹⁾

Las agresiones a médicos y otros trabajadores sanitarios es una causa muy importante de riesgo laboral en este colectivo. Las agresiones pueden ser de tipo verbal, físico o psicológico con serias implicaciones en la relación con los pacientes, sus familias y los mismos profesionales.

Se trata de un fenómeno en aumento, aunque existe todavía una desproporción entre el número de incidentes reportados y los reales, y tiene más influencia en algunos ámbitos de mayor riesgo como son los servicios de urgencias, psiquiatría y de atención primaria. La prevalencia de las agresiones al personal sanitario, y de acuerdo con diferentes estudios, oscila entre el 36% y el 70% aproximadamente; el 55% se corresponde a agresiones verbales y el 23% a agresiones físicas, y algunos autores han reportado que hasta el 91% de los médicos de familia han sufrido algún tipo de agresión durante su carrera profesional. La incidencia por casos de violencia asociados a consumo de drogas o alcohol es del 44 % en servicios de urgencias y a nivel intrahospitalario los eventos por violencia a sanitarios oscilan entre el 8 y 15% al año^(2,3,4).

En la mayoría de los casos el agresor es el propio paciente o un familiar de este, y pueden tener como consecuencia daños físicos o psicológicos, y repercutir en la disminución de la satisfacción profesional y desafección que pueden afectar la calidad del cuidado. Si bien el impacto de las agresiones en el trabajo está bien documentado, no hay evidencia de cómo prevenir o intervenir ante una situación peligrosa, ni tampoco hay consenso sobre planes de seguridad recomendados. En la revisión se han agrupado las intervenciones en:

Medidas y programas preventivos pre-incidente

Están dirigidas a disminuir el impacto de la violencia en el trabajo, donde se analiza la evaluación de riesgos del lugar de trabajo, prevención de riesgos, entrenamiento y educación en seguridad. Algunos programas incluyen el modelo de hacer y verificar como medida de mejora continua, incluyendo registros y evaluación⁽⁵⁾. La utilidad de este tipo de intervenciones se ha confirmado con una evidencia moderada en la reducción del riesgo de agresión, aunque no se demostró una disminución en el número de agresiones físicas. Sin embargo, los resultados pueden estar influidos por el subregistro de eventos.

En general los programas analizados no demostraron una disminución de los eventos violentos. Probablemente, la gran variedad de características en los servicios incluidos hace que un programa genérico no se aplique de igual manera en cada área estudiada, lo cual se contrasta con otros estudios en los que, por ejemplo, en una unidad psiquiátrica italiana se realizaron cambios en la estructura física logrando una reducción significativa del número de agresiones por profesional.

Entre los factores de riesgo de agresión reconocidos están los tiempos de espera prolongados, la discrepancia profesional-paciente en cuanto a los servicios ofre-

cidos y sus expectativas, o la presencia de abuso de alcohol o drogas y de enfermedades psiquiátricas.

Los cambios en la infraestructura incluyen mejoras en la iluminación interna y externa, mayor espacio de salas de espera, salidas y rutas de escape, cámaras de vigilancia, botones anti-pánico, alarmas portátiles, inclusive detectores de metales como en algunos centros de urgencias de USA, aunque no se ha estudiado su utilidad⁽⁶⁾.

Se recomienda tomar medidas de seguridad en los centros de urgencias nocturnas que atienden domicilios, como centralizar esta atención y dotar de acompañantes de seguridad para este fin, además de otras recomendaciones que pueden tener utilidad para evitar agresiones.

El entrenamiento del personal en habilidades de comunicación y en disminución del conflicto deben ser incluidas como parte del programa de prevención^(4,7).

Intervenciones durante el incidente

Existen guías y manuales sobre las técnicas de comunicación de reducción del conflicto, consistentes en transmitir tranquilidad verbal, una relación colaborativa, un estado de calma, siguiendo un ciclo de escucha activa y respuesta asertiva hasta que se logre que el paciente entre en razón, que escuche y actúe acorde a la situación. Este ciclo puede repetirse varias veces hasta lograr neutralizar el conflicto. Cuando estas técnicas no dan el resultado esperado, debe asegurarse la seguridad personal desalojando el lugar y/o activando el protocolo de emergencia. Las medidas de intervención restrictiva solo deben aplicarse de acuerdo con protocolos que preserven los derechos humanos y solo deben ser utilizados en situaciones extremas y en ambientes determinados como son los servicios de urgencias o de psiquiatría.

Medidas post-incidentes

Es muy importante evitar la trivialización de los incidentes de violencia y la cultura del silencio. El no reportar los incidentes genera un aumento no solo de la frecuencia sino de la severidad de los nuevos episodios de agresión. De esta manera se busca evitar que se normalice la violencia como parte del trabajo, y de igual manera la estigmatización de los agredidos de no ser juzgados por incompetencia. El apoyo de compañeros de trabajo y responsables es fundamental, así como la notificación de los incidentes, su valoración y el análisis, buscando una respuesta en grupo que potencie las soluciones, disminuya la normalización de la violencia y la adecuada aplicación de políticas contra las agresiones. También las organizaciones deben suministrar y organizar el apoyo y asistencia a los profesionales agredidos y prevenir las consecuencias a corto, medio y largo plazo.

En esta revisión bibliográfica los estudios incluidos aportan evidencia moderada sobre la prevención de la violencia laboral tipo II a sanitarios (siempre existe relación profesional entre el agresor y la víctima), y sus factores de riesgo aplicados

a servicios de psiquiatría, urgencias hospitalarias y de atención primaria, donde existe mayor conflicto. La mayoría de los estudios incluidos provienen de países con mayor desarrollo donde es frecuente esta problemática. Sin embargo, no se menciona ningún de países con bajos recursos, donde esta problemática podría ser mayor por el riesgo de conflicto secundario a la situación social o económica, limitando de esta manera la generalización de los resultados. La revisión incluye estudios que aportan una buena descripción de las diferentes acciones recomendadas en cada estadio. Sin embargo, la mayoría de las recomendaciones y acciones propuestas tienen una evidencia limitada por la baja calidad metodológica y falta de estudios.

Si bien una de las medidas más efectivas es la utilización de técnicas de comunicación adecuadas que permitan el des-escalamiento del conflicto, es un recurso que no es fácil aplicar, que no todos los profesionales tienen disponible y sobre todo que se limita a procesos iniciales de violencia verbal⁽⁸⁾.

Son necesarios estudios prospectivos y aleatorizados, basados en las recomendaciones de la OMS y la OIT⁽⁹⁾, que permitan establecer la efectividad de las diversas estrategias para afrontar la violencia en el trabajo en centros sanitarios, para protocolizarlas y sistematizarlas, aplicables a todos los niveles de atención a pacientes, que puedan prevenir efectivamente las agresiones a los sanitarios.

Referencias

1. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9:e028465. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028465
2. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Med J Aust*. 2012;197:336–40.
3. Vorderwülbecke, F; Feistle, M; Mehring, M; Schneider, A; Linde, K. Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112:159–65.
4. Judith Arnetz; Lydia Hamblin; Jim Russell; Mark Upfal; Mark Luborsky; James Janisse; Lynnette Essenmacher; Preventing Patient-to- Worker violence in hospitals: outcome of a randomized controlled intervention. *J Occup Environ Med*. 2017;59:18–27.
5. Joanna Briggs Institute. Checklist for Analytical Cross Sectional Studies. 2017 [Citado 15 Oct 2019]. Disponible en: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-06/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017.docx.
6. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Rev. Esp Salud Publica*. 2019;93:2 de octubre e201910097.

- 7.** Altemir M, Arteaga A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enfermería Clínica*. 2018;28,2:125–32.
- 8.** Evans G. OSHA Seeks Comment on Violence Prevention Regulation. *Hosp Employee Health*. 2017;36,2.
- 9.** International Labour Office/International Council of Nurses/ World Health Organization/Public Services International. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva, International Labour Office, 2002 ISBN 92-2-113446-6.

Segundo congreso internacional de la Sociedad Portuguesa de Medicina del Trabajo

Mari Cruz Rodríguez-Jareño^{1,2,3,4}

¹Societat Catalana de Salut Laboral, Barcelona, España

²Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo, Madrid, España

³Servicio de Prevención de SSIBE_Fundación Hospital de Palamós, Palamós (Girona). España

⁴Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universitat de Girona, Girona. España

Información · Information

Este documento es resultado de las actividades de la Sección de Medicina del Trabajo de la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas: www.uems.net)

Fechas · Dates

Recibido: 2019.12.27

Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Mari Cruz Rodríguez-Jareño

mcrodriguezj@gmail.com

El pasado 23 de noviembre se celebró en Lisboa el segundo congreso internacional de la Sociedad Portuguesa de Medicina del Trabajo (SPMT), a continuación de su décimoquinto congreso nacional que tuvo lugar el 21 y 22.

Uno de los objetivos planteados por su presidente es el de estrechar lazos con otras Sociedades de Medicina del Trabajo y en concreto entre Sociedades vecinas de la península ibérica, así como con diferentes organismos internacionales.

Tras la bienvenida dada por su presidente, Dr Jorge Barroso Dias, se inició el congreso internacional con una presentación por video del presidente de ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). El hilo conductor del congreso giraba alrededor de las aportaciones de la Medicina del Trabajo a la Salud Pública, para resaltar el reciente reconocimiento de la Sociedad Portuguesa de Medicina del Trabajo como entidad de utilidad pública en Portugal.

La jornada se enfocó principalmente a presentar las actividades y contribución de diferentes organismos internacionales, y se contó con las intervenciones de Joaquim Pintado Nunes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de Claudina Nogueira de la Comisión Internacional de Salud Laboral (ICOH) y de Alenka Skerjanc, presidenta de la sección de Medicina del Trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS).

Durante la mesa de la mañana, el representante portugués (Pedro Gustavo Reis) y la representante española (Mari Cruz Rodríguez-Jareño) de la UEMS explicaron las aportaciones de sus respectivos países a la sección de Medicina del Trabajo de la UEMS.

En la sesión de la tarde intervinieron Alfonso Apellaniz, presidente de la SEMST (Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo), con una presentación sobre la situación actual de las Enfermedades Profesionales en España, y Juan Luis Cabanillas, miembro de la junta de la AEEMT (Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo), con una presentación sobre el programa andaluz de Promoción de la Salud en el Trabajo, así como Mari Cruz Rodríguez miembro de la junta de la SCSL (Societat Catalana de Salut Laboral) que expuso el proyecto Europeo EWA sobre alcohol y otras drogas en el trabajo, y la guía y el programa «A la feina alcohol 0.0» desarrollados por la Generalitat de Cataluña.

Se puede acceder al programa del congreso nacional e internacional a través de la página web de la Sociedad Portuguesa de Medicina del Trabajo o en el siguiente enlace: https://595f1784-567a-4ebc-8f5e-874332227bba.filesusr.com/ugd/a7d6ed_0bf89ab9f1a94bbfb9b0cfa636fada64.pdf

SPMT (Sociedad Portuguesa de Medicina del Trabajo) <https://www.spmtrabalho.org/>

ICOH (International Commission on Occupational Health) <http://www.icohweb.org/site/homepage.asp>

UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) <https://uems-occupationalmedicine.org/>

ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine) <https://acoem.org/>

SEMST (Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo) <https://www.semst.org/>

AEEMT (Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo) <http://www.aeemt.com/web/>

SCSL (Societat Catalana de Salut Laboral) <http://www.salutlaboral.com/>

Segon congrés internacional de la Societat Portuguesa de Medicina del Treball

El passat 23 de novembre es va celebrar a Lisboa el segon congrés internacional de la Societat Portuguesa de Medicina del Treball (SPMT), a continuació del seu quinzè congrés nacional que va tenir lloc el 21 i 22.

Un dels objectius plantejats pel seu president és el d'estrènyer llaços amb altres Societats de Medicina del Treball i en concret entre societats veïnes de la península ibèrica, així com amb diferents organismes internacionals.

Després de la benvinguda donada pel seu president, Dr Jorge Barroso Dias, es va iniciar el congrés internacional amb una presentació per vídeo del president d'ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). El fil conductor del congrés girava al voltant de les aportacions de la Medicina del Treball a la Salut Pública, per ressaltar el recent reconeixement de la Societat Portuguesa de Medicina del Treball com a entitat d'utilitat pública a Portugal.

La jornada es va enfocar principalment a presentar les activitats i contribució de diferents organismes internacionals, i es va comptar amb les intervencions de Joaquim Pintado Nunes de l'Organització Internacional del Treball (OIT), de Claudina Nogueira de la Comissió Internacional de Salut Laboral (ICOH) i de Alenka Skerjanc, presidenta de la secció de Medicina del Treball de la Unió Europea de Metges Especialistes (UEMS).

Durant la taula del matí, el representant portuguès (Pedro Gustavo Reis) i la representant espanyola (Mari Cruz Rodríguez-Jareño) de la UEMS van explicar les aportacions dels seus respectius països a la secció de Medicina del Treball de la UEMS.

A la sessió de la tarda van intervenir Alfonso Apellaniz, president de la SEMST (Sociedad Española de Medicina i Seguridad en el Trabajo), amb una presentació sobre la situació actual de les Malalties Professionals a Espanya, i Juan Luis Ca-

banillas, membre de la junta de la AEEMT (Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo), amb una presentació sobre el programa andalús de Promoció de la Salut en el Treball, així com Mari Cruz Rodríguez membre de la junta de la SCSL (Societat Catalana de Salut Laboral) que va exposar el projecte Europeu EWA sobre alcohol i altres drogues a la feina, i la guia i el programa «a la feina alcohol 0.0» desenvolupats per la Generalitat de Catalunya.

Es pot accedir a el programa del congrés nacional i internacional a través de la pàgina web de la Societat Portuguesa de Medicina del Treball o en el següent enllaç: https://595f1784-567a-4ebc-8f5e-874332227bba.filesusr.com/ugd/a7d6e-d_0bf89ab9f1a94bbfb9b0cfa636fada64.pdf

SPMT (Sociedad Portuguesa de Medicina del Trabajo) <https://www.spmtrabalho.org/>

ICOH (International Commission on Occupational Health) <http://www.ichweb.org/site/homepage.asp>

UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) <https://uems-occupationalmedicine.org/>

ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine) <https://acoem.org/>

SEMST (Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo) <https://www.semst.org/>

AEEMT (Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo) <http://www.aeemt.com/web/>

SCSL (Societat Catalana de Salut Laboral) <http://www.salutlaboral.com/>

Clausura de la última campaña de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo

Rosa Maria Orriols Ramos^{1,2,3}

Mari Cruz Rodríguez-Jareño^{1,4,5}

¹Societat Catalana de Salut Laboral, Barcelona, España y Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

²Servicio de Prevención de Hospital Universitari Bellvitge, Institut Català de la Salut, Barcelona. España.

³Junta Directiva de International Commission Occupational Health.

⁴Servicio de Prevención de SSIBE_Fundación Hospital de Palamós, Palamós (Girona). España

⁵Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universitat de Girona, Girona. España

Información · Information

Este documento es resultado de las actividades de la Sección de Medicina del Trabajo de la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas: www.uems.net)

Fechas · Dates

Recibido: 2019.12.27
Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Mari Cruz Rodríguez-Jareño
mcrodriguezj@gmail.com

La clausura de la última campaña de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo para la Seguridad y la Salud en el Trabajo tuvo lugar el 12 y 13 de noviembre de 2019 en Bilbao.

A la clausura de la campaña asistieron Rosa Orriols en representación de ICOH (Rosa es miembro de la Junta Directiva de ICOH), y Mari Cruz Rodríguez-Jareño en representación de la UEMS, que fue uno de los 90 socios oficiales de la campaña (Mari Cruz es la representante española en la UEMS a través de la SEMST y la SCSL). Ambas pertenecen a la Junta de la SCSL.

La campaña que se clausuraba (2018-2019) estuvo dedicada a las sustancias químicas peligrosas, siendo el lema: «Trabajos saludables: alerta frente a sustancias peligrosas». Además la Agencia este año 2019 celebraba su 25 aniversario.

Durante la reunión, expertos europeos y responsables en toma de decisiones discutieron los resultados de la campaña de dos años, compartieron conocimientos y exploraron estrategias para la prevención efectiva y el manejo sostenible de sustancias peligrosas en los lugares de trabajo en el futuro.

Tras la presentación inicial de la presidenta de la Agencia, Christa Sedlatschek, se dio paso a talleres paralelos que analizaron las actividades de prevención de carcinógenos en el trabajo, las buenas prácticas en el sector de servicios, y la sustitución de sustancias peligrosas en los procesos de producción. También se discutieron las medidas de seguridad y salud en el trabajo más efectivas con respecto a los usos de productos químicos en el futuro.

A continuación, se hizo entrega de los **Premios a las buenas prácticas en lugares de trabajo saludables** a las diez organizaciones elegidas por un jurado internacional independiente, premiando su enfoque proactivo y participativo para el manejo de sustancias peligrosas.

Las principales conclusiones de los talleres paralelos se presentaron en sesión plenaria así como una mesa de discusión sobre «Sustancias peligrosas: lecciones del pasado para el futuro».

Finalmente se cerró el encuentro con la presentación de la próxima Campaña de lugares de trabajo saludables que a partir de ahora tendrán una duración de 3 años.

La campaña 2020-22 «**Trabajos saludables: aliviemos las cargas**» comenzará a ejecutarse en octubre de 2020 y estará dedicada a aumentar la conciencia sobre la importancia de prevenir los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo.

Los riesgos relacionados con las posturas y la exposición a movimientos repetitivos son factores de riesgo muy habituales en el lugar de trabajo que pueden provocar trastornos músculoesqueléticos, que siguen siendo uno de los problemas de salud con mayor prevalencia en Europa.

La campanya té per objecte divulgar informació de alta qualitat en la matèria, fomentar un enfocament integrat en la gestió del problema, i oferir eines i solucions pràctiques que serveixin d'ajuda en el lloc de treball.

Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball: <https://osha.europa.eu/es>

ICOH: International Commission on Occupational Health: <http://www.icohweb.org/site/homepage.asp>

UEMS: Union of European Medical Specialists: <https://uems-occupationalmedicine.org/>

SEMST: Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo: <https://www.semst.org/>

SCSL: Societat Catalana de Salut Laboral: <http://www.salutlaboral.com/>

Cloenda de l'última campanya de l'Agència Europea per la Seguretat i la Salut en el Treball

La cloenda de l'última campanya de l'Agència Europea per la Seguretat i la Salut en el Treball va tenir lloc el 12 i 13 de novembre de 2019 a Bilbao.

A la cloenda de la campanya van assistir Rosa Orriols en representació de ICOH (Rosa és membre de la Junta Directiva d'ICOH), i Mari Cruz Rodríguez-Jareño en representació de la UEMS, que va ser un dels 90 socis oficials de la campanya (Mari Cruz és la representant espanyola en la UEMS a través de la SEMST i la SCSL). Totes dues pertanyen a la Junta de la SCSL.

La campanya que es clausurava (2018-2019) va estar dedicada a les substàncies químiques perilloses, essent el lema: «Treballs saludables: alerta davant de substàncies perilloses». A més l'Agència aquest any 2019 celebrava el seu 25 aniversari.

Durant la reunió, experts europeus i responsables en presa de decisions van discutir els resultats de la campanya de dos anys, van compartir coneixements i van explorar estratègies per a la prevenció efectiva i el maneig sostenible de substàncies perilloses en els llocs de treball en el futur.

Després de la presentació inicial de la presidenta de l'Agència, Christa Sedlatschek, es va donar pas a tallers paral·lels que van analitzar les activitats de prevenció de carcinògens en el treball, les bones pràctiques en el sector de serveis, i la substitució de substàncies perilloses en els processos de producció. També es van discutir les mesures de seguretat i salut en el treball més efectives pel que fa als usos de productes químics en el futur.

A continuació, es va fer entrega dels **Premis a les bones pràctiques en llocs de treball saludables** a les deu organitzacions triades per un jurat internacional independent, premiant el seu enfocament proactiu i participatiu per al maneig de substàncies perilloses.

Les principals conclusions dels tallers paral·lels es van presentar en sessió plenària així com una taula de discussió sobre «Substàncies perilloses: lliçons del passat per al futur».

Finalment es va tancar la trobada amb la presentació de la propera Campanya de llocs de treball saludables que a partir d'ara tindran una durada de 3 anys.

La campanya 2020-22 «**Treballs saludables: alleugerim les càrregues**» començarà a executar-se a l'octubre de 2020 i estarà dedicada a augmentar la consciència sobre la importància de prevenir els trastorns musculoesquelètics relacionats amb el treball.

Els riscos relacionats amb les postures i l'exposició a moviments repetitius són factors de risc molt habituals en el lloc de treball que poden provocar trastorns músculoesquelètics, que segueixen sent un dels problemes de salut amb més prevalença a Europa.

La campanya té per objecte divulgar informació d'alta qualitat en la matèria, fomentar un enfocament integrat en la gestió del problema, i oferir eines i solucions pràctiques que serveixin d'ajuda en el lloc de treball.

Agència Europea per la Seguretat i la Salut en el Treball: <https://osha.europa.eu/es>

ICOH: International Commission on Occupational Health: <http://www.ichoweb.org/site/homepage.asp>

UEMS: Union of European Medical Specialists: <https://uems-occupationalmedicine.org/>

SEMST: Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo: <https://www.semst.org/>

SCSL: Societat Catalana de Salut Laboral: <http://www.salutlaboral.com/>

Mind the gap: profesionalización y seguridad y salud en el sector de la construcción

María Segarra Cañamares¹

¹Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, Spain

Fechas · Dates

Recibido: 2019.12.03
Publicado: 2020.01.15

Sección coordinada por / Section Coordinator

Dr. Guillermo García González
Profesor Agregado Derecho del Trabajo y SS Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)
Email: guillermo.garcia@unir.net

Entrevista con la Dra. Segarra Cañamares

1. ¿Cuál es la procedencia, especialización y áreas de trabajo de los autores del artículo?⁽¹⁾ ¿Qué características le parecen más destacables de este grupo de trabajo?

El equipo lo conformamos arquitectos, arquitectos técnicos e ingenieros de la edificación, docentes universitarios y profesionales del sector de la construcción, todos especialistas en prevención.

Para poder realizar un trabajo de estas características es necesario conocer en profundidad el sector objeto de estudio y hacerlo desde distintos puntos de vista, de forma que se llegue a obtener una visión de conjunto lo más cierta posible.

De este grupo destacaría por tanto el conocimiento especializado que cada uno de los miembros del equipo aporta desde su ámbito específico de trabajo. Desde el académico, el relacionado con la parte más teórica, pero base fundamental del trabajo, y desde el profesional, la aplicación más práctica, sin la cual toda esa base teórica no tiene sustento.

2. ¿Cómo se ha financiado el estudio?

El estudio no se ha financiado de forma directa, pero sí que ha contado con el apoyo de los departamentos de las distintas universidades a las que pertenecen los investigadores del equipo.

3. ¿Qué problema pretende abordar este estudio y dónde radica su interés o relevancia para la seguridad y salud en el trabajo?

Históricamente, las actividades de construcción han asumido siempre un protagonismo especial en la dinamización y desarrollo de la economía española, debido principalmente a su capacidad de activar otros sectores productivos auxiliares, especialmente aquellos relacionados con el suministro de materiales y equipos.

Este efecto dinamizador de las actividades de construcción es un factor esencial en la generación de riqueza y fomento del empleo. En efecto, en España el sector de la construcción alcanzó su cuota máxima de empleabilidad en el año 2004, con un total de 2.455.700 trabajadores, observando que las mayores aportaciones a la misma provenían del segmento de las Pequeñas y Medianas Empresas (PY-MES), que en el año 2017 suponían el 99,69% sobre el total de empresas del sector, modelos de empresa constructora que no disponen de estructuras organizativas estables que garanticen una adecuada gestión preventiva de los procesos.

En este contexto, la accidentalidad laboral en el sector de la construcción des- puntó por encima de otros sectores productivos durante el periodo 1997 a 2006, años en los que se alcanzaron los mayores registros de obra construida. A partir del 2007, con el comienzo de la crisis económica en España, la siniestralidad del sector se redujo de forma sostenida, sin embargo, ha seguido manteniendo (a lo largo de más de una década) los más altos índices de incidencia de accidentes de trabajo con baja, llegando a triplicar los valores de otros sectores productivos.

El objetivo de este trabajo de investigación es el de analizar la realidad preventiva presente en las empresas del sector de la construcción en España, desde el prisma de la formación, la gestión de la prevención y los recursos destinados a dichas partidas, además de analizar las barreras de entrada debido a las singularidades propias del sector de la construcción.

4. ¿Qué aporta este estudio de novedoso o destacable en relación al resto de producción científica sobre el problema estudiado?

Lo más destacable del estudio es el proceso seguido para conocer la realidad preventiva. En el trabajo se realiza un estudio comparativo en profundidad de dicha situación a través del análisis en profundidad de los cuatro indicadores de referencia que afectan principalmente a este sector productivo. Todo ello, a través de los datos obtenidos de los focus group creados ex professo para el estudio, en conjunción con los datos que arroja la Segunda Encuesta Europea sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER-2), así como de su homóloga versión española (ESENER-2 España). Esto nos ha permitido focalizar el interés en aquellos aspectos que de forma general afectan al sector de manera independiente al ámbito normativo que rija sobre el mismo.

5. ¿Se han encontrado con alguna dificultad o contratiempo para el desarrollo del estudio?

Con objeto de que el estudio fuera lo más imparcial posible, la mayor dificultad se ha producido a la hora de diseñar los focus group, buscando que se encontraran representados los agentes y empresarios implicados en el sector, tanto del sector público como del sector privado, y priorizando la experiencia de todos los agentes implicados en las actividades de construcción, especialmente la de los profesionales vinculados a la prevención, así como la de los trabajadores, empresarios y administradores que participan directamente en la gestión de las empresas.

6. ¿Se han obtenido los resultados esperados o se ha producido alguna sorpresa?

Los resultados muestran la gran similitud presente entre los datos extractados de los focus group y los de las encuestas ESENER-2 y ESENER-2 España; lo que pone de manifiesto la idiosincrasia que rodea a este sector productivo en el entorno europeo, tan maltratado por la crisis económica.

Podemos decir que era lo esperado, pero no lo deseado, ya que los mismos apuntan la necesidad de realizar actuaciones de un calado más profundo capaces de revertir la situación.

7. ¿Cómo ha sido el proceso de publicación? ¿Han sufrido alguna incidencia?

En el proceso de revisión por pares al que fue sometido el artículo se nos pidió acometer cambios menores relacionados con la presentación de los resultados, lo que supuso una mejora en la exposición de los datos.

8. ¿Qué implicaciones tiene este estudio para la prevención de riesgos laborales? ¿Cuál sería la recomendación para mejorar la práctica profesional en relación al problema estudiado?

Las conclusiones a las que se llega en el estudio son en sí propuestas o medidas encaminadas a la mejora de la práctica profesional y por tanto, la reducción de la siniestralidad.

En el ámbito del cumplimiento normativo, la falta de cultura preventiva incide de forma directa en la siniestralidad del sector por los grandes y manifiestos incumplimientos, haciéndose necesarias acciones específicas tales como la implementación de programas de concienciación/formación de los beneficios de la integración de la prevención en la empresa en todos los ámbitos, pero con especial incidencia sobre los trabajadores con responsabilidad en la toma de decisiones. Para ello se hace necesario que los técnicos de los servicios de prevención sean conocedores del proceso constructivo, lo cual implica que dichos técnicos tengan el perfil profesional habilitante del coordinador de seguridad y salud, ya que sólo cuando se conoce a fondo la complejidad del sector se está capacitado para actuar en él.

El sector de la construcción recoge a un colectivo de trabajadores con baja cualificación, lo que dificulta la efectividad de las medidas a implantar. Esta circunstancia hace que todos los esfuerzos deban orientarse hacia una profesionalización, con empresas y trabajadores comprometidos en conseguir la excelencia profesional. En este ámbito es donde la formación juega un papel fundamental, por lo que se considera prioritario elevar los requisitos de acceso al puesto de trabajo con estudios mínimos y formación específica en prevención, y exigir su continuidad en el tiempo con una formación de calidad, creando planes de formación a medida de las empresas, de su actividad, recursos y tamaño.

Si a la falta de formación se le suma la falta de filiación personal con la estructura corporativa de la empresa, debido a los factores de temporalidad y provisionalidad de los vínculos contractuales, nos encontramos con una gran dificultad para controlar determinadas situaciones de riesgos derivadas de la falta de arraigo y empatía con la empresa ya mencionadas. Esto hace que la gestión de los riesgos psicosociales pase a ocupar un papel fundamental junto a la promoción de campañas para su correcta implantación, así como la necesidad de incentivar la rotación de la plantilla, con el objetivo claro de poder dotar al puesto de trabajo de unas condiciones lo más acordes posibles al trabajador que lo ocupa.

A todo lo anterior se hace necesario sumar una mayor colaboración y participación del trabajador a la hora de evaluar el puesto de trabajo, lo que nos insta a que tanto la presencia del recurso preventivo como de los técnicos prevencionistas se termine por hacer efectiva.

Se necesita un «compromiso preventivo» por parte de la dirección de las empresas, ya que la implicación de los cargos directivos en materia preventiva constituye un factor clave para la correcta integración y posterior aplicación de la prevención en las mismas.

Finalmente, se pone de relieve la imperiosa necesidad de profesionalizar el sector de la construcción, implantando una «cultura preventiva» entre todos los agentes implicados en los procesos constructivo-preventivos que rodean las actividades de construcción.

Resumen del artículo

El objetivo de este trabajo de investigación⁽¹⁾ es el de analizar la realidad preventiva presente en las empresas del sector de la construcción en España, desde el prisma de la formación, la gestión de la prevención y los recursos destinados a dichas partidas. Para ello, se realiza un estudio comparativo en profundidad de dicha realidad preventiva, a través de los datos obtenidos de las encuestas realizadas y de los focus group creados ex profeso para el estudio, en conjunción con la Segunda Encuesta Europea sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER-2), así como de su homóloga versión española (ESENER-2 España). Se diseñaron los focus group con agentes y empresarios implicados en el sector, tanto del sector público como del sector privado, para aportar una mayor imparcialidad a los datos resultantes. Conforme a los objetivos de la investigación, se analizaron los principales indicadores estratégicos, a modo de guion para el moderador de los distintos focus group. Los resultados muestran la gran coincidencia entre los datos extractados de los focus group y los de las encuestas ESENER-2 y ESENER-2 España; lo que pone de manifiesto la idiosincrasia que rodea a este sector productivo en el entorno europeo, tan maltratado por la crisis económica. Todo ello pone de relieve la imperiosa necesidad de profesionalizar el sector de la construcción, implantando una «cultura preventiva» entre todos los agentes implicados en los procesos constructivo-preventivos que rodean las actividades de construcción. La preocupante situación del sector, en conjunción con su elevada siniestralidad, pone de manifiesto una necesaria reestructuración, tendente a la profesionalización del mismo, para lo que resulta imperativo que se involucren todos los estamentos de la empresa, las autoridades y los servicios de prevención.

Referencias

1. Romero Á, González M de las N, Segarra M, Villena BM, Rodríguez Á. Mind the Gap: Professionalization is the Key to Strengthening Safety and Leadership in the Construction Sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. MDPI AG; 2019 Jun 10;16(11):2045. doi:10.3390/ijerph16112045

Archivos Formación. Vol. 23(1)

Coordinadora de sección: Águeda Giráldez Fernández

El desarrollo profesional continuo, además de ser exigible legalmente en nuestro país desde la publicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003), es una autoexigencia de todo profesional de la salud laboral que aspira a desarrollar un trabajo de calidad. Actividades como la formación continuada basada en la lectura de textos científicos contribuyen al desarrollo y mantenimiento de las competencias necesarias para el ejercicio profesional.

Archivos Formación es una iniciativa de la Associació Catalana de Salut Laboral que permitirá a los lectores de Archivos de Prevención de Riesgos Laborales avanzar en su formación personal continuada en el campo de la salud laboral, obteniendo además créditos* oficiales de formación médica continuada.

1. Señale la respuesta FALSA en relación al Estudio sobre las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo en España:

- a. Las variables dependientes corresponden con los valores obtenidos de las opiniones sobre la importancia y el nivel de desarrollo tanto de las competencias señaladas en la norma como de aquellas más valoradas por la organización contratante.
- b. Una vez seleccionadas las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) se incorporaron a un modelo de regresión lineal múltiple.
- c. Participaron un total de 1985 especialistas.
- d. El 60% de especialistas trabajan para un servicio de prevención ajeno y el 30% para uno propio.
- e. De las 324 respuestas recibidas (16,32%), 218 corresponden a mujeres (67,28%) y 106 a hombres (32,72%).

Información · Information

(*) Los créditos se obtienen al enviar las respuestas correspondientes a los volúmenes 1 y 2 de este año y superar el 80% de respuestas correctas. Se enviará diploma acreditativo a los lectores que consigan los créditos.

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y por el Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries para el período 01/01/2020 - 30/06/2020

2. En el estudio anterior se seleccionaron las siguientes variables independientes para efectuar el análisis bivariado:

- a. Edad y sexo.
- b. Año de obtención del título y años de ejercicio de la especialidad
- c. Realización de la prueba de la evaluación de la competencia.
- d. Número de especialistas en la organización y número de trabajadores en la empresa.
- e. Todas las anteriores.

3. En el estudio « Teletrabajo: gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia» aparecen como ventajas del teletrabajo:

- a. Aumento de la productividad.
- b. Reducción de costos relativos a la contratación de personal temporal.
- c. Aumento de satisfacción de los trabajadores.
- d. Disminución de incapacidades por enfermedad.
- e. Todas las anteriores.

4. Señale la respuesta incorrecta teniendo en cuenta el estudio « Teletrabajo: gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia» :

- a. Hay evidencia de la dificultad en la adaptación, aumento del estrés, aislamiento, alteración en las relaciones familiares y presencia de enfermedades osteomusculares en personas contratadas con contratos de teletrabajo.
- b. Las personas contratadas con contratos de teletrabajo indican una mejor conciliación entre los vínculos familiares con los aspectos laborales.
- c. Las personas participantes en el estudio fueron elegidas por muestreo probabilístico y de voluntarios, bajo el mecanismo de saturación teórica.
- d. Se obtuvo respuesta de 25 empresas y 4 continuaron con el proceso, pero solo dos empresas autorizaron la aplicación de la encuesta, enviándola a 51 teletrabajadores.
- e. Las empresas con teletrabajo requieren modificar sus prácticas implementando procesos de gestión de la información y del conocimiento e innovando en tecnología.

5. Señale cual de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación a la revisión sistemática sobre la Reducción de efectos emocionales negativos mediante catarsis:

- a. Se analizan las técnicas de catarsis empleadas en la población trabajadora que atiende situaciones de emergencias y catástrofes.
- b. Se llevó a cabo un metaanálisis de los datos.
- c. Revisión sistemática realizada en 7 bases de datos bibliográficas.
- d. Términos utilizados: catarsis, emergencias, debriefing y estrés post-traumático.
- e. Tras una catástrofe la persona superviviente necesita comprender lo que pasó, conservar su autoestima, satisfacer la búsqueda de significado, realizar la catarsis y recibir apoyo social.

6. En relación al Debriefing:

- a. Es una intervención breve que promueve la catarsis.
- b. Existe consenso sobre su eficacia y la manera de aplicar dicha intervención.
- c. Entre los resultados positivos del debriefing se incluyen una mayor satisfacción del personal, moral del grupo y una reducción en las reacciones de estrés a largo plazo.
- d. Tras el metanálisis de Cochrane se concluyó que el debriefing grupal de una sola sesión no era eficaz de reducir la angustia psicológica, la depresión o la ansiedad, ni de prevenir el inicio del TEPT.
- e. Todas son ciertas.

7. La exposición de la población trabajadora a factores psicosociales de riesgo, también llamados estresores, está relacionada con trastornos de la salud de muy diversa índole, tales como:

- a. Enfermedades cardiovasculares.
- b. Trastornos musculoesqueléticos.
- c. Alteraciones del sueño.
- d. Depresión y suicidio.
- e. Todas son ciertas.

8. En relación a la evaluación de riesgos psicosociales:

- a. Se trata de la principal fuente de identificación y prevención de estos riesgos.
- b. La ausencia de normativa específica sobre cómo evaluar los riesgos psicosociales ha favorecido la proliferación de herramientas de evaluación basadas en cuestionarios de autoinforme como principal instrumento de medida.
- c. Para tratar de obtener mediciones que reflejen fielmente la realidad de la organización, es preciso tener en cuenta que el procedimiento de evaluación ha de carecer de sesgo.
- d. Existen diversas técnicas capaces de identificar, cuantificar y extraer la distorsión provocada por sesgos específicos.
- e. Todas son ciertas.

9. En relación al sesgo:

- a. Es un error casual.
- b. Está causado por algún factor que se ha obviado, como fallos en el diseño, en la conducción o en el análisis de una evaluación.
- c. Ocasiona desviaciones constantes en los resultados cada vez que se realiza la evaluación.
- d. a y b son ciertas.
- e. b y c son ciertas.

10. Señale la respuesta FALSA:

- a. Los sesgos de respuesta son los de mayor impacto.
- b. La presencia de sesgos en un test implica que toda la escala en su conjunto está sesgada. esto mplica que toda la escala entt implica que toda la escala estrmativamente un cuestionario sin tener en cuenta el contenido de
- c. La Deseabilidad Social es el sesgo que más literatura científica ha generado.
- d. La aquiescencia es entendida como la preferencia a contestar afirmativamente un cuestionario sin tener en cuenta el contenido de la pregunta, especialmente cuando se duda en la respuesta.
- e. Son varios los autores que afirman que si se redactasen correctamente los instrumentos de medida el impacto de la aquiescencia sería insignificante.

Respuestas

Archivos Formación Vol. 23(1)

Nombre y Apellidos: _____

Fecha: _____

	a	b	c	d	e
Pregunta 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Envío de respuestas

Las respuestas pueden enviarse, antes de la publicación del próximo número de Archivos, mediante:

CORREO POSTAL:
Associació Catalana de Salut Laboral
Carrer Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona

CORREO ELECTRÓNICO:
archivos@academia.cat

Noticias desde la Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo

¿Cómo afecta la digitalización a la seguridad y la salud en el trabajo?

El increíble potencial de las tecnologías digitales está transformando el lugar de trabajo, pero ¿qué significa esto para la seguridad y la salud de los trabajadores? En nuestro nuevo folleto se describe el trabajo que realizamos actualmente en materia de digitalización, como un reciente proyecto prospectivo, y sus repercusiones para la seguridad y la salud en el trabajo (SST).

El folleto pone de relieve de qué modo podemos minimizar las posibles consecuencias negativas de la digitalización sobre la SST. Muestra también cómo podemos emplear las tecnologías digitales para mejorar la prevención en el lugar de trabajo.

Para más información sobre las repercusiones de la digitalización en la SST, consulte nuestro folleto

Vea las versiones lingüísticas del **Resumen - Estudio prospectivo sobre los riesgos nuevos y emergentes para la seguridad y la salud en el trabajo asociados a la digitalización en 2025**

Visite nuestra sección sobre digitalización para saber más sobre nuestro proyecto prospectivo

Eche un vistazo al informe ***The changing nature of work and skills in the digital age*** («La naturaleza cambiante del trabajo y las competencias en la era digital») publicado por el servicio de ciencia y conocimiento de la Comisión Europea.

Cuando una campaña Trabajos Saludables llega a su fin... Otra está ya en proceso de elaboración

Después de la cumbre de clausura de una exitosa campaña, la EU-OSHA agradece su apoyo a todos los socios que han participado en la campaña «*Trabajos saludables: alerta frente a sustancias peligrosas*» 2018 -19. Gracias a su duro trabajo la campaña ha resultado tan eficaz.

Ya están en marcha los preparativos para la siguiente campaña. La campaña 2020-22 — **Trabajos saludables: aliviemos las cargas** — aborda los trastornos

musculoesqueléticos, un problema persistente que afecta a millones de trabajadores en toda Europa.

Encuentre [más información sobre la nueva campaña](#)

Consulte nuestras [fuentes más recientes relativas a los trastornos musculoesqueléticos](#)

Cumbre “Trabajos Saludables” 2019 - el resumen y las grabaciones ya disponibles

El evento congregó durante dos días a responsables de la política, interlocutores sociales, centros de referencia de la EU-OSHA, organizaciones asociadas a la campaña, medios de comunicación y otros agentes interesados para celebrar el cierre de la campaña [«Trabajos Saludables: alerta frente a sustancias peligrosas»](#).

Los galardones a las Buenas Prácticas de la campaña «Trabajos saludables» se entregaron durante una ceremonia muy emotiva y los delegados pudieron intercambiar buenas prácticas, reflexionar sobre las lecciones aprendidas y se comprometieron a afrontar futuros retos conjuntamente.

[Ya están disponibles un resumen de la conferencia, vídeos de todas las sesiones, presentaciones y fotos.](#)

La herramienta electrónica sobre sustancias peligrosas, adaptada ahora a siete países

Entre los diversos recursos de la campaña [«Trabajos saludables» 2018-2019](#) se encuentra la [herramienta electrónica para las sustancias peligrosas de la EU-OSHA](#), que también abarca los agentes químicos, y que tiene como objetivo proporcionar a las empresas la información y el asesoramiento que necesitan para evaluar y gestionar los peligros relacionados con la seguridad y la salud.

Esta guía interactiva en línea se centra en las pequeñas y medianas empresas, así como en las empresas que no poseen un conocimiento específico de las sustancias peligrosas, y facilita información general y sobre buenas prácticas, a medida y fácil de comprender, acerca de los riesgos, el etiquetado, la legislación, las medidas de prevención y muchas otras cuestiones.

La herramienta electrónica, que se basa en un cuestionario, genera además un informe adaptado a cada situación empresarial específica con relación al manejo de las sustancias peligrosas, incluyendo recomendaciones para su mejora.

Además de la versión en inglés de la UE, la herramienta ya fue adaptada a Islandia, Noruega y Portugal. Ahora presentamos más versiones nacionales: Austria, Estonia, Rumanía y Eslovenia.

[Explore la herramienta electrónica para las sustancias peligrosas](#)

[Visite la sección de nuestro sitio web sobre sustancias peligrosas](#)

Noticias desde el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Jornada técnica presentación de la campaña de sensibilización «Tu vida, sin vuelcos»

Según el Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo (OECT) del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P., el principal agente material asociado al accidente en jornada laboral en la actividad agrícola y ganadera es el tractor, siendo el vuelco uno de los accidentes que puede conllevar consecuencias mortales para el tractorista si no se adoptan las medidas de seguridad pertinentes.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST) aprobó que la primera campaña del Plan Nacional de Sensibilización en Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Agrario esté dedicada al vuelco de tractor con el lema: «Tu vida, sin vuelcos».

El objetivo de la campaña, que se presentó en la Jornada Técnica que tuvo lugar el pasado 8 de octubre en el Salón de actos del INSST, era el fomento del uso seguro del tractor y la correcta utilización de ROPS (estructura de protección en caso de vuelco) y cinturón de seguridad, para conseguir la reducción tanto del número de accidentes por vuelco como del número de fallecidos.

La Jornada fue presentada por D. Javier Pinilla García, Director del INSST; D^a. Esperanza Orellana Moraleda, Directora General de Producciones y Mercados Agrarios del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA), y D. José Manuel Prieto Barrio, Subdirector General de Calidad y Seguridad Industrial del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo (MINCOTUR). A continuación D. José Antonio Sobrino Maté, Subdirector General de Medios de Producción Agrícolas y Oficina Española de Variedades Vegetales del MAPA, trató el tema **“Comercialización, registro y uso de tractores. Medidas de protección en caso de vuelco”** y D. Ángel López Álvarez, Coordinador del Subgrupo de Trabajo Maquinaria Agrícola. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST), habló sobre **“Accidentes por vuelco de tractor: situación actual”**.

Acto seguido tuvo lugar una Mesa Redonda que, bajo el título **Campaña de sensibilización “tu vida, sin vuelcos”**, y moderada por D^a. Pilar Cáceres Armendáriz, Directora del Centro Nacional de Medios de Protección (CNMP), INSST, contó con las siguientes participaciones: D. Isaac Abril Muñoz, Presidente del Grupo de Trabajo Sector Agrario de la CNSST, presentó la ponencia **Plan Nacional de sensibilización en prevención de riesgos laborales en el sector agrario. Campaña de sensibilización “tu vida, sin vuelcos”**.

A continuación, D. Alberto Alonso Vivar, del Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN); D. Francisco Manuel Martínez González, de la Asociación Agraria Jóvenes Agricultores (ASAJA); D. Francisco Javier Velasco Cuevas, de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO) y D. Emilio Terrón Ruiz, de la Unión General de Trabajadores (UGT), realizaron **un análisis de los factores de éxito de la Campaña**.

Tras un interesante Coloquio, la Jornada Técnica fue clausurada.

Jornada técnica. Productos fitosanitarios. Avances y retos en evaluación del riesgo y epidemiología laboral

El pasado 15 de octubre tuvo lugar en el Centro Nacional de Medios de Protección (CNMP) de Sevilla una Jornada Técnica que tenía por objetivo dar a conocer a los técnicos de prevención de riesgos laborales los criterios para la protección de la salud de los aplicadores, trabajadores, personas ajenas y residentes durante el proceso de autorización de productos fitosanitarios. Así mismo, se pretendía poner de manifiesto los avances y retos que se presentan en los ámbitos de la toxicología, la epidemiología y la evaluación de la exposición.

La Jornada fue presentada por D. Isaac Abril Muñoz, del Centro Nacional de Medios de Protección (CNMP). INSST, y se estructuró en tres Paneles.

El Panel I. Evaluación del riesgo en el proceso de autorización contó con la participación de D^a. Angustias Herrera Sebastián, de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), que habló sobre los **Efectos para la salud de los productos fitosanitarios**, y de D^a. Rocío Vilches Mora, de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral del MSCBS, que trató de la **Evaluación de la exposición en el proceso de autorización**.

El Panel II. Mejora del proceso de autorización en Europa tuvo como ponentes a D. Antonio Hernández Jerez, del Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física de la Universidad de Granada, que presentó el tema **Bases científicas para la mejora del proceso de autorización en Europa**, y a D. Isaac Abril Muñoz, que trató de la **Exposición laboral durante la realización de actividades en viñas tratadas**.

El Panel III. Evaluación del riesgo durante el uso incluyó dos presentaciones: **Estudio de nuevos indicadores para la evaluación del riesgo**, a cargo de D^a. Isabel María Moreno Navarro y D. José Martín Reina, de la Universidad de Sevilla y **Evaluación del riesgo por exposición en el marco de la LPRL**, a cargo de D. Francisco Díaz García, del Centro Nacional de Medios de Protección (CNMP). INSST.

Después de las presentaciones tuvo lugar un Coloquio que dio paso a la clausura de la Jornada.

Novedades y últimas publicaciones del INSST

Presentamos a continuación algunas de las publicaciones más recientes del INSST, así como novedades de la página web (www.insst.es):

Guía para la gestión y evaluación de los riesgos ergonómicos y psicosociales en el sector hotelero

En noviembre de 2017, e integrada en la Mesa por la Calidad en el Empleo, se constituyó la **Mesa por la Calidad en el Empleo en el Sector de la Hostelería** (en adelante, la Mesa). Esta Mesa tiene un carácter tripartito y paritario. Su objetivo es analizar cuestiones relativas a la mejora de las condiciones de trabajo en el sector de la Hostelería, incluidas las relativas a la seguridad y la salud laboral. Esta Mesa, acordó en agosto de 2018, que se constituyese un grupo de trabajo para “la elaboración a nivel estatal de una Guía Práctica de Evaluación de Riesgos Laborales en el sector de la Hostelería, que atienda de manera singular a los riesgos ergonómicos, y psicosociales, a los que se estima que quedan especialmente expuestos los trabajadores y trabajadoras de este sector, integrados todos ellos en una necesaria perspectiva de género, dada la importante feminización de muchas de las actividades profesionales desarrolladas en este sector. La elaboración de dicha Guía se encomienda al Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo”.

En definitiva, con esta Guía se pretende facilitar el desarrollo de una gestión adecuada de los riesgos ergonómicos y psicosociales habitualmente presentes en este tipo de actividades de alojamiento, organizando la información en las áreas funcionales definidas en el V Acuerdo laboral de ámbito estatal para el sector de hostelería.

Carteles y folletos

Cartel. Respira hondo. Equipos de protección respiratoria

Los Equipos de Protección Respiratoria protegen el sistema respiratorio del usuario de la inhalación de atmósferas peligrosas, bien por la presencia de sustancias peligrosas (partículas, gases o vapores, agentes biológicos), bien por deficiencia de oxígeno. Constan de dos componentes principales: la pieza o adaptador facial y el sistema que lleva aire respirable al adaptador.

En este documento divulgativo se presenta una descripción de los EPR y sus componentes, su clasificación, tipos y clases de filtros, así como aspectos relacionados con el marcado y la utilización.

Póster técnico. Ropa de protección frente a plaguicidas

En los tratamientos con plaguicidas existe el riesgo de que estos productos, penetren en nuestro organismo por distintas vías, siendo la dérmica la más importante. ofrecen. Los métodos cualitativos son una herramienta que complementa a la evaluación higiénica cuantitativa, no constituyendo en ningún caso una alternativa directa a la misma.

Estamos ante una situación de posible riesgo químico y el uso de un simple mono de trabajo no es, en la mayoría de las ocasiones, la mejor solución. Según las normas europeas armonizadas existentes, los trajes de protección frente a productos químicos quedan clasificados fundamentalmente en seis tipos, dependiendo de su grado de hermeticidad. Existe además, una norma armonizada específica publicada (UNE EN ISO 27065:2017) para definir requisitos de la ropa de protección para los operarios que aplican productos fitosanitarios y en tareas que implican reentrada en los cultivos tratados y que facilita la selección de la ropa adecuada. Incluye tres niveles de protección, C1, C2 y C3 que representan el mejor compromiso entre el confort y la protección que ofrecen.

Se exponen en el cartel estos tipos de ropa y sus características de cara a cubrir el riesgo por exposición a plaguicidas.

Folleto. Muestreo de materia particulada: ¡cuidado!, que se cuele por la nariz

La exposición laboral a agentes químicos en forma de partículas, no fibrosas, en suspensión en el aire (polvo, humos y nieblas), ha de evaluarse generalmente mediante la realización de mediciones, debiendo ser estas fiables y representativas.

Con este díptico se pretende facilitar la labor a la persona que realiza dicha medición, proporcionándole información de los diferentes aspectos a considerar para que las mediciones a realizar sean fiables y representativas de la exposición del trabajador.

DATABiO: Colección de fichas de agentes biológicos

DATABiO es una colección de fichas de los agentes biológicos elaboradas por el INSHT. Constituye una herramienta de gran utilidad para la evaluación, prevención y control del riesgo biológico. Cada ficha contiene información del agente biológico en relación con:

- Nombre, sinónimos, tipo y características principales del agente biológico, ciclo de vida.
- Viabilidad, mecanismos de propagación y transmisión
- Efectos en la salud
- Medidas de prevención y control.

Se han publicado recientemente las siguientes fichas: *Echinococcus granulosus*; *Echinococcus multilocularis*; *Echinococcus oligarthrus*; *Echinococcus vogeli*; *Echinococcus* spp.; *Fasciola gigántica*; *Fasciola hepática*; *Fasciola* spp.; *Madurella gisea*; *Madurella mycetomatis*; *Madurella* spp.; *Necator americanus*; *Paracoccidoides brasiliensis*; *Paracoccidoides Lutzii*; *Streptococcus pneumoniae*; *Streptococcus pyogenes*; *Streptococcus* spp.; *Streptococcus suis*; y *Vibrio cholerae* serogrupos O1 y O139.

Todos estos recursos son accesibles y/o descargables desde la página web del INSST.

XXIX DIADA de la @SCSL: Resúmenes de las comunicaciones libres

Barcelona, 27 de noviembre de 2019

Premio a la mejor comunicación oral

Unidad de Patología Laboral Hospital del Mar: una experiencia para mejorar la identificación y reconocimiento de enfermedades profesionales

Ramada JM^{1,2,3,4}; Beltran A^{1,3}; Villar R^{1,2,3,4}; López Herrera AF^{1,3}; Alvarado C^{1,3}; Lupia M^{1,3}; Martínez O³; Delclos J^{2,3,4,5}; Benavides FG^{1,2,3,4}; Serra C^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar; ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF); ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III; ⁵School of Public Health, The University of Texas Health Science at Houston

Antecedentes: La infra-notificación y reconocimiento de enfermedades profesionales (EP) es un problema secular en la mayoría de países europeos. Se estima que en España la infra-notificación se encuentra alrededor del 70%¹, llegando a ser del 99% para los diagnósticos de cáncer². Esta situación ha hecho que los registros sean incompletos, dificultando la vigilancia epidemiológica (casos centinela), la prevención, el seguimiento y la asignación de recursos. Con el objetivo de ayudar a los servicios clínicos del Parc de Salut Mar a notificar las sospechas de EP se creó en 2010 una Unidad de Patología Laboral (UPL), pionera en nuestro país, cuyo modelo se está implementando en otros 10 hospitales de España³⁻⁵.

Objetivo: Describir la actividad de la UPL del Parc de Salut Mar de Barcelona, entre 2010 y 2018, y valorar esta experiencia para mejorar la identificación y reconocimiento de EP.

Métodos: Los médicos de las especialidades de oncología, dermatología, urología, otorrinolaringología, neumología, traumatología, rehabilitación y radioterapia del hospital derivan a la UPL pacientes con enfermedades cuyo origen podría tener relación con su trabajo (sospecha). En la UPL los médicos del trabajo y residentes de esta especialidad realizan evaluaciones médicas exhaustivas y minuciosas mediante visitas presenciales, siempre con el consentimiento del paciente, y generan informes detallados respecto a la historia clínico-laboral y la causalidad específica de cada caso. A los pacientes con sospecha de enfermedad profesional confirmada en la UPL se les anima a solicitar el reconocimiento oficial por la Seguridad Social y se realiza un seguimiento personalizado para guiarles en el entramado burocrático de dicha solicitud.

Resultados: Entre 2010 y 2018, 183 casos fueron remitidos a la UPL para su evaluación. De estos, 103 (56,3%) fueron confirmados, 78 (76%) pacientes solicitaron reconocimiento

oficial y hasta la fecha 43 (55%) han sido reconocidos por la Seguridad Social. La tasa de reconocimiento varía por grupo diagnóstico ($p=0.003$), y fue mayor para enfermedades de la piel (33%) y cáncer (28%), y menor para pérdidas auditivas (16%), patología neumológica (9%) y trastornos musculo esqueléticos (5%).

Conclusiones: Una UPL hospitalaria puede mejorar la notificación y reconocimiento oficial de enfermedades profesionales que de otro modo podrían no ser reconocidas. Expandir esta experiencia a otros hospitales españoles mejoraría la tasa de reconocimiento oficial por parte de la Seguridad Social y la adopción de medidas preventivas.

Bibliografía:

1. García AM, Gadea R. Estimación de la mortalidad y la morbilidad por enfermedades laborales en España. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7:3-8.
2. Kogevinas M, Castaño-Vinyals G, Rodríguez Suárez MM, Tardón A, Serra C. Estimación de la incidencia y mortalidad por cáncer laboral en España, 2002. Arch Prev Riesgos Labor. 2008;11:180-7.
3. Serra C, Ramada JM, Delclòs J, Benavides FG; en nombre del Grupo Seguimiento UPL-PS-Mar/CiSAL. Enfermedades profesionales tratadas en el Parc de Salut Mar (Barcelona, España), 2010-2014. Med Clin (Barc). 2016;146:506-10.
4. Ramada Rodilla JM, Delclòs Clanchet J, Benavides FG, Fontané Ventura J, Arango Toro O, Serra Pujadas C. Identificación de enfermedades profesionales en un hospital de tercer nivel. Arch Prev Riesgos Labor. 2014;17:18-25.
5. Benavides FG, Ramada JM, Ubalde-López M, Delclos GL, Serra C. A hospital occupational diseases unit: an experience to improve the identification and recognition of occupational disease. Med Lav. 2019;110:278-284.

Premio al mejor póster

Gestión de las enzimas en Henkel Ibérica. Ejemplo de eficacia preventiva

Rodríguez M, Fuentes R.¹

¹Servei de Prevenció Propi Mancomunat de Henkel Ibérica.

Introducción: Las enzimas son proteínas con múltiples usos industriales. En la industria de detergentes son especialmente útiles para quitar manchas, permitiendo tiempos de lavado cortos con bajas temperaturas, con ahorro de agua y energía. Las enzimas tienen la capacidad de producir alergias respiratorias (rinitis alérgica e incluso asma profesional). La preservación del encapsulado de las enzimas sólidas y la evitación de la generación de aerosoles de las enzimas líquidas son elementos clave en la prevención de riesgos en la manipulación de las enzimas. En el año 2002, un grupo internacional de expertos formado por ingenieros, jefes de producción, técnicos de prevención, médicos y enfermeras del trabajo desarrollan este proyecto.

Objetivo: Minimizar el riesgo de exposición a las enzimas y sus posibles consecuencias para la salud.

Métodos: Este proyecto de 17 años de seguimiento está basado en 4 pilares fundamentales:

- Procedimiento para la manipulación correcta de las enzimas y mejoras técnicas de las instalaciones, por un valor total de 1.440.368 €, para evitar la producción de polvo y aerosoles en todo el proceso productivo.

- Programa higiénico de control ambiental, que permite monitorizar los niveles de enzimas y polvo en el ambiente, con el establecimiento de compromisos internos muy por debajo de los niveles máximos recomendables.

- Programa formativo anual que insiste en la correcta manipulación y gestión de incidencias de las enzimas.

- Protocolo específico de Medicina del Trabajo basado en la búsqueda de signos y síntomas en relación con el lugar de trabajo y en la analítica específica de sensibilización.

Resultados: El indicador clave para evaluar la eficacia del proyecto es el índice de nuevas sensibilizaciones. En el primer año de seguimiento se observa un 6% de nuevas sensibilizaciones. Durante los siguientes 10 años se observan 3 curvas que van disminuyendo en altura, del 2,5% al 0,5%, consiguiendo no tener ninguna nueva sensibilización desde el año 2013 hasta la actualidad, durante 7 años consecutivos.

Conclusiones: Este es un proyecto con 17 años de seguimiento que muestra la eficacia de la gestión multidisciplinar e integral de un riesgo, teniendo en cuenta todos los aspectos preventivos. Esta gestión es extrapolable a la de cualquier otro riesgo.

Grado de conocimiento y adherencia a la dieta mediterránea en profesionales sanitarios de atención primaria

Díaz P¹; Corral M¹; Villar R^{1,2,3,4}; Alonso S⁵; Beltran A^{1,2}; Ramada JM^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar; ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF); ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III; ⁵Egarsat Mutua Colaboradora de la Seguridad Social

Introducción: La OMS promueve una alimentación saludable y una vida activa para alcanzar buena salud y calidad de vida a largo plazo y durante todas las etapas de la vida. La dieta mediterránea (DietM) es el patrón de alimentación más saludable y equilibrado reconocido por la comunidad científica internacional¹. Está incluida en las guías clínicas nutricionales de las principales sociedades científicas de cardiología, tanto europeas como norteamericanas²⁻⁴. Los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) ejercen un papel importante para promover estilos de vida saludable entre la población y deberían conocer la información básica nutricional que caracteriza la DietM.

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar el grado de conocimiento y adherencia a la DietM en trabajadores médicos y de enfermería de AP, y analizar las asociaciones de estos dos factores con la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

Método: Estudio transversal, realizado en una muestra de conveniencia de trabajadores sanitarios de cinco equipos de AP de la comarca del Baix Llobregat. Se incluyeron los profesionales médicos y de enfermería con contrato laboral vigente. Los participantes respondieron al cuestionario *Predimed*⁵ para evaluar el grado de adherencia a la DietM y un cuestionario

diseñado *Ad hoc*, tras una revisión exhaustiva de la literatura, para evaluar el grado de conocimiento de esta dieta. Asimismo, respondieron a una batería de preguntas incluyendo variables sociodemográficas (sexo, edad), laborales (ocupación, turno, antigüedad), hábitos tóxicos (tabaco, alcohol) y otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (índice de masa corporal, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes, actividad física). La actividad física se evaluó usando el *Cuestionario de actividad física breve para las consultas de atención primaria*⁶. Se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante la media y desviación estándar para las variables cualitativas y mediante el número absoluto y el porcentaje para las variables cuantitativas. Se analizaron las asociaciones entre las variables conocimiento y adherencia a la DietM y el resto de variables mediante la prueba Z (comparando proporciones), considerando el nivel de significación estadística $p < 0,05$. Para los análisis se utilizó el paquete estadístico Epidat 3.1 y Microsoft Excel.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 38% (52/136). Los participantes fueron en su mayoría mujeres (81%), enfermeras (62%), mayores de 45 años (69%), con turno mixto (67%) y con más de 10 años de antigüedad (52%). El índice de conocimiento de la DietM fue moderado en un 39% (n=20) y bajo en un 35% (n=18). La adherencia a la DietM fue moderada en el 60% (n=31), y baja en el 27% (n=14). Ningún profesional con alta adherencia presentó hipercolesterolemia, hipertensión arterial ni diabetes, aunque estas asociaciones no fueron significativas ($p > 0,05$).

Conclusión: El grado de conocimiento y adherencia a la DietM entre los profesionales de enfermería y medicina de esta muestra tiene margen de mejora. Los resultados apuntan a una posible relación entre el conocimiento y adherencia a la DietM y la inexistencia de FRCV. Sin embargo, se necesitan estudios de diseño longitudinal y con muestras más amplias para poder valorar adecuadamente el grado de conocimiento y adherencia a la DietM de los profesionales de medicina y enfermería, y las posibles asociaciones con la presencia o no de FRCV.

Palabras clave: dieta mediterránea, factores de riesgo cardiovascular, atención primaria.

La adopción de la norma OHSAS 18001 en una organización pública sanitaria. Proceso y resultados

Barroso L¹; García-Rodríguez A¹; Cazalla C¹; Borrell C¹; Villalbí JR¹

¹Agència de Salut Pública de Barcelona

Introducción. La norma OHSAS 18001, como norma internacional que se aplica a la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, es una herramienta para la mejora de la gestión en los ámbitos mencionados y un instrumento de medida y evaluación de la situación. En esta comunicación se presenta la experiencia de su adopción y auditoría externa por parte de la ASPB, un organismo público de naturaleza consorcial que inicia su actividad el 2003 y tiene como misión principal velar por la salud de las personas residentes en Barcelona y visitantes. El servicio de Prevención de Riesgos Laborales se dota como servicio propio en 2008 y adopta la norma OHSAS 18001, que somete a partir del año 2012 a auditoría externa. En esta comunicación se describe el proceso seguido, así como los resultados obtenidos, discutiéndose algunos aspectos.

Métodos. Se describe el alcance de la norma, el proceso de auditorías internas y externas, tanto anuales como de certificación, y la evaluación de resultados. Se mencionan las no conformidades (NC) detectadas en las tres auditorías de certificación (años 2012, 2015 y 2018) y se valoran los aspectos más relevantes documentados en estas auditorías así como sus determinantes. Por último, se señalan algunos indicadores relevantes de salud laboral, y su evolución durante el periodo de estudio.

Resultados. El alcance incluye el conjunto de la organización, con una plantilla que alcanza las 300 personas. A lo largo del periodo, se comprueba que la gestión de la prevención ha ido implicando progresivamente a los diferentes mandos, hecho que se refleja en su presencia en las presentaciones de las diferentes direcciones sectoriales en las jornadas anuales de planificación de la Agencia.

En la primera auditoría de certificación se detectaron 6 no conformidades (NC) menores. En la auditoría de re-certificación tres años después fueron dos NC, y en la última auditoría de re-certificación, tres años más tarde, tres NC. De las seis NC de la primera auditoría, cuatro hacían referencia a aspectos generales que afectaban al conjunto de la organización, y algunas implicaban el incumplimiento de requisitos legales vigentes. Por el contrario, las NC de la última auditoría se limitan a alguna dependencia concreta y se pueden relacionar con relevos recientes en los mandos de ámbitos sin riesgos específicos destacados.

El proceso ha comportado la aplicación de varias estrategias para implicar progresivamente las personas y mandos de la Agencia. A través de varios indicadores se observa su accesibilidad y credibilidad, la evolución positiva de la siniestralidad y la vigilancia de la salud, y el abordaje con resultado favorable de riesgos y problemas complejos.

Discusión. A lo largo del periodo se ha actuado en la mejora de la salud y la seguridad de los trabajadores a través de herramientas participativas logrando una mejor integración y una mayor implicación de los mandos y la dirección. Las auditorías reflejan los progresos hechos y la minimización de los aspectos a mejorar. La adopción de la norma OHSAS ha ayudado en la estrategia de mejora de la salud y seguridad en el trabajo de la organización, y al mismo tiempo ha contribuido a hacerla más visible tanto en la dirección como al conjunto de las personas trabajadoras.

Cancerígenos. Actuación preventiva ante un nuevo escenario legislativo. Marco sanitario

Serrano, Carmen¹

¹ASPY PREVENCIÓN

Objetivo: En España mueren entre 4.000 y 6.000 trabajadores /año por exposición laboral cancerígenos. Esto ha provocado la intervención de la Administración Autonómica, como en el caso del Principado de Asturias, con el Decreto 61/2016 que crea el Registro de trabajadores EXPUESTOS a agentes cancerígenos RETECAN, implica una actualización de los métodos de trabajo de los servicios de prevención, tanto en su rama sanitaria como técnica, de cara a la gestión y uso que cada una de las ramas hace la información sobre estos agentes, y obliga a una NECESARIA Y AGIL COMUNICACIÓN entre ambas.

El cumplimiento de esta regulación ha supuesto un avance en ASPY Prevención, tanto en comunicación y flujo de datos dispersos, como en la calidad del servicio percibida por el cliente y trabajadores.

Método: Desde el punto de vista técnico, la aplicación de los criterios recogidos en el Reglamento REACH de sustancias sometidas a control estricto en los trabajos con exposición a agentes cancerígenos, supone no sólo la revisión y validación de los protocolos sanitarios aplicados por parte del técnico, sino también su incorporación a los procedimientos de operación y actuación ante emergencia en el día a día de la empresa. Un trabajador expuesto, con mediciones y riesgo higiénico evaluado, puede estar sometido a un escenario de seguridad controlada, validando las premisas de formación, vigilancia de la salud específica, medios de protección e higiene personal y procedimientos de trabajo.

Resultado: Dificultan el adecuado diagnóstico precoz, seguimiento y control de estos trabajadores: la **Inadecuada recogida de los datos**, la dificultad de aplicación de **pruebas específicas y de ampliación diagnóstica**, las dificultades de un seguimiento adecuado debido a los **cambio de empresas de los trabajadores y/o cambios de SP** responsables de su Vigilancia de la salud, y por último, la **inadecuada conexión** entre Sistema Público de salud y los Servicios, lo que evidencia la necesidad de mejorar su prevención y control. El objetivo es abordaje conjunto de este riesgo técnico y sanitario, con una revisión de las Evaluaciones de Riesgo de los puestos de trabajo con exposición a agentes cancerígenos y un diseño de Vigilancia de la Salud (Individual y Colectiva) a aplicar en estos trabajadores con la finalidad de proporcionar unas guías que mejoren el conocimiento sanitario de estos agentes.

Conclusiones: Para ello hemos revisado: criterios de selección, clasificación del agente, vía de entrada, periodo de latencia y órgano diana, así como el abordaje de los datos obtenidos.

La violencia en el trabajo en el Parc de Salut Mar durante los años 2014-2019

Alvarado C^{1,3}; Lupia M^{1,3}; Beltran A^{1,3}; López-Herrera AF^{1,3}; Sancho C¹; Díaz-Pérez P¹; Corral-Luque M¹; Villar R^{1,2,3,4}; Ramada JM^{1,2,3,4}; Serra C^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar; ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF); ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III

Objetivos: Analizar la información disponible sobre violencia en el trabajo en el Parc de Salut Mar (PSMAR) en el periodo 2014-2019 con el fin de identificar grupos de mayor riesgo y orientar las estrategias preventivas.

Métodos: Desde 2014 el PSMAR dispone de un sistema de auto-registro de incidentes de violencia en el trabajo a sus profesionales, gestionado por el servicio de Salud Laboral. Se analizaron todos los episodios registrados hasta octubre según variables sociodemográficas (género, edad), laborales (ocupación, centro de trabajo, tipo de contrato) y las características de las agresiones, los/as agresores/as, las consecuencias del incidente y posibilidades de prevención. Se calcularon tasas por 100 trabajadores para las variables sociodemográficas y laborales. Se realizó un análisis proporcional para las características de los episodios.

Resultados: Entre febrero 2014 y octubre 2019 se notificaron 1.491 episodios, de los cuales el 65,5% fueron agresiones y el 34,5% agitaciones. El grado de notificación incrementó anualmente, desde un total de 76 incidentes notificados en 2014 a 345 en octubre-2019. La media de edad de los profesionales fue de 40 años (DE=8).

Para las agresiones, las tasas más elevadas fueron en mujeres (27,4%), el grupo de edad de 18-34 años (31,6%), auxiliares y enfermeros/as (33,9% y 29,3%, respectivamente), las dos áreas de psiquiatría (73,3% y 43,0%) y los profesionales con contrato interino (42,9%). Del total de agresiones, la mayoría fueron verbales (n=578;59,2%), sin uso de armas (n=890;91,1%), desencadenadas por la actitud del paciente/acompañante (n=588;60,2%), en el área de psiquiatría (n=321;32,9%) y en horario de mañana (n=417;42,7%). El 21% se produjo en urgencias. Los agresores fueron mayoritariamente pacientes (n= 695; 71,1%) y hombres (n=503; 51,5%). Los compañeros fueron quienes con mayor frecuencia prestaron apoyo inmediato (n=633; 64,8%) y las consecuencias fueron graves (psicológicas, físicas o materiales) en un 0,5-0,7% de las agresiones, requiriendo asistencia médica en el 4,6%. El 8,3% de agresiones fueron notificadas como accidentes de trabajo. Se consideró que un 66,2% podían prevenirse, principalmente con medidas organizativas, formativas y técnicas. Las agitaciones se produjeron principalmente por las mañanas (n=201;39,1%), en los servicios de psiquiatría (n=295;57,4%) y urgencias (n=81;15,8%). El paciente agitado mayoritariamente presentaba un trastorno psiquiátrico (n=239;46,5%) o neurológico (n=58;11,3%). El 21,2% de estos episodios fueron notificados como accidente de trabajo, requiriendo asistencia médica el 1,8% de los casos.

Conclusiones: Las acciones preventivas deben orientarse principalmente a los colectivos de mayor riesgo, que, de acuerdo a nuestro análisis son las mujeres, los más jóvenes, auxiliares y enfermeras, de los servicios de psiquiatría y urgencias, en horario de mañana, aunque el grado de notificación puede depender de otras variables. La violencia en el trabajo es un factor de riesgo psicosocial que debe prevenirse para garantizar el bienestar de los profesionales^[1,2,3]. El análisis agregado de las agresiones y agitaciones, sus características y desencadenantes, así como el perfil del trabajador expuesto a mayor riesgo, son elementos clave para orientar adecuadamente las estrategias preventivas^[3,4].

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). ArchPrevRiesgosLabor. 2010;13:135-140.
2. Serra C, Villar R, Alvarado C. Registrar para avanzar: algunas reflexiones sobre las lesiones por accidentes de trabajo. RevAsocEspEspecMedTrab. 2019;28(1):7-9.
3. OSHA. Workplace Violence in Healthcare. Understanding the Challenge. Occupational Safety and Health Administration, 2015. Disponible en: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf>.
4. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. BMJ Open 2019;9:e028465.

El proyecto TEAL en la Agencia de Salud Pública: Jornada de la ASPB. Proceso y resultados

Barroso L¹; Borrell C¹; Cazalla C¹; Izquierdo N¹; Mercuriali L¹; Pasarín MI¹; Puigpi-nós, R¹; Villalbí JR¹

¹Agència de Salut Pública de Barcelona

Introducción. El proyecto TEAL, inspirado en las teorías de Frédéric Laloux e iniciado en el 2018 dentro de la ASPB, se enmarca dentro de la mejora de las condiciones de trabajo en relación a tres principios de Laloux: autogestión, plenitud y sentido evolutivo. Este proyecto se ha centrado en seis líneas de trabajo: espacios físicos, grupo 'esqueje' (concienciar sobre la toma de voz), jornada de la ASPB, espacios de reflexión/confianza, banco del tiempo y «nos reunimos?» En esta comunicación se describe el proceso de desarrollo del proyecto «Jornada de la ASPB» y los resultados obtenidos.

Métodos. Se describe la metodología de trabajo empleada, el proceso de preparación y realización de la jornada y la evaluación de resultados realizada a partir de un cuestionario diseñado ad hoc para identificar fortalezas y carencias de la jornada.

Resultados. Se creó un grupo organizador de 5 personas voluntarias que diseñó la jornada con el objetivo de mejorar: a) el conocimiento entre las personas, los servicios y los proyectos de la ASPB, b) el clima laboral y la satisfacción de las personas trabajadoras, y c) la identificación con la organización. Se dividió el programa de la jornada en dos partes: una primera, llamada «Feria de Servicios», de conocimiento de los servicios propios del ASPB intermediando stands y juegos, y una segunda de talleres de ocio o relacionados con el trabajo, bajo los criterios de mínimo coste y máxima participación. Los stands fueron preparados por personas de los diferentes servicios de la ASPB y, 6 de los 10 talleres fueron dirigidos también por personas de la plantilla.

Del total de la plantilla (unas 300 personas) se recogió una participación de 162 personas en los talleres. A pesar de que no se recogieron datos de asistencia a la jornada, se hizo una estimación de asistencia superior al 60%. 52 personas respondieron el cuestionario de evaluación, el 91% consideraban que les había permitido mejorar las relaciones entre los miembros del ASPB y el 75% habían mejorado el conocimiento del trabajo que se hace en la ASPB.

La valoración global fue en una escala de 1 a 5 (mínimo – máximo): el 77% puntuaron la jornada con un 5, y el 19% con 4, solo dos personas con un 3, y nadie con menor puntuación. El 94% consideraban positivo que se vuelva a repetir el próximo año. De acuerdo con esta experiencia y resultados, se ha elaborado un documento de referencia titulado «Organización de las Jornadas anuales de la Agencia de Salud Pública» para dar continuidad a esta actividad.

Discusión. La jornada, así como las otras líneas de trabajo en el proyecto TEAL, ha sido el inicio de una nueva etapa en la gestión de las personas y de herramientas participativas, que ha logrado una mejor integración y una mayor implicación de los mandos y el personal. Estas actuaciones ponen de manifiesto los progresos en la mejora de la organización y el empoderamiento de las personas como parte importante del desarrollo de la actividad laboral. El cambio hacia la autogestión, la plenitud y el sentido evolutivo de las personas que forman parte de la ASPB está ayudando en la estrategia de la mejora de la salud y seguridad

en el trabajo de la organización, y al mismo tiempo ha contribuido a hacerla más visible tanto a la dirección como al conjunto de las personas trabajadoras.

Adherencia a la dieta mediterránea. ¿Damos ejemplo?

Guerrero Monge, Joana¹

¹Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Fundación Privada Hospital Asilo Granollers

Introducción: Los profesionales sanitarios ejercen de papel modélico para sus pacientes. Las personas adultas pasan la mitad de su vida "despierta" al trabajo. La OMS lo describe, como entorno clave para las acciones de promoción de la salud. La dieta mediterránea (DM) refleja el patrón de alimentación propio de los países mediterráneos donde crecían olivos a finales de los años cincuenta. Caracterizada por alto consumo de óleo de oliva, fruta, frutos secos, verduras, cereales y aves de corral; un consumo moderado de pez; bajo consumo de lácticos, carnes rojas, carne procesada y dulces, además de vino consumido con moderación en comidas. La DM es de los modelos dietéticos más saludables y estudiados. En el estudio PREDIMED la DM complementada con óleo de oliva virgen extra y frutos secos dio como resultado una reducción del riesgo absoluto de aproximadamente 3 acontecimientos cardiovasculares por 1.000 personas / año.

Objetivos y metodología: Se plantea conocer el grado adhesión a DM de una institución sanitaria y establecer posibles factores sociolaborales. Se utilizó una maceta de 14 variables validado por población española y utilizado por Papadaki et al. Se asignó 1 punto por variable con connotación positiva prodieta y 0 si negativa. Al sumatorio, si los factores prodieta es ≥ 9 puntos se consideró óptimo. Se envía por mail el cuestionario a todo el personal de un centro sanitario hospitalario y sociosanitario. De los 1600 profesionales se obtiene una respuesta de 22,6%, con una edad media de 44,6 años y 83,4% mujeres. La adherencia óptima a DM de los encuestados fue del 58%.

Resultados: De las variables de consumo, el patrón de adherencia fue alta ($> 90\%$) en uso de óleo de oliva, ingesta mantequillas y refrescos; se presentó una adherencia baja ($< 50\%$) en consumo de fruta, legumbres, peces y vino; e intermedia en cantidad de óleo de oliva, consumo verduras, carnes rojas, repostería, frutos secos, carne blanca y sofritos. Las variables que han mostrado un mayor grado significativo de adhesión han estado: mayor edad ($p \leq 0,001$; IC 95%: 1,5 a 6,0), ser mujer ($p \leq 0,027$), el personal de enfermería ($p \leq 0,031$), y tener un contrato indefinido ($p \leq 0,028$). No mostró significación ni turno ni variabilidad de la jornada.

Conclusiones: La población estudiada, a pesar de pertenecer en una región mediterránea y colectivo de alta ejemplaridad, presenta una adherencia moderada a la DM, por debajo del grado de adherencia de la población catalana. Se tendría que limitar el consumo de carnes y fomentar el consumo de frutas, verduras y legumbres. Hay que desarrollar un programa extenso y ambicioso de intervención, para promover y potenciar la DM como patrón saludable para lograr sus efectos beneficiosos, mejorar la salud y la calidad de vida.

Estado inmunitario frente al sarampión en profesionales de una institución sanitaria de tercer nivel nacidos entre 1970 y 1980

Beltrán A^{1,2,3}; Villar R^{1,2,3}; López Herrera AF^{1,2,3}; Alvarado C^{1,2,3}; Lupia M^{1,2,3}; Ramada JM^{1,2,3,4}; Díaz P^{1,2}; Corral M^{1,2}; González N^{1,2}; Serra C^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar; ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF); ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III

Antecedentes: El sarampión es una enfermedad de declaración obligatoria en España, prevenible mediante vacunación. La vacuna monocomponente frente al sarampión se incluyó en 1978 en el calendario de vacunación oficial en España. A partir de 1981 fue sustituida por la vacuna triple vírica inicialmente en dosis única y, a partir de 1996, en una pauta de dos dosis¹. En 2017 la OMS declaró que España había eliminado el sarampión tras 36 meses sin transmisión endémica, pero, a día de hoy sigue habiendo casos confirmados relacionados con la importación de la infección y/o la disminución de la cobertura vacunal. El riesgo de transmisión del sarampión en personal sanitario es hasta 13 veces mayor que el de la población general². Los profesionales sanitarios han tenido un papel relevante en la transmisión de los brotes ocurridos en los últimos años en España³. En septiembre de 2018, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar recomendó la vacunación triple vírica a todas las personas nacidas a partir de 1970 que no hubieran padecido el sarampión y no hubieran recibido una pauta completa con dos dosis de vacuna⁴.

Objetivo: Describir el estado inmunitario frente al sarampión de los profesionales del *Parc de Salut Mar* (PSMAR) nacidos entre años 1970 y 1980.

Métodos: El Servicio de Salud Laboral del PSMAR realiza exámenes de salud iniciales a todos los trabajadores después de la contratación y periódicamente en función de la exposición a riesgos laborales. A partir de la información obtenida de los exámenes de salud y con la información sociodemográfica y laboral disponible en el departamento de Recursos Humanos se ha realizado un análisis descriptivo del estado inmunitario frente al sarampión (mediante la positividad de la Inmunoglobulina G frente a sarampión) de los profesionales nacidos entre 1970 y 1980, según edad, género, centro de trabajo, servicio, categoría laboral, tipo de contrato y turno.

Resultados: Entre el total de trabajadores analizados (n=1073), existe inmunidad frente al sarampión en el 61,1% (n=656). El 14% (n=150) de los trabajadores no presenta inmunidad frente a la enfermedad. No disponemos de datos en un 24,9% de los casos (n=267). Aunque la seroprevalencia está por encima del 50% para todas las variables analizadas, en el turno de noche se desconoce el estado inmunitario en un 35% de casos (n=57). Por categoría laboral, el grupo con más inmunizados es el de técnicos de soporte (71%) y administrativos (65,5%), frente al 53,2% de los auxiliares de enfermería. Las áreas con menor inmunización son hospitalización (56,7%) y bloque quirúrgico (58,9%).

Conclusiones: La seroprevalencia en los trabajadores del PSMAR nacidos entre 1970 y 1980 está por debajo de lo recomendado por el Plan Nacional de Eliminación del Sarampión (95%). Por este motivo se debe plantear una estrategia vacunal que incremente la cobertura inmunitaria frente al sarampión en este colectivo. Los datos obtenidos sugieren mejorar e intensificar la accesibilidad a la vacunación de los profesionales del turno de tarde y noche, así como en las áreas de hospitalización y bloque quirúrgico. Sería interesante comparar

estos hallazgos con las seroprevalencias del resto de profesionales del PSMAR, lo que permitiría objetivar posibles diferencias con los profesionales nacidos cuando ya estaba instaurada la vacuna trivalente y/o con aquellos en los que se supone inmunidad natural.

Propuesta de evaluación del estado de salud en relación al síndrome de burnout y estrés en personal asistencial de hospital de día de un centro oncológico

Calvo B, Flores I, Plans A¹

¹Servei de Prevenció i Salut Laboral. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat

Objetivos: Determinar el grado de burnout en el personal asistencial de las unidades de hospital de día del Institut Català d'Oncologia (ICO).

Métodos: En los últimos seis meses, a partir de la realización de los exámenes de salud específicos correspondientes a la plantilla de hospital de día del ICO, se ha detectado una alta incidencia de estrés por sobrecarga asistencial y posiblemente a nivel organizativo, lo que hace suponer que hay aspectos a mejorar en las tareas de estos profesionales. En concreto el 66,7% de los reconocimientos han detectado riesgo psicosocial.

Por este motivo, se propone realizar un estudio descriptivo transversal dirigido a este equipo asistencial, es decir, al personal de enfermería y auxiliares de enfermería de las unidades de hospital de día de los tres centros del ICO situados en Badalona, Girona, Hospitalet (n=64).

Este estudio se realizará mediante la autocumplimentación de un cuestionario con datos sociolaborales (género, edad, tipo de contrato, categoría profesional, puesto de trabajo, turno, tipo de jornada, antigüedad y pluriocupación), y los cuestionarios Maslach Burnout Inventory (MBI) y Perceived Stress Questionnaire (PSQ).

El MBI está constituido por 22 ítems sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y los pacientes. Mide el desgaste profesional analizando la frecuencia y la intensidad con que se sufre burnout. También mide tres subescalas del síndrome de burnout: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y grado de realización personal.

El PSQ es utilizado para evaluar el estrés autopercebido, analizando la tensión, irritabilidad y fatiga, la aceptación social de conflictos, la energía, la sobrecarga, la autorrealización, el miedo y la ansiedad.

Cada trabajador/a recibirá un sobre que contiene una hoja informativa y los cuestionarios previamente descritos. Una vez autocumplimentados, el formulario será introducido en una caja cerrada situada en el hospital de día.

La realización voluntaria del cuestionario implicaría el consentimiento del profesional. Se garantizará la confidencialidad de los datos obtenidos que se tratarán de forma agrupada, para evitar la identificación del profesional.

Resultados: Los resultados obtenidos servirán para establecer medidas organizativas y de prevención en el conjunto de las unidades expuestas. La valoración de los datos sociolaborales de los profesionales que respondan, pueden ser muy importantes para gestionar soluciones a los problemas planteados.

Conclusiones: El estudio propuesto permitirá evidenciar el grado de exposición a burnout y estrés del personal asistencial de los hospitales de día del ICO y su categorización.

La realización de los exámenes de salud individuales ha servido para objetivar la existencia de profesionales que refieren sobrecarga de trabajo y afectación de su estado de salud secundario, razón por la que se propone una medida de vigilancia colectiva para valorar la dimensión del problema.

Desde la Unidad Básica de Salud Laboral se proponen actuaciones para analizar la existencia o no de burnout y/o estrés y el impacto que pueda tener.

XXIX DIADA de L'@SCSL: Resums de les comunicacions lliures

Barcelona, 27 de novembre de 2019

Premi a la millor comunicació oral

Unitat de Patologia Laboral Hospital del Mar: una experiència per millorar la identificació i reconeixement de malalties professionals

Ramada JM^{1,2,3,4}; Beltran A^{1,3}; Villar R^{1,2,3,4}; López Herrera AF^{1,3}; Alvarado C^{1,3}; Lupia M^{1,3}; Martínez O³; Delclos J^{2,3,4,5}; Benavides FG^{1,2,3,4}; Serra C^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar; ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF); ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III; ⁵School of Public Health, The University of Texas Health Science at Houston

Antecedents: La infra-notificació i reconeixement de malalties professionals (MP) és un problema secular a la majoria de països europeus. S'estima que a Espanya la infra-notificació es troba al voltant del 70%¹, arribant al 99% per als diagnòstics de càncer². Aquesta situació ha fet que els registres siguin incomplets, dificultant la vigilància epidemiològica (casos sentinella), la prevenció, el seguiment i l'assignació de recursos. Amb l'objectiu d'ajudar als serveis clínics del Parc de Salut Mar a notificar les sospites de MP es va crear al 2010 una Unitat de Patologia Laboral (UPL), pionera al nostre país, el model de la qual s'està implementant en altres 10 hospitals d'Espanya³⁻⁵.

Objectiu: Descriure l'activitat de la UPL del Parc de Salut Mar de Barcelona, entre 2010 i 2018, i valorar aquesta experiència per millorar la identificació i reconeixement de MP.

Mètodes: Els metges de les especialitats d'oncologia, dermatologia, urologia, otorrinolaringologia, pneumologia, traumatologia, rehabilitació i radioteràpia de l'hospital deriven a la UPL pacients amb malalties l'origen de les quals podria tindre relació amb el seu treball (sospita). A la UPL els metges del treball i residents d'aquesta especialitat realitzen avaluacions mèdiques exhaustives i minucioses mitjançant visites presencials, sempre amb el consentiment del pacient, i generen informes detallats respecte a la història clínico-laboral i la causalitat específica de cada cas. Als pacients amb sospita de malaltia professional confirmada en la UPL se'ls anima a sol·licitar el reconeixement oficial per la Seguretat Social i es realitza un seguiment personalitzat per guiar-los en l'entramat burocràtic d'aquesta sol·licitut.

Resultats: Entre 2010 i 2018, 183 casos van ser remesos a la UPL per la seva avaluació. D'aquests, 103 (56,3%) van ser confirmats, 78 (76%) pacients van sol·licitar el reconeixement oficial i fins el moment actual 43 (55%) han sigut reconegut per la Seguretat Social. La

proporció de reconeixement varia per grup diagnòstic ($p=0.003$), i va ser major per malalties infeccioses (23%) i càncer (28%), i menor per pèrdues auditives (16%), patologia pneumològica (9%) i trastorns múscul-esquelètics (5%).

Conclusions: Una UPL hospitalària pot millorar la notificació i reconeixement oficial de malalties professionals que d'una altra manera podrien no ser reconegudes. Expandir aquesta experiència a altres hospitals espanyols milloraria la taxa de reconeixement oficial per part de la Seguretat Social i l'adopció de mesures preventives.

Bibliografia:

1. García AM, Gadea R. Estimación de la mortalidad y la morbilidad por enfermedades laborales en España. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7:3-8.
2. Kogevinas M, Castaño-Vinyals G, Rodríguez Suárez MM, Tardón A, Serra C. Estimación de la incidencia y mortalidad por cáncer laboral en España, 2002. Arch Prev Riesgos Labor. 2008;11:180-7.
3. Serra C, Ramada JM, Delclòs J, Benavides FG; en nombre del Grupo Seguimiento UPLPS-Mar/CiSAL. Enfermedades profesionales tratadas en el Parc de Salut Mar (Barcelona, España), 2010-2014. Med Clin (Barc). 2016;146:506-10.
4. Ramada Rodilla JM, Delclòs Clanchet J, Benavides FG, Fontané Ventura J, Arango Toro O, Serra Pujadas C. Identificación de enfermedades profesionales en un hospital de tercer nivel. Arch Prev Riesgos Labor. 2014;17:18-25.
5. Benavides FG, Ramada JM, Ubalde-López M, Delclos GL, Serra C. A hospital occupational diseases unit: an experience to improve the identification and recognition of occupational disease. Med Lav. 2019;110:278-284.

Premi al millor pòster

Gestió dels enzims a Henkel Ibérica. Exemple d'eficàcia preventiva

Rodríguez M, Fuentes R¹

¹Servei de Prevenció Propi Mancomunitat de Henkel Ibérica

Introducció: Els enzims són proteïnes amb múltiples usos industrials. A la indústria de detergents són especialment útils per treure taques, permetent temps de rentat curts amb baixes temperatures, amb estalvi d'aigua i energia. Els enzims tenen la capacitat de produir al·lèrgies respiratòries (rinitis al·lèrgica i fins i tot asma professional). La preservació de l'encapsulat dels enzims sòlids i l'evitació de la generació d'aerosols dels enzims líquids són elements clau en la prevenció de riscos en la manipulació dels enzims. A l'any 2002, un grup internacional d'experts format per enginyers, caps de producció, tècnics de prevenció, metges i infermeres del treball desenvolupen aquest projecte.

Objectius: Minimitzar el risc d'exposició als enzims i les seves possibles conseqüències per a la salut.

Mètodes: Aquest projecte de 17 anys de seguiment està basat en 4 pilars fonamentals:

1. Procediment per a la manipulació correcta dels enzims i millores tècniques de les instal·lacions, per un valor total de 1.440.368 €, per tal d'evitar la producció de pols i aerosols en tot el procés productiu.
2. Programa higiènic de control ambiental, que permet monitoritzar els nivells d'enzims i pols a l'ambient, amb l'establiment de compromisos interns molt per sota dels nivells màxims recomanables.
3. Programa formatiu anual que insisteix en la correcta manipulació i gestió d'incidències dels enzims.
4. Protocol específic de Medicina del Treball basat en la cerca de signes i símptomes en relació amb el lloc de treball i en l'anàlisi específica de sensibilització.

Resultats: L'indicador clau per a avaluar l'eficàcia del projecte és l'índex de noves sensibilitzacions. En el primer any de seguiment s'observa un 6% de noves sensibilitzacions. Durant els següents 10 anys s'observen 3 corbes que van disminuint en alçada, del 2,5% al 0,5%, aconseguint no tenir cap nova sensibilització des de l'any 2013 fins l'actualitat, durant 7 anys consecutius.

Conclusions: Aquest és un projecte amb 17 anys de seguiment que mostra l'eficàcia de la gestió multidisciplinària i integral d'un risc, tenint en compte tots els aspectes preventius. Aquesta gestió és extrapolable a la de qualsevol altre risc.

Grau de coneixement i adherència a la dieta mediterrània en professionals sanitaris d'atenció primària

Díaz P¹, Corral M¹, Villar R^{1,2,3,4}, Alonso S⁵, Beltran A^{1,2}, Ramada JM^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar. ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). ³Centre d'Investigació en Salut Laboral (CISAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF). ⁴Centre d'Investigació Biomèdica en Red (CIBERESP). Institut de Salut Carlos III. ⁵Egarsat Mutua Col·laboradora de la Seguretat Social.

Introducció: L'OMS promou una alimentació saludable i una vida activa per a aconseguir bona salut i qualitat de vida a llarg termini i durant totes les etapes de la vida. La dieta mediterrània (DietM) és el patró d'alimentació més saludable i equilibrat reconegut per la comunitat científica internacional¹. Està inclosa en les guies clíniques nutricionals de les principals societats científiques de cardiologia, tant europees com nordamericanes^{2,4}. Els professionals sanitaris d'Atenció Primària (AP) exerceixen un paper important per a promoure estils de vida saludable entre la població i haurien de conèixer la informació bàsica nutricional que caracteritza la DietM

Objectiu: L'objectiu de l'estudi va ser avaluar el grau de coneixement i adherència a la DietM en treballadors mèdics i d'infermeria d'AP, i analitzar les associacions d'aquests dos factors amb la prevalença de factors de risc cardiovascular.

Mètode: Estudi transversal, realitzat en una mostra de conveniència de treballadors sanitaris de cinc equips d'AP de la comarca del Baix Llobregat. Es van incloure els professionals mèdics i d'infermeria amb contracte laboral vigent. Els participants van respondre al qüestionari *Predimed*⁵ per a avaluar el grau d'adherència a la DietM i un qüestionari dissenyat *Ad hoc*, després d'una revisió exhaustiva de la literatura, per a avaluar el grau de coneixement d'aquesta dieta. Així mateix, van respondre a una bateria de preguntes incloent variables

sociodemogràfiques (sexe, edat), laborals (ocupació, torn, antiguitat), hàbits tòxics (tabac, alcohol) i altres factors de risc cardiovascular (FRCV) (índex de massa corporal, hipercolesterolemia, hipertensió arterial, diabetis, activitat física). L'activitat física es va avaluar usant el *Qüestionari d'activitat física breu per a les consultes d'atenció primària*⁶. Es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables mitjançant la mitjana i desviació estàndard per a les variables qualitatives i mitjançant el número absolut i el percentatge per a les variables quantitatives. Es van analitzar les associacions entre les variables coneixement i adherència a la DietM i la resta de variables mitjançant la prova Z (comparant proporcions), considerant el nivell de significació estadística $p < 0,05$. Per a les anàlisis es va utilitzar el paquet estadístic Epidat 3.1 i Microsoft Excel.

Resultats: La taxa de resposta va ser del 38% (52/136). Els participants van ser en la seva majoria dones (81%), infermeres (62%), majors de 45 anys (69%), amb torn mixt (67%) i amb més de 10 anys d'antiguitat (52%). L'índex de coneixement de la DietM va ser moderat en un 39% (n=20) i baix en un 35% (n=18). L'adherència a la DietM va ser moderada en el 60% (n=31), i baixa en el 27% (n=14). Cap professional amb alta adherència va presentar hipercolesterolemia, hipertensió arterial ni diabetis, encara que aquestes associacions no van ser significatives ($p > 0,05$).

Conclusions: El grau de coneixement i adherència a la DietM entre els professionals d'infermeria i medicina d'aquesta mostra té marge de millora. Els resultats apunten a una possible relació entre el coneixement i adherència a la DietM i la inexistència de FRCV. No obstant això, es necessiten estudis de disseny longitudinal i amb mostres més àmplies per a poder valorar adequadament el grau de coneixement i adherència a la DietM dels professionals de medicina i infermeria, i les possibles associacions amb la presència o no de FRCV.

Paraules clau: dieta mediterrània, factors de risc cardiovascular, atenció primària.

Bibliografia:

1. Blázquez Abellán G, López-Torres Hidalgo JD, Rabanales Sotos J, López-Torres López J, Val Jiménez CL. Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Aten. Primaria*. 2016; 48:535-542.
2. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, et al. 2010 ACCF / AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation. American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardio* 2010;122:584-636.
3. The American Heart Associations Diet and Lifestyle Recommendations. American Heart Associations. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/nutrition-basics/aha-diet-and-lifestyle-recommendations>.
4. Bonaccio M, Lacoviello L, de Gaetano G. The Mediterranean Diet and reduced cardiovascular disease. *European Heart Journal* 2017;38:535–536.
5. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med*. 2013;368:1279.
6. Puig Ribera A, Peña Chimenis O, Romaguera Bosch M, Duran Bellido E, Heras Tebar A, Solà Gonfaus M, et al. Cómo identificar la inactividad física en atención primaria, va-

L'adopció de la norma OHSAS 18001 en una organització pública sanitària

Barroso L¹; Garcia-Rodríguez A¹; Cazalla C¹; Borrell C¹; Villalbí JR¹

¹Agència de Salut Pública de Barcelona

Introducció: La norma OHSAS 18001, com a norma internacional que s'aplica a la Gestió de la Seguretat i Salut en el Treball, és una eina per la millora de la gestió en els àmbits esmentats i un instrument de mesura i avaluació de la situació. En aquesta comunicació es presenta l'experiència de la seva adopció i auditoria externa per part de l'ASPB, un organisme públic de natura consorcial que inicia la seva activitat el 2003 i té com a missió principal vetllar per la salut de les persones residents a Barcelona i visitants. El servei de Prevenció de Riscos Laborals es dota com a servei propi l'any 2008 i adopta la norma OHSAS 18001, que sotmet a partir de l'any 2012 a auditoria externa. En aquesta comunicació es descriu el procés seguit, així com els resultats assolits, discutint-ne alguns aspectes.

Mètodes: Es descriu l'abast de la norma, el procés d'auditories internes i externes, tant anuals com de certificació, i l'avaluació de resultats. S'esmenten les no conformitats (NC) detectades a les tres auditories de certificació (anys 2012, 2015 i 2018) i es valoren els aspectes més rellevants documentats en aquestes auditories així com els seus determinants. Per últim, s'assenyalen alguns indicadors rellevants de salut laboral, i la seva evolució durant el període d'estudi.

Resultats: L'abast inclou el conjunt de l'organització, amb una plantilla que volta les 300 persones. Al llarg del període, es comprova que la gestió de la prevenció ha anat implicant progressivament als diversos comandaments, que es reflecteix en la seva presència a les presentacions de les diferents direccions sectorials a les jornades anuals de planificació de l'Agència. A la primera auditoria de certificació es van detectar 6 no conformitats (NC) menors. A l'auditoria de re-certificació tres anys després van ser dues NC, i a la darrera auditoria de re-certificació, tres anys més tard, tres NC. De les sis NC de la primera auditoria, quatre feien referència a aspectes generals que afectaven al conjunt de l'organització, i algunes implicaven l'incompliment de requisits legals vigents. Pel contrari, les NC de la darrera auditoria es limiten a alguna dependència concreta i es poden relacionar amb relleus recents en els comandaments d'àmbits sense riscos específics destacats. El procés ha comportat l'aplicació de diverses estratègies per implicar progressivament les persones i comandaments de l'Agència. A través de diversos indicadors es posa de manifest la seva accessibilitat i credibilitat, l'evolució positiva de la sinistralitat i la vigilància de la salut, i l'abordatge de riscos i problemes complexos amb resultat favorable.

Discussió: Al llarg del període s'ha actuat en la millora de la salut i la seguretat dels treballadors a través d'eines participatives assolint una millor integració i una major implicació dels comandaments i la direcció. Les auditories posen de manifest els progressos fets i la minimització dels aspectes a millorar. L'adopció de la norma OHSAS ha ajudat en l'estratègia de millora de la salut i seguretat en el treball de l'organització, i al mateix temps ha contribuït a fer-la més visible tant a la direcció com al conjunt de les persones treballadores.

La violència en el treball en el Parc de salut Mar durant els anys 2014-2019

Alvarado C^{1,3}, Lupia M^{1,3}, Beltrán A^{1,3}, López-Herrera AF^{1,3}, Díaz-Pérez P¹, Corral-Luque M¹, Villar R^{1,2,3,4}, Ramada JM^{1,2,3,4}, Serra C^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar. ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). ³Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF). ⁴ Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III.

Objectius: Analitzar la informació disponible sobre violència en el treball al Parc de Salut Mar (PSMAR) en el període 2014-2019, amb la finalitat d'identificar grups de major risc i orientar les estratègies preventives.

Mètodes: Des del 2014 el PSMAR disposa d'un sistema d'auto-registre d'incidents de violència en el treball cap als seus professionals, gestionat pel servei de Salut Laboral. Es van analitzar tots els episodis registrats fins l'octubre segons variables sociodemogràfiques (gènere, edat), laborals (ocupació, centre de treball, tipus de contracte) i les característiques de les agressions, els/les agressors/es, les conseqüències de l'incident i les possibilitats de prevenció. Es van calcular les taxes per 100 treballadors per a les variables sociodemogràfiques i laborals. Es va realitzar un anàlisi proporcional per a les característiques dels episodis.

Resultats: Entre febrer de 2014 i octubre de 2019 es van notificar 1.491 episodis, dels quals el 65,5% foren agressions i el 34,5% agitacions. El grau de notificació es va incrementar anualment, des d'un total de 76 incidents notificats al 2014 fins a 345 a l'octubre de 2019. La mitjana d'edat dels professionals va ser de 40 anys (DE=8).

Per a les agressions, les taxes més elevades van ser en dones (27,4%), en el grup d'edat de 18-34 anys (31,6%), en auxiliars i infermers/es (33,9% i 29,3%, respectivament), les dues àrees de psiquiatria (73,3% i 43,0%) i en els professionals amb contracte d'interinitat (42,9%). Del total de les agressions, la majoria foren verbals (n=578;59,2%), sense ús d'armes (n=890;91,1%), desencadenades per l'actitud del pacient/acompanyant (n=588;60,2%), a l'àrea de psiquiatria (n=321;32,9%) i en horari de matí (n=417;42,7%). El 21% es van produir a urgències. Els agressors van ser majoritàriament pacients (n= 695;71,1%) i homes (n=503;51,5%). Els companys foren qui més freqüentment van donar suport immediat (n=633;64,8%) i les conseqüències van ser greus (psicològiques, físiques o materials) en un 0,5-0,7% de les agressions, precisant assistència mèdica en el 4,6%. El 8,3% de les agressions es van notificar com accidents de treball. Es va considerar que un 66,2% es podien prevenir, principalment amb mesures organitzatives, formatives i tècniques.

Les agitacions es van produir principalment pels matins (n=201;39,1%), als serveis de psiquiatria (n=295;57,4%) i d'urgències (n=81;15,8%). El pacient agitat majoritàriament presentava un trastorn psiquiàtric (n=239;46,5%) o neurològic (n=58;11,3%). El 21,2% dels episodis van ser notificats com accident de treball, precisant assistència mèdica en l'1,8% dels casos.

Conclusions: Les accions preventives han d'orientar-se principalment cap als col·lectius de major risc que, d'acord amb el nostre anàlisi són les dones, els més joves, auxiliars i infermers/es, dels serveis de psiquiatria i d'urgències, en horari de matí, tot i que el grau de notificació pot dependre d'altres variables. La violència en el treball és un factor de risc psicosocial que ha de prevenir-se per garantir el benestar dels professionals^{1,2,3}. L'anàlisi

segregat de les agressions i les agitacions, les seves característiques i desencadenants, així com el perfil del treballador exposat a major risc, són elements clau per orientar adequadament les estratègies preventives^[3,4].

Bibliografia:

1. Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). ArchPrevRiesgosLabor. 2010;13:135-140.
2. Serra C, Villar R, Alvarado C. Registrar para avanzar: algunas reflexiones sobre las lesiones por accidentes de trabajo. RevAsocEspEspecMedTrab. 2019;28(1):7-9.
3. OSHA. Workplace Violence in Healthcare. Understanding the Challenge. Occupational Safety and Health Administration, 2015. Disponible en: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf>.
4. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. BMJ Open 2019;9:e028465.

El projecte TEAL a l'Agència De Salut Pública: jornada de l'ASPB. Procés i resultat

Barroso L¹; Borrell C¹; Cazalla C¹; Izquierdo N¹; Mercuriali L¹; Pasarín MI¹; Puigpinós, R¹; Villalbí JR¹

¹Agència de Salut Pública de Barcelona

Introducció: El projecte TEAL, inspirat en les teories de Frédéric Laloux i iniciat al 2018 a l'ASPB, s'emmarca dins la millora de les condicions de treball en relació a la millora dels tres principis de Laloux: autogestió, plenitud i sentit evolutiu. Aquest projecte s'ha centrat en sis línies de treball: espais físics, esqueix (conscienciar sobre la presa de veu), jornada de l'ASPB, espais de reflexió/confiança, banc del temps i ens reunim?

En aquesta comunicació es descriu el procés de desenvolupament del projecte «Jornada de l'ASPB» i els resultats obtinguts

Mètodes: Es descriu la metodologia de treball emprada, el procés de preparació i realització de la jornada i l'avaluació de resultats realitzada a partir d'un qüestionari dissenyat *ad hoc* per identificar fortaleses i mancances de la jornada.

Resultats: Es va crear un grup organitzador de 5 persones voluntàries que va dissenyar la jornada amb l'objectiu de millorar: a) el coneixement entre les persones, els serveis i els projectes de l'ASPB, b) el clima laboral i la satisfacció de les persones treballadores, i c) la identificació amb l'organització. Es va dividir el programa de la jornada en dues parts: una primera, anomenada «Fira de Serveis», de coneixement dels serveis propis de l'ASPB mitjançant estands i jocs, i una segona de tallers relacionats amb la feina o d'oci amb el criteri de mínim cost i màxima participació. Els estands van ser preparats per persones dels diferents serveis de l'ASPB i 6 dels 10 tallers van ser conduïts també per persones de la plantilla. Del total de la plantilla (unes 300 persones) es va recollir una participació als tallers de 162 persones. Tot i que no es van recollir dades d'assistència a la jornada, es va fer una estimació d'assistència superior al 60%.

52 persones varen respondre el qüestionari d'avaluació, el 91% consideraven que els havia permès millorar les relacions entre els membres de l'ASPB i el 75% havien millorat el coneixement de la feina que es fa a l'ASPB.

La valoració global va ser en una escala d'1 a 5 (mínim – màxim): el 77% van puntuar la jornada amb un 5, i el 19% amb 4, només dues persones amb un 3 i ningú amb menor puntuació. El 94% consideraven positiu que es torni a repetir l'any vinent.

D'acord amb aquesta experiència i resultats, s'ha elaborat un document de referència titulat «Organització de les Jornades anuals de l'Agència de Salut Pública» per donar continuïtat a aquesta activitat.

Discussió: La jornada, així com les altres línies de treball en el projecte TEAL, ha sigut l'inici d'una nova etapa en la gestió de les persones i d'eines participatives assolint una millor integració i una major implicació dels comandaments i personal. Aquestes actuacions posen de manifest els progressos en la millora de l'organització i l'apoderament de les persones com a part important del desenvolupament de l'activitat laboral. El canvi cap a l'autogestió, la plenitud i el sentit evolutiu de les persones que formen part de l'ASPB està ajudant en l'estratègia de la millora de la salut i seguretat en el treball de l'organització, i al mateix temps ha contribuït a fer-la més visible tant a la direcció com al conjunt de les persones treballadores.

Adherència a la dieta mediterrània. Donem exemple?

Guerrero Monge, Joana¹

¹Servei de Prevenció de Riscos Laborals. Fundació Privada Hospital Asil Granollers

Introducció: Els professionals sanitaris exerceixen un paper modèlic per als seus pacients. Les persones adultes passen la meitat de la seva vida "desperta" a la feina. L'OMS ho descriu, com a entorn clau per a les accions de promoció de la salut. La dieta mediterrània (DM) reflecteix el patró d'alimentació propi dels països mediterranis on creixien oliveres a finals dels anys cinquanta. Caracteritzada per alt consum d'oli d'oliva, fruita, fruits secs, verdures, cereals i aus de corral; un consum moderat de peix; baix consum de làctics, carns vermelles, carn processada i dolços, a més de vi consumit amb moderació en menjars.

La DM és dels models dietètics més saludables i estudiats. En l'estudi PREDIMED la DM complementada amb oli d'oliva verge extra i fruits secs va donar com a resultat una reducció del risc absolut d'aproximadament 3 esdeveniments cardiovasculars per 1.000 persones/any.

Objectius i metodologia: Es planteja conèixer el grau d'adherència a DM d'una institució sanitària i establir possibles factors socio-laborals. Es va utilitzar un test de 14 variables validat per població espanyola i utilitzat per Papadaki et al.. Es va assignar 1 punt per variable amb connotació positiva pro-dieta i 0 si negativa. Al sumatori, si els factors pro-dieta és ≥ 9 punts es va considerar òptim. S'envia per mail el qüestionari a tot el personal d'un centre sanitari hospitalari i sociosanitari.

Dels 1600 professionals s'obté una resposta de 22,6%, amb una edat mitja de 44,6 anys i 83,4% dones. L'adherència òptima a DM dels enquestats va ser del 58%.

Resultats: De les variables de consum, el patró d'adherència va ser alta ($> 90\%$) en ús d'oli d'oliva, ingesta mantegues i refrescos; es va presentar una adherència baixa ($< 50\%$) en con-

sum de fruita, llegums, peixos i vi; i intermèdia en quantitat d'oli d'oliva, consum verdures, carns vermelles, rebosteria, fruits secs, carn blanca i sofregits.

Les variables que han mostrat un major grau significatiu d' adhesió han estat: major edat ($p \leq 0,001$; IC 95%: 1,5 a 6,0), ser dona ($p \leq 0,027$), el personal d' infermeria ($p \leq 0,031$), i tenir un contracte indefinit ($p \leq 0,028$). No va mostrar significació ni torn ni variabilitat de la jornada.

Conclusions: La població estudiada, tot i pertànyer a una regió mediterrània i col·lectiu d'alta exemplaritat, presenta una adherència moderada a la DM, per sota del grau d'adherència de la població catalana. S'hauria de limitar el consum de carns i fomentar el consum de fruites, verdures i llegums. Cal desenvolupar un programa extens i ambiciós d'intervenció, per promoure i potenciar la DM com a patró saludable per assolir els seus efectes beneficiosos, millorar la salut i la qualitat de vida.

Estat immunitari front al xarampió en professionals d'una institució sanitària de tercer nivell nascuts entre 1970 i 1980

Beltrán A^{1,2,3}; Villar R^{1,2,3}; López Herrera AF^{1,2,3}; Alvarado C^{1,2,3}; Lupia M^{1,2,3}; Ramada JM^{1,2,3,4}; Díaz P^{1,2}; Corral M^{1,2}; González N^{1,2}; Serra C^{1,2,3,4}

¹Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar; ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra (UPF); ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III

Antecedents: El xarampió és una malaltia de declaració obligatòria a Espanya, prevenible mitjançant vacunació. La vacuna monocompetent front al xarampió es va incloure al 1978 al calendari de vacunació oficial a Espanya. A partir de 1981 va ser substituïda per la vacuna triple vírica inicialment en dosi única i, a partir de 1996, en una pauta de dos dosis¹. Al 2017 la OMS va declarar que Espanya havia eliminat el xarampió després de 36 mesos sense transmissió endèmica però, a dia d'avui segueixen havent-hi casos confirmats relacionats amb la importació de la infecció i/o la disminució de la cobertura vacunal. El risc de transmissió del xarampió en personal sanitari és fins 13 cops superior que el de la població general². Els professionals sanitaris han tingut un paper rellevant en la transmissió dels brots ocorreguts en els últims anys a Espanya³. Al setembre de 2018, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar va recomanar la vacunació triple vírica a totes les persones nascudes a partir de 1970 que no haguessin patit el xarampió i no haguessin rebut una pauta completa amb dos dosis de vacuna⁴.

Objectiu: Descriure l'estat immunitari front al xarampió dels professionals del Parc de Salut Mar (PSMAR) nascuts entre els anys 1970 i 1980.

Mètodes: El Servei de Salut Laboral del PSMAR realitza exàmens de salut inicials a tots els treballadors després de la contractació i periòdicament en funció de l'exposició a riscos laborals. A partir de la informació obtinguda dels exàmens de salut i amb la informació sociodemogràfica i laboral disponible al departament de Recursos Humans s'ha realitzat un anàlisi descriptiu de l'estat immunitari front al xarampió (mitjançant la positivitat de l'immunoglobulina G front al xarampió) dels professionals nascuts entre 1970 i 1980, segons edat, gènere, centre de treball, servei, categoria laboral, tipus de contracte i torn.

Resultats: Entre el total de treballadors analitzats ($n=1073$), existeix immunitat front al xarampió en el 61,1% ($n=656$). El 14% ($n=150$) dels treballadors no presenten immunitat front

a la malaltia No disposem de dades en un 24,9% dels casos (n=267). Tot i que la seroprevalença està per sobre del 50% per totes les variables analitzades, en el torn de nit es desconeix l'estat immunitari en un 35% dels casos (n=57). Per categoria laboral, el grup amb més immunitzats és el de tècnics de suport (71% i administratius (65,5%), front al 53,2% dels auxiliars d'infermeria. Les àrees amb menor immunització són hospitalització (56,7%) i bloc quirúrgic (58,9%).

Conclusions: La seroprevalença en els treballadors del PSMAR nascuts entre 1970 i 1980 està per sota del recomanat pel Plan Nacional de Eliminación del Sarampión (95%). Per aquest motiu s'ha de plantejar una estratègia vacunal que incrementi la cobertura immunitària front al xarampió en aquest col·lectiu. Les dades obtingudes suggereixen millorar i intensificar l'accessibilitat a la vacunació dels professionals del torn de tarda i nit, així com en les àrees d'hospitalització i bloc quirúrgic. Seria interessant comparar aquestes troballes amb les seroprevalències de la resta de professionals del PSMAR, això ens permetria objectivar possibles diferències amb els professionals nascuts quan ja estava instaurada la vacuna trivalent i7o amb aquells en els que se suposa immunitat natural.

Bibliografia:

1. Vacunasaep.org [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas [actualizado julio de 2018; citado 08 de abril de 2019]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-37>
2. Campins M, Uriona S. Epidemiología general de las infecciones adquiridas por el personal sanitario. Inmunización del personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014;32(4):259–265.
3. Peña-Rey I, Martínez de Aragón V, Mosquera M, De Ory F, Echevarría JE, Measles Elimination Plan Working Group in Spain. Measles risk groups in Spain: Implications for the European measles elimination target. *Vaccine.* 2009;27:3927–34.
4. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en población adulta. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018.

Proposta d'avaluació de l'estat de salut en relació a la síndrome de burnout i estrès en personal assistencial d'hospital de dia d'un hospital oncològic

Calvo B, Flores I, Plans A.¹

¹Servei de Prevenció i Salut Laboral. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat

Objectius: Determinar el grau de burnout en el personal assistencial de les unitats d'hospital de dia de l'Institut Català d'Oncologia (ICO).

Mètodes: En els darrers sis mesos, en els reconeixements mèdics específics corresponents a la plantilla dels hospitals de dia del ICO, s'ha detectat una alta incidència d'estrès per sobrecàrrega assistencial i organitzatiu, el que fa suposar que hi han aspectes a millorar en

les tasques d'aquests professionals. En concret el 66,7% dels reconeixements han detectat risc psicosocial.

Per això, es proposa realitzar un estudi descriptiu transversal adreçat a aquest equip assistencial, es a dir el personal d'infermeria i tècnics de cures auxiliars d'infermeria de les unitats d'hospital de dia dels tres centres de l'ICO situats a Badalona, Girona, Hospitalet (n=64).

Aquest estudi es realitzarà mitjançant l'autocumplimentació d'un qüestionari amb dades socio-laborals (gènere, edat, tipus de contracte, categoria professional, lloc de treball, torn, tipus de jornada, antiguitat i pluriocupació), i els qüestionaris Maslach Burnout Inventory (MBI) i Perceived Stress Questionnaire (PSQ).

El MBI està constituït per 22 afirmacions sobre els sentiments i actituds del professional en el seu treball i els pacients. Mesura el desgast professional analitzant la freqüència i la intensitat amb que es pateix burnout. Tanmateix mesura tres subescales del síndrome de burnout: esgotament o cansament emocional, despersonalització i grau de realització personal.

PSQ és utilitzat per tal d'avaluar l'estrès autopercebut, analitzant la tensió, irritabilitat i fatiga, l'acceptació social de conflictes, l'energia, la sobrecàrrega, l'autorealització, la por i ansietat. Cada treballador/a rebrà un sobre on constarà un full informatiu i els qüestionaris prèviament descrits. Un cop complimentats, el formulari serà introduït en una caixa tancada a l'hospital de dia.

La realització voluntària del qüestionari implicaria el consentiment del professional. Es garantirà la confidencialitat de les dades obtingudes que es tractaran de forma agrupada, per evitar la identificació del professional.

Resultats: Els resultats obtinguts serviran per establir mesures organitzatives i de prevenció en el conjunt de les unitats exposades. La valoració de les dades socio-laborals dels treballadors que responguin, poden ser molt importants per gestionar solucions als problemes plantejats.

Conclusions: L'estudi proposat permetrà evidenciar l'estat d'exposició a burnout i estrès del personal assistencial dels hospitals de dia a l'ICO i la seva categorització.

La realització dels exàmens de salut individual ha servit per objectivar l'existència de treballadors/es que refereixen sobrecàrrega de treball i afectació del seu estat de salut secundària, raó per la que es proposa una mesura de vigilància col·lectiva per valorar la dimensió del problema. Des de la Unitat Bàsica de Salut Laboral es proposen actuacions per analitzar l'existència o no de burnout i/o estrès i l'impacte que pugui tenir.

Promoció d'hàbits saludables en els professionals d'infermeria del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (ccspt) de Sabadell

Serrano Rosa M^a, Peña Pilar, Teodoro Virgínia, Seda Manel, Navarro Gemma, Caballero Fernanda, Yuste Elios, Bonet Esther, Díaz Carmen, Carod Cristina¹

¹ Servei de Prevenció; Medicina Preventiva i Salut Pública; Servei de Medicina Física i Rehabilitació; Direcció d'Infermeria; Direcció de Formació i Direcció Executiva. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell
rserrano@tauli.cat

La CCSPT està adherit a la Xarxa d'Empreses Saludables i a la European Network for workplace health promotion (ENWHP) des de 2013 i al 2017 forma part de la Xarxa Catalana d'Hospitals Promotors de la Salut. La CCSPT participa en la millora de salut de la seva població de referència i dels seus professionals. L'any 2018, dintre de la Xarxa es concedeix a la CCSPT una Beca en Recerca per la Promoció de la Salut.

Objectiu: Adquirir eines per incorporar a la vida quotidiana un estil de vida saludable, mitjançant una formació en temes d'alimentació, marxa nòrdica, alliberament tensional i escola d'esquena. Adreçat a professionals d'Infermeria i Auxiliars d'Infermeria del Sociosanitari Albada.

Metodologia: Participació voluntària de 50 professionals (tots torns de treball). Consta de sessions teòriques (25 hores): alimentació saludable, tècniques d'alliberament tensional, escola d'esquena i gestió de conflictes i igualtat; i sessions pràctiques (18 hores): iniciació a la marxa nòrdica..

S'avalua l'eficàcia de la intervenció del projecte abans i als 3 mesos més tard de la formació mitjançant indicadors qualitius (enquesta d'autoconeixements d'hàbits saludables i enquesta d'autoeficàcia) i quantitius (mesures físiques i valoracions biomecàniques) realitzat pels metges de Rehabilitació i personal d'Infermeria de Salut Laboral.

Resultats: Els resultats dels hàbits saludables van ser estadísticament significatius en quan a millora de coneixements en l'alimentació (més consum de fruita i verdura diària) i sense modificacions en el consum de begudes ensucrades i rebosteria, i consum de tabac i begudes amb alcohol. En quan a l'exercici físic va haver un augment d'intensitat lleu a moderat. Respecte a la higiene de la son, va haver una disminució de les dificultats per conciliar la son i de despertar-se al llarg de la nit, amb millora de la qualitat de la son.

Quant a l'enquesta d'autoeficàcia, van ser significatius 4 ítems respecte a 10, com seria: «puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente», «tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados», «gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas» i «venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo».

I els resultats de les mesures físiques i biomecàniques, es va evidenciar que hi havia una millora en quan a la valoració de la marxa, la força de pressió de la mà dominant i la potència de les extremitats inferiors en tots els professionals participants, excepte, en l'IMC (Índice de massa corporal) que no es va modificar.

Conclusions: Les accions fetes en una empresa saludable pels seus professionals repercuteix en benefici en la millora de les relacions interpersonals dels equips de treball i en la comunitat a la qual pertany.

Generar programes de promoció de la salut dins de l'empresa i en el seu propi entorn suposa un valor afegit en la cura dels professionals. És beneficiós per la proximitat/accessibilitat (la població treballadora es passa un terç de la vida a la feina) i reverteix en una millora de la salut personal autopercebuda i real.

Creació d'una comissió permanent de violència per l'abordatge de situacions de violència reiteratives dins de sales o unitats d'hospitalització

Hage M,¹; Mendez MJ,¹; Pujol L,¹; Claver G,¹; Malet M,¹; Barroso S,¹

¹Hospital Clínic de Barcelona

Introducció: El sistema sanitari cada vegada és més complex i la població cada cop està més informada i és més exigent, això ha fet que la relació sanitari i pacient (o usuari o familiar) hagi experimentat un canvi, augmentant les situacions de violència reiteratives, dins de sales o unitats d'hospitalització, que afecten a més d'un treballador/a i que són difícils de gestionar com fins ara es realitzava.

Objectiu: Elaborar i posar a disposició dels treballadors/res i comandaments d'un circuit d'actuació davant les situacions de violència reiteratives, dins de sales o unitats d'hospitalització, que sigui senzill, eficaç i permeti una seva ràpida actuació. Dissenyar una campanya de tolerància zero a la violència implicant a tothom.

Mètode: Partint de les anàlisis de les agressions dels últims tres anys, es realitzen reunions de treball multidisciplinari per elaborar el circuit d'actuació davant aquestes situacions de violència, amb l'objectiu d'eliminar o minimitzar el seu impacte. S'han establert dins el circuit diferents nivells d'actuació, des de, la situació més senzilla on la resolució de la situació de violència es realitza de forma interna, fins a l'activació de la Comissió Permanent de Violència que estaria integrada pel coordinador/a i pel facultatiu/va de la sala o unitat, pel Servei de Seguretat, pel Servei de Psiquiatria, pel Servei de Prevenció de Riscos Laborals i pels Serveis Jurídics.

Resultats: La creació de la Comissió Permanent de Violència ens assegura actuacions coordinades, col·laboratives i consensuades amb l'objectiu de valorar la realització d'accions addicionals com serien la mediació directa amb els implicats, la mediació sociocultural, l'avís per escrit a la família i les accions legals que es puguin determinar.

Conclusions: Es necessita la conscienciació de totes les parts actants davant aquestes situacions de violència per augmentar la confiança en els treballadors i fomentar el respecte de les tasques sanitàries. Per altra part, els treballadors necessiten recolzament directe de l'empresa facilitant-li eines i recursos com són formacions de contenció verbal i física, disseny d'instal·lacions segures i campanyes de tolerància zero a la violència, entre d'altres.

Congresos

Conferences

Congressos

Enero 2020 // January 2020 // Gener 2020

Foro de diálogo mundial sobre el trabajo decente en el mundo del deporte

20 – 22 enero, Ginebra (Suiza)

Información:

Web: https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_667609/lang--es/index.htm

Congreso francés de aerosoles

28 – 29 enero, París (Francia)

Información:

Association Française d'Etudes et de Recherches sur les Aérosols

CERTES, Université Paris Est-Créteil, 1 avenue du Général de Gaulle, 94000 Créteil, Francia.

Web: www.asfera.org/fr/cfa/presentation/

E-mail: info@asfera.org

Marzo 2020 // March 2020 // Març 2020

Exposición de los trabajadores a radiaciones ópticas electromagnéticas y artificiales: aplicar las disposiciones diariamente

10 de marzo, París (Francia)

Información:

Tél.: 01 58 35 72 85 / 96 60.

E-mail: secretariat@sfrp.asso.fr

Web: www.sfrp.asso.fr/manifestations/manifestations/exposition-des-travailleurs-aux-rayonnements-electromagnetiques-et-optiques-artificiels-appliquer-la-reglementation-au-quotidien.html,9,38,0,0,3246

Transformación del trabajo en la era digital

23 – 25 marzo, Helsinki (Finlandia)

Información:

Tuomo Alasoini, Finnish Institute of Occupational Health, P.O. Box 40, FI-00032 Työterveyslaitos, Finlandia.

E-mail: tuomo.alasoini@ttl.fi

Web: www.ttl.fi/en/; <https://niva.org/course/transformation-of-work-in-the-digital-era/>

Abril 2020 // April 2020 // Abril 2020

SHO2020

Simposio de seguridad e higiene del trabajo

6 – 7 abril, Porto (Portugal)

Información:

DPS, Universidade do Minho 4800-058 Guimarães, Portugal.

Tel.: +253 510 367.

E-mail: sho2020@sposho.pt

Web: <https://www.sposho.pt>

Evaluación alternativa y sustitución de sustancias peligrosas en los lugares de trabajo

21 – 23 abril, Helsinki (Finlandia)

Información:

Linda Oksanen, NIVA, Arinatie 3A, FI-00370 Helsinki, Finlandia.

Tel.: +358 40 5463 277

E-mail: linda.oksanen@niva.org

Web: <https://niva.org/course/alternative-assessment-and-substitution-of-dangerous-substances-at-work-places/>

La economía de la seguridad y salud en el trabajo

27 – 29 abril, Malmö (Suecia)

Información:

Cecilia Weckman, NIVA, Arinatie 3A, FI-00370 Helsinki, Finlandia.

Tel.: +358 40 1258 748

E-mail: cecilia.weckman@niva.org

Web: <https://niva.org/course/the-economics-of-occupational-safety-and-health-2/>

Día Internacional de los Agentes Biológicos 2020: «Agentes biológicos en el trabajo: una mirada más allá de las fronteras»

28 de abril, Berlín (Alemania)

Información:

German Committee for Biological Agents (ABAS), Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA) Nöldnerstr. 40-42D-10317 Berlin, Alemania.

Web: <https://www.baua.de/EN/Service/Events/Calendar/04.28-Bio-Agent-Day.html>

Mayo 2020 // May 2020 // Maig 2020

Reunión técnica sobre el futuro del trabajo en la industria automotriz

4 – 8 mayo, Ginebra (Suiza)

Información:

Web: https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_726152/lang--es/index.htm



@SCSL

ENTIDAD COLABORADORA DE LA
ASSOCIACIÓ CATALANA DE SALUT
LABORAL

Con todo nuestro agradecimiento
por vuestro apoyo a las actividades
de la Societat:



gCardio
damas + vida



El único tratamiento eficaz ante la muerte súbita es la **desfibrilación temprana** y aplicar la cadena de supervivencia de manera inmediata.

¿Está preparado para reanimar a una persona en parada cardiorrespiratoria?

En España las posibilidades de sobrevivir a una parada cardiaca en la calle oscilan entre el 5% y el 10%. Los primeros 8 minutos son vitales para recuperar al paciente de una muerte súbita.

ATENCIÓN--> Si dispone de un desfibrilador Zoll AED Plus compruebe si está listo para su uso



1. Confirmar que el DESA no tiene daños.
2. Verificar electrodos y sus fechas de vencimiento.
3. Revisar sus baterías.
4. Verificar indicador de estado.
5. Comprobar suministros adecuados.
6. Registro de la próxima revisión.

Si desea más información para el mantenimiento de su equipo, en gCardio le informamos sin ningún tipo de compromiso en nuestro número gratuito o a través del formulario de contacto.



Nuestro principal OBJETIVO es DAR + VIDA



¿Sabías qué...?

La **muerte súbita** es la **principal causa de muerte** en nuestro país.

Este verano no dejes que nada te aparte de tus soñadas vacaciones. Consulta nuestros desfibriladores y descubre cómo puedes ser el **héroe de la piscina**. Con gCardio ¡Tienes el corazón contento! +info



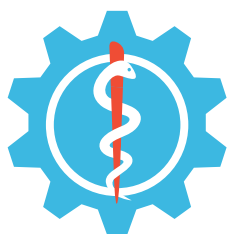
Desfibrilador AED Plus de ZOLL

El **desfibrilador AED Plus** avisa mediante mensajes de voz cuando el **socorrista** debe "presionar con más fuerza" o la "compresión es correcta" y mediante su metrónomo también le indica la frecuencia de 100 compresiones por minuto recomendada

Diseñados para **héroes inesperados** +info



Con la colaboración de SERLOMED, en pos de una prevención de calidad.



@SCSL

APRL Archivos de Prevención
de riesgos laborales

<http://archivosdeprevencion.eu>

Edita: Associació Catalana de Salut Laboral

Visite la web de la revista si desea enviar un artículo, conocer las políticas editoriales o suscribirse a la edición digital.

Visit our journal's website to submit an article, read our editorial policies or subscribe to the online edition.

