

APRL Archivos de Prevención de Riesgos Laborales

Vol. 29(1)

Enero-marzo 2026

Fundada en 1963 como Medicina de Empresa

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 Societat 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.



<http://archivosdeprevencion.eu>

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



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.**

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: SCOPUS, MEDLINE/PubMed, Índice Médico Español (IME), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Latindex, Embase, REDIB, Pubindex, DIALNET y SciELO España.

Secretaría Editorial:

SOCIETAT CATALANA DE SALUT LABORAL
Carrer Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona
e-mail: archivos@academia.cat

Correspondencia científica:

SOCIETAT CATALANA DE SALUT LABORAL
Carrer Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona
e-mail: archivos@academia.cat

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

Protección de datos: La SOCIETAT 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.

Directora:

Consol Serra

CiSAL-Centro de Investigación en Salud
Laboral, Universidad Pompeu Fabra/
Hospital del Mar Research Institute
(Barcelona)

Editores asociados:

Andrés Agudelo

Universidad de Antioquia (Colombia)

Francisco Brocal

Universidad de Alicante (Alicante)

Jordi Delclós

Universidad de Texas (Houston)

Guillermo García González

Universidad Internacional de La Rioja
(Logroño)

Vega García

Instituto Navarro de Salud Laboral (Navarra)

Eva González-Menéndez (Coordinadora
de Archivos Selección)

Escuela Superior de Ingeniería y Tecnología,
Universidad Internacional de La Rioja,
(Logroño)

José María Ramada

CiSAL, Universitat Pompeu Fabra/IMIM
(Barcelona)

Laura Serra (Editora Estadística)

Universitat de Girona (Girona)

Mireia Utzet (Editora Estadística)

CiSAL, Universitat Pompeu Fabra/IMIM
(Barcelona)

Consejo Rector:

Montserrat Puiggené Vallverdú

Presidenta de la Societat Catalana de Salut
Laboral

Ruth Jiménez Sahavedra

Presidenta Asociación Española de Higiene
Industrial

Elena Ronda

Ex-directora Archivos de Prevención de
Riesgos Laborales

Carmen Torres Gamez

Vicepresidenta de la Societat Catalana de
Salut Laboral

Meritxell Soler Sañá

Secretaria de la Societat Catalana de Salut
Laboral

Leyre de la Peña Perea

Tesorera de la Societat Catalana de Salut
Laboral

Montserrat Molins Borrell

Junta de Govern de la Societat Catalana de
Salut Laboral

José María Ramada Rodilla

Junta de Govern de la Societat Catalana de
Salut Laboral

Elisabeth Purtí Pujals

Ex-presidenta de la Societat Catalana de
Salut Laboral

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.)

Fabriziomaria Gobba

Section of Occupational Medicine of the
European Union of Medical Specialties
(UEMS)

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)

Comité Editorial:

Miguel Ángel Alba Hidalgo

Vicepresidente Asociación Española de
Higiene Industrial

Juan Alguacil

Universidad de Huelva

Lucía Artazcoz

Agencia de Salud Pública de Barcelona,
exDirectora APRL

Fernando G. Benavides

Universitat Pompeu Fabra, exdirector APRL

Emili Castejón

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en
el Trabajo (Barcelona)

Ana M. García

Universidad de Valencia y ex-directora
Archivos de Prevención de Riesgos
Laborales

Montserrat García-Gómez

Ministerio de Sanidad (Madrid)

Ramona García Macià

Departament de Salut, Generalitat de
Catalunya (Barcelona)

Manolis Kogevinas

Instituto de Salud Global Barcelona-
ISGLOBAL (Barcelona)

María López-Ruiz

Universitat Pompeu Fabra (Barcelona)

Francisco Marqués

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en
el Trabajo (Madrid)

Emilia Molinero

Departament Empresa i Ocupació
Generalitat de Catalunya

Mari Cruz Rodríguez-Jareño

Universitat de Girona y Representante
UEMS-Section of Occupational Medicine

Carlos Ruiz Frutos

Universidad de Huelva

María del Mar Seguí

Universidad de Alicante (Alicante)

Mònica Ubalde-Lopez

Instituto de Salud Global Barcelona-ISGlobal
(Barcelona)

María Teófila Vicente-Herrero

Grupo de Investigación en Medicina del
Trabajo (GIMT)

Rocío Villar Vinuesa

Parc de Salut Mar (Barcelona)

Sumario // Contents

<http://archivosdeprevencion.eu>

Edita: Societat Catalana de Salut Laboral

Nota Editorial // Editorial Note

Archivos, un punto de encuentro académico y profesional en salud laboral

Archivos, an academic and professional meeting point in occupational health

Francisco Vega Álvarez, Andrés A. Agudelo-Suárez, Francisco Brocal, Jordi Delclós, Guillermo García González, Vega García, Eva González Menéndez, José María Ramada, Laura Serra, Mireia Utzet, Consol Serra 9-16

Editorial // Editorial

La vigilancia de la salud en el servicio del hogar familiar, ¿un ejemplo a seguir para otras ocupaciones?

Health surveillance in domestic service, an example for other occupations to follow?

Fernando G. Benavides, Mireia Utzet, Joana Guerrero, José María Ramada, 17-20

La vacunación de la gripe en el personal sanitario

Flu vaccination for healthcare workers

Àngel Plans Cañameres 21-26

Originales // Original Articles

Percepciones de mujeres trabajadoras sobre las condiciones laborales durante la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias en la salud

Working women's perceptions of working conditions during the COVID-19 pandemic and health consequences

Esther Castellanos-Torres, Mariana Loezar-Hernández, Erica Briones-Vozmediano, 27-51

Originales breves // Short Articles

Formación médica y salud marítima: propuesta de una guía para la emisión del Certificado Médico Marítimo en Costa Rica

Medical Education and Maritime Health: A Proposal for a Guide to Issuing the Seafarer Medical Certificate in Costa Rica

Lizbeth Salazar-Sánchez, Victoria Sánchez Loría 52-60

Revisiones // Review Articles

Evaluación de la efectividad y recomendaciones de intervenciones digitales. Instrumentos psicométricos utilizados en salud mental laboral. Revisión (2014-2024)

Evaluation of the Effectiveness and Recommendations for Digital Interventions and Psychometric Instruments Used in Occupational Mental Health. Review (2014-2024)

M^a Teófila Vicente Herrero, Ignacio Gómez-Pérez, Valentín Esteban Buedo, José Alberto Garrido, Lucila Morató-Moscardó, Miguel Ruiz-Flores Bistuer, Ángel Arturo López Gonzalez 63-82

Cartas a la directora // Letters to the Editor

Condiciones de trabajo en teletrabajo y percepción de condiciones de salud en docentes universitarios que laboran en educación en modalidad virtual en dos instituciones colombianas

Working conditions in telework and perception of health conditions among university teachers working in virtual education at two Colombian institutions

Marcela Cobos-Rodríguez 83-86

Sociedades // Societies

31 años de ciencia y compromiso: Medellín celebró la 31ª Semana de la Salud Ocupacional

31 years of science and commitment: Medellín celebrated the 31st Occupational Health Week

Rosa María Orriols Ramos, Melissa González Caballero 87-89

Archivos Selección // Interview

¿Están protegidos los trabajadores de exterior?

Análisis de las políticas de protección solar en los municipios andaluces

Magdalena De Troya-Martín 90-95

Noticias // News 96-97

FORMEM UN GRAN EQUIP JUNTS.

| PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS

| CONSULTORIA PER AL COMPLIMENT NORMATIU

| FORMACIÓ TÈCNICA ESPECIALITZADA

| COORDINACIÓ D'ACTIVITATS EMPRESARIALS

A Laboral Group, creiem que el desenvolupament professional, tecnològic i personal són la clau de l'èxit.



Mes informació a:

678 700 800 · correo@laboralgroup.com · www.laboralgroup.com

angileptol

Lo que tu garganta se merece



C.N. 6938201 ANGILEPTOL Menta 30 comp

C.N. 9340919 ANGILEPTOL Miel-Limon 30 comp

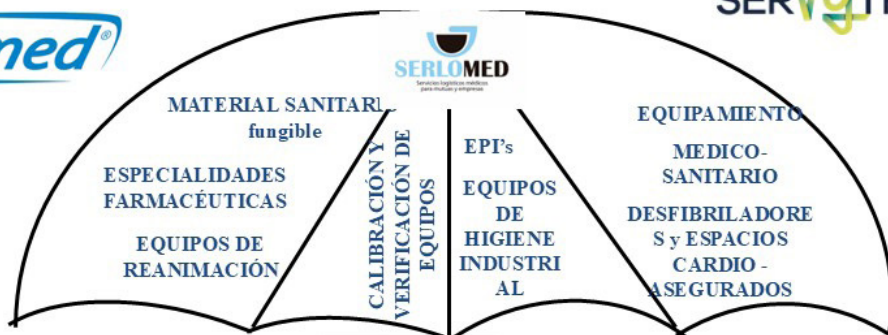
C.N. 6597248 ANGILEPTOL Menta-Eucalipto 30 comp



Escanear el código QR para ver las fichas técnicas publicadas en la base de datos CIMA de la AEMPS:

Angileptol PVP IVA: 10,99 €. Sin receta médica. No reembolsable por la Seguridad Social.

La estrategia el suministro integral



Cliente

Empresa/mutua/centro/
servicios de prevención

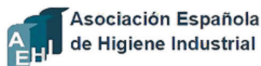
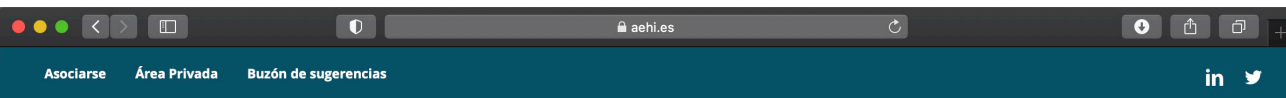
Salud y trabajo





Asociación Española
de Higiene Industrial

Les invitamos a visitar nuestra página web (www.aehi.es)
y a seguirnos a través de redes sociales:
[LinkedIn \(AEHI\)](#) y [Twitter \(AEHIInfo\)](#).



[Inicio](#) [La Asociación](#) [Actividades](#) [Enlaces](#) [Consultas toxicológicas](#) [Contacto](#) [Q](#)

Tu punto de encuentro con la higiene industrial

ÁREA PRIVADA

ASOCIARSE

Información sobre el Coronavirus

PROTECCIÓN FRENTE AL
CORONAVIRUS

VÍAS DE CONTAGIO

PROTOCOLOS Y RECOMENDACIONES

NOTICIAS Y ENLACES DE INTERÉS

NORMATIVA

CURSOS/WEBINARS

PREGUNTAS / RESPUESTAS

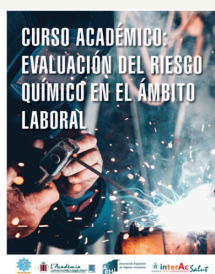
NOTICIAS DE LA AEHI

ACTUALIDAD EN HI

BLOG AEHI

EVENTOS

Noticias de la AEHI



Nuevo documento del



Archivos, un punto de encuentro académico y profesional en salud laboral

Archivos, an academic and professional meeting point in occupational health

Francisco Vega Álvarez¹  0000-0003-0636-3833

Andrés A. Agudelo-Suárez¹  0000-0002-8079-807X

Francisco Brocal¹  0000-0002-1802-8760

Jordi Delclós¹  0000-0003-0201-8135

Guillermo García González¹  0000-0002-5927-4124

Vega García¹  0000-0001-7617-550X

Eva González Menéndez¹  0000-0002-2354-9421

José María Ramada¹  0000-0002-3854-1596

Laura Serra (Editora Estadística)¹  0000-0002-8835-6890

Mireia Utzet (Editora Estadística)¹  0000-0001-5948-3914

Consol Serra¹  0000-0001-8337-8356

¹Revista Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, España.

En los últimos años, Archivos ha experimentado una evolución notable que refleja un proceso sostenido de fortalecimiento editorial, científico y estratégico. Un hito clave en este recorrido fue la obtención del sello de calidad FECYT en 2023⁽¹⁾, un reconocimiento que acredita el cumplimiento de exigentes estándares en cuanto a buenas prácticas editoriales, rigor metodológico, transparencia en los procesos de revisión y proyección científica. Este aval institucional no solo supuso un respaldo de gran valor simbólico, sino que marcó un punto de inflexión en la visibilidad y el posicionamiento de la revista. La renovación del sello en diciembre de 2025 confirma que estos avances no han sido coyunturales, sino el resultado de un trabajo constante orientado a la mejora continua y al afianzamiento de un proyecto editorial sólido.

De forma paralela, la consolidación de la revista en el cuartil Q3 de Scimago⁽²⁾ y su presencia en Scopus han contribuido decisivamente a incrementar su proyección internacional. Estos sistemas de indexación, ampliamente utilizados como referencia por la comunidad académica, influyen de manera directa en la elección de las revistas a las que los autores confían sus investigaciones. La convergencia

entre el sello FECYT y el reconocimiento en bases de datos internacionales ha reforzado la percepción de la revista como un canal fiable y atractivo para la difusión del conocimiento en salud laboral. Como consecuencia, se ha producido un aumento notable y sostenido en el número de manuscritos recibidos, procedentes tanto del ámbito universitario como del entorno profesional.

Este incremento en los envíos ha tenido un reflejo claro en los indicadores editoriales. Durante 2025, la tasa de rechazo ha superado el 60 %, un dato que no solo evidencia el crecimiento en el volumen de trabajos recibidos, sino también la firme apuesta por mantener criterios exigentes de calidad científica y relevancia temática. Este porcentaje pone de manifiesto la madurez alcanzada por la revista y su compromiso con un proceso de selección riguroso, apoyado en la revisión por pares y en la especialización progresiva de su red de revisores. Publicar menos, pero mejor, se ha convertido en una seña de identidad orientada a garantizar que los artículos aceptados aporten un valor real al campo de la prevención de riesgos laborales.

Al mismo tiempo, el contenido publicado en 2025 refleja una clara orientación hacia los grandes retos contemporáneos de la salud laboral, con un enfoque multidimensional que abarca desde los problemas estructurales en Iberoamérica hasta los riesgos emergentes asociados a la digitalización, el trabajo nocturno o la salud mental. La atención a realidades como la informalidad laboral, el aumento de los trastornos mentales y musculoesqueléticos, o la necesidad de herramientas metodológicas sólidas para la prevención, ha reforzado el papel de la revista como espacio de referencia para el análisis crítico y la transferencia de conocimiento.

En este contexto, la revista se está posicionando de manera progresiva como un referente para investigadores y profesionales de la salud laboral en Latinoamérica. La creciente recepción de trabajos procedentes de distintos países de la región muestra su capacidad para integrar miradas diversas y responder a problemáticas específicas del entorno latinoamericano. Más allá de ser un canal de publicación, la revista se consolida como un punto de encuentro académico y profesional, contribuyendo al fortalecimiento de la disciplina y al desarrollo de una cultura preventiva basada en la evidencia.

En suma, la obtención y renovación del sello FECYT, junto con la consolidación en Scimago y Scopus, han impulsado un círculo virtuoso de mayor visibilidad, aumento de envíos y mayor exigencia editorial. Este proceso ha permitido a la revista afianzar su identidad, elevar sus estándares y proyectarse con claridad como una plataforma de referencia para la salud laboral en el ámbito de habla española.

Proceso editorial

Gestión de manuscritos

Tabla 1: Manuscritos^a gestionados en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (2023 a 2025, volúmenes 26, 27 y 28).

	2023		2024		2025	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Aceptados	25	(35,2)	34	(31,5)	36	(24,3)
Rechazados	38	(53,5)	66	(61,1)	98	(66,2)
En proceso ^b	8	(11,3)	8	(7,4)	14	(9,5)
Abandonos	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
Total	71	(100,0)	108	(100,0)	148	(100,0)

^aSe incluyen editoriales, originales, originales breves, artículos especiales, revisiones, artículos de opinión, estudios de casos, notas técnicas y cartas a la directora hasta el 31 de diciembre de 2025.
^bLos manuscritos en proceso se contabilizaron en el momento de elaborarse las Notas Editoriales de los correspondientes años.

Tabla 2: Tipos de artículos^a publicados en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* (Periodo 2023-2025).

	2023	2024	2025
Editoriales	4	4	7
Notas editoriales	1	1	1
Originales ^b	8	13	7
Revisiones	0	2	0
Estudios de casos	0	1	2
Notas Técnicas	0	0	0
Cartas a la directora	8	4	7
Otros ^c	4	2	6
Total	25	28	30

^aExcluye secciones informativas (Sociedades, Noticias, Archivos Selección, Archivos Evidencia, Archivos Formación).
^bIncluye Originales Breves.
^cOtros: Comunicaciones de la Diada de la SCSL, Artículos Especiales, Artículos de Opinión, etc.

Los tiempos de gestión del proceso editorial en 2025 (Figura 1) se han reducido con respecto al año anterior.

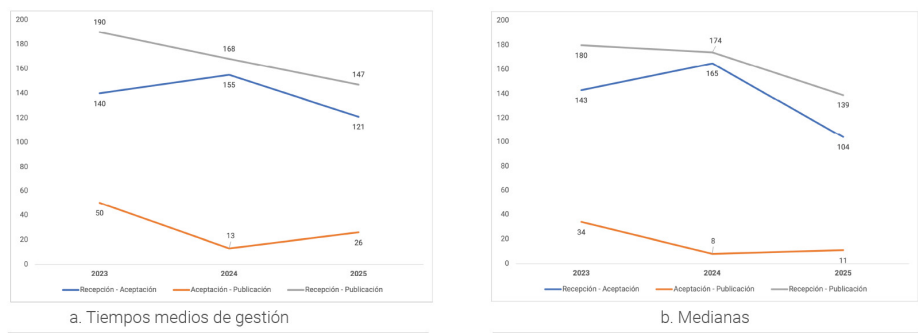


Figura 1: Evolución de los tiempos medios de gestión y medianas (días) de los manuscritos recibidos en Archivos de Prevención de Riesgos Laborales (2023 a 2025). Incluye solo originales, originales breves, revisiones y estudios de casos.

Autorías y contenidos

Durante el 2025 se mantuvo el equilibrio en el género de las autorías, y la procedencia geográfica ha sido mayoritariamente española, destacando también la participación desde varios países latinoamericanos (Tabla 3). Este año hemos contado con publicaciones de autores procedentes de 9 de las 17 comunidades autónomas, siendo Cataluña la que destaca con la mayor presencia.

Tabla 3: Características de los autores que han publicado en APRL durante el año 2025. Excluye secciones informativas (Sociedades, Noticias, Archivos Selección, Archivos Evidencia, Archivos Formación y comunicaciones de la Diada de la SCSL).

	N	%
Género		
Mujeres	59	48,8
Hombres	62	51,2
País de procedencia		
Chile	11	9,1%
Colombia	26	21,5%
Ecuador	3	2,5%
España	60	49,6%
Estados Unidos	9	7,4%
Francia	2	1,7%
México	6	5,0%
Países Bajos	1	0,8%
Perú	2	1,7%
Reino Unido	1	0,8%

	N	%
Comunidad autónoma de procedencia (autores españoles)		
Andalucía	3	5,0%
Aragón	1	1,7%
Canarias	6	10,0%
Castilla León	1	1,7%
Cataluña	34	56,7%
Com. Valenciana	7	11,7%
La Rioja	2	3,3%
Madrid	5	8,3%
Navarra	1	1,7%
Instituciones		
Centros de investigación	72	59,5
Centros sanitarios	16	13,2
Servicios de prevención	14	11,6
Administración laboral	14	11,6
Organizaciones sindicales	0	0,0
Administración sanitaria	3	2,5
Investigadores independientes	2	1,7

Un año más, la revista sigue manteniendo su vocación transversal (Tabla 3), lo que se manifiesta en la presencia notable de autoras y autores que trabajan en centros de investigación y centros sanitarios, continuando con la dinámica de los últimos años y consolidando la revista como una cabecera de referencia en el ámbito académico. También es de destacar que una proporción de autoras y autores publican desde la práctica profesional, en concreto desde servicios de prevención, y que cada vez más manuscritos proceden de profesionales de la administración laboral.

Los contenidos más tratados (reflejados en la Figura 2) son los relativos a los problemas de salud y trabajo y las políticas y estrategias de intervención.

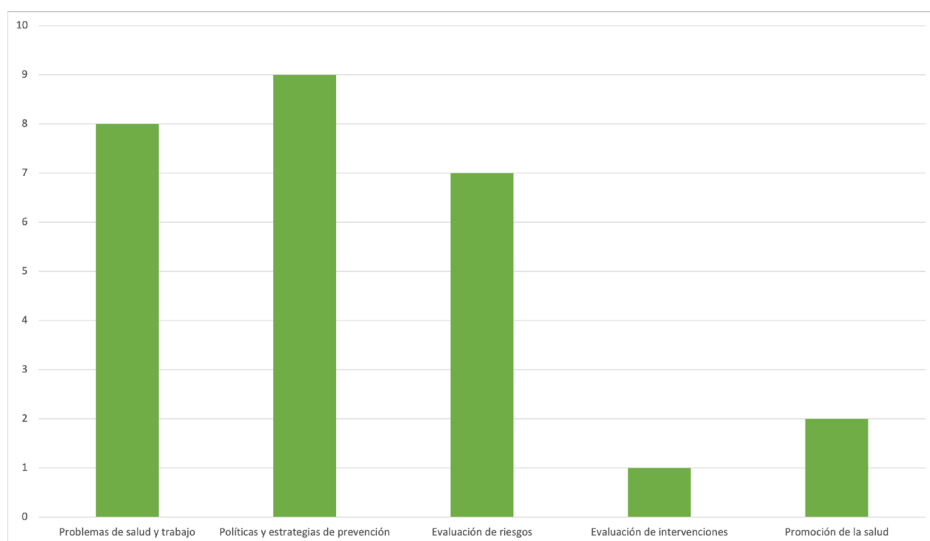


Figura 2: Distribución de los artículos publicados en APRL durante el año 2025 según el tipo de contenido. Excluye secciones fijas (Noticias, Archivos Selección, Archivos Evidencia, Archivos Formación), notas editoriales y comunicaciones de la Diada de la SCSL.

Visibilidad y difusión

Nuestro sistema de gestión online (OJS) empleado desde 2020⁽³⁾, permite obtener varios tipos de estadísticas sobre el tráfico web. La Figura 3 muestra la evolución de consultas a los resúmenes de los trabajos en 2025. Durante el último año se recibieron 110 065 consultas, el doble que el año anterior⁽¹⁾, con un promedio mensual de 9 172.

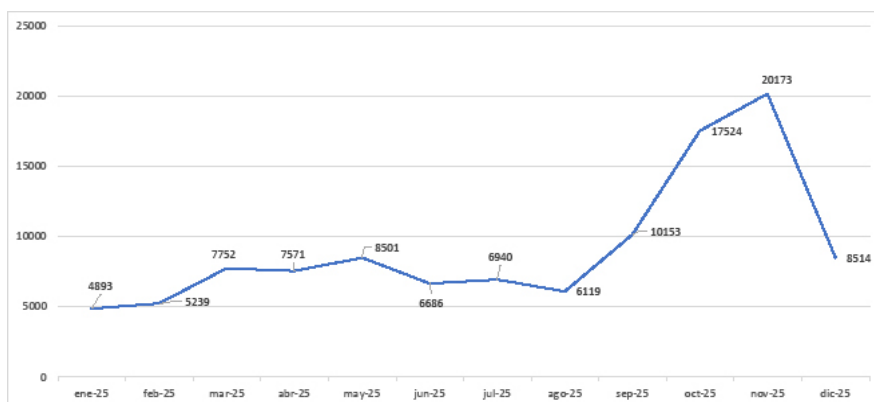


Figura 3: Evolución de la cifra mensual de consultas a los resúmenes de los trabajos publicados (año 2025).

Para incrementar su visibilidad, las actividades y contenidos de la revista se difunden a través de las redes sociales propias y de la SCSL.

Queremos finalizar estas líneas expresando nuestro agradecimiento a todas las personas que intervienen para que cada número de la revista salga a la luz y contribuyen a incrementar su calidad: los distintos comités, evaluadores externos –que son reconocidos públicamente en Anexo I de esta nota–, y a los coordinadores de secciones fijas como Sociedades y Archivos Selección. El apoyo de la Junta de la *Societat Catalana de Salut Laboral* (SCSL) así como de sus socios es inestimable para la existencia de Archivos. Y, claro está, a nuestras/os autoras/es y lectoras/es, el verdadero estímulo para seguir con la tarea del día a día. A todos ellos, les invitamos a asomarse por nuestra web, así como a seguirnos en las redes sociales, y cómo no, a enviar manuscritos para su eventual publicación.

Recibid nuestros mejores deseos para 2026.

Referencias

1. Vega F, Agudelo Suárez AA, Brocal F, Delclós J, García González G, García V, Ramada JM, Serra L, Vargas-Prada S, Utzet M, Serra C. El sello de calidad FE-CYT, un reconocimiento y un estímulo para Archivos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2024;27(1):19-27. doi: 10.12961/aprl.2024.27.01.02
2. Scimago Lab. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales en Scimago Journal & Country Rank. 2024. Disponible en <https://www.scimagojr.com/journalsearch.php?q=21100244653&tip=sid&clean=0>
3. Fontcuberta L, Delclós J, García G, Martínez JM, Ramada JM, Ronda E. Archivos 2019: Bienvenido OJS, apuesta decidida por la calidad y la visibilidad editorial. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2020;23(1):14-21.

Anexo: Evaluadores externos para Archivos de Prevención de Riesgos Laborales (2025)

Nombre completo	Afiliación
Dante Culqui Lévano	Médico epidemiólogo, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral-Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad, Madrid.
Juan José Agún González	Universidad Internacional de Valencia
Antonio Bayo López	Servicio de Prevención, Universidad de Sevilla
Juan Luis Cabanillas	Junta de Andalucía
Gemma Castaño	ISGlobal-Instituto de Salud Global de Barcelona
Germán Cañavate Buchón	Universidad Internacional de La Rioja
Leyre De la Peña Perea	Associació Catalana de Salut Laboral
Teresa Del Campo	AEEMT-Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
Maria Luz Arantzazu García González	Universidad Internacional de La Rioja
Alin Gherasim	Instituto de Salud Pública Carlos III; Madrid
Eva González Menéndez	Universidad Internacional de La Rioja
Charlotte Hall	Department of Psychological Medicine, King's College London
Juan Luis Jiménez Arias	Universidad de Cádiz
Ruth Jiménez Saavedra	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo INSHT
Pablo Juan	Universidad Jaume I (UJI), Castelló de la Plana
Mireia Julià	Hospital de Mar, Barcelona
María Jesús López González	Universidad Internacional de La Rioja
Albert Navarro	Universitat Autònoma de Barcelona
Lali Rodríguez Arjona	Fundación Mémora, Barcelona
Mercè Soler Font	Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Barcelona
María del Mar Sánchez Brau	Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante.
Fermín Torrano Montalvo	Universidad Internacional de La Rioja
Erika Valero	Universidad del País Vasco

¡Con nuestro reconocimiento y gratitud!

La vigilancia de la salud en el servicio del hogar familiar, ¿un ejemplo a seguir para otras ocupaciones?

Health surveillance in domestic service, an example for other occupations to follow?

Fernando G. Benavides^{1,2,3}  0000-0003-0747-2660

Mireia Utzet^{1,2}  0000-0001-5948-3914

Joana Guerrero^{1,2}  0009-0005-9742-2270

José María Ramada^{1,2,3}  0000-0002-3854-1596

¹CiSAL-Centro de Investigación en Salud Laboral, Universidad Pompeu Fabra/Hospital del Mar Research Institute.

²Servei de Salut Laboral, Hospital del Mar, Barcelona.

³CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III, España.

Fechas · Dates

Recibido: 16/01/2025

Aceptado: 09/02/2025

Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

Joana Guerrero Monge

CiSAL, Universitat Pompeu Fabra/Hospital del Mar Research Institute. Barcelona

E-mail: joana.guerrero.monge@hmar.cat

Trabajo del hogar familiar y de los cuidados y salud laboral

El trabajo del hogar familiar, esencial para la sostenibilidad de cualquier sociedad, pero sin el reconocimiento ni la valoración social que le corresponde, ha estado históricamente relegado a las mujeres y otros colectivos vulnerables, y, por lo tanto, fuera de foco de la salud laboral.

Durante las últimas décadas, la sociedad española ha experimentado grandes transformaciones demográficas y socioeconómicas como el envejecimiento de la población, el aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo remunerado (sin voluntad de abandonarlo) y la transición de familias extensas a familias nucleares y monoparentales. Las nuevas necesidades sociales derivadas de estas transformaciones, sumadas a la perpetuación de la división sexual del trabajo reproductivo y a un Estado del bienestar siempre insuficiente, han implicado un cambio en la gestión del trabajo del hogar y de cuidados. Básicamente, el aumento de los hogares que externalizan el trabajo del hogar y de cuidados, en

numerosas ocasiones realizado por mujeres inmigrantes procedentes de países no comunitarios en condiciones de informalidad y precariedad.⁽¹⁾

En la actualidad, en España en 2024, declaran estar trabajando en actividades relacionadas con servicios prestados en hogares familiares entre 600 y 700.000 personas, de las cuales alrededor del 95% son mujeres,⁽²⁾ mayores de 40 años y migrantes. Desde 2011 con la regulación de la situación laboral de las empleadas del hogar,⁽³⁾ el número de personas afiliadas al régimen especial para empleados de hogar ha ido creciendo, hasta llegar en la actualidad a 355.000. Una diferencia entre EPA y afiliación que permite estimar que aproximadamente un 50% de ellas trabajan en la informalidad.

En este contexto, las condiciones de trabajo, de acuerdo a un reciente informe de Oxfam Intermón, suelen ser precarias, con una elevada prevalencia de exposición a riesgos ergonómicos como levantamiento de cargas y posturas forzadas, junto a exposiciones a productos tóxicos relacionados con la limpieza y largas horas de trabajo.⁽⁴⁾

Vigilancia de la salud en el ámbito del hogar familiar

Los trabajos de servicio en el hogar familiar se sitúan entre las esferas mercantil y privada, pero más cerca de ésta última. El hecho que este tipo de trabajos se realice en el ámbito privado es determinante para entender las condiciones de ocupación y de trabajo específicas en las que se concreta, que en algunos casos se han definido como premodernas.⁽⁵⁾ De hecho, se trata de un espacio físico en el que las inspecciones de trabajo no están permitidas, lo que puede favorecer la arbitrariedad de la persona empleadora y la desprotección, vulnerabilidad y aislamiento.

Esto se ha visto agravado por una falta de recursos públicos y por una regulación laboral específica e insuficiente. En el largo proceso de equiparación del empleo del hogar al resto de ocupaciones, y para las personas que están dadas de alta en la seguridad social (formalizadas), el pasado septiembre se publicaba el RD 893/2024, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar,⁽⁶⁾ dando respuesta a un tipo de ocupación de carácter muy especial, pues es un trabajo en un hogar familiar, que no es una empresa, y que está protegido por un derecho básico de inviolabilidad del domicilio.

En el artículo 8 del RD 893/2024, recientemente comentado de manera crítica y exhaustiva por García González,⁽⁷⁾ se establece que la persona empleada en el hogar tiene derecho a la vigilancia de la salud, no la obligación (sic), mediante “un reconocimiento médico adecuado que tenga en cuenta todos los riesgos a los que la persona trabajadora pueda quedar expuesta, según se hayan identificado en la evaluación de riesgos”, al menos cada tres años y bajo la responsabilidad del empleador.

Ahora bien, esta vigilancia de la salud se llevará acabo con medios públicos, como explica la Disposición adicional 6ª: “El Ministerio de Sanidad promoverá la inclu-

sión de la realización gratuita de los reconocimientos médicos previstos en el artículo 8 en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en los términos del artículo 8 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización”.

Por otro lado, el INSST ha puesto a disposición de las personas y asociaciones una herramienta gratuita para realizar digitalmente la evaluación de riesgo, y así orientar la vigilancia de la salud de manera específica (<https://www.prevencion10.es/>).

En este sentido, conviene no olvidar que las personas particulares que contratan estos servicios tienen una especial obligación de formalizar estas relaciones, especialmente desiguales dada las situaciones de vulnerabilidad en la que viven muchas de estas personas. Por otra parte, en numerosas ocasiones estas personas requieren del apoyo de los sindicatos y asociaciones para hacer valer sus derechos, sin que ello ponga en riesgo su empleo.

Vigilancia de la salud desde el sistema nacional de salud

Así pues, el desarrollo de esta decisión permitirá integrar estos empleos en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y asegurar unas condiciones de trabajo seguras y saludables que dignifiquen estos empleos. Por otro lado, facilitará la evaluación, tanto en términos de salud como de gestión y coste económico, el hecho de la incorporación de la vigilancia de la salud laboral en el Sistema Nacional de Salud, entre cuyas ventajas estará la necesaria integración en la historia clínica electrónica única de cada persona, de la información clínica de sus contactos con el sistema de salud, en primaria y especializada, junto con los resultados de los exámenes de salud específicos relacionados con sus riesgos laborales.

En este contexto, se plantea el reto de articular mecanismos eficaces que garanticen la protección de las personas trabajadoras del empleo del hogar, conforme a lo establecido en el R.D. 893/2024, y al mismo tiempo asegurar una Vigilancia de la Salud coherente con los principios de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Esta situación representa también una oportunidad estratégica: avanzar hacia un modelo de salud laboral más integral, coordinado y accesible, plenamente integrado en el sistema público de salud.

Esta es una novedad de la que hay que estar atentos, pues puede resultar de sumo interés que otras ocupaciones o actividades económicas o empresas pudieran acogerse a esta modalidad que puede ofrecer nuestro sistema público de salud en las mejores garantías. Además, esta iniciativa podría resultar especialmente relevante para determinados servicios de prevención de riesgos laborales en centros sanitarios, que podrían encontrar en ella una vía de colaboración y fortalecimiento de sus funciones.

Referencias

1. Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, Garí A. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med*. 2009; 68(10):1866-74. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.02.046.
2. Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Población Activa, últimos datos. [Citado 30 Jun 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
3. Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar. [Citado 30 Jun 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/11/14/1620/con>
4. Oxfam Intermón. Trabajo invisible y cuerpos rotos. Radiografía del empleo de hogar y cuidados en España. Oxfam Intermón; 2025.
5. Carrasco C, Borderías C, Torns T. El trabajo de cuidados: Antecedentes históricos y debates actuales. Barcelona: Icaria; 2011.
6. Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar. [Citado 30 Jun 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2024/09/10/893>
7. García González, G. La nueva ordenación de la seguridad y salud laboral en el empleo del hogar: un equilibrio precario entre la retórica legislativa y los desafíos de su implementación *Lex Social, Revista De Derechos Sociales*. 2025; 15 (1): 1–38. doi.org/10.46661/lexsocial.11545.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

La vacunación de la gripe en el personal sanitario

Flu vaccination for healthcare workers

Àngel Plans Cañamares¹  0000-0003-3199-0361

¹Coordinador del Registro voluntario de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios de Cataluña. Societat Catalana de Salut Laboral. España.

Fechas · Dates

Recibido: 12/12/2025
Aceptado: 14/12/2025
Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

Àngel Plans Cañamares
Coordinador del Registro voluntario de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios de Cataluña. Societat Catalana de Salut Laboral.
E-mail: 15261apc@comb.cat

La gripe es una enfermedad respiratoria de etiología vírica, de incidencia estacional con una contagiosidad muy alta. Su virus causante, el virus influenza, tiene una alta capacidad de mutación, lo que le permite superar la inmunidad procedente de infecciones con cepas previas. Clínicamente, provoca una infección respiratoria aguda con sintomatología leve, aunque en algunos casos, presenta afectaciones graves que pueden requerir ingreso hospitalario y complicaciones graves. La repercusión social de las epidemias anuales de la gripe está muy relacionada con el tipo de virus que predomina ese año y con los hábitos sanitarios de la población que contribuyan a minimizar la capacidad de transmisión, dado que, una vez afectado un individuo, no existe ningún tratamiento efectivo realmente eficaz.⁽¹⁾

En la práctica, se estima que en la temporada anterior 2024-2025 en España se vieron afectados/as 1,71 millones de ciudadanos por la gripe (un 3,7% de toda la población española), con 33.600 hospitalizaciones, 1.800 ingresos en UCI y 1.930

defunciones, lo que evidencia que se trata de un importante problema de salud pública, aunque por diversas razones está socialmente infravalorado.⁽²⁾

Seguramente la gripe es la enfermedad que se ha cobrado más vidas a lo largo de la historia. Los primeros registros escritos sobre la gripe son de hace 2400 años, cuando Hipócrates describió sus síntomas en el cuerpo humano. La primera cepa global de gripe de la que tenemos constancia se originó en Asia, en 1850, provocando una pandemia mundial que se expandió hasta África y gran parte de Europa. Sin duda la mayor pandemia de gripe fue la del año 1918, que provocó alrededor de 50 millones de muertes, el 6% de la población mundial de aquel entonces. Se estima que solo en las primeras 25 semanas murieron más de 25 millones de personas.⁽³⁾

Los efectos devastadores de aquella pandemia, generaron múltiples esfuerzos para prevenir el contagio viral, extremándose las recomendaciones de las medidas de protección higiénico-sanitarias (mascarillas, ventilación, lavado de manos, etc.) y el desarrollo de tratamientos preventivos que dotasen al individuo de protección antes de la exposición. Estos esfuerzos cristalizaron en EE.UU., a finales de los años cuarenta, con la obtención de la primera vacuna antigripal, cuya aplicación se restringió inicialmente a los miembros de las fuerzas armadas americanas, pero que una vez perfeccionada y tras la evidencia de una nueva pandemia entre los años 1957 y 1958, se puso a disposición de la población general.⁽⁴⁾

En años posteriores, y con la progresiva adecuación anual de la composición vacunal, se fueron concretando diversos grupos de indicación de vacunación prioritaria, entre los que se incluyó a los profesionales sanitarios, tanto por su papel como vector de contagio a los/as pacientes especialmente vulnerables, como por ser un colectivo esencial en la atención sanitaria.

Dejando aparte las medidas de contención higiénica de las enfermedades transmisibles, es sabido que la vacunación es el sistema más efectivo para reducir el impacto de la enfermedad en la población. Aunque en el caso de la gripe, la vacunación no alcanza un grado de protección alto, sigue siendo la forma más efectiva para reducir la repercusión del virus en cualquier colectividad. La mayor parte de los afectados graves por la gripe lo son por complicaciones de enfermedades ya preexistentes, por lo que la vacunación se dirige prioritariamente a los integrantes de estos grupos de riesgo para evitar el contagio y, por tanto, su afectación. En España, hay que recordar que la primera regulación sistemática de programa vacunal del adulto no se estableció hasta el año 2004, en la Ponencia de Vacunación del Adulto del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En esta propuesta se establece la indicación de vacunación de la gripe del personal sanitario, si bien se restringe a los "médicos/as, enfermeros/as y otro personal intra y extrahospitalario, que atiendan a personas de alto riesgo (ancianos, trasplantados, personas con sida, etc.)."⁽⁵⁾

Esta primera recomendación oficial española de vacunación de la gripe se basa en que el control ideal de una enfermedad infecciosa pasa por su prevención, y estaba avalada por los criterios de todas instituciones sanitarias internacionales. Desgraciadamente, la propuesta no se acompañó de una información detallada

a los profesionales sanitarios sobre los beneficios personales y éticos que comportaba, dándose por sobrentendido este conocimiento previo. Tampoco hubo ninguna aportación a los diferentes programas de formación para las diferentes profesiones sanitarias. El resultado fue que la implantación de estos criterios de vacunación fue y ha sido siempre muy limitada.

El Registro de Vacunación de la Gripe en el personal sanitario de Cataluña se inició en el año 2012, desde la Societat Catalana de Salut Laboral, con el apoyo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Su objetivo era saber el grado de vacunación de los/as profesionales sanitarios/as catalanes/as. Su formato de registro, basado en la información de los/as profesionales sanitarios/as encargados/as de la vacunación anual en cada centro, y el ámbito relativamente pequeño del conjunto de estudio (todas las instituciones sanitarias de Cataluña), hace que sus resultados sean una fuente de información razonablemente muy fiable del grado de implantación vacunal de los/as sanitarios/as de Cataluña.

Dicho registro ha experimentado una evolución que puede estar relacionada con múltiples factores (Tabla 1), cuyo análisis es importante para mejorar el grado de cobertura. Así, en Catalunya, el nivel de vacunación de los profesionales sanitarios experimentó un ascenso progresivo desde el año 2012 hasta el año 2019, en que se llegó a un nivel de vacunación del 30,98% del personal sanitario. En el año 2020, coincidiendo con la pandemia SARS-COV2, se experimentó un ascenso muy importante de este índice, llegándose a superar el 40% de vacunación. Lamentablemente, y desde entonces, se ha observado un descenso progresivo hasta situarnos a niveles del 25% de vacunación, parecidos a aquellos que se registraban en 2018 (Figura 1).

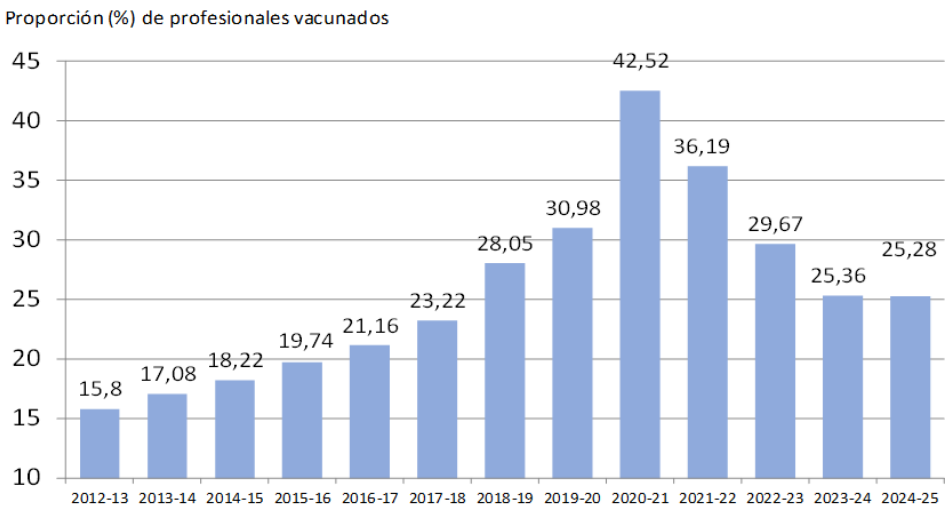


Figura 1. Cobertura vacunal frente a la gripe (proporción de profesionales vacunados/as) en profesionales de hospitales de Catalunya, periodo 2012-13 a 2024-25. Fuente: Registro voluntario de los Servicios de Prevención de hospitales de Cataluña, Societat Catalana de Salut Laboral.

Existen diversos trabajos que han intentado evaluar las causas del rechazo de los profesionales sanitarios a la vacunación.⁽⁶⁾ Los motivos más frecuentemente reportados son la falta de confianza en la seguridad de la vacuna, el no haberse vacunado nunca en sus años de profesión, las dudas sobre la efectividad de la vacuna, la infravaloración de la importancia de la gripe como enfermedad, la no percepción de pertenecer a un grupo de riesgo y la falta de conciencia en el papel de transmisión de la enfermedad al trabajar directamente con pacientes.⁽⁷⁾ Por otra parte, el nivel de vacunación de la población de mayor edad en nuestro entorno (entre los que también se encuentran profesionales sanitarios/as ya jubilados) es relativamente satisfactorio.⁽⁸⁾

Tabla 1. Campaña de vacunación frente a la gripe en los profesionales de hospitales de Cataluña, periodo 2012-13 a 2024-25: hospitales participantes, población laboral de los mismos, profesionales vacunados y cobertura vacunal global (% de profesionales vacunados del total de profesionales de cada centro), mínima y máxima observada en cada campaña. Fuente: Registro voluntario de los Servicios de Prevención de hospitales de Cataluña, Societat Catalana de Salut Laboral.

Campaña de vacunación anti-gripal	Hospitales	Población laboral	Profesionales vacunados	Cobertura vacunal	Cobertura mínima	Cobertura máxima
	N	N	n	%	%	%
2012-13	27	46.799	7.397	15,8	4,9	33,5
2013-14	53	78.127	13.354	17,1	5,8	38,6
2014-15	55	79.152	14.418	18,2	7,1	41,5
2015-16	55	78.780	15.549	19,7	3,4	51,6
2016-17	72	85.222	18.031	21,2	1,1	43,8
2017-18	61	90.517	21.021	23,2	2,7	51,7
2018-19	56	83.876	23.527	28,1	4,1	59,5
2019-20	51	79.061	24.490	31,0	6,5	66,7
2020-21	46	95.089	40.431	42,5	15,6	69,1
2021-22	63	108.041	39.100	36,2	9,9	62,3
2022-23	58	114.526	33.983	29,7	13,4	51,4
2023-24	62	118.121	29.960	25,4	6,8	56,2
2024-25	52	119.478	30.207	25,3	13,7	57,4

En base a la evolución observada del índice de vacunación de personal sanitario en Cataluña durante la pandemia, y observando los índices registrados en el colectivo de población global de más de 70 años, me atrevería a proponer que el convencimiento ético de los profesionales respecto a la vacunación no superaría el 25%. Solamente la existencia de condicionantes de riesgo que ponen en peligro el propio estado de salud sería capaz de superar este nivel de inmunización. Esta conducta de autoprotección como factor determinante de la vacunación ya se produjo en la situación de pandemia, cuando se podía pensar que existía una mayor vulnerabilidad personal por la coincidencia de ambas exposiciones y se produce en el momento en que el profesional sanitario se ve a sí mismo como sujeto de riesgo por pertenecer al grupo de edad de mayor exposición.

En base a ello, los sanitarios demostrarían no seguir, respecto a sus criterios para la vacunación de la gripe, conceptos diferentes a los que sigue la población general, y que las opiniones de los/as profesionales respecto a la vacunación se establecen más por comentarios procedentes de fuentes sociales no científicas y socio-periodísticas, que no por un análisis personal y riguroso de líneas de información científica o de conocimientos sólidos instaurados en su formación. Este concepto entroncaría claramente con la falta de formación histórica ya explicada en la implantación de los planes de vacunación nacionales y, lo que es realmente dramático, en la ausencia de incorporación del concepto de la inmunización preventiva en la globalidad de los planes de formación de las diferentes profesiones sanitarias.

Esta necesidad de formación objetiva sobre los beneficios que puede aportar la vacunación del personal sanitario, deberá compatibilizarse con la necesidad de analizar muy detenidamente la vacunación específica en ámbitos de atención sanitaria muy concretos, donde para mejorar la calidad asistencial y preservar la salud de los pacientes, debe garantizarse la ausencia de riesgo de transmisión y puede llegar a justificar la obligación de vacunación. La preservación del beneficio colectivo es el gran argumento que da validez a esta decisión que, evidentemente, se enfrenta con los derechos individuales de cada uno de los y las profesionales, y que no pueden verse discriminados laboralmente por ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation. Influenza (seasonal). [Citado 09 Dic 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
2. Centro Nacional de Epidemiología. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. [Citado 09 Dic 2025]. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19y-otros-virus-respiratorios>
3. Spreeuwenberg P, Kroneman M, Paget J. Reassessing the Global Mortality Burden of the 1918 Influenza Pandemic. *Am J Epidemiol*. 2018;187(12):2561-2567. doi: 10.1093/aje/kwy191.
4. Tobin J. "The first Flu Shot" Heritage Project University of Michigan. [Citado 09 Dic 2025]. Disponible en: <https://heritage.umich.edu/stories/the-first-flu-shot/#a-pleasantly-energetic-young-man>
5. Grupo de trabajo de vacunación de adultos de la Ponencia de Programa y Registro de vacunaciones. Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004. Comisión de Salud Pública del Consejo interterritorial del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2004. [Citado 09 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/recoVacunasAdultos.pdf>
6. Villar-García J. Sobre los bomberos a los que les daba miedo el fuego. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2022;25(2):80-85. doi: 10.12961/apr.2022.25.02.01.

- 7.** Olmedo Lucerón C, Limia Sánchez A, de la Fuente Sánchez M, Galindo Moreno E, Grupo de Trabajo de Gripe. Las causas de reticencia a la vacunación contra la gripe en profesionales sanitarios de España: resultados de un estudio cuantitativo. *Vacunas*. 2022;23(3):174-182. doi:10.1016/j.vacun.2022.01.005
- 8.** Salut dona per acabada la temporada epidèmica d'infeccions respiratòries agudes. [Citado 09 Dic 2025]. Disponible en: <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/700542/salut-dona-acabada-temporada-epidemica-dinfeccions-respiratories-agudes>

Percepciones de mujeres trabajadoras sobre las condiciones laborales durante la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias en la salud

Working women's perceptions of working conditions during the COVID-19 pandemic and health consequences

Esther Castellanos-Torres¹  0000-0002-4832-5010

Mariana Loezar-Hernández²  0000-0003-4525-2300

Erica Briones-Vozmediano^{3,4,5}  0000-0001-8437-2781

¹Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Grupo de Investigación de Salud Pública, San Vicente del Raspeig (Alicante), España

²Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE), Santiago, Chile

³Departamento y Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida.

⁴Grupo consolidado de Estudios en Sociedad, Salud, Educación y Cultura (GESEC).

⁵Grupo de investigación en cuidados en salud (GRECS), Instituto de Investigación biomédica de Lleida (IRB-Lleida), Fundación Josep Pifarré

Fechas · Dates

Recibido: 16/01/2025

Aceptado: 09/02/2025

Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

Mariana Loezar-Hernández

Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE), Santiago, Chile

E-mail: mariana.loezar@micare.cl

Resumen

Introducción: Las medidas de protección frente a la COVID-19 impactaron en las condiciones de empleo y trabajo. El objetivo de este estudio fue explorar las percepciones de las mujeres asalariadas de la Comunidad Valenciana sobre sus condiciones laborales durante la pandemia de la COVID-19 y su influencia en su salud.

Método: Se empleó el enfoque cualitativo basado en 17 entrevistas semiestructuradas y 3 grupos focales a mujeres trabajadoras entre 25-74 años residentes en la Comunidad Valenciana. Se realizó un muestreo teórico y por bola de nieve. Los datos se analizaron según la aproximación de análisis de contenido cualitativo.

Resultados: Se identificaron las siguientes categorías: 1) Percepciones sobre la profundización de la precariedad en sectores tradicionalmente feminizados y desfavorecidos; 2) Elementos estresores identificados que afectan la salud auto percibida de las trabajadoras

3) Experiencias laborales y percepciones de malestar en la salud mental y musculoesquelética, y 4) Estrategias de afrontamiento y factores protectores para la salud frente al estrés vivido. Las medidas de protección contra la COVID-19 afectaron sectores ya precarios, aumentando el estrés laboral, afectando la salud mental y musculoesquelética debido a cargas de trabajo más altas, miedo al contagio, escasez de equipos de protección y dificultades para conciliar trabajo y familia.

Conclusiones: La crisis sanitaria agravó la precariedad laboral de las mujeres y empeoró su salud, especialmente en sectores ya precarizados como limpieza y trabajo doméstico. Este estudio resalta la urgencia de reformas laborales que promuevan la corresponsabilidad y protejan los derechos laborales de las mujeres, también en contextos de crisis como la pandemia de la COVID-19.

Palabras clave: COVID-19; Salud Laboral; Mujeres Trabajadoras; Condiciones de trabajo; Investigación Cualitativa.

Abstract

Introduction: Protective measures implemented against COVID-19 had a significant impact on working conditions. This study aimed to explore the perceptions of working women in the Valencian Community regarding their labor conditions during the COVID-19 pandemic and the influence of these conditions on their health.

Method: A qualitative approach was employed, based on 17 semi-structured interviews and 3 focus groups with working women aged 25–74 residing in the Valencian Community. Theoretical and snowball sampling techniques were used. Data were analyzed using a qualitative content analysis approach.

Results: Three main categories were identified: 1) Perceived deepening of precariousness in traditionally feminized sectors; 2) Identified stressors affecting workers' self-perceived health; 3) Work experiences and perceptions of distress and musculoskeletal issues; and 4) Coping strategies and protective factors for health in the face of experienced stress. COVID-19 protection measures affected already precarious sectors, increasing work stress and affecting mental and musculoskeletal health due to higher workloads, fear of infection, shortages of protective equipment, and difficulties in balancing work and family life.

Conclusions: The health crisis aggravated women's labor precariousness and worsened their health, especially in already precarious sectors such as cleaning and domestic work. This study highlights the urgency of labor reforms that promote co-responsibility and protect women's labor rights, also in crisis contexts such as the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; Occupational Health; Women Working; Working Conditions; Qualitative Research

Puntos clave

- Necesidad de proteger empleos feminizados y con mayor precariedad laboral.
- Acciones en las empresas que fomenten corresponsabilidad en cuidados.

- Primordial el abordaje de los riesgos psicosociales con impacto en la salud mental en las crisis sanitarias

Introducción

La pandemia de COVID-19, causada por el virus SARS-Cov-2, impactó severamente en sectores feminizados como el comercio, hostelería, educación y sanidad, donde se concentra más del 50% del empleo de las mujeres.⁽¹⁾ El Real Decreto-ley 8/2020, aunque diseñado para paliar el impacto, resultó insuficiente para estos ámbitos. Su enfoque en ERTes no protegió eficazmente la precariedad de los contratos temporales y a tiempo parcial —ocupados mayoritariamente por mujeres—, lo que se tradujo en una caída más intensa de su empleo y horas trabajadas, reflejada en una tasa de paro 3,3 puntos superior a la masculina en 2021 (15,5% vs. 12,2%).⁽²⁾

La tensión e inseguridad laboral,^(3,4) unida a la desproporcionada recarga de cuidados,⁽⁵⁾ deterioró gravemente la salud mental de las mujeres. Ello aumentó el consumo de psicofármacos y el presentismo laboral (42% de mujeres vs. 32% de hombres trabajaron enfermos).⁽⁴⁾ La Encuesta COTS situó a ocupaciones feminizadas como gerocultoras (73%), auxiliares de enfermería (72%) y limpiadoras (67%) entre las más afectadas en bienestar psicosocial.⁽⁴⁾ Otro estudio en la población asalariada, reportó mayor prevalencia de ansiedad (31,2% vs. 17,7%) y depresión (28,5% vs. 16,7%) en mujeres, sugiriendo que la precarización laboral y la sobrecarga de cuidados fueron factores clave.⁽⁵⁾

Ante esta evidencia, profundizar en la perspectiva subjetiva de las propias mujeres trabajadoras podría aumentar el conocimiento sobre el fenómeno y contribuir a informar políticas con enfoque de género. Por ello, el objetivo de este estudio fue explorar las percepciones de mujeres asalariadas de la Comunidad Valenciana sobre cómo las condiciones laborales durante la pandemia afectaron a su salud.

Métodos

Este estudio cualitativo exploratorio, realizado entre mayo y noviembre de 2022, forma parte del proyecto *"Género, empleo, trabajos y salud en la Comunidad Valenciana"*,⁽⁶⁾ en el marco del cual se realizó un análisis de género de las condiciones de empleo y trabajo, y de su influencia sobre la salud y el bienestar en población trabajadora de dicha comunidad autónoma, con atención sobre la situación tanto antes como después de la irrupción de la pandemia.

Se seleccionaron a 48 mujeres mediante un muestreo teórico basado en perfiles previamente definidos en función de la edad, sector económico y ocupacional, nivel de estudios, país de nacimiento y lugar de residencia por provincia. La identificación, selección y reclutamiento de participantes se llevó a cabo mediante una prospección inicial en línea que permitió elaborar una base de datos de 222 registros, complementada posteriormente con la técnica de bola de nieve.⁽⁶⁾ Los con-

tactos directos se obtuvieron a partir de directorios de asociaciones profesionales, cooperativas, redes sociales (LinkedIn, Twitter, Facebook) y de la información disponible en las páginas web de las empresas sobre sus plantillas.

Dos investigadoras efectuaron 13 entrevistas individuales semiestructuradas, 1 entrevista triangular y 6 grupos focales a través de la plataforma Zoom (50 y 90 minutos), grabadas en audio y transcritas literalmente (Tabla 1 y Anexo 1). Se utilizó un guion con 5 bloques temáticos: presentación y contexto de las participantes, percepción de su estado de salud física y mental desde que empezó la pandemia, el impacto de la pandemia de la COVID-19 en las condiciones de trabajo, cuidados informales y tareas domésticas, y necesidades en el entorno laboral. Las entrevistas se realizaron hasta alcanzar el principio de saturación del discurso, es decir, cuando no surgían aportaciones nuevas. Para la preparación del material de análisis se transcribieron las entrevistas y grupos de discusión respetando los criterios de validez y fiabilidad propuestos por Kvale.⁽⁷⁾ Éstas se importaron al software Nvivo, se hizo un análisis de contenido cualitativo⁽⁸⁾ utilizando un árbol de códigos inicial basado en el guion de entrevista, al que se fue agregando nuevos códigos. Las categorías fueron discutidas y redefinidas entre las autoras hasta su formato final. Se utilizaron citas literales para sustentar los resultados del análisis.

Previamente a la realización de las entrevistas, se proporcionó a las participantes la hoja informativa y el consentimiento informado. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Alicante (Expediente UA-2022-04-29). Se respetaron la confidencialidad de los datos y los datos primarios fueron resguardados por el equipo investigador bajo protección con contraseña.

Tabla 1. Distribución de las participantes según su grupo económico-profesional y modalidad en la técnica de participación. Comunidad Valenciana, 2022.

Grupos económicos y profesionales	Entrevista individual	Entrevista triangular	Grupo Focal	Total
	n	n	n	n
Cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	0	0	7	7
Sector agroalimentario y distribución: operarias, agricultoras y cajeras	3	0	0	3
Empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	1	0	6	7
Actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	0	0	7	7
Sector de limpieza: hoteles, residencias, y hogares	2	0	4	6
Servicios de atención sociosanitaria y cuidados: geriatría y trabajo social	1	3	2	6
Servicios de atención socioeducativa: profesoras, animadoras juveniles y socioculturales	2	0	1	3
Profesionales sociosanitarias: enfermeras, médicas, farmacéuticas, fisioterapeutas y psicólogas clínicas	2	0	4	6

Atención ciudadana: profesionales esenciales de seguridad, de emergencia y servicios funerarios	2	0	1	3
Total	13	3	32	48

Resultados

Los resultados obtenidos se integraron en un esquema conceptual con las categorías y sus respectivos códigos (Figura 1): 1) Percepciones sobre la profundización de la precariedad en sectores tradicionalmente desfavorecidos y feminizados; 2) Elementos estresores identificados que afectan la salud de las trabajadoras; 3) Experiencias laborales y percepciones de malestar en la salud mental y musculoesquelética; y 4) Estrategias de afrontamiento y factores protectores para la salud frente al estrés vivido.

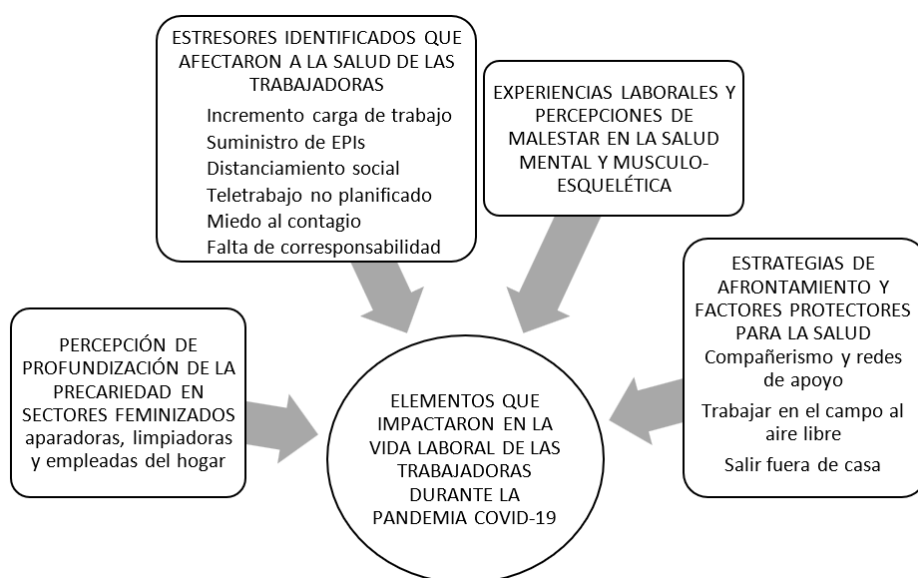


Figura 1. Impacto percibido de la pandemia de la COVID-19 en las trabajadoras de la Comunidad Valenciana (2022).

Percepciones sobre la profundización de la precariedad en sectores históricamente desfavorecidos y feminizados

Según las entrevistadas (Tabla 2), la pandemia empeoró su situación, especialmente en sectores precarizados, como aparadoras en la industria textil y de calzado, y trabajadoras del hogar y la limpieza. Ellas enfrentaron un mayor riesgo de contagio por la falta de medidas de seguridad, falta de reconocimiento de sus derechos laborales y poco respaldo institucional. Esto se tradujo en una intensificación de la carga laboral, ya que muchas trabajaron más horas de las pactadas

para no perder ingresos, ocultando incluso sus casos de COVID-19 por la necesidad de no ausentarse en el trabajo. Además, muchas no tuvieron la posibilidad de acceder a ERTes ni bajas por enfermedad.

En el sector de la limpieza, temían más un empeoramiento de sus condiciones laborales que al contagio. Su miedo era a las posibles consecuencias para ellas y sus familias si las despedían o si la empresa cerraba. Su principal temor era ser sancionadas por baja productividad, enfrentarse a la falta de seguridad en el trabajo o perder su empleo y sueldo por un despido. Esta situación agravó su vulnerabilidad, ya que en su mayoría eran cabeza de familia en hogares monomarentales.

Se observaron diferencias entre las limpiadoras contratadas por empresas de trabajo temporal (ETT) o externalizadas, y aquellas empleadas directamente por los hoteles. Las primeras sufrieron despidos abruptos (incluso por WhatsApp), antes de la declaración del RD 8/2020. En cambio, las segundas pudieron acogerse al ERTE, pero sus ingresos fueron muy bajos ($\leq 400\text{€}$), la mayoría tenía contratos a tiempo parcial. Los despidos y su desprotección laboral generaron una movilización dentro del colectivo para presionar a nivel político.

Tabla 2. Verbatims sobre la percepción en el empeoramiento de sectores ya precarizados: el caso de las aparadoras, limpiadoras y trabajadoras del hogar. Comunidad Valenciana, 2022.

Códigos	Verbatims
Explotación laboral agravada por la pandemia	<i>La que tenía la suerte en el contrato pues la mandaban para casa y ya por fin el contrato y no cobraba ni ERTE, ni baja, ni nada de nada /.../ te lo callas y procuras no contagiar a nadie. (P11, Aparadora)</i> <i>De los protocolos cuando volvimos al hotel era muy de cara a la galería estaban ahí todos puestos, pero el número de habitaciones que teníamos que limpiar no disminuyó, sino que, al contrario, puesto que no se contrataba a nadie, no se hacían contratos de temporada ni nada de esto, pues en realidad incluso en algunos lugares aumentaron el número de habitaciones a limpiar. Así que el protocolo Covid, digamos que no se cumplía porque era imposible. (P26, Camarera de piso)</i> <i>El contrato a tiempo parcial significa 4 horas o 5 horas, éstos de 5 horas abundan un montón. Qué pasó con esas mujeres que a pesar de ser fijas en los hoteles estaban contratadas por media jornada, que no llegaban ni a los 400 euros o algo así de ERTE. Pero decías bueno, al menos tengo ese dinero, pero las que estaban por ETT o externalizadas, se fueron a la puta calle sin ninguna otra explicación, antes de que saliera el Real Decreto. (P25, Camarera de piso)</i>
Incidencia política de las mujeres organizadas del sector	<i>Hicimos llamadas telefónicas como asociación de camareras de pisos, muchas llamadas telefónicas, muchos emails, incluso les llegamos a mandar el correo del BOE de las Islas Baleares para decirle por favor si lo han hecho allí, hacer aunque sea un copia y pega /.../ y bueno el 25 de abril, se consiguió que después de muchas horas al teléfono y cabreos bastante considerables, que se hiciera esa Ley. (P25, Camarera de piso)</i>
Precariedad histórica del sector y abandono institucional	<i>Volvemos a lo de siempre, un sector que está precarizado ya históricamente, pues ¿qué hizo?, acudir a esta precarización en una sociedad, en un Estado donde desde el gobierno de turno, pasando por instituciones públicas y privadas y las mismas trabajadoras de hogar y cuidados y sociedad en general, pues no contemplan que se merezcan los derechos laborales, porque este sector no está considerado como una profesión que merezca unos derechos (P29, Empleada del hogar)</i> <i>Creo que es el único trabajo en el mundo donde te ves obligada a dormir en tu puesto de trabajo porque todo el mundo trabaja y cuando termina la jornada se va a su casa. En nuestros casos no. (P30, Empleada del hogar)</i>

Temor a pérdida de empleo	<i>No solo dependes tú de ti misma, dependes tú y tus hijos y tú un día te quedas sin comer, dos, bueno, el tercero te duele la tripita, pero a tus hijos le duele el primer día, entonces te tienes que lanzar a la calle (P26, Camarera de piso)</i> <i>También tienen miedo del hotel, y tienen miedo a que le levanten una sanción por baja productividad, por no haber hecho bien las habitaciones, porque te levantan sanciones. (P25, Camarera de piso)</i> <i>Mis compañeras no tenían miedo del virus, mis compañeras tenían miedo del hambre, el servicio doméstico, es un trabajo muy duro, muy, muy duro, y no consiste sólo en limpiar, consiste en aguantar a la gente (...) ninguna tuvo miedo de contagiarse. Ninguna dijo que no quería ir a algún sitio porque tenía miedo (P28, Gerente trabajadora pyme empresa de limpieza)</i>
----------------------------------	---

Elementos estresores identificados que afectan la salud de las trabajadoras

En todas fue común experimentar presión en sus trabajos, estrés laboral y riesgo de burnout. Los motivos fueron el incremento de carga de trabajo, disposición o no de elementos de protección individual (EPIs), distanciamiento social, teletrabajo improvisado, miedo al contagio; y falta de corresponsabilidad en los hogares (Tabla 3).

Aumento de exigencias laborales

Las participantes refirieron que durante la pandemia su carga de trabajo incrementó. En el sector de cuidados, una mujer relató que los primeros momentos fueron una "locura" y no vino acompañado de una mayor mano de obra para su desarrollo, además de un incremento de horas en las jornadas laborales llegando a hacer turnos de 12 o 14 horas. En los centros residenciales, sus restricciones conllevaron que las jornadas dentro de la residencia se alargaron para evitar el movimiento y el contagio.

Las condiciones laborales no solo cambiaron en términos de organización, sino que también se transformaron las modalidades de trabajo, adoptándose el teletrabajo. A ello, dos entrevistadas del ámbito educativo lo vieron como una ventaja en cuanto a flexibilidad, aunque a costa de un aumento en la carga laboral y de las dificultades para separar trabajo y familia.

Medidas preventivas y su impacto en la experiencia laboral durante la pandemia

Otro elemento estresor fue la disponibilidad e implementación de medidas de protección frente al SARS-CoV-2. Por ejemplo, hubo una carencia inicial de mascarilla que se intensificó en aquellos trabajos ya precarizados.

Quienes ocupaban puestos de responsabilidad sufrieron estrés por las dificultades en la gestión y administración de EPIs. Por ejemplo, una informante del sector agroalimentario incidió que la búsqueda de mascarillas fue un hándicap al inicio de la pandemia. En algunos casos fue muy difícil encontrar el material debido al aumento de su coste, por lo que algunos colegios profesionales pactaron con algunas empresas el suministro a un precio razonable. Otras participantes sintieron

que se estaba incurriendo en prácticas ilegales al intentar conseguir EPIs, que fue descrito como un “trapicheo” o “corrupción”. Ello generó un clima de inseguridad e irregularidades.

Otras de las medidas para evitar el contagio fue el distanciamiento social entre las trabajadoras, mediante el establecimiento de turnos de trabajo para no coincidir, o las pantallas protectoras separadoras entre los puestos de trabajo. En consecuencia, disminuyeron los espacios de socialización entre las trabajadoras, lo que produjo una percepción de aislamiento y soledad.

El miedo al contagio surgió en muchas participantes como una de las principales fuentes de estrés, particularmente por temor a infectar a sus familiares. Tuvieron que equilibrar las exigencias laborales con el constante miedo al contagio. Esto las llevó a tomar medidas extremas, como separarse de sus familias durante largos períodos, dedicar tiempo a limpiar exhaustivamente los espacios después de contactar con personas contagiadas, o incluso postergar las comidas para no quitarse la mascarilla en el lugar de trabajo. Aprender a trabajar mientras se lidiaba constantemente con el miedo fue uno de los mayores desafíos mencionados por las participantes.

Falta de corresponsabilidad en el hogar.

Para las participantes, la conciliación fue experimentada con mucho estrés, ya que señalaron la falta de corresponsabilidad con sus parejas, lo que contribuyó al aumento de su estrés laboral y sobrecarga mental. En situaciones de monomarentalidad, se sumaba la responsabilidad en solitario de cuidar. Recurrir al apoyo de las abuelas, que asumían el riesgo de contagio, generaba aún más presión sobre estas mujeres. Esta fue la solución también cuando en la pareja trabajan en servicios esenciales, situación que se describió como “caótica”.

Con la opción del teletrabajo, las parejas se enfrentaron a nuevos desafíos en cuanto al trabajo doméstico y de cuidados. Sin embargo, una entrevistada reportó una sensación de carga constante de estrés y agotamiento por la sobrecarga mental que asumía respecto a su pareja, más teniendo en cuenta los esfuerzos en su trabajo presencial.

Tabla 3. Verbatims sobre los estresores que impactan en la salud auto percibida de las trabajadoras. Comunidad Valenciana, 2022.

Códigos	Verbatims
Incremento carga de trabajo	<i>Fue una locura. Entonces ahí hubo faltas, tuvieron que parar las máquinas y tuvimos que recuperarlo (...) otros sábados por la tarde (...) pusieron turnos, después de todo, los 7 días que hicimos trabajados, como ya no le salía rentable tampoco al jefe, porque quieras o no, los fines de semana se paga doble. Si son por la tarde se paga más y si es por la noche se pagan más todavía. O sea que entre una cosa y otra estaban habiendo bastantes pérdidas. (P09, Operaria cadena producción agroalimentaria)</i> <i>Las restricciones entraron, se dividieron en zonas, las residencias que tenían permiso para entradas de visita las 24 horas del día se cerraron, y los usuarios se comenzaron a sentir desorientados porque cambió totalmente su estilo de vida. Es decir, que hubo un cambio tan radical en todo sentido. No podían salir de sus habitaciones, dividieron el comedor, los espacios que eran para comedor y sala se tuvieron que extender porque claro había que extender, hacer más grande el espacio donde ellos comían (P34, Trabajadora social)</i>
Suministro de EPIs y estrategias para conseguirlas	<i>¿Si no te hacen un contrato, te van a dar un EPI, una mascarilla? No te lo dan, no dan nada, no te dan ni tus derechos, que se supone que tenías que tener, ni el reconocimiento, (...) Si la tenía es porque te las comprabas (P11, Aparadora)</i> <i>Nosotras en ningún momento hemos tenido EPIs, puesto que en los hoteles en ningún momento han tenido EPIs. Nos daban la mascarilla quirúrgica, si es cierto, guantes todos los que tú quieras, porque los teníamos antes y los seguimos teniendo ahora (P26, Camarera de piso)</i> <i>Yo súper agobiada (...) no encontraba mascarillas para mi equipo, no encontraba guantes para mi equipo, no encontraba gel hidroalcohólico. Gracias al pertenecer a una asociación de comerciantes, pues por medio de la asociación, poco a poco fueron contactando con empresas. Pero luego el pedido ya no sabía ni cuándo iba a llegar. Yo las primeras semanas lo pasé fatal, lo pasé fatal porque estaba padeciendo por mi equipo, o sea, sobre todo antes del estado de alarma (P07, Empresaria cárnica)</i> <i>Por la parte que yo tengo con lo del colegio de Fisios, (...) me tuve que encargar de la parte de suministro de EPIs (...) para encontrar un precio razonable, dentro de lo desorbitado que estaba (P43, Fisioterapeuta)</i> <i>En uno de los centros de esa empresa, que tenía un almacén muy grande, era el punto neurálgico de los EPIs. Ya entonces yo iba cada vez que iba a por material del que fuera y yo me iba luego a la resi y lo vivía con miedo por si me paraban y me lo requisaban. Aunque claro, porque eso que estaba pasando y ya ves tú, ni que estuviera trapicheando con cosas ilegales... (P31, Directora de residencia)</i> <i>El supervisor que había de guardia esa noche se movió y trajo FP2 quiero decir qué recursos había, pero quizá mal distribuidos. No sé, creo que sí, que hubo un tiempo que no hubo material, pero luego hubo y hubo un poco de corrupción, digamos con ese material (P41, Enfermera)</i>
El distanciamiento social y soledad	<i>Pusieron, ya te digo, muchas medidas, paneles, esto y lo otro. Pero sí que había y se notaba ese miedo, esa incertidumbre de la gente más separada, menos comunicación (P09, Operaria cadena producción agroalimentaria)</i> <i>Empezamos a ir días alternos a la oficina. También en verano hacíamos turnos, unos trabajábamos por la mañana y otros por la tarde y hacíamos como grupos estables de convivencia para que, si había un brote de uno de los dos grupos más, solo se tuviera que confinar a ese grupo. (P37, Directora de escuela de animación juvenil)</i>

Adopción del teletrabajo sin una planificación previa	Tengo muchas compañeras que me decían que les llegaban correos a las 5 de la mañana, con mucha carga, yo pensaba pues cuando pueden, cuando pueden conectarse, porque la conexión a internet de familia, familias que eran de tres hermanos, no siempre tenían dispositivos disponibles (P39, Profesora IES) En mi caso no fue tan complicado, porque al ser funcionaria y profesora, puedes llevar el ordenador en casa. La verdad es que a mí personalmente me cundió mucho el trabajo de dar clases, pero era más complicado de lo que parecía, mucho, mucho. (P45, Profesora Universidad)
Miedo al contagio y a sus consecuencias	(...) busca personal debajo de las piedras que encima lo invitas a venir a la guerra. Porque plántate un mono ocho horas ¿Sabes? Y haz el trabajo que haces habitualmente, pero con el miedo a contagiarte. Yo tengo trabajadoras que se separaron de sus familias para no poner en riesgo cuando hemos tenido brotes. Y da igual que fuera Navidad o que fuera ¿Sabes? (P31, directora residencia personas mayores) La sensación es la de vivir y trabajar un poco con el miedo. El miedo es la palabra que lo resume un poco todo miedo como madres, por ejemplo, como docente, el miedo era por mis alumnos, (...) Por lo tanto, también pasé un poquito de miedo por esa excesiva empatía que tengo con ellos y también lo viví con un poco de miedo. (...). Entonces yo estuve durante mucho tiempo sin almorzar en el centro para no quitarme la mascarilla. En ningún momento (P39, profesora IES)
Falta de corresponsabilidad en el hogar	He trabajado con mujeres mayores que yo, que la gran mayoría pues tenían su casa, sus hijos y más más cosas. Entonces pues ellas me contaban y yo sí que sí. La verdad era un poco difícil, (...) hay algunas que lo han tenido que sufrir sola porque también tenía compañeras divorciadas. Entonces también era un follón por el tema de los niños: "que hoy los tengo yo y tengo que trabajar, pero no salgo hasta tal hora y le tengo que decir a mi madre que los que los cuida, que no sé qué..." entonces sí, que sí, que sé cómo lo han pasado a las mujeres, las madres (P09, operaria cadena producción agroalimentaria) Mi marido era esencial y yo como fisioterapeuta se nos consideraba esenciales (...) fue un poco de desastre caótico, porque en la clínica prácticamente cerró, porque tenemos una parte muy asistencial (...) entonces organizar todo esto, trabajar en la clínica, estar con los niños todo el día, (...) Yo tuve la suerte de que mi madre fue la pudo ocuparse, vive cerca mío. O sea, las circunstancias aunaron y pude hacerlo así. Pero ya te digo que habrá gente que las habrá pasado muchísimo peor que yo. (P43, Fisioterapeuta) Mi marido teletrabajaba, yo hago turnos rotativos de seis horas durante todo el día. Tengo un turno, pero yo no lo sé hasta el día de antes (...) No solo es eso, vas al trabajo que tienes que hacerlo y aparte, pues tu vida familiar, como ha dicho la compañera, la comida todos los días de antes. Pues bueno, al menos algún día podías descansar. Los niños que quieren estar con su madre porque además son pequeños (...) "mamá, mamá" y claro, tu atención va a ello, pero tú llegas de trabajar cansada y encima, como habéis dicho, tienes que planificar y luego ejecutar algo, porque algo se habría dejado y por la mañana era agotador (P18, Estibadora) En mi caso te voy a hablar yo primero te digo que ha sido una verdadera locura, porque, yo tengo tres hijos durante la pandemia y he tenido durante la pandemia un cuarto. Como una locura. Gracias a Dios, pues mi marido podía teletrabajar y eso es lo que a mí me ha salvado totalmente, que él podía teletrabajar y aguantar allí a todos por casa como locos e intentando que entendieran que tenían que hacer, dar clases a través de una pantalla, ha sido una locura, ha sido una locura (P44, Farmacéutica)

Experiencias laborales y percepciones de malestar en la salud mental y musculoesquelética

Las cargas laborales excesivas y prolongadas aumentaron los riesgos psicosociales, afectando distintas dimensiones de la salud mental de las trabajadoras. Las profesionales sociosanitarias enfrentaron una gran exigencia asistencial, turnos extensos y readaptación y uso constante de EPIs.

Quienes ocupaban puestos directivos sumaron a esto la presión por tomar decisiones críticas (como implementar ERTes), lo que generó insomnio, ansiedad y mayor consumo de psicofármacos.

También se plantearon acudir a terapia como solución a sus problemas de salud mental derivado de la situación expuesta anteriormente. Las profesionales sanitarias explicaron que hubo un aumento significativo en las consultas y en la carga de trabajo en su campo, debido al creciente impacto de la ansiedad en la salud de la población.

Algunas explicaron que el confinamiento les provocó problemas musculoesqueléticos dada la falta de ejercicio y movimiento, que se veía restringido por no poder salir a la calle, y que se agudizaron en el caso de trabajos sedentarios. Una fisioterapeuta comentó que una vez que se levantó el confinamiento llegaron personas con afectación en la columna cervical y lumbar tras tiempo teletrabajando en casa sin los medios ergonómicos adecuados (Tabla 4).

Tabla 4. Verbtims sobre los motivos por los que hubo mayor incidencia en la salud mental y muscoesquelética

Códigos	Verbatims
Impacto de la sobrecarga laboral en la salud mental	<i>Hubo mucha sobrecarga de trabajo porque los pacientes seguían demandando cuidados. Entonces continuamos haciendo domicilios porque hay muchos pacientes encamados que continúan con los tratamientos (...) Cuando ibas a un domicilio a lo mejor volvías y te decían que era COVID positivo. Entonces tú ya te auto aislabas de tu familia, con lo cual ya tenías un sentimiento de soledad por no poder compartir (...) El estrés fue el hecho de adaptarse continuamente a la forma de trabajo, porque el COVID ocupó el 80% de la atención (P41, Enfermera)</i>

La carga de las decisiones críticas para las directivas durante la pandemia	<i>Tenía que abrir el negocio, creo que ha sido un poco estresante para las que hemos trabajado fuera de casa, que no nos hemos confinado. Claro, eso te va pasando factura, creo yo, aunque creas que no, pero psicológicamente han sido dos años duros (...) Luego de dejarme un poco, por ejemplo, el estado de estético, porque es que llegaba a un punto que como no salíamos, pues empiezas a ser así más dejada. (P13, Empresaria)</i> <i>Pero ya veis, a mí me pegó el palo cuando ya todos salíamos de esa situación tan agobiante. (...), a ti te pasa algo, análisis todo perfecto. Y cuando empezó con el dolor del pecho, que fue el síntoma último, dije o tengo un infarto o aquí hay algo que nunca me había pasado en todos los años de mi vida laboral e incluso personal nunca había tenido y he tenido situaciones muy jodidas en mi vida, no había vivido eso jamás. Y claro, cuando fui y me lo diagnosticaron ese mismo día salí dando botes. Yo que tengo ansiedad y que (...) y me ha dicho que eso en dos meses estoy como nueva. Lo que pasa es que luego me vino el palo físico y eso me costó más. Me costó. He perdido 10 kilos (P23, Gerente entidad de la construcción)</i> <i>La vida, aquí la vida sigue y sigue y hay que seguir alimentando a 120 personas. Hay que seguir aseándolas, curándolas, cuidándolas, estimulándolas. Entonces sí, supone hacer mogollón de cambios de habitación. Mogollón. O estás haciendo Tetris con el planning de habitaciones haciendo Tetris todo el tiempo (...) No duermo por las noches, me despierto un montón de veces. Estoy perdiendo peso a pasos agigantados. (...) Ha sido mucho trabajo, mucho cansancio físico, mucho, mucho cansancio mental. El estar siempre 24/7 pendiente de Excel, tablas, constantes llamadas (...) Yo estoy simplemente irritable y una ansiedad que a veces pienso que me va a matar. ¿Sabes? que ahora que pienso que es que me va a dar un jamacuco un día... (P31, Directora de residencia)</i>
Ansiedad, insomnio y consumo de psicofármacos	<i>Me cuesta, pero muchísimo, muchísimo dormir por las noches. Muchísimo. Te hablo de que me despierto cada hora. Es así y me despierto super cansada, que tú dices bueno, me voy a dormir porque estoy cansada, pero es que me levanto peor una sola vez. (P09, Operaria cadena producción agroalimentaria)</i> <i>Y fue tanto estrés, porque yo pasé mucho estrés que todavía tengo secuelas. De hecho, empecé a tomar valerianas para dormir y la sigo tomando. (P04, Emprendedora de un centro de recría ganadero)</i> <i>Yo tuve que recurrir a antidepresivos los quince primeros días, tuve que llamar a mi médico, decirle no puedo dormir ni con pastillas y ni pastillas, está la ansiedad que tengo, (...) (P33, Directiva)</i> <i>Yo llegué a tomar 20 miligramos de melatonina en la pandemia para poder dormir. (P42, Médica de atención primaria)</i>
Búsqueda de apoyo terapéutico	<i>Tengo que poner solución y sé que necesito hacer terapia y que me ayuden a quitarme esto que llevo encima. Porque me pesa, porque me pesa, porque estoy ya estoy lábil. (...) sí me siento un poco superada ya de todo esto (P31, Directora de residencia de personas mayores)</i> <i>Pensar como madre o pensar como hija o pensar como profe. Y me olvidé de mí, me olvidé de mí. Y salí directa a terapia. Terapia de psicología y psicología con agorafobia, con ansiedad, con inestabilidad emocional (P39, Profesora IES)</i> <i>fue para mí un caos. Bueno, a raíz de ese momento sí que hubo un tiempo que estuve también en terapia por el propio ritmo (P35, Trabajadora social)</i> <i>pacientes que han tenido que ir a psiquiatría, tratarse de psiquiatría por fobia, por miedo a contagiarse y perder su salud. Que no te estoy exagerando en el tratamiento psiquiátrico, sí. (P43, Fisioterapeuta)</i>

Aumento de consultas de salud mental	<i>Después de la pandemia ha habido un boom de necesidad de asistencia psicológica y yo creo que la pandemia supuso un antes y un después a nivel emocional para muchísima gente ¿no? (P40, Psicóloga)</i> <i>Hay un montón de casos de depresión y de ansiedad. (...) Entonces debido a este repunte como de base de ansiedad y trastornos adaptativos, de malestar general. Yo pienso que ahora que implementar esta herramienta es una pasada y la gente anda muy necesitada de cariño de que le expliquen cómo calmarse (...) porque ya llega un punto en que no sabemos cómo aliviar a la gente de los antidepresivos no sé si le están haciendo efecto, yo creo que necesitan otro tipo de acompañamiento, ¿no? (P42, Médica de atención primaria)</i>
Impacto en la salud física	<i>Yo también no sé si es la edad, no sé, porque yo también hacía ejercicio físico, estaba apuntada a unas clases, lo dejé. Y cuando he vuelto me duele todos los músculos y no sé si son por los dos años que han pasado por falta de ejercicio, como dices tú (P07, Gerente pyme carnicería)</i> <i>En mi caso lo que se me ha agudizado es el problema muscular, porque claro, mi trabajo y mi trabajo es muy sedentario también, estamos mucho tiempo en la misma postura y entre la ansiedad, que también va al mismo sitio, pues en ese caso se me ha agudizado (P20, Taxista autónoma)</i> <i>Vimos un cambio bastante grande en la salud de la gente general, porque claro, pasar de una vida un poco activa que puedas salir a hacer la compra y tal a no salir, pues la gente, sobre todo de la edad, a partir de los 60 para arriba, pues la salud en ese aspecto se vio afectada (...) más jóvenes por el teletrabajo y el sedentarismo (...) Aparte de que más dolencias cervicales, lumbares, etcétera, por el estrés, por el trabajo, el teletrabajo y tal (P43, Fisioterapeuta)</i>

Estrategias de afrontamiento y factores protectores para la salud frente al estrés vivido.

Las participantes buscaron estrategias para enfrentar estas situaciones de estrés laboral mediante el fomento del compañerismo y la creación de redes de apoyo entre las mismas trabajadoras. Estos vínculos les permitieron sobrellevar tanto el aislamiento social como las situaciones de tensión cotidianas. Estas redes no solo se limitaron al entorno laboral inmediato, sino que también se extendieron a través de iniciativas comunitarias, lo que fortaleció el sentido de colectividad y redujo la sensación de aislamiento. Otros factores protectores identificados fueron el tipo y lugar de trabajo. Por ejemplo, una agricultora destaca que en el campo la adopción de las medidas de seguridad era más flexible al estar al aire libre, lo que se describió como un “privilegio” durante el confinamiento. Asimismo, el trabajo remunerado fuera del hogar fue percibido como un alivio frente a la sobrecarga doméstica intensificada durante la pandemia (Tabla 5).

Tabla 5. Verbatims de los factores protectores para la salud frente al estrés vivido

Códigos	Verbatims
Compañerismo y redes de apoyo	<i>En mi caso para relajarnos un poco del estrés hacíamos terapia hablando con compañeros (...) hablando por el grupo y me decían "calma". Tal vez nos servía un poco como para cada uno contenernos nuestros nervios, nuestra ansiedad, tal y dando ánimos unos a otros, que no sabíamos de dónde los sacábamos (P24, Gerente empresa transporte y excavaciones)</i> <i>Difundimos a través de una emisora (...) y desde ahí empezamos a tejer con varias organizaciones, nos dimos cuenta como alguna compañera que pretendía ayudar frente al aislamiento y crear redes de apoyo para las compañeras (P29, Trabajadora del hogar)</i>
Vida y trabajo en el campo	<i>Llegábamos a la granja y nadie iba con la mascarilla ni nada. Nos sentábamos a comer con normalidad. Yo estaba en la granja hasta las 8, hasta las 9. Hasta que me cansara. Estábamos allí, comíamos no pasara nada. Comíamos todos juntos, como todos los días, un poquito manteniendo distancias. (P04, Emprendedora de un centro de recría ganadero)</i> <i>Hemos sido unos privilegiados, porque lo que estamos en el mundo rural, que trabajamos en el mundo rural, podíamos salir y estar fuera, sí que el tema de los Epis y todo esto. (P06, Vicepresidenta entidad agraria)</i> <i>Les dije a mis hijos venir mañana a primera hora y me ayudáis porque yo vivo en el campo. Porque yo me voy al campo, digo yo aquí en Valencia no me quedo porque aquí me da algo, porque era una sensación tan nefasta. El campo era libertad. (...) Y cuando viene el día que nos dicen que no vamos a salir, como os he dicho antes, que yo me regreso, regreso al campo. Pues la verdad es que yo en ese momento fue como para mí una liberación, me centré mucho en mis plantas, en mis perritas (P01, Presidenta entidad agraria)</i>
Trabajo fuera del hogar como alivio frente a la sobrecarga doméstica	<i>Para ellas salir a la calle, estar a solas, no tenía riesgo de contagio, porque estaban solas en la calle, porque en sus casas volver a ver a los telediaros, los niños, los maridos, se ponían peor, que si una se ha muerto... mira que estoy deseando salir. Prefiero que llegue el lunes y salir. Entonces, claro, y eso les ayudó, no sé y yo igual ¿eh? Era un alivio, yo estaba deseando que llegase el lunes para salir de mi casa, veía a mi vecina ya tiene tres meses aquí, a mí da algo, si estuve la Semana Santa y me pinté la reja esa, pinté la pared no sabía ni que pintarme. Salir todos los días para mí me ayudó. (P33, Directiva empresa de ayuda a domicilio).</i>

Discusión

Este estudio puso de manifiesto que la pandemia y las medidas de gestión sanitaria empeoraron las condiciones laborales y la salud de mujeres con trabajos remunerados en sectores ya de por sí precarizados y feminizados, como el de las aparadoras, limpiadoras y empleadas del hogar. Los principales hallazgos apuntan a un aumento del estrés, un empeoramiento de la salud mental y una afectación de la salud musculoesquelética, que las mujeres atribuyeron a la inseguridad laboral, la implementación abrupta del teletrabajo, la sobrecarga de cuidados y el miedo al contagio.

En primer lugar, los resultados relativos a la inseguridad sobre la continuidad laboral revelan que medidas como los ERTES no lograron proteger eficazmente a la población trabajadora más precaria, agravando la discriminación laboral de las mujeres.^(9,10) Esta situación fue particularmente crítica en sectores altamente feminizados y con alta temporalidad, como el trabajo del hogar o la limpieza, donde las trabajadoras —especialmente las internas— quedaron desprotegidas ante el despido y sin acceso a prestaciones.⁽¹¹⁾ Este hallazgo concuerda con informes del Parlamento Europeo que alertan de la vulnerabilidad de los empleos informales o a tiempo parcial, mayoritariamente ocupados por mujeres.⁽¹²⁾ Así, las medidas de gestión de la pandemia, lejos de mitigar las desigualdades, las exacerbaban, al no considerar las intersecciones entre el género y la posición socioeconómica. No solo se ampliaron las brechas de género, sino también las de clase, afectando desproporcionadamente a las mujeres en posiciones más desfavorecidas.

En segundo lugar, las medidas de gestión de la pandemia aumentaron las desigualdades en salud.⁽¹³⁾ En este caso, las participantes percibieron consecuencias negativas en su salud mental, incluyendo miedo, ansiedad, tristeza, agotamiento y afectación musculoesquelética. Estos resultados son coherentes con la literatura existente, que atribuye estas manifestaciones al aislamiento, la incertidumbre económica y el temor al contagio.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ El Consejo General de la Psicología de España (2020) señala que el miedo, la ansiedad y otras experiencias emocionales como la tristeza o la ira, son reacciones normales ante una epidemia o frente a cualquier situación de estrés e incertidumbre grave y/o sostenida; y alertaban que esas situaciones pueden producir un incremento del malestar emocional y psicológico que derive, finalmente, en estados de ansiedad patológicos y en alteraciones anímicas de diferente tipo, llegando a afectar a más del 25% de la población.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, el presente estudio añade matices cruciales a estos síntomas que fueron explicados principalmente por el incremento de la carga de trabajo, las dificultades de la conciliación familiar-laboral, la implementación improvisada del teletrabajo y la precarización laboral. El empeoramiento socioeconómico actúa aquí como un determinante social clave que media en el impacto sobre la salud mental. En este sentido, las vivencias narradas de las participantes confluyen con los resultados de otro estudio que halló una asociación positiva entre la participación en trabajos esenciales (p. ej., profesionales de la salud) y los niveles de ansiedad, ya que éstos aumentaron entre las mujeres cuando las condiciones laborales empeoraron durante el encierro.⁽¹⁵⁾ En ellas, percibir la COVID-19 como un problema para su economía se asoció con mayores niveles de ansiedad.⁽¹⁵⁾

Un tercer eje discursivo lo ocupa el teletrabajo. Según la Encuesta de Población Activa, en el año 2019 un 4,8% de personas trabajadoras en España lo hacían desde casa normalmente o más de la mitad de los días, un valor por debajo de la media de la Unión Europea (5,3%).⁽¹⁷⁾ Durante el estado de alarma, el porcentaje de establecimientos que utilizó el trabajo a distancia se elevó hasta el 48,8% comparado con un 14,8% previo a la pandemia.⁽¹⁸⁾ Aunque reconocido como una herramienta de flexibilidad positiva para la conciliación,^(23,25) las participantes lo vivieron como un factor estresante. La falta de límites entre la vida familiar y laboral, la intensificación de la jornada y la ausencia de corresponsabilidad en el hogar agravaron su

estrés y afectaron a su salud física (dolencias musculoesqueléticas, problemas de vista) y mental (ansiedad, agotamiento, problemas de sueño).⁽¹⁹⁻²³⁾ Este resultado es consistente con estudios que vinculan el teletrabajo parcial con una mayor sintomatología depresiva,⁽²⁴⁾ y subraya cómo la falta de políticas de conciliación con perspectiva de género transforma una potencial ventaja en una fuente de riesgo. De hecho, sugieren que la falta de corresponsabilidad en los hogares agravó el estrés laboral y todo ello incidió en la salud mental de las participantes. Esto se explica porque son las mujeres quienes se suelen ocupar del cuidado de la familia, y durante los confinamientos tuvieron que combinar esta tarea con el trabajo a distancia.⁽¹²⁾

El miedo al contagio se identificó como otro elemento central, especialmente para las trabajadoras esenciales (sociosanitarias, limpiadoras de centros de salud, etc.). La presión asistencial y la alta exposición al virus, sin la protección adecuada, repercutieron en su salud mental y en un agotamiento físico y mental generalizado. Este hallazgo se alinea con estudios donde hasta el 70% del personal sanitario manifestó miedo a contagiarse o ser fuente de contagio para sus familias.^(26,27) Los resultados de este estudio amplían esta evidencia a otros sectores esenciales y feminizados, destacando nuevamente la doble vulnerabilidad de género y clase.

Como factores protectores, las participantes destacaron el compañerismo y el apoyo social, hallazgo reforzado por la literatura que identifica estas variables como amortiguadores junto con el bienestar espiritual y la autocompasión como clave frente al malestar.⁽²⁸⁾ Ser mujer y estar expuesta a la COVID-19 se asoció con una mayor soledad percibida,⁽²⁸⁾ lo que podría explicarse por una mayor expresividad emocional para estados negativos⁽²⁹⁾. Finalmente, la posibilidad de estar al aire libre (ej. sector agrícola) emergió como un factor positivo, coherente con estudios que reportan beneficios del ejercicio y el contacto con el exterior sobre la salud mental.⁽³⁰⁾

Este estudio presenta limitaciones por basarse en percepciones retrospectivas, y por haber tenido en cuenta en el análisis los sectores laborales y posición socio-económica de las mujeres entrevistadas, pero no otros ejes de desigualdad como el nivel de estudios o la edad. Esto puede contemplarse de cara al diseño de futuros estudios. Aun así, el rigor metodológico del presente estudio se sustenta en haber adoptado un diseño flexible con muestreo teórico hasta alcanzar la saturación, y haber seguido los criterios de confiabilidad según Lincoln y Guba.⁽³¹⁾ Para la credibilidad y la consistencia se ha triangulado los datos mediante participantes heterogéneas (diversos sectores y perfiles); empleo técnicas de recolección; y el análisis conjunto por investigadoras. Para la transferibilidad se proporciona una descripción tanto del contexto. Para la confirmabilidad, se realizó un trabajo reflexivo y se cuenta con el soporte en citas textuales.

En conclusión, este estudio revela cómo la pandemia de la COVID-19 agravó la precariedad laboral de las mujeres y afectó negativamente su salud, especialmente en sectores precarizados como limpieza y trabajo doméstico. El empeoramiento de sus condiciones laborales derivó en estrés por mayor carga de trabajo, miedo al contagio y falta de EPIs. También, por los problemas derivados de la conciliación

familiar-laboral. Este estrés tuvo un impacto directo en su salud mental, incrementando su ansiedad y agotamiento físico, y en su salud musculoesquelética. Este estudio subraya la necesidad de reformas que combatan la precariedad laboral feminizada, que garanticen la protección sanitaria y de derechos básicos, así como la promoción de la corresponsabilidad en los cuidados. Estas medidas son clave para proteger a las trabajadoras en futuras crisis, diseñando políticas públicas que incorporen de forma transversal las perspectivas de género y socioeconómica para que estas sean protectoras y equitativas.

Agradecimientos

A todas las mujeres que han participado contando sus experiencias laborales, familiares y personales durante y después de la pandemia por Covid-19.

A Elena Ronda Pérez por liderar el Proyecto DONASAL

Financiación

Proyecto DONASAL

Convenio de colaboración entre la Universidad de Alicante y la Generalitat Valenciana, a través de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, para el fomento de actividades que incorporen la perspectiva de género de forma transversal.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas

1. Arellano Alfonso A. Diversidad de género y formación: una aproximación al mercado laboral. Madrid: BBVA Research; 2020. Disponible en: https://www.bbva.com/wp-content/uploads/2020/12/BBVA-Research-Diversidad-de-genero-y-formacion_Dic20.pdf
2. Banco de España. El impacto diferencial por sexos de la crisis del COVID-19 en el mercado de trabajo español. En: Gómez García M, Hospido L, Sanz C, editores. Boletín Económico 3/2021 - Informe trimestral de la economía española. Madrid: Banco de España; 2021. p. 39-42. Disponible en: <https://repositorio.bde.es/bits-tream/123456789/17637/1/be2103-it-Rec5.pdf>
3. Molina Torres MJ. Asociación entre hipertensión arterial y alta tensión laboral: un meta-análisis de estudios observacionales. Arch Prev Riesgos Labor. 2016;19(4):236-8. <https://doi.org/10.12961/aprl.2016.19.04.6>
4. Salas-Nicás S, Llorens-Serrano C, Navarro A, Moncada S. Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: un estudio en población asalariada. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO; 2020. Disponible en: <https://www.ccoo.es/5a2456b71be76180daaf0ffd563d62eb000001.pdf>

5. Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, et al. Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10:e044617. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044617>
6. Ronda E, Briones E, García AM. Género, empleo, trabajos y salud en la Comunitat Valenciana. Universidad de Alicante y Generalitat Valenciana; 2022.
7. Kvale S. The qualitative research interview. *J Phenomenol Psychol* [Internet]. 1983 Jan 1 [citado 2023 mar 29];14(1-2):171–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1163/156916283X00090>
8. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105-12.
9. CSIF. Informe Brecha Salarial. 2023. Disponible en: <https://www.csif.es/es/articulo/nacional/general/21314>
10. Ordovás JM, Esteban M, García-Retamero R. Informe del GTM sobre desigualdades y COVID-19. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2021. Disponible en: https://digital.csic.es/bitstream/10261/239476/1/Informe_del_GTM_sobre_Desigualdades_y_Covid19.pdf
11. Instituto de las Mujeres. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. 2020. Disponible en: [https://www.inmujeres.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_\(uv\).pdf](https://www.inmujeres.gob.es/disenio/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)
12. Parlamento Europeo. ¿Cómo ha impactado la crisis de COVID-19 en las mujeres? [infografías]. 2021. Disponible en: <https://www.europarl.europa.eu/news/es/headlines/society/20210225STO98702/como-ha-impactado-la-crisis-de-covid-19-en-las-mujeres-infografias>
13. Bacigalupe A, Martín U, Franco M, Borrell C. Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. Informe SESPAS 2022. *Gac Sanit*. 2022;36 Suppl 1:S13-21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.011>
14. López-Martínez AE, Serrano-Ibáñez ER. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. *Escr Psicol*. 2021;14(2):48-50. <https://doi.org/10.24310/esp-siescpsi.v14i2.13935>
15. Jacques-Aviñó C, López-Jiménez T, Medina-Perucha L, et al. Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study *BMJ Open*. 2020;10:e044617. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044617>
16. Consejo General de la Psicología de España. Más de diez millones de españoles en riesgo de presentar problemas psicológicos derivados de la pandemia de COVID-19. Madrid: COP; 2020. Disponible en: https://www.copmadrid.org/web/img_db/comunicados/2019/mas-de-diez-millones-de-espanoles-en-riesgo-de-presentar-problemas-psicologicos-derivados-de-la-pandemia-de-covid-19-5eac02d906aa2.pdf

- 17.** INE. El teletrabajo en España y la UE antes de la COVID-19. Boletín Informativo. 2020. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259952649680&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE
- 18.** INE. Información estadística para el análisis del impacto de la crisis COVID-19. Datos económicos. Porcentajes de establecimientos que utilizan el teletrabajo. Sectores de actividad. 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/COVID/ice/p01/I0/&file=01007.px&L=0>
- 19.** Adisa, T.A., Ogbonnaya, C. and Adekoya, O.D. Remote working and employee engagement: a qualitative study of British workers during the pandemic. *Inf Technol People*. 2021. <https://doi.org/10.1108/ITP-12-2020-0850>
- 20.** Gschwind L, Vargas O. Telework and its effects in Europe. En: *Telework in the 21st Century*. 2019.
- 21.** Charalampous M, Grant CA, Tramontano C. "It needs to be the right blend": a qualitative exploration of remote e-workers' experience and well-being at work. *Empl Relat*. 2022.
- 22.** Raisiene AG, Rapuano V, Greta Masilionytė G, Juozapas Raišys S. "White collars" on self-reported well-being, health and work performance when teleworking from home. *Problems and Perspectives in Management*. 2022; 20(2), 497-510. doi:10.21511/ppm.20(2).2022.41
- 23.** Corral A, Isusi I. Impact of the COVID-19 Confinement Measures on Telework in Spain: A Qualitative Survey. European Commission; 2020. Disponible en: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC122651>
- 24.** Urdiales-Claros R, Sánchez-Álvarez N. Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia de COVID-19. *Escr Psicol*. 2021;14(2):134-44. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12901>
- 25.** Mella Méndez, L. El Trabajo a distancia como medida de flexibilidad y conciliación laboral. *IUSLABOR*, 2017, (2). Disponible en: <https://raco.cat/index.php/IUSLabor/article/view/332996>
- 26.** Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, et al. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020;23(2):195-213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- 27.** García-Torres M, Aguilar-Castro J, García-Méndez M. Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escr Psicol*. 2021;14(2):96-106. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>
- 28.** Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MA, et al. Loneliness, mental health and COVID-19 in the Spanish population. *Escr Psicol*. 2021;14(2):51-62. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12498>

29. Deng Y, Chang L, Yang M, Huo M, Zhou R. Gender Differences in Emotional Response: Inconsistency between Experience and Expressivity. PLoS ONE. 2016;11(6):e0158666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158666>

30. Sánchez-Álvarez N. Salud mental durante el confinamiento impuesto en España: efectos de hacer ejercicio y sacar a pasear al perro. Escr Psicol. 2021;14(2):73-83. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12501>

31. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park: SAGE Publications; 1985.

Anexo 1. Distribución de las entrevistas por grupo profesional (GP), perfil del grupo profesional, edad, nivel de estudios, provincia, país de nacimiento y modalidad en la participación de las mujeres en la técnica de recogida de información

GP	Perfil GP	CODIGO	Edad	Nivel de estudios	Provincia	País de nacimiento	Modalidad técnica
GP1	En cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	P01	61	EPNS	Valencia	España	Grupo Focal
GP1	En cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	P02	49	ESU	Alicante	España	Grupo Focal
GP1	En cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	P03	52	ESU	Castellón	España	Grupo Focal
GP1	En cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	P04	43	ESU	Valencia	España	Grupo Focal
GP1	En cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	P05	49	ESU	Alicante	España	Grupo focal
GP1	En cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	P06	59	ESU	Valencia	España	Grupo Focal
GP1	En cargos de responsabilidad y dirección en el sector agro-alimentario	P07	35	ESE	Alicante	España	Grupo Focal

GP2	Del sector agroalimentario y distribución: operarias, agricultoras y cajeras	P08	53	EPNS	Valencia	España	Entrevista individual
GP2	Del sector agroalimentario y distribución: operarias, agricultoras y cajeras	P09	25	EPNS	Alicante	España	Entrevista individual
GP2	Del sector agroalimentario y distribución: operarias, agricultoras y cajeras	P10	21	EPNS	Valencia	España	Entrevista individual
GP3	En empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	P11	61	ESE	Alicante	España	Entrevista individual
GP3	En empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	P12	57	ESU	Valencia	Alemania	Grupo focal
GP3	En empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	P13	48	ESU	Valencia	España	Grupo focal
GP3	En empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	P14	74	EP	Alicante	España	Grupo focal
GP3	En empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	P15	46	ESU	Valencia	España	Grupo focal
GP3	En empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	P16	44	EPNS	Castellón	España	Grupo focal
GP3	En empresas manufactureras, industrial textil, calzado y artesanía	P17	42	ESU	Castellón	España	Grupo focal

GP4	En actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	P18	36	EPNS	Valencia	España	Grupo focal
GP4	En actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	P19	49	EPNS	Alicante	España	Grupo focal
GP4	En actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	P20	41	EPNS	Valencia	España	Grupo focal
GP4	En actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	P21	38	ESE	Valencia	España	Grupo focal
GP4	En actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	P22	63	ESU	Castellón	España	Grupo focal
GP4	En actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	P23	57	ESU	Valencia	España	Grupo focal
GP4	En actividades masculinizadas del sector construcción, logística, transporte y actividades portuarias	P24	41	ESU	Valencia	España	Grupo Focal

GP5	Del sector de limpieza: hoteles, residencias, y hogares	P25	58	EP	Alicante	España	Grupo Focal
GP5	Del sector de limpieza: hoteles, residencias, y hogares	P26	63	EP	Alicante	España	Grupo Focal
GP5	Del sector de limpieza: hoteles, residencias, y hogares	P27	56	ESU	Valencia	España	Grupo Focal
GP5	Del sector de limpieza: hoteles, residencias, y hogares	P28	44	ESU	Alicante	España	Grupo Focal
GP5	Del sector de limpieza: hoteles, residencias, y hogares	P29	43	ESU	Valencia	Colombia	Entrevista individual
GP5	Del sector de limpieza: hoteles, residencias, y hogares	P30	57	ESU	Valencia	Marruecos	Entrevista individual
GP6	En servicios de atención sociosanitaria y cuidados: geriatría y trabajo social	P31	37	ESU	Valencia	España	Entrevista individual
GP6	En servicios de atención sociosanitaria y cuidados: geriatría y trabajo social	P32	56	ESU	Valencia	España	Entrevista triangular
GP6	En servicios de atención sociosanitaria y cuidados: geriatría y trabajo social	P33	63	EPNS	Alicante	España	Entrevista triangular
GP6	En servicios de atención sociosanitaria y cuidados: geriatría y trabajo social	P34	47	ESU	Valencia	Perú	Entrevista triangular
GP6	En servicios de atención sociosanitaria y cuidados: geriatría y trabajo social	P35	27	ESU	Valencia	Ecuador	Grupo focal

GP6	En servicios de atención sociosanitaria y cuidados: geriatría y trabajo social	P36	43	ESU	Castellón	España	Grupo focal
GP7	En servicios de atención socioeducativa: profesoras, animadoras juveniles y socioculturales	P37	28	ESU	Castellón	España	Entrevista individual
GP7	En servicios de atención socioeducativa: profesoras, animadoras juveniles y socioculturales	P38	29	EPNS	Alicante	España	Entrevista individual
GP7	En servicios de atención socioeducativa: profesoras, animadoras juveniles y socioculturales	P39	40	ESU	Valencia	España	Grupo focal
GP8	Profesionales sociosanitarias: enfermeras, medicas, farmacéuticas, fisioterapeutas y psicólogas clínicas	P40	45	ESU	Valencia	España	Entrevista individual
GP8	Profesionales sociosanitarias: enfermeras, medicas, farmacéuticas, fisioterapeutas y psicólogas clínicas	P41	31	ESU	Valencia	España	Grupo focal
GP8	Profesionales sociosanitarias: enfermeras, medicas, farmacéuticas, fisioterapeutas y psicólogas clínicas	P42	52	ESU	Castellón	España	Grupo focal

GP8	Profesionales socio-sanitarias: enfermeras, médicas, farmacéuticas, fisioterapeutas y psicólogas clínicas	P43	40	ESU	Alicante	España	Entrevista individual
GP8	Profesionales socio-sanitarias: enfermeras, médicas, farmacéuticas, fisioterapeutas y psicólogas clínicas	P44	45	ESU	Alicante	España	Grupo focal
GP8	Profesionales socio-sanitarias: enfermeras, médicas, farmacéuticas, fisioterapeutas y psicólogas clínicas	P45	59	ESU	Valencia	España	Grupo focal
GP9	Atención ciudadana: profesionales esenciales de seguridad, de emergencia y servicios funerarios	P46	35	ESU	Valencia	España	Grupo focal
GP9	Atención ciudadana: profesionales esenciales de seguridad, de emergencia y servicios funerarios	P47	43	ESU	Valencia	España	Entrevista individual
GP9	Atención ciudadana: profesionales esenciales de seguridad, de emergencia y servicios funerarios	P48	37	EPNS	Valencia	España	Entrevista individual

*EP: Educación Primaria; ESE: Educación Secundaria; EPNS: Educación postsecundaria no superior; ESU: Educación Superior.

Formación médica y salud marítima: propuesta de una guía para la emisión del Certificado Médico Marítimo en Costa Rica

Medical Education and Maritime Health: A Proposal for a Guide to Issuing the Seafarer Medical Certificate in Costa Rica

Lizbeth Salazar-Sánchez¹  0000-0003-0068-5655

Victoria Sánchez Loría²  0009-0000-0289-3672

¹Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina y Cirugía, Escuela de Medicina, San José, Costa Rica.

²Asociación Médica Costarricense de Médicos del Pacífico (ASOMEPACE) Puntarenas, Costa Rica.

Fechas · Dates

Recibido: 16/01/2025

Aceptado: 09/02/2025

Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

Dra. Lizbeth Salazar-Sánchez

E-mail: lizbeth_salazars@yahoo.de

Resumen

La certificación médica marítima es esencial para proteger la salud de la gente de mar y cumplir con convenios internacionales. En Costa Rica no existe una guía técnica oficial, lo que genera vacíos normativos, ético-legales y formativos, además de heterogeneidad en los criterios clínicos aplicados. Este estudio cualitativo y descriptivo, realizado entre mayo y octubre de 2023, incluyó una revisión documental de los convenios STCW y MLC 2006, guías OMI/OIT, normativa nacional y literatura científica, junto con entrevistas a 25 personas médicas. Los hallazgos evidenciaron ausencia de lineamientos nacionales, falta de capacitación especializada y variabilidad en la emisión del Certificado Médico Marítimo. La triangulación de datos permitió elaborar una propuesta de guía técnica con cuatro componentes: marco legislativo y administrativo, formación del médico evaluador, protocolo clínico estandarizado y formato del certificado. Esta propuesta busca estandarizar la evaluación, fortalecer la seguridad jurídica y mejorar la protección de la gente de mar.

Palabras clave: medicina marítima; formación médica; certificado médico; salud ocupacional; Costa Rica.

Abstract

Maritime medical certification is essential to protect seafarers' health and ensure compliance with international conventions. In Costa Rica, there is no official technical guideline for this process, which generates regulatory, ethical-legal, and training gaps, as well as heterogeneity in the clinical criteria applied. This qualitative and descriptive study, conducted between May and October 2023, included a documentary review of the STCW and MLC 2006 conventions, IMO/ILO guidelines, national regulations, and scientific literature, along with interviews with 25 physicians from the Central Pacific region. The findings revealed the absence of national guidelines, lack of specialized training, and variability in the issuance of the Seafarer Medical Certificate. Data triangulation supported the development of a preliminary technical guideline with four components: legislative and administrative framework, evaluator training, standardized clinical protocol, and official certificate format. This proposal aims to standardize assessments, strengthen legal certainty, and improve the protection of seafarers' health.

Keywords: maritime medicine; medical training; medical certificate; occupational health; Costa Rica

Introducción

La certificación médica marítima es el proceso mediante el cual una persona médica autorizada evalúa el estado de salud física y mental de los trabajadores del mar, con el fin de determinar su aptitud para desempeñar funciones en el ambiente marítimo. Su propósito es garantizar que la gente de mar —incluidos marinos mercantes, pescadores, buzos, personal portuario y tripulaciones de embarcaciones comerciales o recreativas— se encuentre en condiciones que no representen riesgos para su propia seguridad, la de otros tripulantes o la operación del buque. Este examen constituye un requisito internacional definido por organismos como la Organización Marítima Internacional (OMI) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁽¹⁻⁴⁾.

En Costa Rica, la regulación de la salud ocupacional se fundamenta en el Código de Trabajo, el Reglamento de Salud Ocupacional y las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y el Consejo de Salud Ocupacional⁽⁵⁻⁷⁾. Sin embargo, no existe una normativa específica para la salud de los trabajadores del mar ni lineamientos técnicos oficiales para la certificación médica marítima. Esta ausencia contrasta con la normativa de países con tradición marítima, donde los exámenes médicos para la gente de mar se regulan mediante decretos y procedimientos formalmente establecidos⁽⁸⁻¹¹⁾.

La falta de regulación genera vacíos normativos, éticos y formativos que comprometen la calidad, uniformidad y seguridad jurídica del Certificado Médico Marítimo (CMM). Esta situación se evidenció con el rechazo del Proyecto de Ley N.º 22.903 (2018–2022), que pretendía formalizar la emisión del CMM. Sin embargo, recibió un dictamen negativo unánime en la Asamblea Legislativa debido a la ausencia de criterios clínicos definidos, una estructura técnica clara, lineamientos de forma-

ción para los evaluadores y un marco normativo suficientemente robusto⁽¹²⁾. Este hecho subraya la urgencia de desarrollar herramientas técnicas que orienten la práctica profesional y permitan estandarizar el proceso.

Ante este panorama, se vuelve necesario implementar instrumentos técnicos y educativos adaptados a la realidad nacional para establecer un proceso de certificación seguro, legal y equitativo. En esta línea, el objetivo del presente estudio fue identificar los vacíos normativos, clínicos, ético-legales y formativos relacionados con la certificación médica marítima en Costa Rica y, con base en ellos, elaborar una propuesta preliminar de guía técnica nacional para estandarizar la evaluación de la gente de mar.

Métodos

Se realizó, por un lado, un estudio cualitativo, descriptivo y de corte transversal entre mayo y octubre de 2023. Participaron médicos de la región Pacífico Central, seleccionados por conveniencia y convocados a través de la Asociación de Médicos del Pacífico Central (ASOMEPASE). La inclusión fue voluntaria y contó con la autorización de la Junta Directiva de la asociación, garantizando el consentimiento informado y la confidencialidad de la información. Para la recolección de datos, se aplicaron entrevistas semiestructuradas basadas en un cuestionario de 20 ítems y cuatro dimensiones, construido a partir de la revisión documental y validado por expertos. Las entrevistas se registraron mediante notas de campo, entendidas como apuntes estructurados del entrevistador sobre las respuestas, impresiones, lenguaje no verbal y elementos contextuales relevantes que complementan la información verbal proporcionada por los participantes⁽¹³⁾.

Además, se revisaron convenios internacionales, incluyendo el Convenio STCW (Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers)⁽¹⁾ y el Convenio MLC 2006 (Maritime Labour Convention 2006)⁽³⁾, así como guías de la OMI y la OIT^(3,4) y documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽²⁾ Asimismo, se analizó la normativa costarricense vigente, incluyendo la Ley General de Salud de Costa Rica^(5,6,7) y otras disposiciones aplicables. Este marco se complementó con literatura científica publicada entre 2000 y 2023 en PubMed, Scopus y SciELO, centrada en salud marítima, riesgos laborales y formación profesional.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ Finalmente, la información recopilada se organizó en cuatro ejes de análisis: legal, clínico, formativo y ético-legal.

Análisis e integración:

Se aplicó un análisis temático con codificación abierta y, posteriormente, se trianguló la evidencia documental con las percepciones de los médicos incluidos en el estudio. Este procedimiento permitió elaborar una propuesta de guía técnica preliminar integrada por cinco componentes: requisitos legales y administrativos, protocolo clínico estandarizado, criterios ético-legales, formación del médico evaluador y formato oficial del CMM.

Resultados

Participaron 25 personas médicas de la región Pacífico Central. Su distribución institucional incluyó profesionales del Ministerio de Salud (40%), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (40%), consultorios privados (16%) y una institución de educación superior (4%). La selección de participantes provenientes de estas entidades responde a que concentran la mayor parte de la atención clínica del país y representan a los actores que, por competencia técnica y normativa, podrían asumir la emisión o regulación del CMM. Las características de los participantes se muestran en la Tabla 1.

En cuanto al rol institucional asociado a la certificación, los participantes señalaron que, dada la naturaleza clínica del CMM, su emisión debería recaer en servicios médicos, ya sea en atención primaria, especialidades o unidades de salud ocupacional. Asimismo, indicaron que instituciones rectoras como el Ministerio de Salud y la CCSS deben asumir responsabilidades en regulación, supervisión técnica y definición de lineamientos oficiales, mientras que la ejecución clínica del examen corresponde a médicos evaluadores debidamente capacitados. Esta percepción refuerza la necesidad de clarificar normativamente las competencias institucionales del país.

Los hallazgos también muestran que el 100% de los/as médicos/as reconoce la ausencia de una guía técnica nacional para la certificación médica marítima y que el 83% ha emitido certificados sin un marco uniforme (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de los/as médicos/as participantes, y sus percepciones sobre aspectos relacionados con el certificado médico marítimo (n = 25)

Características y percepciones	Categoría	Participantes	
		n	(%)
Grupo de edad	25–29	1	(4.0)
	35–39	2	(8.0)
	40–44	8	(32.0)
	45–49	3	(12.0)
	50–54	1	(4.0)
	55–59	2	(8.0)
	60–64	3	(12.0)
	65 o más	5	(20.0)
Sexo	Mujer	14	(56.0)
	Hombre	11	(44.0)
Lugar de trabajo	Ministerio de Salud	10	(40.0)
	CCSS*	10	(40.0)
	Universidad	1	(4.0)
	Consultorio privado	4	(16.0)

Tiempo de ejercicio	6-10 años	1	(4.0)
	11+ años	24	(96.0)
Titulación	Médicos/as generales	20	(80.0)
	Especialistas médicos/as	5	(20.0)
	Maestría	12	(48.0)
Percepciones	Ausencia de guía técnica	25	(100.0)
	Necesidad protocolo estandarizado	25	(100.0)
	Dispuesto/a a formación medicina marítima	25	(100.0)
	Ha emitido certificados médicos marítimos	21	(83.0)
	Formación previa en medicina marítima	0	(0.0)
TOTAL		25	(100.0)

* CCSS = Caja Costarricense de Seguro Social.

A partir del análisis temático y de la triangulación de la evidencia documental, se identificaron los componentes esenciales para conformar una guía técnica nacional. La estructura se organizó siguiendo un orden lógico propio de documentos regulatorios. En primer lugar, se definió un marco legislativo y administrativo que abarca la base legal, responsabilidades institucionales, vigencia del certificado y principios rectores del proceso. Luego, se establecieron los requisitos de formación del/de la médico/a evaluador/a, incluyendo competencias necesarias, cursos requeridos, alineación con guías OMI/OIT y mecanismos de acreditación.

Posteriormente, se detallaron los aspectos clínicos de la certificación: protocolo estandarizado de evaluación, anamnesis, examen físico, pruebas complementarias y criterios de aptitud. Finalmente, se definió la estructura del formato oficial del CMM, especificando información obligatoria y secciones para observaciones clínicas. La Figura 1 presenta, de manera resumida, esta organización secuencial y facilita una aplicación más uniforme del proceso.



Figura 1. Representación de la secuencia propuesta para la guía técnica nacional, organizada en cuatro componentes: marco legislativo y administrativo, formación del/de la médico/a evaluador/a, aspectos clínicos de la certificación y formato oficial del Certificado Médico Marítimo (CMM). Esta estructura se basa en el análisis temático y en la revisión de normativa internacional y nacional.

CCSS = Caja Costarricense de Seguro Social; OMI = Organización Marítima Internacional; OIT: Organización Internacional del Trabajo.

Discusión

Los resultados de este estudio evidencian vacíos estructurales en la certificación médica marítima en Costa Rica, particularmente la ausencia de lineamientos técnicos nacionales y la falta de formación especializada. Aunque el 83 % de las personas médicas participantes había emitido certificados, ninguna contaba con

capacitación formal, lo que genera heterogeneidad en los criterios utilizados, inseguridad jurídica y riesgo de inequidades para la gente de mar. Esta variabilidad en la práctica implica, además, el riesgo de inconsistencias clínicas y legales, tal como ha sido documentado en otros contextos evaluativos^(14,15).

En el ámbito de la salud laboral, esta situación es crítica, ya que las evaluaciones médicas constituyen un mecanismo esencial para prevenir riesgos en entornos de trabajo caracterizados por demandas físicas elevadas, aislamiento y limitaciones en el acceso oportuno a servicios médicos^(1-4,14,15).

Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional, donde se ha señalado que la ausencia de estandarización afecta la calidad, comparabilidad y reconocimiento de los certificados médicos marítimos^(14,15,17). Países como España y Noruega lograron mejorar la uniformidad evaluativa tras adoptar marcos alineados con los convenios STCW y MLC 2006, fortaleciendo la seguridad jurídica de los profesionales y la validez internacional de los CMM^(8,9). De manera similar, México y Panamá han avanzado mediante la incorporación de módulos formativos específicos en medicina marítima, lo que ha contribuido a la profesionalización y estandarización del proceso^(10,11). Estas experiencias internacionales evidencian que la capacitación estructurada y la existencia de protocolos nacionales son elementos clave para garantizar evaluaciones confiables y comparables, consistente con lo reportado por revisiones sistemáticas recientes⁽¹⁷⁾ y con la evidencia local sobre la necesidad de formación especializada en Costa Rica⁽¹⁸⁾.

En el país, la inexistencia de programas formativos y el rechazo del Proyecto de Ley N.º 22.903 —que presentó deficiencias en requisitos técnicos y de capacitación— reflejan la necesidad de propuestas más sólidas y basadas en evidencia legal y científica^(1-4,12,15). En este contexto, la guía técnica propuesta en este estudio representa un primer esfuerzo estructurado para integrar componentes legislativos, formativos y procedimentales coherentes con estándares internacionales. La disposición unánime de los participantes a recibir capacitación constituye una oportunidad estratégica para avanzar hacia un sistema nacional de certificación más robusto.

Desde el enfoque de la prevención de riesgos laborales, la estandarización del CMM mediante protocolos clínicos estructurados y un formato oficial tiene el potencial de reducir la variabilidad entre evaluadores, asegurar la consistencia técnica de los certificados y mejorar la protección de la seguridad del trabajador y de la operación marítima. No obstante, este estudio presenta limitaciones, especialmente el uso de una muestra circunscrita a la región Pacífico Central. Investigaciones futuras deberían incluir muestras nacionales más amplias y análisis de la calidad de los certificados emitidos, así como la perspectiva de la gente de mar y de las autoridades marítimas.

Agradecimientos

A las personas médicas y colaboradores miembros de ASOMEPAE, que de forma voluntaria y desinteresada apoyaron el presente estudio.

Financiación

Este trabajo se realizó con el aporte logístico de ASOMEPASE.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. International Maritime Organization (IMO). International Convention on Standards of Training Certification and Watchkeeping for Seafarers (STCW): STCW Convention and STCW Code. 2017 Edition. London: International Maritime Organization; 2017. doi: 10.62454/KD938E. Disponible en: <https://www.imo.org/en/OurWork/HumanElement/Pages/STCW-Conv-LINKS.aspx>
2. World Health Organization. Health of seafarers: technical report. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325817>
3. International Labour Organization (ILO). Maritime Labour Convention, 2006 (MLC, 2006). Geneva: ILO; 2006. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/standards/maritime-labour-convention>
4. International Labour Organization (ILO); International Maritime Organization (IMO). Guidelines on the medical examinations of seafarers. Geneva: ILO/IMO; 2013. Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/WCMS_174794/lang--en/index.htm.
5. Costa Rica. Código de Trabajo. Ley N.º 2 del 27 de agosto de 1943. San José: Asamblea Legislativa; 1943.
6. Costa Rica. Reglamento de Comisiones de Salud Ocupacional. Decreto Ejecutivo N.º 18379-TSS. San José: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1988.
7. Costa Rica. Ley General de Salud. Ley N.º 5395. Diario Oficial La Gaceta N.º 101 del 30 de mayo de 1974.
8. Gobierno de España. Real Decreto 1696/2007, de 14 de diciembre, por el que se regula el reconocimiento médico de embarque marítimo y el certificado de aptitud. Boletín Oficial del Estado n.º 312, 29 diciembre 2007. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/12/14/1696>
9. Norwegian Maritime Authority. Regulations on the medical examination of employees on Norwegian ships and mobile offshore units. Haugesund: NMA; 2014. Disponible en: <https://www.sdir.no/en/shipping/health-and-environment/medical-requirements/>
10. Autoridad Marítima de Panamá (AMP). MMC-261: Medical Certificate for Seafarers. Panamá: AMP; 2021. Disponible en: <https://www.amp.gob.pa/sites/default/files/mmc-261.pdf>

- 11.** Secretaría de Marina (SEMAR), Gobierno de México. Certificado Médico de la Gente de Mar. Ciudad de México: SEMAR; 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/semar/acciones-y-programas/certificado-medico-de-la-gente-de-mar>
- 12.** Asamblea Legislativa de Costa Rica. Comisión Permanente Ordinaria de Asuntos Sociales. Dictamen negativo, Expediente 22.903: Proyecto de Ley para regulación de la certificación médica marítima. San José; 2023 Dec. 15. Disponible en: https://d1qqtien6gys07.cloudfront.net/wp-content/uploads/2023/12/Dictamen_22903DICTAMEN-NEGATIVO-UNANIME.pdf
- 13.** Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. Writing Ethnographic Fieldnotes. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 2011.
- 14.** Porzio A, Feola A, Mazzini E, Lauro A, Forte MR, Trabucco Aurilio M, et al.. The Medico-Legal and Social Aspects of the Eligibility Examination for Enrolment in the Seafarers Registry: A Single-Center Retrospective Study. Healthcare (Basel). 2024;12(23):2410. doi: 10.3390/healthcare12232410.
- 15.** Huerte MS, Lubaton C, Tongson M, Mendoza M, Rojo R, Ornos EDB. Health risk classification patterns among Filipino seafarers. Analysis from a pre-employment clinic in the Philippines: a 5-year review. Int Marit Health. 2023;74(3):143-152.
- 16.** Iversen RTB. The mental health of seafarers. Int Marit Health. 2012;63(2):78–89. doi: 10.5603/IMH.2012.0020. CREO QUE ESTE DOI NO ES CORECTO
- 17.** Brooks SK, Greenberg N. Mental health and psychological wellbeing of maritime personnel: a systematic review. BMC Psychol. 2022;10(1):139. doi: 10.1186/s40359-022-00850-4.
- 18.** Salazar Sánchez LS. Formación en medicina marítima para profesionales de salud en Costa Rica [Tesis de maestría]. San José: Universidad Santa Lucía; 2025.



El teu servei de prevenció aliè

| Prevenció de riscos | Reconeixements mèdics | Formació en prevenció |

Contacta amb nosaltres

900 153 153

www.previntegral.com

Sabies que **el 20% de la reducció del rendiment laboral** es vincula a problemes digestius?¹

Des de GoodGut hem desenvolupat un **pla innovador per avaluar i millorar la salut digestiva de la plantilla**, que permetrà:



**Prioritzar
la qualitat
de vida**



**Millorar el
rendiment²**



**Reduir
l'absentisme
laboral²**



**Optimitzar
els recursos³**

Contacta amb **marc.ramentol@goodgut.eu** per conèixer com implementar-lo a la teva empresa.

1. Buono, J.L, Carson, R.T. & Flores, N.M. Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. Health Qual Life Outcomes 15, 35 (2017). 2. The Adecco Group Institute. Informe Trimestral: Absentismo y Siniestralidad Laboral. (2022). 3. European Agency for Safety and Health at Work. Motivation for Employers to Carry out Workplace Health Promotion: Literature Review. (Publications Office, LU, 2012).

Evaluación de la efectividad y recomendaciones de intervenciones digitales. Instrumentos psicométricos utilizados en salud mental laboral. Revisión (2014-2024)

Evaluation of the Effectiveness and Recommendations for Digital Interventions and Psychometric Instruments Used in Occupational Mental Health. Review (2014-2024)

M^a Teófila Vicente Herrero¹  0000-0002-0796-9194

Ignacio Gómez-Pérez²  0000-0002-8678-9123

Valentín Esteban Buedo³  0000-0001-9965-8950

José Alberto Garrido⁴  0009-0001-9505-177X

Lucila Morató-Moscardó⁵  0000-0003-0309-2062

Miguel Ruiz-Flores Bistuer⁶  0009-0008-2141-222X

Ángel Arturo López Gonzalez⁷  0000-0002-7439-8117

¹Especialista en Medicina del Trabajo. Grupo de Investigación ADEMA SALUD, Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS), Palma de Mallorca, España.

²Especialista en Medicina del Trabajo. Universidad Católica de Valencia, España.

³Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Laboral. Dirección. General de Salud Pública. Valencia, España.

⁴Especialista en Medicina del Trabajo. Grupo Medicina Legal Abascal Madrid, España.

⁵Especialista en Medicina del Trabajo. Grupo Medicina Legal Abascal Madrid, España.

⁶Especialista en Psiquiatría. equipo de tratamiento asertivo comunitario, Ibsalut, Ibiza, España.

⁷Especialista en Medicina del Trabajo. Servei de Salut Palma de Mallorca. Illes Balears, España.

Fechas · Dates

Recibido: 03/07/2025

Aceptado: 12/12/2025

Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

M^a Teófila Vicente-Herrero

E-mail: vicenteherreromt@gmail.com

Resumen

Introducción: La salud mental en el entorno laboral es una problemática creciente. El objetivo de este trabajo fue sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de intervenciones digitales basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC), mindfulness y gestión del estrés, identificando sus beneficios clínicos, limitaciones metodológicas y áreas prioritarias de investigación para optimizar la implementación y evaluación de programas digitales e instrumentos psicométricos de salud mental en el trabajo.

Metodología: Revisión narrativa de artículos publicados entre 2014 y 2024, consultando bases como PubMed, Web of Science, MEDLINE, PsycINFO y Cochrane Library. Se incluyeron 20 artículos y 4 documentos realizados sobre adultos mayores de 18 años. La evaluación metodológica de los artículos se realizó con GRADE y SANRA, para valorar la robustez y calidad de la evidencia.

Resultados: Los artículos analizados mostraron una correlación positiva entre calidad metodológica (SANRA) y robustez de evidencia (GRADE). Instrumentos psicométricos como GHQ, PHQ-9 y MBI mostraron adecuada validez y fiabilidad. La efectividad varía en función de factores individuales y del contexto laboral. Las intervenciones implementadas de forma digital, especialmente la TCC y mindfulness, mostraron ser efectivas para reducir síntomas de ansiedad, depresión y burnout, especialmente cuando se personalizan y cuentan con acompañamiento profesional.

Conclusiones: Las intervenciones digitales constituyen estrategias prometedoras para mejorar el bienestar psicológico laboral. Se recomienda su integración en programas preventivos estructurados, con diagnóstico riguroso, liderazgo firme, formación continua y evaluación sistemática. Futuras investigaciones deberían emplear metodologías más estandarizadas y explorar nuevas tecnologías para optimizar el impacto en la salud mental laboral.

Palabras clave: Salud mental; Intervenciones digitales; Lugar de trabajo; Bienestar; Promoción de la salud.

Abstract

Introduction: Workplace mental health is an increasingly pressing issue. The aim of this study was to synthesize the best available evidence on the effectiveness of digital interventions based on cognitive-behavioral therapy (CBT), mindfulness, and stress management, identifying their clinical benefits, methodological limitations, and priority research areas to optimize the implementation and evaluation of digital programs and psychometric tools for workplace mental health.

Methodology: A narrative review was conducted of articles published between 2014 and 2024, using databases including PubMed, Web of Science, MEDLINE, PsycINFO, and the Cochrane Library. A total of 20 articles and 4 reports focusing on adults over the age of 18 were included. Methodological assessment of the articles was performed using GRADE and SANRA to evaluate the robustness and quality of the evidence.

Results: The analyzed studies showed a positive correlation between methodological quality (SANRA) and evidence robustness (GRADE). Psychometric instruments such as GHQ, PHQ-9, and MBI demonstrated adequate validity and reliability. Effectiveness varied according to individual factors and workplace context. Digitally delivered interventions, particularly CBT

and mindfulness, proved effective in reducing symptoms of anxiety, depression, and burnout, especially when tailored to individual needs and accompanied by professional support.

Conclusions: Digital interventions represent promising strategies for enhancing psychological well-being in the workplace. Their integration into structured preventive programs is recommended, incorporating rigorous diagnostic processes, strong leadership, ongoing training, and systematic evaluation. Future research should employ more standardized methodologies and explore emerging technologies to optimize their impact on workplace mental health.

Keywords: Digital interventions for mental health; workplace; wellbeing; mental health promotion.

Introducción

la salud mental en el entorno laboral constituye actualmente una prioridad global, dada la elevada prevalencia de problemas de salud relacionados con el estrés o con síntomas de ansiedad, depresión y burnout, que representan una de las principales causas de discapacidad y ausencias prolongadas del trabajo. La mejora de las condiciones laborales y de estrategias preventivas resulta esencial, aunque difícil de implementar plenamente. En este contexto, las intervenciones digitales de eSalud han emergido como alternativas eficaces para ofrecer apoyo psicológico accesible, anónimo y coste-efectivo a trabajadores de distintos sectores⁽¹⁾.

Estas intervenciones digitales —basadas en enfoques como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la gestión del estrés o los programas de mindfulness— permiten la promoción y la prevención secundaria de la salud mental en el ámbito laboral⁽²⁾. Su efectividad se evalúa mediante instrumentos psicométricos validados, como el General Health Questionnaire (GHQ)⁽³⁾, el Patient Health Questionnaire (PHQ-9)⁽⁴⁾, la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)⁽⁵⁾, el Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽⁶⁾ o la Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)⁽⁷⁾.

En esta revisión se realizó un análisis crítico de las intervenciones digitales y se evaluaron los instrumentos psicométricos utilizados en el ámbito específico de la salud mental como ejes centrales. El objetivo fue sintetizar la mejor evidencia disponible sobre su efectividad, identificando sus beneficios clínicos, limitaciones metodológicas y áreas prioritarias de investigación para optimizar la implementación y evaluación de programas digitales e instrumentos psicométricos de salud mental en el ámbito laboral.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa e integrativa combinando 10 estudios empíricos de intervención y 10 estudios de validación psicométrica publicados entre 2014 y 2024, lo que permitió abarcar simultáneamente la efectividad de las intervenciones y la calidad de las herramientas de medida sin dispersar el análisis en un volumen inabordable de literatura, con el propósito de alcanzar “suficiencia” teórica y temática.

Se priorizó un subconjunto de estudios “claves” por su calidad metodológica, relevancia y representatividad dentro del campo de estudio y, en línea con las recomendaciones de revisiones narrativas de alta calidad. Los criterios de selección de los artículos fueron: por ámbito temático y población; por periodo, fuentes y estrategia de búsqueda; aplicando criterios de inclusión metodológica para los 10 estudios empíricos y para los 10 de validación psicométrica, esto es, de calidad narrativa (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles- SANRA)⁽⁸⁾ y de solidez de la evidencia (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)-GRADE)⁽⁹⁾ y con relevancia para la práctica en salud mental y salud laboral. Los pasos esquematizados de este proceso fueron: 1) Búsqueda: explorar literatura en 5 bases de datos (PubMed, Web of Science, MEDLINE, PsycINFO y Cochrane Library), con términos específicos para intervenciones digitales en salud mental laboral (*anxiety; burnout; depression; digital interventions for mental health; digital mental health; evaluation; stress; workplace wellbeing; e-health; e-mental health; health intervention; occupational e-mental health intervention; occupational health; workplace health*), en el periodo de tiempo comprendido entre 2014-2024; 2) Filtrado: aplicar criterios de inclusión (diseño experimental/quasiexperimental, instrumentos validados, relevancia para efectividad/tipos/implementación), limitando la búsqueda a 20 artículos clave (10 empíricos + 10 psicométricos) para análisis profundo; 3) Evaluación: calificar cada artículo con GRADE para los empíricos (riesgo sesgo, inconsistencia, etc.) y SANRA (justificación, métodos, discusión) para las validaciones psicométricas; y 4) Síntesis: integrar hallazgos para responder preguntas (características de las intervenciones, factores de efectividad, recomendaciones empresariales en promoción de salud mental e instrumentos psicométricos de valoración), priorizando su evidencia alta para salud laboral.

Para poder aplicar de forma rigurosa GRADE y SANRA a cada estudio, se requería un número acotado de artículos que permitiera una evaluación crítica detallada de diseño, riesgo de sesgo, coherencia de resultados y aplicabilidad clínica/laboral.

La validación SANRA de calidad de artículos narrativos se ajusta a seis criterios: justificación de la importancia del tema, claridad de los objetivos, descripción de la estrategia de búsqueda bibliográfica, referencias adecuadas, presentación de la evidencia, discusión de datos relevantes y resultados finales. Los estudios empíricos se seleccionaron y jerarquizaron atendiendo a su diseño (ensayos aleatorizados como punto de partida considerados de alta calidad, estudios observacionales considerados como de baja calidad inicial) y posterior ajuste según los dominios GRADE, lo que facilita recomendaciones clínicas y de salud pública⁽¹⁰⁾

Los estudios de validación psicométrica se eligieron, además de por su relevancia, porque permitían valorar su calidad formal con SANRA (claridad de objetivos, descripción de la búsqueda, adecuación de referencias, presentación de evidencia y datos finales) y, conjuntamente su solidez de evidencia con GRADE. Esta doble valoración garantizó que los 20 artículos incluidos fueran, no solo pertinentes para las preguntas de la revisión, sino metodológicamente sólidos y útiles para generar recomendaciones de práctica clínica y de salud laboral.

La Figura 1 muestra las fortalezas y debilidades de ambos métodos en estudios de validación y narrativos y el uso de cada uno según sus características.

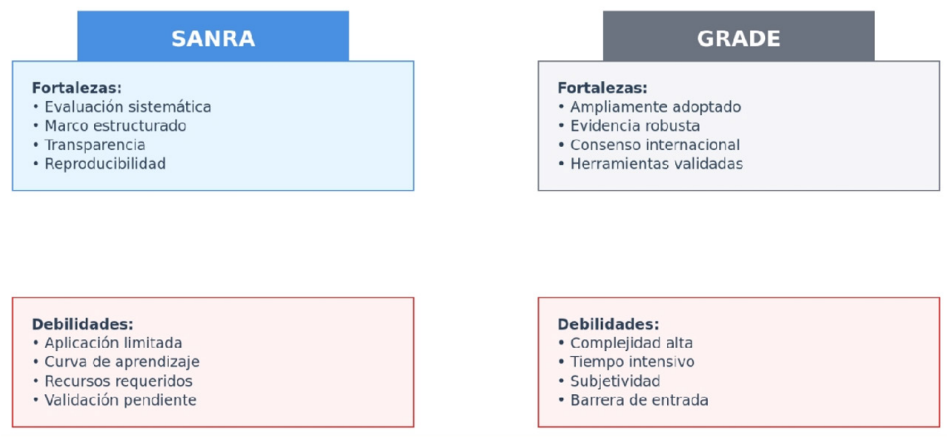


Figura 1. Esquema comparativo de fortalezas y debilidades de SANRA y GRADE.

Resultados

De un total de 10174 artículos publicados en ese periodo de tiempo, referidos a intervenciones digitales en salud mental, se seleccionaron 10 artículos de estudios primarios, revisiones sistemáticas y metaanálisis⁽¹¹⁻²⁰⁾ y 10 artículos sobre los instrumentos psicométricos de medida utilizados de forma conjunta o individual en los artículos empíricos analizados para valoración de salud mental⁽²¹⁻³⁰⁾, y síntomas relacionados.

El análisis de los 10 artículos empíricos en función de su contextualización, características, calidad y evidencia científica según la valoración GRADE se muestra en la Tabla 1. Las intervenciones digitales en salud mental incluidas son: la TCC, programas de mindfulness y meditación, intervenciones de gestión del estrés, intervenciones digitales con personalización y soporte humano, programas grupales en vivo dirigidos por profesionales sanitarios que han demostrado efectividad clínica y aceptación entre los trabajadores, especialmente cuando se integran dentro de programas estructurados y personalizados.

Tabla 1. Clasificación de los artículos empíricos según: diseño, objetivo, población, instrumentos utilizados, y comentarios de valoración GRADE.

Referencia autor año, país	Diseño	Objetivo del estudio	Población (n)	Tipo de intervención digital	Instrumentos utilizados	Comentarios resumidos sobre calidad de evidencia GRADE
Currie 2022, Canadá	Ensayo controlado / estudio original	Evaluar DHIs para depresión/ ansiedad en adultos trabajadores	837 empleados	App móvil de autogestión basada en ACT y CBT	PHQ-9, GAD-7, ISI	Ensayo clínico aleatorizado con buena metodología, muestra adecuada y resultados consistentes.
Miki 2021, Japón	Ensayo controlado / estudio original	Evaluar efectividad de una app de intervención breve sobre síntomas psicológicos	515 adultos con trabajo establecido	App para entrenamiento en relajación progresiva y mindfulness	DASS-21	Buen diseño, aunque con algunas limitaciones como tamaño de muestra y seguimiento.
Wu J,2022, China	Revisión sistemática	Efecto de una app de mindfulness sobre bienestar en trabajadores de salud pública	574 empleados en salud pública	App de mindfulness guiado y seguimiento de hábitos	ISI, PSS, WHO-5	Diseño sólido, pero pequeño tamaño muestral y riesgo potencial de sesgo moderado.
Liu 2023, China/ Reino Unido	Metaanálisis / revisión sistemática	Sintetizar evidencia sobre DHIs en depresión/ ansiedad laboral	35 estudios, trabajadores varios sectores	Web, apps móviles, e-mail, teleterapia	PHQ-9, GAD-7, DASS-21, ISI (varía)	Revisión exhaustiva de múltiples estudios; análisis riguroso y heterogeneidad evaluada.
Moe-Byrne 2022, Reino Unido	Metaanálisis / revisión sistemática	Evaluar efectividad de intervenciones digitales personalizadas en salud mental laboral	Trabajadores (7 estudios principales)	Web, foro, feedback automatizado, e-mail	PSS-10, GHQ- 12, BSI (varía)	Metaanálisis bien realizado, calidad alta por consistencia y precisión en estimaciones.
Stratton 2017, EEUU/Reino Unido	Metaanálisis / revisión sistemática	Efectividad de eHealth en reducción de síntomas psicológicos en empleados	Trabajadores (15 ECA), n>2000	Web, app móvil, iCBT, e-mail	Diferentes (PHQ-9, ISI...)	Buena calidad general, pero heterogeneidad y riesgos de sesgo limitan la valoración.
Phillips 2019, Alemania/ Reino Unido	Revisión sistemática	Efectividad de e-mental health (CBT, mindfulness, etc.) en estrés, ansiedad, depresión laboral	34 ensayos aleatorizados controlados, n>5000	Web, app móvil, e-mail, mindfulness online	Diversos (PHQ-9, ISI, BDI...)	Calidad adecuada pero limitada por variabilidad de estudios incluidos.

Referencia autor año, país	Diseño	Objetivo del estudio	Población (n)	Tipo de intervención digital	Instrumentos utilizados	Comentarios resumidos sobre calidad de evidencia GRADE
Carolan 2017, Reino Unido	Revisión sistemática	Mejorar bienestar psicológico y eficacia laboral con DHIs en trabajadores	21 ECA trabajadores, n~3000	Web, e-mail, SMS, apps, con/ sin guía	Varios (PHQ-9, ISI, BDI...)	Evaluación competente; limitaciones metodológicas reportadas en algunos estudios.
Burns 2001, Reino Unido	Revisión sistemática	Revisar intervenciones digitales en salud mental general	Varios estudios adultos, distintos contextos	Web, correo electrónico, foros	Varios estudios adultos, distintos contextos	Estudios más antiguos, menor rigor metodológico, y limitaciones en análisis.
Smail-Crevier 2019, Canadá	Revisión sistemática	Uso de internet y preferencias de diseño para e-salud mental	1011 adultos	Plataformas web, apps, diseño de eMental Health	(cuestionarios nacionales)	Evaluación actualizada con limitaciones en heterogeneidad y profundidad.

La Figura 2 muestra la valoración GRADE de los artículos empíricos y proporciona un marco para evaluar la fiabilidad y utilidad de estos estudios en investigaciones relacionadas con salud mental. Las valoraciones GRADE estimadas varían desde alta hasta baja, con una mayoría de estudios clasificados en niveles moderados o superiores.

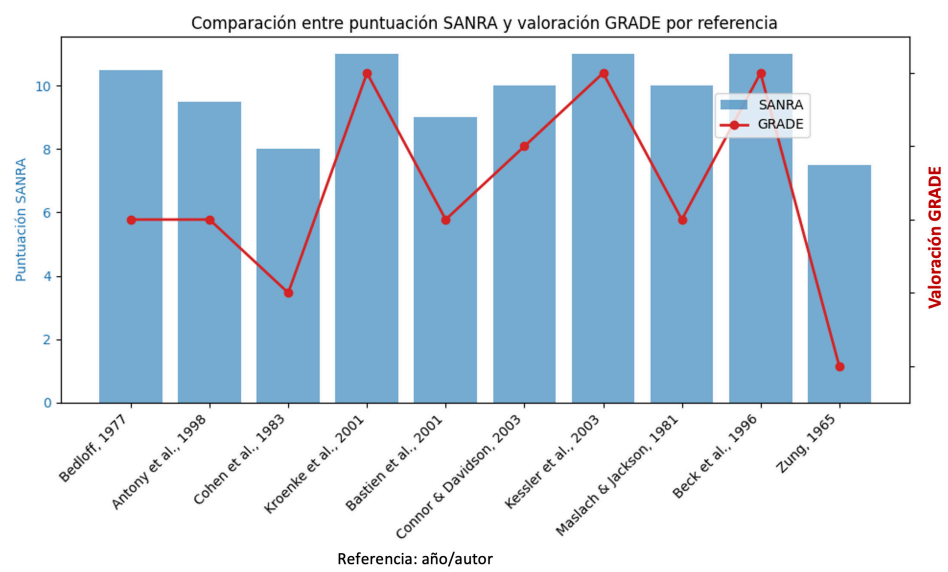


Figura 2. Artículos de ensayos, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Comparativa SANRA/GRADE.

El análisis de los 10 artículos de instrumentos psicométricos se muestran en la Tabla 2 (complementaria) en función de su contextualización, características, calidad y evidencia científica y comentarios de valoración SANRA y GRADE.

Tabla 2. (complementaria). Clasificación de los artículos de las herramientas psicométricas según: diseño, objetivo, población, instrumentos utilizados, y comentarios de valoración GRADE y SANRA.

Referencia autor año, país	Diseño	Objetivo del estudio	Población (n)	Instrumentos utilizados	Comentarios SANRA	Comentarios GRADE
Radloff, 1977, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar escala para síntomas depresivos	1,000 adultos población general	CES-D	Justificación clara y tema pertinente, metodología bien descrita, resultados expuestos con claridad, discusión crítica y conclusiones fundamentadas.	Ensayo clínico aleatorizado con buena metodología, muestra adecuada y resultados consistentes.
Antony 1998, Canadá	Estudio de validación de escala	Validar escala para depresión, ansiedad y estrés	1,027 adultos, clínicos y no clínicos	DASS (42 ítems)	Metodología adecuada y clara, pero discusión algo breve; presenta objetivos y resultados con precisión.	Buen diseño, aunque con algunas limitaciones como tamaño de muestra y seguimiento.
Cohen 1983, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar escala de estrés percibido	Estudiantes universitarios y población general	PSS (10 ítems)	Buena descripción general, aunque la explicación del análisis estadístico podría ser más detallada; discusión concisa.	Diseño sólido, pero pequeño tamaño muestral y riesgo potencial de sesgo moderado.
Kroenke 2001, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar escala para diagnóstico de depresión	6,000 pacientes en atención primaria	PHQ-9 (9 ítems)	Excelente claridad en planteamiento, estrategias de búsqueda bien descritas, análisis riguroso y discusión crítica.	Revisión exhaustiva de múltiples estudios; análisis riguroso y heterogeneidad evaluada.
Bastien 2001, Canadá	Estudio de validación de escala	Validar escala para insomnio	174 pacientes con insomnio y controles sanos	ISI (7 ítems)	Bien estructurada, con adecuada presentación del método, discusión y análisis de limitaciones muy completos.	Metaanálisis bien realizado, calidad alta por consistencia y precisión en estimaciones.
Connor 2003, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar escala de resiliencia	577 adultos población general y clínica	CD-RISC (25 ítems)	Claridad en objetivos y metodología, resultados amplios, aunque análisis de limitaciones mejorable.	Buena calidad general, pero heterogeneidad y riesgos de sesgo limitan la valoración.
Kessler 2003, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar escalas para trastornos psicológicos	>8,700 adultos población general	K6/K10	Presentación clara, buena síntesis, pero detalles específicos metodológicos y discusión limitada.	Calidad adecuada pero limitada por variabilidad de estudios incluidos.

Referencia autor año, país	Diseño	Objetivo del estudio	Población (n)	Instrumentos utilizados	Comentarios SANRA	Comentarios GRADE
Maslach 1981, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar escala para síndrome burnout	>1,000 trabajadores de salud	MBI (22 ítems)	Correcta justificación y objetivos, método adecuado, discusión podría profundizar más en limitaciones.	Evaluación competente; limitaciones metodológicas reportadas en algunos estudios.
Beck 1996, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar versión revisada de escala depresión	500 pacientes clínicos con depresión	BDI-II (21 ítems)	Estudio clásico pero con narrativa más básica, metodología algo escasa, discusión menos detallada para estándares actuales.	Estudios más antiguos, menor rigor metodológico, y limitaciones en análisis.
Zung, 1965, EEUU	Estudio de validación de escala	Validar escala evaluativa de depresión	Pacientes psiquiátricos y controles	SDS (20 ítems)	Buena actualización y síntesis, pero se podría mejorar la estructura narrativa y análisis crítico en discusión.	Evaluación actualizada con limitaciones en heterogeneidad y profundidad.

Los instrumentos psicométricos incluidos en las publicaciones revisadas se caracterizan por tener evidencia robusta respaldada por estudios con alta calidad metodológica (evaluada mediante GRADE y SANRA), siendo adecuadas para diagnósticos, seguimiento y evaluación de intervenciones en salud mental laboral, así como para validar programas de prevención y promoción del bienestar psicosocial. La combinación de varias de estas escalas permite una evaluación integral de distintos aspectos psicológicos relevantes en salud laboral. La Figura 3 (complementaria) muestra el análisis comparativo entre la evaluación SANRA, de calidad narrativa y metodológica, y la valoración GRADE, de calidad de la evidencia científica para los artículos referidos a los instrumentos psicométricos utilizados en salud mental. El comparativo muestra las coincidencias existentes entre la calidad de los artículos según SANRA y la valoración de calidad y robustez GRADE, siendo adecuados para sustentar conclusiones en las investigaciones relacionadas.

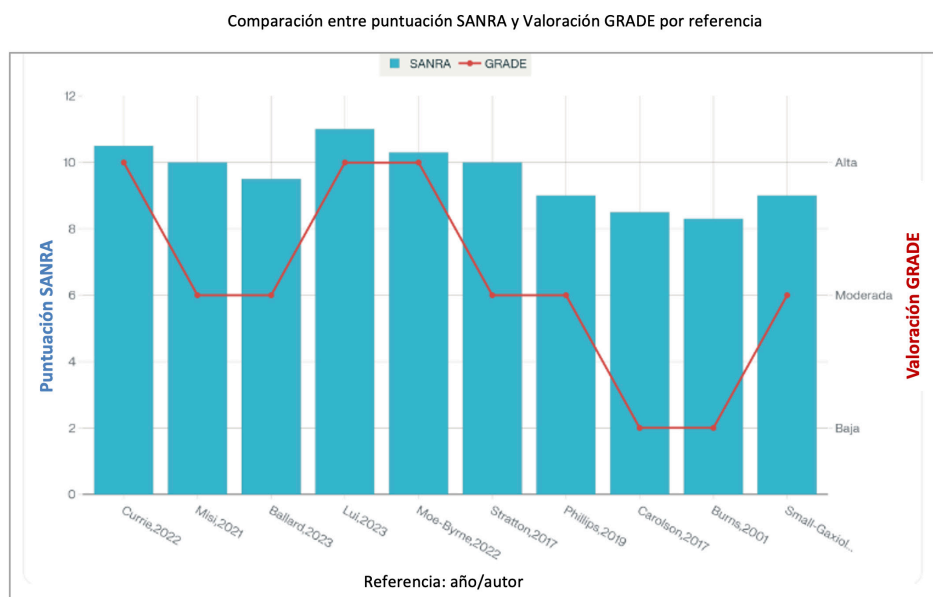


Figura 3. Artículos de herramientas psicométricas. Comparativa SANRA/GRADE.

Discusión

Los principales hallazgos de esta revisión, considerando los artículos empíricos sobre intervenciones digitales en salud mental indican que, las intervenciones digitales incluidas: terapia cognitivo-conductual, mindfulness, meditación, gestión del estrés, intervenciones personalizadas y grupales en vivo, han mostrado efectividad clínica y buena aceptación entre trabajadores, especialmente cuando se integran en programas estructurados y con soporte profesional. La valoración GRADE de estos estudios empíricos aporta un marco útil para evaluar la fiabilidad y utilidad científica de la evidencia obtenida.

Respecto a los instrumentos psicométricos empleados para valorar resultados en salud mental laboral y síntomas relacionados y analizados, las publicaciones destacan herramientas como el GHQ, PHQ-9, GAD-7, MBI y WEMWBS, caracterizadas por su robusta evidencia metodológica, siendo adecuadas para diagnóstico, seguimiento y evaluación de intervenciones en salud mental laboral y para la validación de programas de prevención y promoción del bienestar psicosocial. La utilización combinada de varias escalas facilita una evaluación integral de aspectos psicológicos relevantes en el trabajo. El análisis comparativo entre las valoraciones SANRA (calidad narrativa y metodológica) y GRADE (calidad de evidencia científica) revela una alta coincidencia en la robustez y adecuación de los artículos, respaldando, de este modo, la validez de las conclusiones en las investigaciones realizadas.

GRADE está orientada para la evaluación sistemática y basada en evidencia de la calidad científica de estudios, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas, considera múltiples dominios y clasifica la evidencia en cuatro niveles, lo que resulta especialmente útil para recomendaciones clínicas y en políticas de salud. Sin embargo, requiere formación y experiencia para su aplicación rigurosa, puede ser compleja de aplicar en revisiones narrativas o en estudios heterogéneos con datos no cuantificables y está principalmente enfocada a evidencias cuantitativas y no a evaluaciones cualitativas o narrativas⁽³¹⁾.

SANRA está diseñada para valorar la calidad metodológica y narrativa de los artículos; proporciona criterios claros y estructurados para evaluar aspectos como la justificación del tema, claridad de objetivos, descripción de la búsqueda bibliográfica, adecuación de referencias, presentación de la evidencia y discusión. Su aplicación ayuda a identificar revisiones bien documentadas y argumentadas, favoreciendo la transparencia y el rigor. Sin embargo, se centra en aspectos narrativos y metodológicos, no evalúa directamente la calidad científica ni la fuerza de la evidencia primaria o los resultados estadísticos. Por ello, la evaluación puede implicar subjetividad y no se recomienda para valorar estudios experimentales o clínicos, tal y como comentamos previamente según referencia de Christopher Baethge, 2019.

El uso combinado de ambas, como se ha hecho en este trabajo en las herramientas psicométricas, permite una valoración integral. Su complementariedad potencia la objetividad y profundidad del análisis, especialmente en este tipo de revisiones que agrupan estudios dispares, ayudando a orientar mejor la interpretación y aplicación de los hallazgos científicos.

Tomando como referencia lo anteriormente comentado, se observa en las publicaciones revisadas, que las intervenciones digitales en salud mental laboral han experimentado un crecimiento considerable en la última década y que se han diversificado en varios enfoques terapéuticos. Entre las más estudiadas destacan la TCC en línea, mindfulness y meditación, programas de gestión del estrés, intervenciones de autoayuda y psicología positiva.

Las intervenciones más recomendadas y las herramientas psicométricas utilizadas en ellos, se caracterizan por tener una evidencia robusta respaldada por estudios de alta calidad metodológica, siendo adecuadas para diagnóstico, seguimiento y evaluación de intervenciones en salud mental laboral, así como para validar programas de prevención y promoción del bienestar psicosocial. La combinación de varias de las escalas que forman parte de los instrumentos psicométricos permite una evaluación integral de distintos aspectos psicológicos importantes en el mundo del trabajo y en el ámbito clínico: diagnóstico, formación y evaluación continua para garantizar su efectividad y sostenibilidad en el entorno laboral.

La TCC digital adapta el formato tradicional a plataformas digitales, como sitios web y aplicaciones móviles, con un enfoque modificador de patrones de pensamiento y conductas relacionadas con el estrés. Algunos autores indican que esta modalidad genera efectos similares a la TCC presencial, especialmente en el tratamiento de alteraciones del estado de ánimo y ansiedad. Un área en discusión

es el manejo de la comorbilidad con estas terapias, en particular, la terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCCI), dirigida fundamentalmente por profesionales clínicos, que ha emergido como una de las opciones con mayor soporte empírico^(32,33). En el ámbito laboral, la TCC ha mostrado efectividad para tratar la sintomatología asociada a procesos depresivos, aunque se requieren más ensayos controlados aleatorizados y estudios sólidos que fortalezcan la evidencia científica en este campo⁽³⁴⁾.

Los programas de mindfulness y meditación promueven la atención plena y la conciencia del momento presente. Su adopción en el entorno laboral ha ido en aumento, dado que las organizaciones buscan mejorar la salud, el bienestar y el rendimiento de las personas que trabajan. Estas intervenciones se han vinculado con objetivos de mayor satisfacción laboral y reducción del estrés demostrando, además mejoras en indicadores fisiológicos asociados al estrés⁽³⁵⁾. Para facilitar la toma de decisiones basadas en evidencia, se están desarrollando mapas que incorporan resultados de salud física, mental, cognitiva, afectiva e interpersonal, que permitan a guiar las actuaciones de las organizaciones en la promoción del bienestar de los empleados⁽³⁶⁾.

La gestión del estrés en los ambientes laborales se conceptualiza considerando cuáles son los niveles elevados de estrés que se asocian con menor salud, con reducida productividad y más ausencias del trabajo por enfermedad⁽³⁷⁾. La identificación de las causas del estrés y el contexto en que se desarrolla se aborda mediante instrumentos psicométricos validados que se correlacionan con medidas alternativas de bienestar y estrés. Sin embargo, no todas las intervenciones cuentan con evidencia sólida y el éxito depende, en gran medida de que se pueda ofrecer la intervención adecuada a la población correcta (Stratton E et al, 2017).

Otras estrategias incluyen el entrenamiento en técnicas de relajación, considerado esencial para el manejo efectivo del estrés laboral y mediante intervenciones personalizadas para el estrés ocupacional que suelen obtener mejores resultados cuando se aplican de forma presencial. Lo mismo ocurre con la psicoeducación que, cuando se aplica en solitario es menos eficaz para promover el bienestar psicológico en el trabajo. En cuanto a las intervenciones de eSalud, utilizadas con orientación al ámbito sanitario, a pesar de los recursos tecnológicos disponibles, su impacto en la reducción de síntomas mentales es modesto. No obstante, las intervenciones grupales en vivo y dirigidas por profesionales sanitarios han mostrado mayor efectividad en la reducción de la ansiedad, efectos intermedios en la depresión y resultados mixtos en la angustia mental y en afrontamiento (Currie CL, 2022).

La efectividad de las intervenciones digitales depende de diversos factores. En cuanto a la tecnología, no se han encontrado diferencias significativas en la efectividad entre las plataformas web y móviles. Destaca el apoyo a la TCC para insomnio (TCCI) en colectivos específicos como profesionales sanitarios y militares, donde se percibe como beneficiosa y con resultados consistentes al compararla con la TCCI guiada de forma tradicional (Miki A et al, 2021) (Liu JJ et al, 2023). La evidencia respalda su utilización en estos grupos. Respecto a las condiciones en

las que la TCCI puede optimizarse, van ligadas a ciertos aspectos de la intervención, sin limitarse al tipo de tecnología utilizada. En concreto, se destaca la necesidad de personalizar los programas, ofrecer acompañamiento humano y ajustar las intervenciones a las características específicas del colectivo, tales como la gravedad de los síntomas y los contextos laborales particulares, no focalizándose en el tipo de dispositivo, sino en el tipo de intervención, en su adecuación y en los elementos que pueden potenciar su efectividad, como el acompañamiento profesional y la personalización.

Por lo tanto, las condiciones para optimizar la TCCI no solo están vinculadas a la tecnología, sino fundamentalmente a las características de la intervención, incluyendo el soporte humano y la adaptación a colectivos con necesidades específicas.

El acompañamiento humano puede aumentar la efectividad, especialmente cuando se combinan modalidades secundarias como correos electrónicos y mensajes que fomentan el compromiso y la adherencia, aunque la evidencia sobre este aspecto es heterogénea (Carolan S et al, 2017) (Burns T et al 2001). Está especialmente indicado en casos donde se combinan intervenciones digitales personalizadas con apoyo profesional, dado que potencia los resultados clínicos, especialmente en la reducción de síntomas. Se sugiere que sea parte de intervenciones estructuradas y personalizadas integradas en programas organizacionales amplios. Resulta recomendable en situaciones donde se busca mejorar la adherencia, personalizar la intervención y garantizar el seguimiento efectivo del trabajador con síntomas psicosociales dentro del entorno laboral. Se destacan como aspectos básicos: su enfoque a trabajadores con síntomas elevados de estrés, ansiedad, depresión o burnout; uso de programas digitales personalizados con énfasis en compromiso y adherencia; se destacan sectores con alta prevalencia de problemas de salud mental en ámbito laboral (sanitarios, tecnología, manufactura, educación, servicios públicos); finalmente, los contextos donde se requiere integración con programas preventivos estructurados y evaluación constante.

La personalización de las intervenciones digitales se asocia con mejores resultados obtenidos con diversos indicadores de salud laboral como: reducción del estrés, mejoras en calidad del sueño y menores síntomas relacionados con somatización. Sin embargo, no se observan diferencias sustanciales en reducción de depresión, ansiedad o en los indicadores de absentismo y presentismo. Estas intervenciones tienden a ser más efectivas en empleados con niveles elevados de distrés o presentismo, aunque la heterogeneidad en la medición de la productividad laboral sugiere la necesidad de plantear investigaciones futuras que minimicen estos sesgos (Moe Byrne T et al, 2022).

Factores demográficos como la edad y el género también muestran su influencia en la efectividad y preferencia hacia los programas de salud mental online (Phillips EA et al, 2019). No se establece una relación de protección mayor o menor basada en la edad, sino que, se destaca la importancia de personalizar las intervenciones considerando la edad como un factor que modula la efectividad y la preferencia de los usuarios. Por ejemplo, en casos de mujeres con alto riesgo de patologías men-

tales, éstas prefieren programas interactivos que incluyan práctica y ejercicios dirigidos a reducir el estrés, con contenido informativo de calidad y orientación profesional. En estos casos, lo que exige es que estos programas consideren dichas características para optimizar su aceptación y uso (Smail Crevier R et al, 2019).

De acuerdo a los resultados, las intervenciones digitales en salud mental en el ámbito laboral se presentan como herramientas prometedoras, especialmente cuando están integradas en programas estructurados de prevención y alineadas con las mejores prácticas internacionales y con la normativa vigente, garantizando así su efectividad y sostenibilidad en diferentes sectores laborales considerados prioritarios por sus altas prevalencias en problemas de salud mental, como: profesionales de la salud, tecnología, manufactura, educación y servicios públicos. Estas intervenciones se han implementado principalmente a través de plataformas web y aplicaciones móviles, pero con apoyo personal.

Los resultados de esta revisión indican que las intervenciones preventivas en salud mental desde el ámbito empresarial deben adaptarse a las necesidades específicas de cada organización y alinearse con las mejores prácticas en cada país. Este enfoque integral es esencial para asegurar la efectividad, sostenibilidad y su impacto positivo en salud mental y bienestar de los empleados y, en las empresas han de formar parte de un programa integral bien estructurado, destacando la importancia de la prevención primaria y, con ello de los programas de promoción de la salud en el marco de la empresa saludable.

Recomendaciones para la promoción de la salud mental en la empresa.

La revisión realizada refuerza la idea de que la salud mental en el entorno laboral es un componente esencial tanto para el bienestar individual como para el desempeño y la sostenibilidad organizacional. Si bien los líderes empresariales son cada vez más conscientes de la importancia de apoyar la salud mental de su población laboral y de minimizar los daños derivados de riesgos psicosociales, muchas organizaciones enfrentan dificultades para traducir esta conciencia en acciones concretas, claras y priorizadas.

Diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud⁽³⁸⁾, la Organización Internacional del Trabajo⁽³⁹⁾ y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención en Salud⁽⁴⁰⁾, así como entidades nacionales como el Ministerio de Sanidad en España, han desarrollado guías y documentos estratégicos que orientan a las empresas sobre cómo implementar programas efectivos de promoción de la salud mental (PSM) laboral, dentro de marcos preventivos y de cumplimiento normativo⁽⁴¹⁾.

Como apoyo a las empresas y organizaciones en la implementación de estos programas, se ha diseñado un marco integral y de autoevaluación que facilita a los empleadores poder evaluar a nivel organizacional los esfuerzos realizados en salud mental, facilitando la inversión estratégica en prácticas basadas en evidencia científica. Este marco se estructura alrededor de siete pasos clave en el proceso para implementar un programa de PSM en las organizaciones (OSHA)⁽⁴²⁾.

- Realizar un diagnóstico inicial de la salud mental y riesgos psicosociales de los empleados mediante encuestas, entrevistas y análisis de indicadores.
- Garantizar el apoyo activo y recursos de la alta dirección, definiendo responsables del programa.
- Diseñar un plan estratégico con objetivos claros, medibles y alineados con la empresa.
- Implementar formación y sensibilización para directivos y empleados en reconocimiento de síntomas y resiliencia.
- Facilitar acceso a recursos psicológicos y políticas que promuevan la conciliación y el bienestar.
- Fomentar un clima laboral saludable y comunicación abierta, implicando a los trabajadores en el proceso.
- Establecer metodologías de evaluación continua que permitan medir la efectividad y realizar mejoras según resultados.

Este enfoque estructurado y personalizado es clave para la sostenibilidad y el impacto positivo en la salud mental laboral.

Hay que tener en cuenta que no existe un modelo único aplicable a todas las organizaciones. Cada empresa debe personalizar su proyecto de PSM atendiendo a cuál es su sector, tamaño, desarrollo preventivo y cultura organizacional. Sin embargo, la combinación de medidas individuales, grupales y colectivas como las mencionadas previamente y el uso de los instrumentos psicométricos adecuados, resulta imprescindible para diseñar intervenciones integrales y acordes con la legislación vigente en prevención de riesgos laborales (PRL)⁽⁴³⁾. Esta aproximación estructurada y personalizada es esencial para asegurar la sostenibilidad y el impacto positivo de estos programas en la salud mental laboral.

La revisión narrativa realizada destaca como fortalezas su relevancia al abordar un tema prioritario, de impacto global y, su enfoque en intervenciones digitales, dentro de un campo creciente de interés para empresas y profesionales de la salud. Abarca una década (2014–2024), lo que proporciona una visión actualizada y evolutiva de la efectividad de estas intervenciones. La diversidad de intervenciones digitales revisadas añade profundidad al análisis, así como la identificación de factores clave para su efectividad, como la personalización, el acompañamiento humano y las características demográficas y, ofrece recomendaciones prácticas para la implementación en el contexto empresarial.

La revisión se limitó a 20 artículos porque el objetivo no era la exhaustividad sistemática, sino una síntesis narrativa en profundidad que integrara los tipos de intervenciones digitales, sus factores de efectividad, las recomendaciones de implementación y los instrumentos psicométricos utilizados, lo que exige un número manejable de estudios con evidencia suficientemente sólida. Este enfoque es coherente con las recomendaciones metodológicas para revisiones narrativas,

que aconsejan centrar el análisis en trabajos clave y conceptualmente relevantes y justificar explícitamente la suficiencia del corpus incluido.

La calidad metodológica (evaluada con GRADE) y la calidad narrativa adicional (evaluada con SANRA), priorizando trabajos referentes, ampliamente utilizados en la práctica clínica y en salud laboral, facilita un análisis crítico en profundidad dentro de un conjunto manejable de evidencia.

No obstante, esta revisión presenta limitaciones importantes derivadas principalmente de la diversidad en la calidad metodológica de los estudios incluidos y la alta heterogeneidad en las medidas de resultado, lo que dificulta la comparación directa y la generalización y extrapolación de resultados. Persiste poca claridad respecto a qué factores específicos modulan la efectividad según el tipo de intervención, características de los participantes y contexto laboral. El enfoque metodológico narrativo de la revisión implica un riesgo elevado de sesgo y subjetividad, dada la diversidad en criterios de selección y evaluación, lo que reduce la reproducibilidad y fuerza de las conclusiones, si bien, la calidad metodológica (evaluada con GRADE) y la calidad narrativa adicional (evaluada con SANRA), priorizando trabajos influyentes y ampliamente utilizados en la práctica clínica y en salud laboral, permite un análisis crítico en profundidad dentro del conjunto de evidencia.

Es por esto, que los resultados deben interpretarse con cautela y no considerarse definitivos, subrayando la necesidad de investigaciones futuras con metodologías más rigurosas y estandarizadas.

Conclusiones

Las intervenciones digitales de salud mental en el entorno laboral muestran evidencia prometedora para la reducción de síntomas asociados al estrés, ansiedad, depresión y burnout, así como para la mejora del bienestar psicológico de los empleados. Entre estas intervenciones, la TCC en línea destaca por su efecto significativo en la reducción de síntomas depresivos. Las intervenciones basadas en mindfulness se perfilan como las más efectivas en general, especialmente cuando se combinan con personalización y acompañamiento humano. Los programas de gestión del estrés también evidencian efectividad, aunque sus resultados tienden a ser más variables.

Las publicaciones revisadas en este trabajo permiten derivar directrices de buenas prácticas a partir de los factores que influyen en la efectividad de las intervenciones digitales en el entorno laboral respecto a síntomas y afecciones de salud mental, como el estrés, la ansiedad, la depresión, el agotamiento y el bienestar psicológico. Factores como, el tipo de tecnología, la orientación, el reclutamiento, la adaptación y la demografía influyen en esa efectividad ^[(44)].

Para la implementación efectiva de programas de prevención y PSM en el ámbito laboral se recomiendan pautas prácticas que van más allá de las obligaciones normativas de PRL. Estas incluyen el compromiso institucional y el liderazgo activo, un diagnóstico riguroso de las necesidades de la plantilla y la formación continua

acompañada de acciones preventivas y de apoyo. Se aconseja emplear los instrumentos psicométricos más adecuados e intervenciones basadas en evidencia científica, que sean accesibles y personalizadas e integrar la salud mental en la estrategia global de la empresa. Es crucial adaptar las intervenciones a las características específicas de cada sector y grupo ocupacional, y realizar una evaluación y seguimiento continuo de los resultados para garantizar la efectividad y mejora constante de los programas.

En cuanto a las líneas futuras de investigación, se destaca la necesidad de estudios con mayor rigor metodológico y uso de medidas psicométricas estandarizadas para fortalecer la base de evidencia. Es esencial identificar los factores que modulan la efectividad de las intervenciones digitales según el contexto laboral y las características individuales de los empleados. La integración de tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial y la personalización avanzada, aparecen como una oportunidad prometedora para optimizar el impacto de las herramientas digitales en los programas de salud mental laboral.

Bibliografía

1. Stratton E, Lampit A, Choi I, Malmberg Gavelin H, Aji M, Taylor J et al. Trends in Effectiveness of Organizational eHealth Interventions in Addressing Employee Mental Health: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022;24(9):e37776.
2. Catapano P, Cipolla S, Sampogna G, Perris F, Luciano M, Catapano F et al. Organizational and Individual Interventions for Managing Work-Related Stress in Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(10):1866.
3. Wojujutari AK, Idemudia ES, Ugwu LE. The evaluation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) reliability generalization: A meta-analysis. *PLoS One*. 2024 Jul 17;19(7):e0304182.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
5. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*. 2008;46(3):266-74.
6. Forné C, Yuguero O. Factor structure of the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey in Spanish urgency healthcare personnel: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):615.
7. Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulat P et al. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Qual Life Res*. 2014;23(3):857-68.
8. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5.

9. Aguayo Albasini JL, Flores Pastor, B, Soria Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. *Cir Esp*. 2014;92(2):92-8.
10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck Ytter Y, Alonso Coello P et al. GRADE: An Emerging Consensus on Rating Quality of Evidence and Strength of Recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.
11. Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189904.
12. Currie CL, Larouche R, Voss ML, Trottier M, Spiwak R, Higa E et al. Effectiveness of Live Health Professional-Led Group eHealth Interventions for Adult Mental Health: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res*. 2022;24(1):e27939.
13. Miki A, Lau MA, Moradian H. An Open Trial of the Effectiveness, Program Usage, and User Experience of Internet-based Cognitive Behavioural Therapy for Mixed Anxiety and Depression for Healthcare Workers on Disability Leave. *J Occup Environ Med*. 2021;63(10):865-74.
14. Liu JJ, Ein N, Forchuk C, Wanklyn SG, Ragu S, Saroya S et al. A meta-analysis of internet-based cognitive behavioral therapy for military and veteran populations. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):223.
15. Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. *J Med Internet Res*. 2017;19(7):e271.
16. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2001;5(15):1-139.
17. Moe Byrne T, Shepherd J, Merecz Kot D, Sinokki M, Naumanen P, Hakkaart van Roijen L et al. Effectiveness of tailored digital health interventions for mental health at the workplace: A systematic review of randomised controlled trials. *PLOS Digit Health*. 2022;1(10):e0000123.
18. Phillips EA, Gordeev VS, Schreyögg J. Effectiveness of occupational e-mental health interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(6):560-76.
19. Smail Crevier R, Powers G, Noel C, Wang J. Health-Related Internet Usage and Design Feature Preference for E-Mental Health Programs Among Men and Women. *J Med Internet Res*. 2019;21(3):e11224.
20. Wu J, Ma Y, Zuo Y, Zheng K, Zhou Z, Qin Y et al. Effects of Mindfulness Exercise Guided by a Smartphone App on Negative Emotions and Stress in Non-Clinical Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health*. 2022;9:773296.

- 21.** Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl. Psychol. Meas.* 1977;1:385-401.
- 22.** Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess.* 1998;10(2):176-81.
- 23.** Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
- 24.** Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.
- 25.** Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297-307.
- 26.** Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82.
- 27.** Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2003;60(2):184-9.
- 28.** Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J. Occup Behav.* 1981;2(2):99-113.
- 29.** Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, Texas: Psychological Corporation; 1996.
- 30.** Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12(1):63-70.
- 31.** Mendoza Pinto C, García Carrasco M. GRADE system, systematic and transparent evaluation. *Reumatol Clin (Engl Ed).* 2018;14(2):65-7.
- 32.** Hertenstein E, Trinca E, Wunderlin M, Schneider CL, Züst MA, Fehér KD et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2022;62:101597.
- 33.** Andersson G, Carlbring P. Internet-Assisted Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(4):689-700.
- 34.** Xiong J, Wen JL, Pei GS, Han X, He DQ. Effectiveness of Internet-based cognitive behavioural therapy for employees with depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Saf Ergon.* 2023;29(1):268-81.
- 35.** Heckenberg RA, Eddy P, Kent S, Wright BJ. Do workplace-based mindfulness meditation programs improve physiological indices of stress? A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2018;114:62-71.
- 36.** Hilton LG, Marshall NJ, Motala A, Taylor SL, Miake Lye IM, Baxi S, et al. Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map. *Work.* 2019;63(2):205-18.

- 37.** Brookes K, Limbert C, Deacy C, O'Reilly A, Scott S, Thirlaway K. Systematic review: work-related stress and the HSE management standards. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(7):463-72.
- 38.** Organización Mundial de la Salud. La salud mental en el trabajo. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.
- 39.** Organización Mundial de la Salud. Mental health at work. 2022. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_856976.pdf.
- 40.** National Institute for Health and Care Excellence. Mental wellbeing at work. 2022. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng212>.
- 41.** Ministerio de Sanidad. Trabajo y salud mental: hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gabinete-Prensa/notaPrensa/pdf/Hoja_250625184030855.pdf.
- 42.** Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Orientaciones para los lugares de trabajo sobre cómo apoyar a las personas que sufren problemas de salud mental: Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/publications/guidance-workplaces-how-support-individuals-experiencing-mental-health-problems>.
- 43.** Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado núm. 269, de 10 de noviembre de 1995.
- 44.** Cameron G, Mulvenna M, Ennis E, O'Neill S, Bond R, Cameron D et al. Effectiveness of Digital Mental Health Interventions in the Workplace: Umbrella Review of Systematic Reviews. *JMIR Ment Health*. 2025;12:e67785.

Condiciones de trabajo en teletrabajo y percepción de condiciones de salud en docentes universitarios que laboran en educación en modalidad virtual en dos instituciones colombianas

Working conditions in telework and perception of health conditions among university teachers working in virtual education at two Colombian institutions

Marcela Cobos-Rodríguez¹  0009-0007-9955-0772

¹Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Facultad de Enfermería, Departamento de Salud de Colectivos, Bogotá D.C., Colombia.

Fechas · Dates

Recibido: 16/01/2025
Aceptado: 09/02/2025
Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

Marcela Cobos Rodríguez
E-mail: mcobosr@unal.edu.co

Estimada Directora:

El teletrabajo se ha consolidado como modalidad laboral habitual en la docencia universitaria tras la transición acelerada hacia la educación en modalidad virtual durante y después de la pandemia, generando mayor carga mental, uso intensivo de tecnologías de información y comunicación (TIC) y sedentarismo, factores asociados a molestias musculoesqueléticas y enfermedades no transmisibles⁽¹⁾. En Colombia, la Encuesta Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2021 evidenció dificultades de conciliación vida-trabajo en teletrabajadores, reflejando riesgos emergentes derivados de la digitalización⁽²⁾. No obstante, persiste un vacío investigativo en docentes universitarios, para quienes el teletrabajo implica reorganización del proceso laboral y transformaciones en las condiciones intralaborales y extralaborales al trasladar el entorno laboral al hogar⁽³⁾. En este contexto, se presentan hallazgos de un estudio descriptivo aplicado a 59 docentes universitarios en dos instituciones colombianas que laboran en educación en modalidad virtual, incluyendo docentes de planta o contratados por al menos un año y usuarios frecuentes de TIC, excluyendo a quienes trabajaran presencialmente o con antigüedad menor de seis meses. La recolección de datos se realizó entre mayo y agosto de 2024, mediante la aplicación de instrumentos diseñados y validados, con apoyo de reuniones virtuales y previa obtención del consentimiento informado de

los participantes, y la evaluación de riesgos (probabilidad, severidad del daño) se desarrolló siguiendo la metodología del Foment del Treball Nacional⁽⁴⁾.

El perfil sociodemográfico evidenció distribución similar por sexo, con mayor concentración femenina entre los 36 y 45 años, mayor formación posgradual y más personas dependientes a cargo. Las mujeres presentaron menor antigüedad laboral y mayor proporción de contratos a término fijo, lo que evidencia vulnerabilidad hacia condiciones de mayor inestabilidad. En el ambiente físico se identificaron factores relacionados con electricidad (20,3%), control de incendios (23,7%) y limitaciones de espacio (13,6%). El ruido fue un factor con nivel de riesgo importante, especialmente en mujeres (42,4%), mientras que la iluminación inadecuada afectó por igual a ambos sexos (33,9%). En carga física predominó la falta de ergonomía en la silla (71,2%), movimientos repetitivos (47,5%) y posturas sedentes prolongadas (44,1%). En carga mental, todos los participantes reportaron altas exigencias cognitivas relacionadas con la memorización y concentración prolongada, la mayoría interrupciones frecuentes (76,3%) y multitarea, con mayor afectación en mujeres.

Respecto a la organización del trabajo, dos tercios del profesorado (66,1%) reportó dificultades para finalizar sus actividades dentro de la jornada, extendiéndolas a tiempos de descanso, especialmente las mujeres. Todos/as los/as participantes reportaron asumir altas responsabilidades y la mayoría (83,1%) reportó métodos de supervisión frecuentes. Todos los factores fueron valorados con un nivel de riesgo importante (Tabla 1).

Tabla 1. Exposición a factores de riesgo relevantes en condiciones de trabajo en teletrabajo.

Condición de trabajo	Factor de riesgo	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)
Seguridad	Falta de protección en tomas eléctricas, enchufes o extensiones	9 (27,3)	3 (11,5)	12 (20,3)
	Falta de extintores	6 (18,2)	8 (30,8)	14 (23,7)
	Limitaciones de espacio	4 (12,1)	4 (15,4)	8 (13,6)
Ambiente físico	Ruido en el lugar de trabajo	14 (42,4)	9 (34,6)	23 (39,0)
	Iluminación inadecuada ^a	10 (30,3)	10 (38,5)	20 (33,9)
Carga física	Falta de diseño ergonómico en silla y puesto de trabajo	22 (66,7)	20 (76,9)	42 (71,2)
	Movimientos repetitivos > 6 h/jornada	15 (45,5)	13 (50,0)	28 (47,5)
	Postura sedente prolongada > 6 h	13 (39,4)	13 (50,0)	26 (44,1)
Carga mental	Altas exigencias cognitivas (memorización)	33 (100,0)	26 (100,0)	59 (100,0)
	Dificultad para trabajar sin interrupciones	26 (78,8)	19 (73,1)	45 (76,3)
Organización del trabajo	Dificultad para completar tareas dentro de la jornada laboral	25 (75,8)	14 (53,8)	39 (66,1)
	Métodos de supervisión frecuentes	27 (81,8)	22 (84,6)	49 (83,1)
	Alto nivel de responsabilidad del cargo	33 (100,0)	26 (100,0)	59 (100,0)

a. Deslumbramientos y reflejos de luz en la pantalla.

En factores extralaborales y balance vida-trabajo, aunque la mayoría (71,0%) informó disponer de tiempo libre, las mujeres presentaron mayores restricciones. El uso de TIC fuera del horario laboral fue común, dificultando la desconexión. Cerca de la mitad (48,7%) consideró insuficiente el tiempo laboral para cumplir sus compromisos, lo que impactó tareas domésticas y cuidado de terceros (45,7%), particularmente en mujeres; además, gran parte (39,6%) reportó dificultades para separar lo laboral de lo familiar. En satisfacción laboral, predominaron la motivación por la interacción con estudiantes (96,9%), la claridad de funciones (96,9%) y el reconocimiento social (93,8%). Sin embargo, las mujeres manifestaron mayor insatisfacción respecto al trabajo en fines de semana (33,3%) y presión del ritmo laboral (37,9%), mientras que en hombres predominó la insatisfacción con la remuneración (26,9%).

En percepción de condiciones de salud, los principales efectos fueron dolor musculoesquelético en cuello, hombros y espalda (86,9%), fatiga visual (83,9%) y fatiga general (62,5%). También se reportaron afectaciones en la voz (61,1%) y alergias respiratorias (56,4%). Las mujeres presentaron mayor prevalencia de cansancio físico y emocional persistente, lo cual sugiere riesgo de agotamiento emocional. Aunque en general se mantienen estilos de vida saludables, la baja frecuencia de ausencias por razones de salud podría reflejar presentismo laboral.

A partir de estos hallazgos, se propone fortalecer políticas de equidad y conciliación vida-trabajo, con énfasis en reducir la doble carga que afecta a las mujeres, mejorar el ambiente físico del teletrabajo, controlar factores como el ruido y adecuar el puesto con criterios normativos como la NTP 1.129⁽⁵⁾. Se recomienda además implementar programas de vigilancia en salud laboral y líneas de investigación que permitan identificar riesgos emergentes asociados a nuevas formas de contratación laboral. Estos resultados permiten orientar medidas preventivas que respondan a las particularidades del teletrabajo docente universitario, evitando su precarización e incorporando la perspectiva de género en su gestión.

Agradecimientos

A las Instituciones de Educación Superior que amablemente dieron su autorización para la realización de este estudio, así como a todas las y los docentes participantes que de forma amable dispusieron de su tiempo para hacer parte de este trabajo.

Bibliografía

1. Rico Mora N. Problemática del sedentarismo laboral en docentes frente a las nuevas tecnologías de educación virtual con la modalidad de teletrabajo [tesis de pregrado]. Bogotá: Universidad Jorge Tadeo Lozano; 2020. Disponible en: <https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/handle/20.500.12010/12221>
2. Ministerio del Trabajo, Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Tercera Encuesta Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales de Colombia [Internet]. Bogotá D.C.: MinTrabajo; 2021.

Disponible en: <https://www.oiss.org/tercera-encuesta-nacional-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo-en-el-sistema-general-de-riesgos-laborales-de-colombia/>

3. Cobos Rodríguez M. Condiciones de trabajo y percepción de condiciones de salud en profesores universitarios que laboran en modalidad virtual. Bogotá D.C., 2024 [Tesis de maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2025. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/>

4. Foment del Treball Nacional. Guía para desarrollar una metodología de evaluación de los riesgos laborales asociados al teletrabajo [Internet]. Barcelona (España): Foment del Treball Nacional; 2021. Disponible en: <https://www.foment.com>

5. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 1.129. Criterios ergonómicos para la selección de sillas de oficina España; 2018. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/coleccion-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/32-serie-ntp-numeros-1101-a-1135-ano-2018/ntp-1.129-criterios-ergonomicos-para-la-seleccion-de-sillas-de-oficina>

31 años de ciencia y compromiso: Medellín celebró la 31ª Semana de la Salud Ocupacional

31 years of science and commitment: Medellín
celebrated the 31st Occupational Health Week

Rosa María Orriols Ramos^{1,2,3}

Melissa González Caballero^{4,5,6}  0000-0002-4263-5536

¹Chair, Industrial Hygiene Scientific Committee, ICOH-International Commission on Occupational Health, Ginebra, Suiza.

²International Board, Women in Global Health, California, USA.

³Técnica de Prevención de Riesgos Laborales, Servei de Salut en el Treball, Institut Català de la Salut, Barcelona, España.

⁴Secretary, Industrial Hygiene Scientific Committee, ICOH-International Commission on Occupational Health, Ginebra, Suiza.

⁵Vicepresidenta de Educación, Asociación Colombiana de Higiene Ocupacional (ACHO), Medellín, Colombia.

⁶Directora I+D Conhintec SAS, Medellín, Colombia.

Fechas · Dates

Recibido: 16/01/2025

Aceptado: 09/02/2025

Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

Rosa María Orriols Ramos

Técnica de Prevención de Riesgos Laborales, Servei de Salut en el Treball, Institut Català de la Salut, Barcelona, España.

E-mail: rmorriols@gencat.cat

Durante 31 años ininterrumpidos, la Corporación de Salud Ocupacional y Ambiental (<https://corporacionsoa.co/>) ha sostenido uno de los legados académicos más sólidos y continuos de América Latina en materia de salud, seguridad e higiene ocupacional. Esta corporación, reconocida por su liderazgo y coherencia institucional, está conformada por cuatro sociedades científicas del Departamento de Antioquia, Colombia: la Asociación Colombiana de Higiene Ocupacional – Capítulo Antioquia (ACHO), la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo – Capítulo Antioquia (SCMT), la Asociación Colombiana de Seguridad Integral (ASASI), y la Sociedad Colombiana de Ergonomía – Capítulo Antioquia (SCE).

A través de su trabajo articulado, estas instituciones han consolidado un espacio donde la ciencia, la prevención y la cooperación se traducen en acciones tangibles para proteger la salud de los trabajadores. Del 28 al 31 de octubre de 2025, la ciudad de Medellín fue nuevamente el epicentro de la Semana de la Salud Ocupacional, que en su 31ª edición reafirmó su posición como el evento académico

más importante de la región. Durante cuatro días, se vivió una verdadera celebración del conocimiento, la colaboración y la innovación en salud laboral, reuniendo a expertos, académicos, empresarios e investigadores de distintas disciplinas y países.

El evento contó con la participación de 1.337 asistentes presenciales, 190 participantes virtuales, 280 visitantes internacionales, 200 profesionales de apoyo logístico y aproximadamente 130 conferencistas, con representación de 11 países: Alemania, Canadá, Chile, México, España, Estados Unidos, Italia, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. A esto se sumaron más de 30 horas de transmisión en vivo y una muestra comercial con 26 marcas líderes. Los espacios con traducción simultánea fortalecieron el carácter global del encuentro, haciendo de Medellín una ciudad anfitriona de la ciencia, la cultura y la prevención.

La jornada inaugural, el 28 de octubre, marcó un hito trascendental con la presentación del Examen de Certificación de Higienistas Industriales en idioma español, una certificación otorgada por la Junta Iberoamericana de Higiene Ocupacional (JIHO) brazo alterno de la International Occupational Hygiene Association (IOHA), liderada por el Dr. Thomas Fuller. Esta certificación representa un paso significativo en la profesionalización de la higiene industrial en Iberoamérica. Para el Comité de Higiene Industrial de ICOH-International Committee in Occupational Health, este proceso tuvo un valor especial, ya que los 12 candidatos a certificación hicieron parte del grupo de estudio liderado por la Asociación Colombiana de Higiene Ocupacional – capítulo Antioquia (ACHO), con el acompañamiento académico del Comité de Higiene Industrial de ICOH, que apoyó el desarrollo técnico y formativo del proceso. Este esfuerzo conjunto evidenció el poder del trabajo colaborativo entre organizaciones científicas para fortalecer la competencia profesional en la región.

A lo largo de las jornadas académicas, se desarrollaron conferencias, talleres y conversatorios que abordaron los principales retos y tendencias: toxicología aplicada, ergonomía avanzada, gestión de riesgos en industrias críticas, inteligencia artificial aplicada a la prevención, salud mental y bienestar organizacional, ética profesional y cambio climático como determinante emergente de la salud laboral.

El Comité Científico de Higiene Industrial tuvo una participación destacada como soporte académico internacional, fortaleciendo la relación entre la ciencia mundial y la práctica latinoamericana. En representación del comité participaron la Dra. Rosa María Orriols Ramos (Chair), la Dra. Melissa González Caballero (Secretaria), la Dra. Paula Mira y el Dr. Bernardo Hernández Castillo, consolidando lazos de cooperación con las sociedades científicas nacionales.

También se contó con la valiosa participación del Dr. Igor Bello, Chair del Comité ICOH Mujer y Trabajo quien, junto con el Dr. Diego Fernando Hurtado, lideró un conversatorio sobre ética en salud ocupacional, promoviendo la reflexión sobre los valores humanos que deben guiar la práctica profesional. Su presencia, junto con la de numerosos miembros de ICOH Colombia y Latinoamérica, reafirmó el compromiso de construir conocimiento desde la colaboración, la diversidad y la excelencia técnica.

La Dra. Aida Fajardo, miembro del Board de ICOH, junto con la Dra. María Cristina Ruiz, representante de la OIT, y el Dr. Héctor Upegui, lideraron el conversatorio "Crisis climática y salud laboral: diálogo para una transformación sostenible", resaltando la necesidad de incorporar la sostenibilidad ambiental en las estrategias de salud ocupacional. En esa misma línea, la Dra. Rosa María Orriols Ramos, presentó "El formaldehído en el siglo XXI: innovación y prevención", destacando los avances científicos en el control de agentes químicos en ambientes de trabajo.

De igual forma, Karla Cánova, miembro activa de varios comités ICOH, compartió su visión en "Seguridad, salud y bienestar como pilar de la imagen corporativa", y la Dra. Sofía Cárdenas abordó el tema "Certificación ISO 45001: liderazgo intergeneracional enfocado en los objetivos de SST" donde resaltó el valor estratégico del bienestar como símbolo de reputación organizacional.

La 31ª Semana de la Salud Ocupacional fue más que un congreso: fue un encuentro entre generaciones, disciplinas y culturas que comparten un mismo propósito. Con un legado de tres décadas ininterrumpidas, una agenda académica de primer nivel y un espíritu profundamente humano, Medellín reafirmó su papel como capital latinoamericana de la salud ocupacional, demostrando que la ciencia, cuando se comparte, se transforma en bienestar, sostenibilidad y futuro.

¿Están protegidos los trabajadores de exterior?

Análisis de las políticas de protección solar en los municipios andaluces

Magdalena De Troya-Martín¹  0000-0003-1098-6195

¹Dermatology Clinical Management Unit, Costa del Sol University Hospital Marbella, Málaga, Spain

Fechas · Dates

Recibido: 16/01/2025
Aceptado: 09/02/2025
Publicado: 15/01/2026

Correspondencia · Corresponding Author

Magdalena De Troya-Martín
Dermatology Clinical Management Unit, Costa del Sol University Hospital Marbella, Málaga, Spain
E-mail: magdatm@hcs.es

Entrevista con Magdalena De Troya-Martín

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

Este artículo es el resultado de una investigación llevada a cabo en el contexto de Soludable, un proyecto multisectorial de promoción de la salud y prevención del cáncer de piel impulsado por el Hospital Universitario Costa del Sol de Marbella (HUCS) que reúne a numerosas instituciones y empresas. Este estudio se enmarca en la estrategia de "Trabajo Soludable", que tiene como objetivos fomentar políticas y prácticas saludables de exposición solar en los lugares de trabajo, y reducir el impacto del cáncer de piel ocupacional en las personas que trabajan al aire libre.

En ella ha participado un equipo multidisciplinar de investigadores e investigadoras de las áreas de dermatología, salud pública, prevención de riesgos laborales, fotobiología, epidemiología y medicina del trabajo. Ello nos ha permitido abordar el problema con una mirada multidimensional, y combinar el rigor de una investigación científica con la aplicabilidad en el mundo real.

Las investigadoras principales son las especialistas en dermatología Nuria Blázquez Sánchez y Magdalena de Troya Martín, del HUCS junto a su equipo técnico de investigación integrado por Alba Rodríguez Martínez, Francisco Rivas Ruiz y Ximena Montoya Wiedeman del HUCS, responsables del diseño metodológico, análisis estadístico e interpretación de resultados.

Se ha contado con asesores en prevención de riesgos laborales y salud laboral, como Francisco Javier Dolz López y los responsables de los servicios municipales de prevención de Fuengirola, Vélez-Málaga y Mijas, Sierra Aguilar Agudo, Víctor González Gil y Álvaro Paniego Alonso, respectivamente.

Asimismo, han colaborado José Aguilera Arjona y María Victoria de Gálvez Aranda, profesores e investigadores de la Universidad de Málaga, referentes en investigación fotobiológica a nivel internacional.

La característica más destacable es, sin duda, este espíritu de colaboración interinstitucional y multidisciplinar. No es común unir en un mismo estudio a académicos, clínicos y técnicos de prevención en activo. Este enfoque es el sello de Soludable y es lo que permite generar evidencia científica que aspire a guiar las políticas públicas de salud.

2. ¿Cómo se ha financiado el estudio?

El estudio fue financiado por el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales de la Consejería de Empleo, Empresa y Trabajo Autónomo de la Junta de Andalucía por medio del proyecto "Políticas y hábitos de fotoprotección y prevención del cáncer de piel ocupacional: diagnóstico de situación en Andalucía" (CTC-2022142844).

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

Aborda un problema de gran magnitud, el riesgo para la salud que supone la exposición solar en las personas que trabajan al aire libre. El sol es fuente de vida, pero la radiación ultravioleta (RUV) está reconocida por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) como un carcinógeno del grupo I. Está directamente relacionada con el desarrollo de cáncer de piel, por ese motivo las personas que trabajan al aire libre tienen dos veces más riesgo de desarrollar cáncer de piel (especialmente carcinoma espinocelular), además de otras patologías de la piel y oculares. Sin embargo, en España, la radiación solar natural sigue ignorada por la legislación sobre riesgos laborales.

La relevancia de nuestro estudio es doble. Por un lado, es el primer análisis en Europa que evalúa cómo las administraciones públicas, en su rol de empleadoras, protegen a sus trabajadores externos. Por otro, no solo diagnostica el problema, sino que ofrece una evidencia sólida para que ayuntamientos y otras instituciones diseñen políticas de salud laboral basadas en datos reales. En esencia, busca que la fotoprotección deje de ser una recomendación y se convierta en un componente irrevocable de la seguridad y salud en el trabajo.

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

Este estudio pone el foco por primera vez en un problema que cada año cobra más relevancia en la salud laboral española: la protección frente a las RUV del sol y la prevención del cáncer de piel relacionada con el trabajo. A diferencia de otras publicaciones que analizan los hábitos de fotoprotección de las personas trabaja-

doras, nuestra investigación se enfoca a las políticas y prácticas administrativas, es decir las medidas preventivas de carácter organizativo y estructural llevadas a cabo por los Ayuntamientos para proteger la salud de las personas que se exponen al sol durante su jornada laboral.

El estudio destaca por su enfoque interdisciplinar y ofrece una base de conocimiento inédita que puede servir de referencia para el diseño de nuevas estrategias de prevención, guías técnicas y futuras regulaciones en materia de exposición solar laboral, con un claro impacto en la seguridad y salud en el trabajo nuestro país.

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

Sí, varios desafíos condicionaron el estudio. La principal dificultad fue el acceso a los municipios más pequeños (menos de 50.000 habitantes). Muchos carecen de personal especializado en prevención o externalizan este servicio, lo que complicaba encontrar un interlocutor válido y con acceso a la información.

También nos encontramos con que los datos necesarios no estaban centralizados, sino dispersos entre diferentes áreas municipales (personal, servicios, prevención), lo que hacía la recopilación lenta y compleja. Finalmente, coordinar la comunicación y el seguimiento con los contactos de cada ayuntamiento fue un proceso muy laborioso, pero esencial para garantizar la fiabilidad de los cuestionarios.

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

Los resultados confirmaron nuestras hipótesis, pero no por ello dejan de ser alarmantes. En primer lugar, las ciudades grandes tuvieron una tasa de respuesta más alta, mientras que los municipios pequeños tuvieron una baja representación, debido a que muchos no cuentan con personal especializado en prevención de riesgos laborales. En conjunto, los municipios participantes empleaban a más de 29.332 personas, de las cuales casi la mitad trabajan a la intemperie (43%). Es decir, uno de cada dos empleados municipales en Andalucía pasa buena parte de su jornada bajo el sol. Hablamos de jardineros, limpiadores, operarios de mantenimiento o policías locales: perfiles que están literalmente “en primera línea” del sol.

Y lo más interesante es que el 90,2 % de los ayuntamientos subcontrata parte de estos servicios, lo que multiplica el desafío a la hora de garantizar una fotoprotección coherente y efectiva. Al analizar las políticas y prácticas de fotoprotección, observamos que el 78,7 % de los municipios carece de medidas específicas o de políticas claramente definidas para abordar la sobreexposición de sus trabajadores a la radiación solar dentro de sus planes de prevención. Además, un tercio de ellos ni siquiera prevé incorporarlas en los próximos años.

También destaca que todos los ayuntamientos encuestados garantizan el acceso al agua durante la jornada laboral, una medida básica pero fundamental frente al calor. Sin embargo, alrededor de dos de cada tres municipios no informan sobre

el índice UVI, una herramienta sencilla y muy eficaz para fomentar prácticas saludables frente al sol.

Nos llamó la atención la brecha entre la percepción y la realidad. Casi la mitad de los municipios considera que sus medidas son adecuadas, pero cuando se analizan los datos objetivos, el nivel real de cumplimiento no supera el 40%. Es decir, la sombra es más grande en la mente que en los espacios de trabajo. Esta discrepancia revela que, más allá de las políticas y los equipos, necesitamos seguir trabajando en educación, sensibilización y cultura preventiva. Solo así lograremos que la fotoprotección se integre de verdad en la salud laboral, y no se quede en una buena intención bajo el sol.

Por último, curiosamente los Ayuntamientos de interior y los más pequeños mostraron un déficit más marcado en políticas de fotoprotección laboral que los de costa y los de mayor número de habitantes. Por el contrario, los Ayuntamientos gobernados por mujeres presentaron mejores políticas de fotoprotección laboral que los liderados por hombres.

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

Publicar los hallazgos de Soludable, y en concreto de esta línea de investigación ocupacional, supone siempre un reto. Nuestro trabajo se sitúa en la frontera entre varias disciplinas: salud laboral, salud pública, dermatología, oncología... Esta transdisciplinariedad, que es nuestra fortaleza, a menudo tiene la consecuencia de que las revistas especializadas puedan considerar el tema “fuera de su ámbito principal”.

En este caso, tras un proceso de evaluación largo, tuvimos la suerte de que fuera aceptado en Public Health, la revista oficial de la Royal Society for Public Health del Reino Unido. Confiamos en que esta publicación en una revista de alto impacto internacional ayude a visibilizar el problema y a impulsar cambios en las políticas de salud pública y laboral en Europa.

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?

Este estudio representa un paso importante hacia una mayor integración de la fotoprotección en la prevención de riesgos laborales, ofreciendo evidencia útil para orientar políticas públicas y estrategias preventivas más eficaces. Los resultados muestran que todavía existe margen para reforzar la protección solar en los trabajos al aire libre, pero también confirman que hay una creciente sensibilización y voluntad de mejora por parte de las administraciones locales.

La principal recomendación es transformar este conocimiento en acciones preventivas, integrando la fotoprotección dentro de los planes de prevención de forma sistemática y basada en la evidencia. Esto implica, un conjunto de acciones entre las que se incluyen:

- Una evaluación de riesgos de exposición solar en el lugar de trabajo.
- Medidas organizativas que afectan a la planificación de horarios de trabajo.
- Medidas de ingeniería, como la provisión de sombras en los espacios exteriores.
- Facilitación de Equipos de Protección Individual frente a las RUV a las personas en riesgo.
- Existencia de dispensadores de cremas fotoprotectoras en los puestos de trabajo.
- Sistemas de alerta del UVI en los lugares de trabajo.
- Educación y entrenamiento profesional en fotoprotección y prevención de enfermedades relacionadas con la exposición solar.
- Vigilancia de la salud de las personas trabajadoras en riesgo de exposición solar.
- Monitorización de las infraestructuras, equipos de protección y procedimientos de trabajo al aire libre.
- Evaluación continua de la política de fotoprotección laboral.

Todas estas prácticas tienen el poder de promover cambios normativos y culturales que consoliden la protección solar de las personas trabajadoras como un pilar fundamental de la seguridad y salud en el trabajo municipal. Para más información, consultar la página web del Proyecto Soludable (<https://soludable.hcs.es/>)

Resumen del artículo⁽¹⁾

El objetivo de este estudio es evaluar las políticas y prácticas de fotoprotección de los municipios andaluces como empleadores de trabajadores al aire libre, dado que la exposición excesiva a la radiación ultravioleta (RUV) es la principal causa prevenible de cáncer de piel.

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre la implementación ocupacional de las políticas y prácticas de protección solar laboral por parte de los ayuntamientos que emplean trabajadores al aire libre en Andalucía, donde se registran altos niveles de RUV. Se diseñó y validó un cuestionario denominado Encuesta de Políticas y Prácticas de Protección Solar Laboral (EPPPS-L). Entre diciembre de 2022 y marzo de 2023 se invitó a participar a los 785 ayuntamientos de Andalucía. En el análisis se incluyeron 61 municipios, con una tasa de respuesta del 7,8%. Estos municipios declararon emplear un total de 29.332 trabajadores (mediana: 255; IQR: 616), de los cuales 12.611 (mediana: 90; IQR: 302) trabajan al aire libre (43%) en sectores como mantenimiento, limpieza viaria, jardinería o policía local, entre otros.

Los resultados revelan que solo en el 21,3% de los municipios, las políticas de fotoprotección están incluidas en el plan de prevención de riesgos laborales; el

23% cuenta con planes completos de vigilancia de la salud (identificación de trabajadores vulnerables y evaluación periódica de daños solares), y el 41% ofrece formación sobre fotoprotección.

Las medidas más aplicadas son de tipo organizativo, como ajustar los horarios para evitar las horas centrales del día, mientras que otras más avanzadas, como las auditorías de sombra o la información del índice UV en tiempo real, están prácticamente ausentes. En cuanto a medidas estructurales, el acceso al agua potable está universalmente garantizado. Un 82% de los municipios ofrece zonas de sombra en sus espacios de trabajo, pero solo un 26% ofrece dispensadores de crema solar o algún tipo de fotoprotector. En cuanto al equipo de protección personal frente al sol, se observó que no todos los municipios proporcionan a sus trabajadores gafas de sol (63,2%), protector solar (63,2%), camisas de manga larga (42,3%), pantalones largos (42,3%) ni sombreros (24,6%). No obstante, el 42,7% de los municipios encuestados considera que la fotoprotección laboral de sus trabajadores es adecuada o totalmente adecuada. En el ámbito de la vigilancia de la salud, solo una cuarta parte incluye revisiones cutáneas o la identificación de trabajadores especialmente vulnerables, y el 59% no ofrece formación específica sobre protección solar laboral ni prevención de cáncer de piel ocupacional.

En conclusión, el estudio pone de relieve una importante oportunidad de mejora en la prevención de riesgos laborales relacionados con la exposición solar, subrayando la necesidad de reconocer la radiación UV como riesgo laboral regulado y de incorporar medidas estructurales, organizativas y educativas en todos los niveles de la administración pública. Asimismo, demuestra que la colaboración interdisciplinar entre dermatología, fotobiología, salud pública y prevención de riesgos laborales es esencial para avanzar hacia entornos más seguros y saludables bajo el sol.

Referencias

1. Rodríguez-Martínez A, Blázquez-Sánchez N, Rivas-Ruiz F, Montoya-Wiedeman X, González-Gil V, Dolz-López FJ, Aguilar-Agudo S, Paniego-Alonso A, De Gálvez MV, Gilaberte-Calzad Y, Moreno-Ramírez D, Aguilera J, De Troya-Martín M. Are workers protected? Analyzing sun protection policies in Andalusian municipalities. *Public Health*. 2025;47:105884. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105884>

Noticias desde la Agencia de información de la Unión Europea para la seguridad y la salud en el trabajo (invierno 2026)

News from the European Union information agency for occupational safety and health (Winter 2026)

Accesibles desde la página web <https://osha.europa.eu/es>

El Barómetro de la SST añade nuevos datos sobre los riesgos psicosociales y las tendencias de digitalización en todos los lugares de trabajo de la UE

La **herramienta de visualización de datos del Barómetro de la SST** de la EU-OSHA incluye ahora nuevas cifras sobre los **riesgos psicosociales** y los riesgos de la digitalización, extraídas de nuestra reciente **Encuesta OSH Pulse de 2025** (también se incluyen datos de OSH Pulse de 2022).

Descubra las tendencias notificadas por las personas trabajadoras en relación con la presión de los plazos, la mala comunicación, la inseguridad laboral, etc. Vea cómo se abordan estos retos a través de campañas de sensibilización, formación y asesoramiento en diferentes países de la UE. Explore cómo la digitalización está configurando factores de riesgo psicosocial como la carga de trabajo y la autonomía, y descubra cómo se están utilizando tecnologías como los teléfonos inteligentes o los sensores en los lugares de trabajo de toda Europa.

El **Barómetro de la SST** ofrece una visión general interactiva a escala de la UE de los indicadores, las tendencias y las estadísticas en materia de seguridad y salud en el trabajo basada en fuentes de datos fiables, como los organismos y agencias de la UE, Eurostat, las autoridades nacionales, las organizaciones internacionales y las encuestas.

Exposición a carcinógenos en el trabajo: ya está disponible el informe final de la Encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras

El informe de síntesis de la **Encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras** (WES) de la EU-OSHA ofrece la imagen más clara hasta la fecha de cuántas personas en Europa tienen probabilidades de enfrentarse a factores de riesgo de cáncer en el trabajo.

Los resultados, que representan a casi cien millones de personas trabajadoras en la UE, muestran que casi la mitad de ellas estuvieron probablemente expuestas al menos a un carcinógeno durante la última semana de trabajo antes de la encuesta, con importantes deficiencias en materia de prevención y la necesidad de adoptar medidas urgentes para reducir el cáncer relacionado con el trabajo.

Lea el **comunicado de prensa**

Eche un vistazo al **informe final** y al **resumen**

Consulte la sección Temas **Encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras a factores de riesgo de cáncer en Europa**

Descargue el **conjunto de datos y los documentos técnicos de la encuesta WES** completos con fines de investigación

El cambio climático y la SST: consulte nuestra nueva sección en la web

Descubra el último proyecto de investigación de la EU-OSHA sobre el modo en que el cambio climático afecta a la seguridad y la salud en el trabajo. El aumento de las temperaturas, las condiciones meteorológicas extremas, la contaminación atmosférica y la radiación ultravioleta están creando nuevos riesgos laborales para las personas. Infórmese sobre los sectores afectados, las respuestas políticas y las indicaciones prácticas para su prevención.

No se pierda las próximas publicaciones e indicaciones prácticas para ayudar a los lugares de trabajo a adaptarse.

Acceda a la **sección web temática sobre el cambio climático**

IRIGASTON®



IRIGASTON®
Set de lavado
nasal
y sinusal

IRIGASTON®
Irrigador
12 sobres

IRIGASTON®
polvo para preparar una solución
para lavado nasal y sinusal

IRIGASTON®
Irrigador
nasal y sinusal

SOLUCIÓN para el alivio de las fosas nasales



Puede ser utilizado
por mujeres embarazadas
y durante la lactancia



Indicado en adultos
y niños mayores
de 4 años

Material dirigido a profesional sanitario. Este producto sanitario cumple con la legislación vigente. Consulte las instrucciones de uso, contraindicaciones y efectos secundarios en www.aflofarm-ori.es

 **Aflofarm**

Your worldwide OHSE & Sustainability Partner

Somos una firma de servicios de Auditoría y Consultoría especializada en los ámbitos de la Seguridad y Salud Laboral, la Accesibilidad, el Bienestar Organizacional y la Sostenibilidad.



Participados por [Fundación Prevent](#), iniciamos nuestra actividad en 2001 con sede central en Barcelona y oficina en Madrid. Operamos a nivel nacional e internacional y actualmente contamos con una cartera de más de [600 clientes](#) en los principales sectores de actividad. Solvencia, Calidad Humana y Dinamismo son los valores que definen a nuestro equipo de profesionales.

En [Full Audit](#) creemos firmemente que un entorno de trabajo seguro, usable, saludable y responsable es uno de los aspectos clave para el progreso de las empresas y de la sociedad.

Por eso, nuestro propósito es transformar el entorno laboral en un elemento estratégico fundamental para el desarrollo del negocio y la mejora del bienestar de las personas trabajadoras.

Para ello, acompañamos a nuestros clientes bajo un planteamiento global que permite un cumplimiento eficiente de las obligaciones normativas, una integración fluida en su cultura corporativa y un desarrollo estratégico que contribuya a la consecución de sus objetivos como organización generando un impacto positivo en las personas y la sociedad.

Más de 600
clientes en todos
los sectores de
actividad



Empresa privada
del sector servicios
e industrial



Administración pública



Asociaciones
empresariales y
sindicales

89% de
fidelización
de clientes



Opera a nivel
nacional e
internacional



93% en el
índice NPS en
el último año



Colaboramos
con diferentes
universidades:



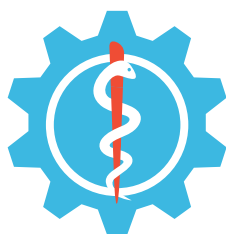
UPC, UOC, Universidad de
Sevilla, Florida Universitaria



ENTIDADES COLABORADORAS
DE LA SOCIETAT CATALANA
DE SALUT LABORAL

Con todo nuestro agradecimiento
por vuestro apoyo a las actividades
de la Societat:





SCSL

APRL Archivos de Prevención
de riesgos laborales

<http://archivosdeprevencion.eu>

Edita: Societat 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.

