# Medicina y Seguridad del Trabajo



#### ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

#### **EDITORIAL**

Los profesionales de la salud. Juan José Álvarez Sáenz.

#### **OPINIÓN**

Reflexiones sobre la futura formación MIR en medicina del trabajo. Francisco de la Gala Sánchez.

Algunos pasos para consolidar un espacio de I+D en salud y seguridad en el trabajo. *Jerónimo Maqueda Blasco*.

#### **ORIGINALES**

Estrés en el trabajo, un problema de salud en la estrategia europea de seguridad y salud en el trabajo. La situación de España en Europa.

María Ángeles Díaz Blanco, Ana Isabel Cazorla Vicente, Kiralyna Bueno Pous, Elisa Cristóbal López, Jerónimo Maqueda Blasco, Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar.

Relaciones contractuales y acoso psicológico en el trabajo. Un análisis comparativo. Bernardo Moreno-Jiménez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Eva Garrosa Hernández, María Eugenia Morante Benadero.

Incapacidad permanente por patología oftalmológica. Gema Herreros Portolés, Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar.

La evaluación de los riesgos laborales en los centros hospitalarios basada en los grupos funcionales homogéneos y en el método GESCECAN. *Antonio Álvarez González, Javier Yuste Grijalba, Ignacio Sánchez- Arcilla Conejo.* 

Evaluación del síndrome de Burnout en profesionales de atención primaria de salud en Córdoba. Francisco de Asís Manchado López, Guillermo Molina Recio, Manuel Romero Saldaña, Manuel Vaquero Abellán

#### **ACTUALIZACIONES**

Un problema de salud laboral: "Estrés" laboral Burnout. Jorge Luis Fernández Rodríguez, Ignacio Álvarez de Cienfuegos Gálvez, Guillermo Doménech Muñiz.

Envejecimiento de la población trabajadora frente a inmigración, prejubilaciones y empleo femenino. *I. Gallego, A. García Barreiro, J. Maqueda*.

#### CASOS CLÍNICOS

A propósito de un caso de incapacidad temporal psiquiátrica en la Administración General del Estado. *Gregorio Gil López, Alberto Polo de Amirola, Itzíar Beúnza Apezteguía*.

#### IN MEMORIAM

Dr. Aniceto Fernández-Armayor, "Discípulo de Lafora y un pionero de la neurofisiología clínica española". Víctor Fernández-Armayor.

DICIEMBRE 2004 VOLUMEN L • Nº 197 PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO UNIDAD CLÍNICA DE REFERENCIA DE PATOLOGÍA LABORAL





# ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

### MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

#### **FUNDADA EN 1952**

**Director:** Dr. D. Juan José Álvarez Sáenz ENMT (Madrid)

#### COMITÉ DE REDACCIÓN

#### CONSEJO CIENTÍFICO

#### Redactora Jefe:

Dra. Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar ENMT (Madrid)

#### Consejo Editorial:

Dr. Enrique Alday Figueroa INSHT (Madrid)

Dra. Mª Jesús Buendía García ENMT (Madrid)

Dr. Luis Conde-Salazar Gómez

ENMT (Madrid)

Dr. Jerónimo Magueda Blasco

ENMT (Madrid)

Dr. Manuel Peña Castiñeira

Instº Europeo de Salud y Bienestar Social

(Madrid)

Dr. Félix Robledo Muga Consejería de Sanidad CAM

Dra. Emilia Sánchez Chamorro Ministerio de Educación y Ciencia

Dr. F. Marqués Marqués Consejería de Sanidad CAM

#### Secretaria de Redacción:

Laura García Peñuela ENMT (Madrid)

#### Miembros:

Dr. Juan José Álvarez Sáenz ENMT (Madrid)

Dr. César Borobia Fernández Universidad Complutense Madrid

Dra. Dolores Calvo Sánchez Universidad de Salamanca

Dr. Manuel Carrasco Mallen

ISCIII (Madrid)

Dra. María Castellano Arroyo Universidad de Granada

Dr. Juan José Díaz Franco

Presidente Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina del Trabajo

Dr. Rafael Hinojal Fonseca Universidad de Oviedo

Dr. Fernando García Benavides Universidad Pompeu-Fabra

Dra. Nelly García-López Hernández

Universidad de Alcalá

Dr. Rafael Lobato Cañón

Universidad Miguel Hernández (Elche - Alicante)

Dr. Aurelio Luna Maldonado Universidad de Murcia

Dr. Gabriel Martí Amengual Universidad de Barcelona

Dra. Begoña Martínez Jarreta Universidad de Zaragoza

Dr. Juan Solozábal Pastor Universidad de Alcalá (Madrid)

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma o medio alguno, electrónico o mecánico.

Publicación trimestral con 4 números al año.

Tarifa de suscripción anual: España 12 euros - Extranjero 24 euros.

Suscripciones a: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Pabellón nº 8 - Ciudad Universitaria - 28040 Madrid

Edita: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo / Instituto de Salud Carlos III



Depósito legal: M-226-1958

ISSN: 0465-546-X

Imprime: Longares Impresos y Revistas, S.A.

### **MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO**

Tomo L	DICIEMBRE 2004 - 4° TRIMESTRE	Nº 197
	SUMARIO	Páginas
EDITORIAL Los profesionales Juan José Álvarez	de la salud laboral	Páginas
OPINIÓN Reflexiones sobre Francisco de la O	e la futura formación MIR en medicina del trabajo. Gala Sánchez	1-2
	ara consolidar un espacio de I+D en salud y seguridad en el o Maqueda Blasco	3-7
ORIGINALES		
seguridad y salud María Ángeles D	jo, un problema de salud en la estrategia europea de d en el trabajo. La situación de España en Europa. ríaz Blanco, Ana Isabel Cazorla Vicente, Kiralyna Bueno Pous, opez, Jerónimo Maqueda Blasco, Begoña Rodríguez	11-18
Un análisis comp	actuales y acoso psicológico en el trabajo. parativo. Bernardo Moreno-Jiménez, Alfredo Rodríguez Muñoz, nández, María Eugenia Morante Benadero	19-26
	nanente por patología oftalmológica. Portolés, Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar	27-35
grupos funcional	los riesgos laborales en los centros hospitalarios basada en los es homogéneos y en el método GESCECAN. Antonio Álvarez Yuste Grijalba, Ignacio Sánchez- Arcilla Conejo.	37-53
de salud en Córd	ndrome de Burnout en profesionales de atención primaria loba. Francisco de Asís Manchado López, Guillermo Molina omero Saldaña, Manuel Vaquero Abellán	55-62
ACTUALIZACIO	NES	
Jorge Luis Fernán	salud laboral: "Estrés" laboral Burnout. dez Rodríguez, Ignacio Álvarez de Cienfuegos Gálvez, ánech Muñiz	65-78
	le la población trabajadora frente a inmigración, prejubilaciones no. I. Gallego, A. García Barreiro, J. Maqueda	79-87
Administración C	oS n caso de incapacidad temporal psiquiátrica en la General del Estado. Gregorio Gil López, Alberto Polo de eúnza Apezteguía	91-94
IN MEMORIAM		
	ández-Armayor, "Discípulo de Lafora y un pionero de la línica española". <i>Víctor Fernández-Armayor</i>	95-102

### Editoria

# LOS PROFESIONALES DE LA SALUD LABORAL

El Dr. Vicente de Andrés Bueno (1892-1946), traumatólogo segoviano y forense laboral, con una visión avanzada de la medicina del trabajo, escribía en 1929 en el artículo "Accidentes de Trabajo, Comentarios a la Legislación":

"No estamos en España faltos de leyes sociales, en materia de accidentes de trabajo nos está reservado a los médicos un importantísimo papel", "... Nuestra ley de accidentes de trabajo, defiende los derechos del obrero perjudicado, dicta los deberes, tanto de éste como del patrono y da las normas que han de seguir los que además de los indicados, deben intervenir en esta cuestión: autoridades administrativas, judiciales y médicos", "... y quién mejor, sino que los médicos pueden, aportando su concurso, ilustrar a los legisladores para modificar los defectos de que adolezca lo legislado, en materias que con ellos tienen relación".

Pero estos médicos tienen que estar formados como especialistas, para entender la legislación en materias de salud laboral, para comprender las necesidades de trabajar en un ambiente sano, de minimizar los riesgos existentes en cada puesto de trabajo, de que los trabajadores se sientan satisfechos con su trabajo y con su responsabilidad en el desarrollo del mismo, independientemente por supuesto de conocer las materias y técnicas propias de la medicina.

Para el Dr. Francisco Murillo Palacios "todo médico sanitario debe dominar la bacteriología, la epidemiología y la inmunología, pero debe conocer bien la química, sin la cuál no podrá dar un paso en la higiene general, ni en la higiene de la industria y el trabajo...

Con esa visión de futuro a la que antes aludíamos, señala que el médico del trabajo "debe saber cuál es la mejor disposición de los locales de trabajo, en cuanto a dimensiones, iluminación, ventilación, humefactación, etc. Conocerá cuáles son las industrias peligrosas o insalubles y los medios defensivos contra los peligros, así como el saneamiento de los locales. Cómo deben estar protegidas las máquinas. Los medios de protección del obrero: guantes, calzado, ropas, etc.". Nos hace una descripción de la futura ley, publicada sesenta años después, de prevención de riesgos laborales.

Este comentario lo realiza en 1924, durante el Gobierno del Directorio Militar, siendo ministro el general Martínez Anido y Director General de Sanidad el propio Dr. Francisco Murillo Palacios, al crearse la Escuela Nacional de Sanidad por un Decreto-Ley de fecha 9 de diciembre, publicado en la Gaceta del día 12, con el objeto de realizar una adecuada formación específica en materias de Salud Pública, ya que por aquél entonces la Salud Laboral, no estaba especificada como tal especialidad.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 37, define al Médico del Trabajo y al Enfermero de Empresa, como personal especializado, único capacitado para realizar las tareas específicas de Vigilancia de la Salud. Por ello debemos diseñar una docencia reglada, dentro de la formación del programa MIR, de la Especialidad en Medicina del Trabajo.

La Comisión Nacional de la Especialidad, ha propuesto un programa formativo, que ha sido aceptado por consenso de todos y se va a impartir en las Unidades Docentes de Formación de Especialistas en Medicina del Trabajo, que se acrediten en las Comunidades Autónomas.

Los Enfermeros del Trabajo, están a la espera de la inminente promulgación de un Real Decreto sobre Especialidades en Enfermería, que defina dichas especialidades y sus vías de acceso. Alertamos que las prisas no son buenas consejeras, que se debe madurar dicha legislación, nos referimos al campo de la salud laboral, para evitar caer en errores que lesionen los intereses de terceros y produzcan en sus resultados "mestos" o "eestos", difíciles de controlar y productores de problemas futuros. Además la carencia de estos profesionales, frente a la necesidad por Ley de los mismos en los Servicios de Prevención, no puede soportar el tener que esperar en el mejor de los casos unos cuatro años a que salga la primera promoción de especialistas en enfermería del trabajo.

En la actualidad, las Unidades Docentes de formación en Medicina del Trabajo se están configurando, con grandes dificultades, pero con una aceptación y un derroche de sacar adelante el proyecto, por parte de muchas personas e Instituciones, pero no saldrá adelante hasta que no comprendamos el verdadero objetivo, que no es otro que formar a los ESPECIALISTAS DE MEDICINA DEL TRABAJO DEL PRESENTE SIGLO, que cuiden de la Vigilancia de la Salud de nuestros trabajadores.

En resumen, arrimemos el hombro todos: Gestores, Instituciones, Sociedades Científicas, Agentes Sociales, Entidades de Prevención, Mutuas, etc. Volquemos nuestros esfuerzos y recursos en la misma dirección y de una forma humilde y sin protagonismos personales, políticos o lucrativos, alcancemos las metas propuestas.

**Dr. Don Juan José Álvarez Sáenz**Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

### <u>OPINIÓN</u>

## REFLEXIONES SOBRE LA FUTURA FORMACION MIR EN MEDICINA DEL TRABAJO

#### FRANCISCO DE LA GALA SÁNCHEZ

#### **FREMAP**

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

El Real Decreto 139/2003 de 7 de Febrero de 2003 -BOE 14-02-03 - que incluye la Medicina del Trabajo en el grupo 2 de la Formación de Especialistas, pasando de formación extrahospitalaria a mixta, intra y extrahospitalaria, llenó de esperanza e ilusión a todos los profesionales que a lo largo de mas de 10 años desde la Comisión Nacional de la Especialidad, Sociedades Científicas, Escuelas Profesionales y los propios alumnos en formación, venían reclamando. La Residencia remunerada, las rotaciones por Servicios Hospitalarios y Centros de Salud, la formación docente específica y las prácticas en Servicios de Prevención, son el núcleo sobre el que se basa el futuro de los nuevos Especialistas en Medicina del Trabajo.

Desde este punto de vista todo ello es positivo. No obstante se alzan voces que ponen de manifiesto aspectos mejorables. ¿Cuál es el problema?. En primer lugar, reconociendo el magnífico trabajo de la Comisión Nacional de la Especialidad, hemos constatado que el programa realizado por la misma, si bien docentemente puede ser ejemplar, tiene, en su desarrollo, algunos puntos mejorables. El Licenciado en Medicina y Cirugía, con seis años como mínimo en la Facultad, tras preparar el examen MIR e incorporarse con deseos de aprender a su unidad docente se encuentra que ha de sentarse de nuevo en un aula, para recibir 600h lectivas. Transcurridas las mismas rotará por su Hospital y Centros de Salud, para terminar en un Servicio de Prevención. En segundo lugar, es muy discutible quién constituirá Unidades Docentes, cuando una mínima parte de los cuatro años, pasará por la misma el MIR correspondiente, debiendo, no obstante, hacerse cargo de las obligaciones retributivas de los mismos. El tercer punto a considerar, ¿qué Centros tienen experiencia en asistir a enfermos y accidentados laborales una vez pasada la asistencia de urgencias?. ¿Quiénes son los Médicos con experiencia en la Valoración de las Secuelas derivadas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales?. ¿Dónde podrán realizar programas de Rehabilitación y Reintegración de trabajadores incapacitados?

Los puntos enumerados consideramos que han de ser valorados para que la puesta en marcha de los cuatro años de la Especialidad no sean una rémora para el desarrollo de la Medicina del Trabajo y produzcan un aumento del actual déficit de Especialistas, razón esgrimida para justificar la lentitud con la que se está desarrollando en la práctica la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, dando lugar a la entrada de otras Especialidades como ya se ha venido defendiendo desde algunos foros.

Con sinceridad creemos, y defendemos, que el actual RD, permite dejar de considerar al MIR un alumno y pasar a ser un Médico en formación al mismo nivel que los del resto de las Especialidades. Sus horas lectivas, que ha de realizar para entender las disciplinas específicas, no contempladas en la Licenciatura, pueden compaginarse con las rotaciones por Servicios Hospitalarios y Centros de Salud. Deben realizar Guardias de Puerta para foguearse en Urgencias y adquirir las habilidades Técnicas que han de esperarse de un Especialista. Deben saber, no solo diagnosticar Patologías, sino asistir a las específicas laborales, neumoconiosis, intoxicaciones profesionales, tecnopatías, consecuencias psíquicas de los factores organizativos, patologías secundarias a movimientos repetitivos. Acostumbrarse a participar con Higienistas, Preventivistas y Ergónomos. Cambiar impresiones con los Técnicos de Prevención ante la sospecha de Patologías Profesionales. Realizar estudios epidemiológicos, planificar los mismos y hacer publicaciones donde plasme sus resultados. Los créditos docentes de las 600h que contempla el programa, pueden, y deben, ser la base de Tesis Doctorales que eleven científicamente la Especialidad.

Las siete Escuelas Profesionales, acreditadas en la actualidad, deben ser los cimientos sobre los que se asiente la formación del periodo docente. Lo entendemos, no como puras lecciones de un programa, de asignaturas, sino como paneles, mesas redondas, simposios, mesas de debate, etc, en la que expertos en temas muy concretos y con experiencia contrastada discutan e intercambien sus conocimientos de forma práctica y clara sobre el punto a debatir. Como es obvio la participación de los MIR, deberá ser activa y participativa, favoreciendo el docente los grupos de trabajo y planteando casos prácticos a resolver por ellos.

Por la especial característica de la Especialidad, la participación de dos tutores, uno para su formación clínica y otra para su formación en las Escuelas, será necesaria. La comunicación entre ambos y la sintonía ha de ser viva y continua para que el Residente pueda tener un periodo formativo feraz y fecundo, logrando alcanzar cuotas de calidad y gestión que incorporará a su futura actividad en su puesto de trabajo.

Somos especialmente optimistas en el futuro de la Medicina del Trabajo. Desde hace años venimos anunciando que el pesimismo reinante en la década de los años ochenta del pasado siglo, fruto del abandono tradicional por las distintas administraciones que arrastrábamos desde los años setenta, estaba a punto de desaparecer. La clásica Medicina de Empresa, había hecho su función, pero, los nuevos conceptos exigían cambios, no solo legislativos, sino de las actitudes y aptitudes de los Médicos del Trabajo. Iniciaríamos nuevos tipos de formas de trabajo, nuestros cometidos se ampliarían y modificaríamos antiguas costumbres. Sin embargo, a las futuras generaciones de profesionales, deberíamos enseñarles que si el primer deber del médico es para su paciente, en nuestro caso el paciente es el trabajador, haciéndoles comprender que trabajadores somos todos.

Sería un error imborrable para todos que los profesionales, empresas, administración, entidades patronales y sindicales, sociedades científicas, médicos, no seamos capaces de alcanzar un acuerdo, en el que debe primar la formación integral e integradora, sobre los intereses de colectivos que de forma equivocada pretenden hacer prevalecer sus ideas. La libre circulación de Médicos del Trabajo puede hacer que si nuestros profesionales no son considerados adecuadamente formados, se vean relegados entre sus colegas de la UE. Con ser poco halagadora esta situación, peor será considerar que el colectivo de diecisiete millones de trabajadores en España, según datos de la SS, no reciban la atención a la que tienen derecho. Esperamos, en bien de todos, que el consenso en el Programa de la Especialidad sea unánime y que todos colaboremos para ser considerados, en este mundo globalizado, referencia para la formación de Médicos del Trabajo, como lo somos para otras Especialidades que son solicitadas en diversos países de la UE. Es nuestro reto y nuestra ilusión.

### <u>OPINIÓN</u>

# ALGUNOS PASOS PARA CONSOLIDAR UN ESPACIO DE I+D EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO: UNA REFLEXIÓN A PARTIR DE LOS SEGUNDOS ENCUENTROS DE INVESTIGADORES EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

#### JERÓNIMO MAQUEDA BLASCO

Subdirector de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo de ISCIII

#### RESUMEN

El desarrollo, en el pasado mes de diciembre, de los segundos Encuentros de Investigadores en Salud y Seguridad en el Trabajo, constituye un momento oportuno para hacer una reflexión sobre los avances realizados desde los anteriores encuentros en 2003 en materia de promoción y estímulo a la investigación.

La aparición dentro del Plan Nacional de I+D+I de un Subprograma de I+D en Seguridad y Salud en el Trabajo, puede calificarse como uno de los logros de mayor transcendencia para la Seguridad y Salud en el Trabajo de los últimos años. Su sostenibilidad, es ahora una prioridad y depende de numerosos factores como el compromiso institucional o el apoyo financiero.

En estos diez primeros años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el Sistema Preventivo ha crecido en recursos y normas, no cabe lugar a dudas que entramos en una etapa en la que se debe producir un crecimiento de la investigación de tal forma que la prevención sea además de un oficio una ciencia.

#### PALABRAS CLAVES

Investigación, Programas, Salud y Seguridad en el Trabajo

#### ABSTRACT

The Second Seminar of Researcher in Health and Safety at Work, on the past month of , December, is a little while opportune to make a reflection on the advances made from 2003 in the matter of research promotion. The publication within the National Plan of I+D+I of a Subprogram of I+D in Safety and Health at Work, can be described like one as the profits of greater importance for the Safety and Health at Work on the last years. Its sustainability, is now a priority and depends on numerous factors like the institutional commitment or the financial support programmes.

In these ten first years of the Law of Labour Risks Prevention, the Preventive system has grown in resources and regulations, does not fit place to doubts that we entered a stage which a growth of the research of such form is due to produce that the prevention is in addition to an occupation a Science.

#### **KEY WORDS**

Research. Programmes. Health and Safety at Work.

### INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DEL SISTEMA PREVENTIVO

El ocho de noviembre de 2005 la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, punto de partida de la actual política preventiva cumplirá diez años. Durante este primer decenio de la Ley los esfuerzos han sido de "facto" dirigidos hacia la dotación de recursos humanos y normativos para el desarrollo del Sistema Preventivo en su faceta de prestación de servicios, es decir, la prioridad ha sido la garantía y la igualdad en el acceso a la prevención de riesgos laborales de la población trabajadora española, en este sentido no cabe duda alguna en que se ha producido un crecimiento que se refleja en los resultados de las sucesivas ediciones de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.

Probablemente estemos, actualmente, abriendo una nueva etapa en el desarrollo de nuestro Sistema Preventivo, etapa marcada por el objetivo de agregar al "oficio" de la prevención de riesgos laborales un valor científico que la acredite como "Ciencia" dentro del espacio Científico de nuestro país, esto es una necesidad ya apuntada en el umbral entre el siglo XVII al XVIII por Bernardino Ramazzini en su prefacio del Tratado de las Enfermedades de los Artesanos: "me dispongo a publicar una obra imperfecta para que otros colaboren en ella hasta que consigamos tener un tratado..... que merezca un puesto en el foro de la medicina"

Fortalecer la investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo constituye sin lugar a dudas una de las obligaciones más importantes de las Administraciones Públicas para con nuestra Sociedad del Trabajo, obligación que permite cubrir una necesidad, cifrada en dos esferas diferentes:

- a) La eficacia en el control de los riesgos existentes, lo que implica generar un proceso continuo de mejora de los métodos de evaluación/ detección y el desarrollo de tecnología para la producción y prevención más eficientes en la lucha contra la perdida de salud del trabajador ya sea inmediata: el accidente o la enfermedad aguda, como a largo plazo: la pérdida de calidad de vida o la enfermedad crónico-degenerativa.
- b) La identificación de situaciones emergentes consecuentes a la evolución tecnológica y social del mundo del trabajo que configuran nuevos escenarios de riesgos y nuevos retos para la prevención en su capacidad de dar respuesta anticipadas a esos nuevos problemas.

La últimas acciones normativas de la Comisión Europea en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo avalan la necesidad de que los Estados Miembros dinamicen la investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo (1,2).

Calificar la investigación como estrategia para prevenir no es un convencionalismo, sino un signo de desarrollo que diferencia los sistemas reactivos de los pro-activos. Es suficiente una reducida experiencia en foros internacionales de Seguridad y Salud en el Trabajo para darse cuenta que la "no investigación" se paga en términos de exclusión de los grupos de liderazgo, en términos de dependencia o en términos de ir a la zaga de...., en nuestro caso la enfermedad y el accidente.

La motivación para formular políticas de apoyo a la investigación en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo es tan evidente que no es necesario explicitar, pero sí es necesario manifestar que la madurez de nuestro Sistema Preventivo depende en gran medida de su propia capacidad para generar Conocimiento y Evidencia y sobre esta base crecer como disciplina.

En los estadios más previos del diseño de estas políticas de apoyo a la investigación, surge la necesidad de despejar el interrogante acerca de dónde debemos ubicarlas.

Las oportunidades de investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo deben integrarse en la Política Científica del país, en la oferta que se hace a la Sociedad Española y especialmente a la Comunidad Científica desde las distintas Administraciones Públicas, eludiendo por lo tanto generar espacios propios que terminarían por empobrecer la diversidad investigadora. La integración, por lo tanto, en el Sistema Ciencia- Tecnología - Empresa es el primer paso para garantizar el crecimiento de la acción investigadora en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo al favorecer una interlocución entre grupos de investigadores en Salud y Seguridad en el Trabajo y grupos de investigadores de ámbitos disciplinares hermanos lo que posibilita la incorporación de criterios de modernidad en prevención de riesgos laborales.

# LOS ANTECEDENTES DE LOS ENCUENTROS DE INVESTIGADORES Y SUS PRIMEROS LOGROS

El diagnóstico de la situación de la investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo en nuestro país ha sido objeto de análisis de estudios promovidos por diferentes instituciones, que se han sucedido a partir de finales de los años noventa. En 1998 se constituye dentro de la Sociedad Española de Epidemiología el Grupo de trabajo de Epidemiología Laboral para la elaboración de un análisis de situación de la Investigación en Epidemiología Laboral en nuestro país, informe que se publica en 1999 (3), en el año 1998 se aprueba en la Cumbre Autonómica celebrada en el mes octubre el Plan de Acción sobre Siniestralidad Laboral, dentro del cual se prevé el establecimiento de un Plan Nacional de Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo (4).

En el año 2000 se publica el Plan Nacional de I+D para el periodo 2000- 2003, en el que se recoge como línea no prioritaria de investigación la Prevención de Riesgos Laborales dentro, del Área Socio-Sanitaria gestionada por el Fondo de Investigación Sanitaria del ISCIII (5).

En 2001 el informe del Consejo Económico y Social sobre la Salud y Seguridad en el Trabajo en España, conocido como "Informe Durán" vuelve a poner de manifiesto las deficiencias de nuestro Sistema Preventivo en Materia de Investigación (6), en ese mismo año se redacta el Programa de I+D del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, como desarrollo de su Plan Estratégico para el periodo 2002- 2004 (7).

Toda esta actividad va generando, en sectores instituciones y profesionales vinculados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, una inquietud, una motivación o un estado de opinión que posibilita la convocatoria del Primer Encuentro de Investigadores en Salud y Seguridad en el Trabajo, en febrero de 2003, como iniciativa conjunta del ISCIII, a través de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT) y del INSHT, cuya intención queda explícitamente reflejada bajo el subtítulo de: "Crear un nuevo espacio y nuevas oportunidades para la I+D en prevención de riesgos laborales"

Con esta iniciativa se constituye un grupo no estable de trabajo que recoge sensibilidades del mundo de la Universidad, de Institutos Técnicos de las Administraciones Públicas, Centros de Investigación, Agentes Sociales, entidades Aseguradoras y Empresa, bajo el interés compartido de generar oportunidades para la mejora de la situación de la investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo en nuestro país y cuyas conclusiones se pueden agrupar en tres grandes líneas de acción, que comprometen, de forma particular en su desarrollo a las instituciones convocantes (ISCIII e INSHT): (i) Mejora del Capital Humano. (ii) Oportunidades para la Investigación y (iii) Estructuras facilitadoras (8).

La intervención del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) fue clave en el proceso de dinamización de las conclusiones de este primer taller de trabajo.

Durante el primer trimestre de 2003, por parte del entonces Ministerio de Ciencia y Tecnología se estaban constituyendo los grupos de trabajo para la redacción del Plan Nacional de I+D+I 2004- 2007. A propuesta del Director del FIS se incluye dentro del Programa Nacional de Tecnologías para la Salud y el Bienestar el tema de la Seguridad y Salud en el Trabajo, lo que permite la integración en el grupo de redacción de este programa a representantes de la ENMT del ISCIII y del INSHT, abriéndose un proceso de diseño de un Subprograma de I+D en Seguridad y Salud en el Trabajo.

La publicación el siete de noviembre de 2003 del Plan Nacional de I+D+I 2004- 2007, que ya integra el Subprograma de I+D en Seguridad y Salud en el Trabajo (9), constituye una llamada formal a la Comunidad Científica y a los Profesionales de la Prevención a dirigir parte de sus esfuerzos a la mejora del Conocimiento sobre la Salud de la Población Trabajadora y sus factores determinantes y a partir de éstos el Desarrollo y la Innovación que conduzcan a incrementar la Calidad de Vida en nuestra Sociedad del Trabajo.

En este mismo año de 2003 ve también luz la segunda fase del Programa de I+D del INSHT (10) mediante la convocatoria de financiación de proyectos de investigación externos, lo que implica la actuación del INSHT, en el ámbito de la investigación también como entidad financiadora.

La dimensión más clara de la investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo queda especialmente reflejada en la convocatoria FIS de junio de 2004 sobre ayudas del Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud (11), convocatoria que tiene su repercusión en la configuración de la Comisiones Técnicas de Evaluación del FIS a través de la modificación de la Comisión Técnica de Evaluación de Salud Pública y Epidemiología que pasa a denominarse Comisión Técnica de Evaluación de Salud Pública, Epidemiología y Salud Laboral.

La acción conjunta de la ENMT y del FIS permitió durante los últimos meses de 2003 la creación de una base de datos de evaluadores del proyectos de investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo, lo que evidentemente debe contribuir a mejorar, técnicamente, las evaluaciones de los proyectos presenta-

dos al Subprograma de I+D en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Si bien es el momento de realizar un análisis detallado de esta convocatoria, podemos avanzar que la presión ejercida sobre esta convocatoria por los investigadores en Salud y Seguridad en el Trabajo ha hecho que este área se sitúe, por número de proyectos presentados a la Comisión Técnica de Evaluación de Salud Pública, Epidemiología y Salud Laboral en una cuarta posición (de un total de catorce áreas de investigación identificadas), estando por encima de ella las áreas de "infecciosas", "Medio Ambiente" y "Síndrome Metabólico" (12).

#### ASPECTOS DE ATENCIÓN PREFERENTE

La actividad y los logros alcanzados entre 2003 y 2004 han sido valorados de forma muy positiva en el II Encuentro de Investigadores en Salud y Seguridad en el Trabajo, celebrado a finales de noviembre en la sede del INSHT en Madrid, a pesar de ello se hace necesario abrir una reflexión sobre aquellos aspectos que deben ser mejorados o que necesitan una atención preferente en el proceso de creación de un Espacio para la Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Garantizar una acción sostenible en materia de investigación, es uno de los objetivos de consecución casi más urgente que prioritaria. Algunos de los factores que determinan esta sostenibilidad se comentan en los párrafos siguientes.

Para el dos mil siete, año que comenzará la redacción del próximo Plan Nacional de I+D+I, se ha tenido que producir una transferencia del esfuerzo y convencimiento de los individuos a la esfera de las instituciones, lo que implica la producción de un debate en el seno de las diferentes instituciones con interés en la prevención de riesgos laborales y un debate inter- institucional en foros como la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Quizás nuestra Sociedad del Trabajo ha madurado suficientemente para reclamar que se haga menos política con la investigación y más políticas de investigación.

El compromiso de las instituciones de la Administración del Estado con la promoción de la Inves-

tigación y la estructuración del Espacio Investigador debe hacerse más evidente a través de la asignación de recursos expresamente dedicados a dinamizar el Subprograma Nacional de I+D en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Fortalecer financieramente las próximas convocatorias del Subprograma, lo que implica la participación económica de áreas como: la Seguridad Social, a través de los excedentes del aseguramiento de las contingencias laborales, la implicación de empresas, fundamentalmente de empresas relacionadas con el mercado tecnológico de la prevención y el incremento de las partidas presupuestarias que los organismos gestores del Subprograma (ISCIII e INSHT) dedican a la investigación extramural.

Es necesario fomentar la investigación competitiva y extramural frente a la investigación intramural, la investigación centrada sólo en los intereses particulares de las instituciones es poco solidaria para con la Sociedad y acaba por limitarse a las áreas o temas en los que cada institución dispone de capacidades (pérdida de diversidad). La adhesión a una iniciativa como la que supone el Subprograma Nacional de I+D en Seguridad y Salud en el Trabajo implica el reconocimiento de los intereses y necesidades, en este caso de la Sociedad del Trabajo.

De forma añadida la competitividad entre grupos conduce a respuestas de investigación de mayor calidad.

Identificar experiencias de éxito en otros campos de la investigación y saber desarrollarlas en el ámbito de la Seguridad y Salud en el Trabajo. De forma particular la creación de unidades de apoyo a la investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo que intervengan en la mediación entre programas de investigación, investigadores y empresas. Este tipo de unidades son las que permitirán la estructuración real de un Espacio de Investigación, siempre que trabajen de forma articulada para ofrecer su servicio a investigadores, empresas e instituciones.

La investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo, en la actualidad, sólo llega a tener la consideración de emergente, pero quizás, en ésta consideración está la esperanza y el síntoma que se ha iniciado un camino.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Comunicación de la Comisión Europea COM (2002) 118 final de 11 de marzo de cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad 2002-2006.
- (2) Recomendación de la Comisión Europea COM (2003) 3297 de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales.
- (3) G. Benavides F, Aurrekeoetxea J.J., Fernández A, García García A.M., García Gómez M; Tardón García A y otros. La Investigación Epidemiológica sobre Condiciones de Trabajo y Salud en España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid 1999.
- (4) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Plan de Acción Sobre la Siniestralidad Laboral 29 de octubre de 1998, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid 1999.
- (5) Plan Nacional I+D+I 2000- 2003, disponible en http://www.mec.es
- (6) Ministerio de la Presidencia, Informe sobre riesgos laborales y su prevención : la seguridad y salud en el trabajo en España : estudio para la elaboración de un informe sobre riesgos laborales y su prevención, Madrid 2001.

- (7) Procedimiento de Planificación del Programa de I+D del INSHT 2002- 2004, documento sin publicar.
- (8) Conclusiones Primer encuentro de Investigadores en Salud y Seguridad en el Trabajo, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del ISCIII, Madrid febrero de 2003, documento sin publicar
- (9) Plan Nacional de I+D+I 2004-2007, disponible en http://www.mec.es
- (10) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Resolución de 27 de octubre de 2003 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo por la cque se convocan becas para trabajos de investigación, desarrollo e innovación en materia de prevención de riesgos laborales.
- (11) Ministerio de Sanidad y Consumo, Resolución de 8 de junio de 2004, del Instituto de Salud Carlos III, por la que se convocan ayudas del Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, para la realización de proyectos de investigación en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2004-2007, durante el año 2004.
- (12) Maqueda Blasco J., Informe para los II encuentro de Investigadores en Seguridad y Salud en el Trabajo, INSHT, Madrid 2004, documento no publicado.

## **ORIGINALES**

### ÍNDICE

Estrés en el trabajo, un problema de salud en la estrategia europea de seguridad y salud en el trabajo. La situación de España en Europa. María Ángeles Díaz Blanco, Ana Isabel Cazorla Vicente, Kiralyna Bueno Pous, Elisa Cristóbal López, Jerónimo Maqueda Blasco, Begoña Rodríguez	
Ortiz de Salazar	11-18
Relaciones contractuales y acoso psicológico en el trabajo. Un análisis comparativo. Bernardo Moreno-Jiménez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Eva Garrosa Hernández, María Eugenia Morante Benadero	19-26
Incapacidad permanente por patología oftalmológica. Gema Herreros Portolés, Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar	27-35
La evaluación de los riesgos laborales en los centros hospitalarios basada en los grupos funcionales homogéneos y en el método GESCECAN. <i>Antonio Álvarez</i> González, Javier Yuste Grijalba, Ignacio Sánchez- Arcilla Conejo	37-53
Evaluación del síndrome de Burnout en profesionales de atención primaria de salud en Córdoba. Francisco de Asís Manchado López, Guillermo Molina Recio, Manuel Romero Saldaña, Manuel Vaquero Abellán	55-62

# ESTRÉS EN EL TRABAJO, UN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESTRATEGIA EUROPEA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: LA SITUACIÓN DE ESPAÑA EN EUROPA.

Mª ÁNGELES DÍAZ BLANCO\*, ANA ISABEL CAZORLA VICENTE\*, KIRALYNA BUENO POUS\*, ELISA CRISTÓBAL LÓPEZ\*, JERÓNIMO MAQUEDA BLASCO\*\*.

BEGOÑA RODRÍGUEZ ORTIZ DE SALAZAR \*\*, \*\*\*

(\*) Grupo EPID-ET (Escuela Nacional de Medicina del Trabajo -ISCIII). (\*\*) Escuela Nacional de Medicina del Trabajo -ISCIII. (\*\*\*) Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá

#### RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo conocer la distribución de los factores relacionados con el estrés, estrés percibido y satisfacción en el trabajo en la población trabajadora española y europea e identificar los factores mejorables en nuestra población trabajadora con respecto a nuestro entorno europeo.

Material y Método: Se estudia la población trabajadora europea (error muestral=0,67%) y española (error muestral=2,58%) a través de los resultados de la última Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, en relación a los estresores de origen laboral: demanda, ritmo, autonomía y apoyo, contrastando la prevalencia en ambas poblaciones mediante test de hipótesis para dos proporciones y muestras independientes.

Resultados: La distribución de estresores evidencia diferencias significativas (p<0,05) entre ambas poblaciones: Española (Es) y Europea (Eu). El trabajador europeo tiene menos tiempo para el desarrollo de su tarea, la complejidad la tarea y la intensidad del ritmo de trabajo. El control sobre la tarea es significativamente mayor en Europa: ritmo de trabajo elección del método de trabajo, orden de la tareas y horario de trabajo. Por otra parte el trabajador europeo recibe más apoyo en el trabajo, por parte de compañeros que el trabajador español En los indicadores globales de satisfacción en el trabajo y estrés percibido sólo se encuentra diferencia significativa para el nivel de satisfacción siendo superior en la EU frente a ES.

Conclusiones: A pesar de que los factores estresores son más frecuentes en Europa la percepción de estrés no es superior a la referida por los trabajadores españoles, esto puede ser debido a que en la sociedad del trabajo Europea se da, de forma significativa, una mayor frecuencia de factores protectores: el trabajador europeo recibe mayor apoyo de compañeros, disfruta de un mayor nivel de autonomía, rota de forma más frecuente de tarea y trabaja más frecuentemente en equipo. El estudio permite concluir en la existencia de oportunidades de mejora en nuestro país en la organización del trabajo y el apoyo a los trabajadores en lo que se refiere a los factores básicos de prevención del estrés laboral: control y apoyo.

#### PALABRAS CLAVES

Estrés, factores estresores, factores protectores.

#### ABSTRACT

Aim: The present study try to identified the distribution of stress factors, perceived stress and working satisfaction in Spanish work- force referenced to the European worker and to identify the factors to be improved in our work- force with respect to European work-force.

Material and Method: The European work population (sample error 1=0.67%) and Spanish (sample error = 2.58%) through the results of the last European Survey of Working Conditions, in relation to the stressors at work: demand, pace of work, autonomy and support, the stadistical analysis include hypothesis test for two ratios an independent samples.

Results: The distribution of stressors demonstrates significant differences (p<0,05) between both populations: Spanish (Es) and European (Eu). The European worker has less time for the development of his task, the task complexity and the pace of work. The self control of the task is significantly greater in Europe: pace of work, work method, task order and work schedule. On the other hand the European worker receives more support in the work, on the part of colleagues who the Spanish worker In the global indicators of working satisfaction and perceived stress only is significant the difference for the satisfaction level being higher in the EU as opposed to Es.

Conclusions: Although the stressors are more frequent in Europe the stress perception is not higher to the referred one by the Spanish workers, this can be because in the work society in Europe it occurs, of significant form, a greater frequency of protective factors: the European worker receives greater support of colleagues, enjoys a greater level of autonomy, defeat of more frequent form of task and works more frequently in working team. The study allows to conclude in the existence of opportunities of improvement in Spain in the work organization and workers support about the basic factors of prevention of stress at work: control and support.

#### **KEY WORDS**

Stress, stress factors, protective factors.

#### INTRODUCCIÓN

El conocimiento de los fenómenos de salud que afectan a la población trabajadora y de sus factores condicionantes, constituye la base para la formulación y desarrollo de políticas preventivas.

El peso estratégico que tiene este sector poblacional en la Sociedad, al constituir su principal componente de productividad y desarrollo unido a la rapidez y continuidad con que se producen los cambios en el mundo del trabajo, hace necesario establecer procedimientos de información y monitorización de base poblacional lo suficientemente sensibles para identificar el estado actual y la emergencia de nuevos problemas y por lo tanto definir de forma lo más precisa posible los ámbitos prioritarios sobre los que orientar la acción preventiva, investigadora y de protección.

La Comunicación de la Comisión Europea sobre una nueva Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo (ECSST) (1) orienta la política europea a promover el "bienestar físico, moral y social en el trabajo", medido no sólo sobre la base del accidente de trabajo y la enfermedad profesional sino que, apunta además, nuevos retos derivados de: (I) fenómenos demográficos como envejecimiento, inmigración, género, etc., (II) derivados del mercado de trabajo y estructura productiva: predominio del sector servicios, pequeña empresa, trabajadores autónomos y temporalidad laboral, (III) el cambio en el perfil de exposición a riesgos hacia un mayor protagonismo de las condiciones ergonómicas y psicosociales u organizativas del trabajo: autonomía, participación información, etc., y (IV) un perfil emergente de problemas de salud derivados de esta exposiciones.

Las encuestas de condiciones de trabajo permiten aproximarnos a un conocimiento más real de los problemas de salud en el trabajo que el reflejado en las estadísticas oficiales. Solo la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EECT) como instrumento homogéneo de monitorización permite el contraste de indicadores y por lo tanto establecer un "benchmarking" que contribuya a salvar desigualdades en materia de Salud en el Trabajo. Debemos también tener en cuenta que fenómenos demográficos como el envejecimiento, inmigración, género, etc., pueden repercutir en la integración del trabajador en el trabajo y en la aparición de conductas violentas.

El presente estudio, analiza el estrés en el trabajo como problema de salud en la estrategia europea de Seguridad y Salud en el Trabajo teniendo en cuenta la situación de España en Europa y cuyo objetivo es identificar los aspectos de organización del trabajo a los que debemos prestar mayor atención por presentar resultados mejorables con respecto a nuestro entorno europeo.

#### **OBJETIVO**

El presente estudio tiene como objetivos:

- (i) Conocer la diferente prevalencia del estrés percibido en el trabajo entre la población española y la europea.
- (ii) Conocer la distribución de los factores relacionados con el estrés, estrés percibido y satisfacción en el trabajo en la población trabajadora española y europea
- (iii) Identificar los factores mejorables en nuestra población trabajadora con respecto a nuestro entorno europeo.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

La Fundación Europea par la mejora de las condiciones de Vida y de Trabajo realiza cada cinco años una encuesta (EECT) en los quince Estados Miembros de la Unión europea, con el fin de analizar las condiciones y la calidad de vida en el trabajo de la población trabajadora europea. Su primera edición fue en 1990 y la última disponible corresponde al año 2000, sobre cuyos datos se ha realizado el presente estudio.

La edición correspondiente al año 2000 (2) se realizó sobre una muestra representativa de la población trabajadora europea incluyendo tanto trabajadores por cuenta ajena como trabajadores por cuenta propia o trabajadores autónomos y trabajadores extranjeros. Se excluyen la población jubilada, desempleada y estudiante.

La muestra estudiada es de 21.703 trabajadores de la UE distribuida en, alrededor de 1.500 trabajadores por Estado Miembro salvo excepción de Luxemburgo, país al que le corresponde una muestra de 500 trabajadores.

El diseño muestral corresponde a un proceso multi -etápico aleatorio, la selección del punto de entrevista se realiza mediante el diseño de una "ruta radomizada", en base a la aleatorización de los códigos postales.

El error muestral de la Encuesta, es de 0,67 % para el total de la muestra y 2,58% para la muestra obtenida en España.

La recogida de la información se realizó mediante entrevista directa en el domicilio del trabajador, en el idioma del país, utilizando un cuestionario de recogida de datos que incluye un total de sesenta items, relacionados con diferentes aspectos de las condiciones de empleo, de trabajo (seguridad, exposición a contaminantes, aspectos ergonómicos, carga física y mental, factores psico-sociales,....) y problemas de salud. Estos items se distribuyen en los grupos o áreas de interés reflejados en la tabla I.

Tabla I.

Distribución de items del cuestionario de la Encuesta Europea de Condiciones por apartados temáticos.

Grupo de variables	Nº de items
Condiciones de empleo	12
Entorno físico	3
Horario de trabajo	15
Entorno organizativo	13
Entorno Social	5
Efectos sobre la salud	8
Datos demográficos	4

Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2000; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

De todos estos ítems, nos vamos a centrar en tres grupos de variables que son los que tienen relación directa con el estudio de los factores psicosociales:

- · Autonomía espacial y operacional.
- · Jornada laboral y tiempo de trabajo.
- · Ritmo de trabajo y características de la tarea.

Finalmente se han contrastado los datos registrados en España con los que arrojan los países de la Unión Europea, considerando, ambas, como dos muestras independientes y realizando un test paramétrico de hipótesis de dos proporciones para muestras independientes con corrección por continuidad, para Ho  $p_1 = p_2$  y certidumbre del 95% (p < 0,05).

$$t_{exp} = \frac{|\hat{\rho}_l - \hat{\rho}_2| - \frac{1}{4} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}{\sqrt{\hat{\rho} \, \hat{q} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

#### RESULTADOS

#### · Autonomía espacial y operacional

La tabla II muestra los resultados referentes a los distintos aspectos relacionados con el grado de autonomía del trabajador en el desarrollo de su trabajo: ritmo, orden, método, pausas, etc, Para el conjunto de datos españoles la mayor autonomía se da sobre el control del ritmo de trabajo (64,2%) seguido por la elección del método de trabajo (61,4%) y el orden de las tareas (58,6%), la autonomía es menor en lo que se refiere a las variables relacionadas con el tiempo de trabajo: elección de pausas en el trabajo (56,3%), cuándo disfrutar días libres vacaciones (43,5%) y por último variar el horario (29,8%). En España el trabajador recibe apoyo de sus compañeros en un 76,7%, trabaja en equipo un 48,3% y rota tareas en un 31%.

El estudio diferencial entre España y Europa pone de manifiesto que en todos los aspectos analizados los trabajadores europeos disponen de un mayor nivel de autonomía, siendo la distribución Europea similar a la de nuestro país: autonomía de ritmo, método y orden, por otra parte el trabajador europeo recibe más frecuentemente apoyo de sus compañeros, rota tareas y trabaja más frecuentemente en equipo.

La tabla III muestra los datos relativos a la posibilidad de realizar comentarios o sugerencias relativas a las condiciones de trabajo, organización de la empresa y la eficacia de los mismos, es decir, si éstos conducen a modificaciones en el puesto o en el centro de trabajo.

Tabla II.

Distribución en % del tipo de autonomía del trabajador sobre distintos aspectos del trabajo

AUTONOMÍA DEL TRABAJADOR	ESPAÑA	EUROPA	P< 0,05
AUTONOMIA DEL TRABAJADOR	(%)	(%)	
Elegir o cambiar el ritmo de trabajo.	64,2	69,6	*
Elegir o cambiar el método de trabajo.	61,4	70,1	*
Elegir o cambiar el orden de las tareas.	58,6	64,1	*
Elegir cuando disfrutar días libres y	43,5	56,0	*
vacaciones.			
Elegir la pausa en el trabajo.	56,3	60,5	*
Variar horario de trabajo.	29,8	44,2	*
Recibir ayuda de compañeros.	76,7	82,5	*
Rotación de tareas contigo y con tus	31,0	43,7	*
compañeros.			
Trabajar todo o parte del tiempo en	48,3	56,0	*
equipo			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta Europea de Condiciones de Trabajo año 2000 para la Mejora de Condiciones de Vida y de Trabajo.

Tabla III. Frecuencias en % de la posibilidad de participación en diferentes aspectos relativos a las condiciones de trabajo.

PARTICIPACIÓN, SUGERENCIAS SOBRE SEGURIDAD Y SALUD	ESPAÑA (%)	EUROPA (%)	P<0,05
Posibilidad de hacer comentarios sobre las condiciones de trabajo en general.	67,9	73,3	*
Posibilidad de realizar comentarios sobre la organización cuando se producen cambios	61,9	71,0	*
Estos comentarios se producen con sus compañeros	87,5	90,5	*
Estos comentarios se producen con sus superiores	69,1	83,2	*
Estos comentarios se producen con representantes sindicales	31,7	43,6	*
Estos comentarios se producen con expertos externos	18,5	24,6	*
Estos comentarios se producen de forma regular	46,5	50,6	*
Estos comentarios se realizan con procedimientos formales	16,8	44,9	*
Estos comentarios conducen a mejoras en el puesto de trabajo	68,9	74,8	*
Estos comentarios producen mejoras en el centro de trabajo	50.5	57,8	*
Estos comentarios conducen a mejoras en la organización de la empresa	51,8	60,2	*

Base: Total de la muestra Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2000; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. En España la posibilidad de participación en materia de condiciones y organización del trabajo se da en porcentajes muy similares (67,9%) y (61,9%) respectivamente. En un 69,1% las opiniones o comentarios se dirigen a los superiores y en menor medida a los representantes sindicales (31,7%) y expertos externos a la empresa (18,5%).

Si analizamos en que medida la participación está integrada o no en la empresa a través de dos indicadores: la existencia de un procedimiento establecido para canalizar las distintas sugerencias y el nivel de atención de las mismas, es decir, si son seguidas o no de actuaciones por parte de la empresa.

En nuestro país, cuando existen posibilidades de realizar sugerencias en un 16,8% de los casos se produce a través de un procedimiento establecido y en un 68,9% conducen a mejoras en el puesto de traba-

jo, repercutiendo en menor medida en mejoras en la organización de la empresa o en cambios en el centro de trabajo.

El perfil diferencial entre España y Europa pone de manifiesto que, de forma significativa, el trabajador europeo (73,3%) tiene más posibilidades de participación que el trabajador español (67,9%), en este mismo sentido en la empresa europea existen preestablecidos, de forma más frecuente, canales formales de participación (44,9%), el papel tanto de representantes sindicales como de expertos externos a la empresa es mayor en Europa que en nuestro país. En lo que se refiere a la atención de estas sugerencias, en Europa con mayor frecuencia conducen a mejoras en el puesto de trabajo (74,8%), organización del trabajo (57,8%) y modificaciones en el centro de trabajo (60,2%).

Tabla IV.

Distribución de la muestra según tipo de jornada y horario de trabajo

JORNADA Y HORARIO DE TRABAJO	ESPAÑA	EUROPA	P< 0,05
JOHNADA I HORANIO DE TRABAJO	(%)	(%)	
Trabajo de tarde, más de 20 hs entre 18.00 y 22.00	19,40	5,30	*
Trabajo nocturno, más de 20 hs entre 22.00 y 05.00	3,20	1,40	*
Trabajan en jornada partida	14,90	16,70	
Trabajan en horario fijo diurno	79,40	88,10	*
Trabajan a turnos	21,90	19,30	*
Horario fijo de entrada y salida	62,90	64,30	
Jornada laboral semanal de 40 a 44 horas	44,90	28,10	*
Jornada laboral semanal de 30 a 39 horas	15,40	35,40	*
Jornada laboral > 10horas al día (11-20 días/mes)	3,90	3,50	
Trabajadores conformes con su jornada laboral	36,90	64,30	*
Trabajadores que reducirían su jornada laboral	28,10	9,50	*

Base: Total de la muestra Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2000; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

La tabla IV registra los resultados relativos a la duración y características de la jornada de trabajo tanto para España y la Unión Europea.

La jornada de trabajo en España se caracteriza por una duración semanal de entre 40 y 44 horas (44,9%), predomina claramente la jornada de sólo mañana (79,4%), y el horario fijo de entrada y salida (62,9%). En lo que se refiere a horarios especiales cabe destacar el horario a turnos (21,9%), seguido de las jornadas de tarde de entre seis a ocho

de la tarde (19,40%). En cuanto a la satisfacción con la jornada de trabajo un 64,30% de trabajadores no están conformes con su horario y un 28,10% reducirían el horario de trabajo.

En materia de jornada y tiempo de trabajo se pone en evidencia diferencias significativas entre España y Europa en lo que se refiere a: un mayor número de horas trabajadas a la semana, mayor frecuencia de horarios de tarde y noche y mayor frecuencia de trabajos a turnos en España.

Como indicador resumen de los aspectos relacionados con la jornada y horario de trabajo, los datos de la EECT reflejan la gran diferencia en el grado de satisfacción entre los trabajadores españoles y europeos en relación con su horario de trabajo.

La tabla V muestra la frecuencia de las distintas variables que definen el perfil de las tareas realizadas en el trabajo: repetitividad, ritmo de trabajo y sus determinantes, tiempo suficiente o no para el desarrollo de las tareas, adecuación del trabajo a la capacidad del trabajador, interrupciones, monotonía, necesidad de adquirir nuevos conocimientos.

El lo que se refiere a la carga de trabajo el ritmo de trabajo es elevado para el 21,9% de los trabajadores, el ritmo está marcado principalmente por "clientes" y "objetivos numéricos", el 86% de los

trabajadores tienen interrupciones para resolver imprevistos y desarrollan un trabajo calificado más de monótono que de complejo por último existe una buena adecuación entre las capacidades del trabajador a las demandas o requerimientos de la tarea.

En el perfil diferencial observamos que los trabajadores europeos tienen menos tiempo para realizar su trabajo, están sometidos a un ritmo de trabajo más intenso y en este ritmo influye significativamente más el cliente y menos el jefe, las máquinas y los objetivos numéricos.

En el tipo de tarea también encontramos diferencias significativas, las tareas que desarrollan los trabajadores europeos son menos monótonas y más complejas y requieren, con mayor frecuencia adquirir nuevos conocimientos.

Tabla V.

Distribución de las características de la tarea en % de la exposición a diferentes aspectos relacionados con el ritmo y las características de la tarea.

	ESPAÑA E	UROPA p	< 0,05
	(%)	(%)	•
Desarrollo de tareas cortas y repetitivas (< 5 seg.)	29,10	14,60	*
Desarrollo de tareas cortas y repetitivas (< 30 seg. ,)	31,20	17,70	*
Ritmo de trabajo elevado ¾ partes o más de la			*
jornada de trabajo.	21,9	31,3	
Ritmo de trabajo determinado por compañeros	40,50	42,70	
Ritmo de trabajo determinado por publico, clientes,	64,60	68,50	*
Ritmo de trabajo determinado por objetivos de			*
producción numéricos	41,40	30,50	
Ritmo de trabajo determinado por maquinas	26,20	20,20	*
Ritmo de trabajo determinado por control directo de			*
jefes	35,70	32,20	
Interrupciones para resolver problemas imprevistos	83,70	82,70	
Tiempo suficiente para el desarrollo de la tarea	86,00	76,90	*
Desarrollo de tareas monótonas	60,10	39,70	*
Desarrollo de tareas complejas	43,20	56,40	*
Adecuación de habilidades con las demandas			
del trabajo	81,90	82,40	
Demandas muy por encima de las habilidades	7,40	7,90	
Adquisición de nuevos conocimientos	64,40	70,80	*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Condiciones de trabajo año 2000 Fundación europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo.

#### DISCUSIÓN

Con respeto a la distribución de los factores relacionados con la carga mental entre los trabajadores europeos se identifica, significativamente, una mayor frecuencia de factores estresores como: tiempo insuficiente para realizar la tarea, necesidad de adquirir nuevos conocimientos, mayor complejidad de la tarea y ritmo de trabajo más intenso.

En el análisis de los determinantes del ritmo se pone de manifiesto una mayor relevancia de las "demandas del público, clientes, pacientes, etc.", tanto en España como en Europa, sin embargo, su peso es estadísticamente superior en Europa.

En nuestro país se da la coexistencia de un modelo más tradicional en el que el jefe, los objetivos numéricos y las máquinas tienen un peso mayor como determinantes del ritmo que en Europa.

El trabajador europeo recibe mayor apoyo de compañeros, rota de forma más frecuente de tarea y trabaja más frecuentemente en equipo.

A pesar de que los factores estresores son más frecuentes en Europa la percepción de estrés no es superior a la referida por los trabajadores españoles, esto puede ser debido a que en la sociedad del trabajo Europea se da, de forma significativa, una mayor frecuencia de factores protectores.

El nivel de autonomía, como componente del control del trabajador en el desarrollo de la tarea se ha identificado como factor asociado con el nivel de satisfacción en el trabajo (3), con el estrés (4), con un menor absentismo (5), una menor morbilidad percibida (6) y con la adopción de hábitos tóxicos (7).

Este factor de autonomía de los trabajadores europeos suponen también un elemento diferenciador con respecto a las condiciones de trabajo en España. La posibilidad del trabajador español de decidir e influir sobre el ritmo, método y orden del trabajo es inferior a la posibilidad del trabajador europeo.

En lo que se refiere al nivel de autonomía espacial se puede apreciar una gran diferencia entre Europa y España, el trabajador europeo dispone de mayor autonomía, pudiendo flexibilizar el horario y elegir sus pausas y descansos.

Es muy llamativa la diferencia en relación a la elección del momento de los periodos de vacaciones, en la Unión Europea tienen esta posibilidad más de la mitad de los trabajadores encuestados, mientras

que en España esta posibilidad es manifiestamente menor si comparamos con el resto de parámetros de autonomía que se analizan.

La importancia de la participación del trabajador en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo hace que sea un tema integrado en políticas nacionales e internacionales (Estrategia Global de Salud Laboral para todos, OMS) (8). La implicación de los trabajadores en la planificación y organización del trabajo está relacionado con una mayor satisfacción en el trabajo y un menor nivel de estrés (9). Las posibilidades de participación del trabajador europeo en diferentes aspectos de la organización del trabajo son superiores a las de los trabajadores españoles.

La empresa europea está mejor estructurada que la empresa española en materia de participación, además las sugerencias del trabajador europeo conducen de forma más frecuentee a cambios en el puesto de trabajo o en la organización de las tareas.

Del estudio de las características de la jornada y tiempo de trabajo se observa que en España el horario semanal, de prácticamente la mitad de la población trabajadora, supera a la del promedio de la Unión Europea. Así mismo la dedicación al trabajo por la tardes, noches y turnos es superior en los trabajadores españoles.

Ambas situaciones suponen una dificultad para la vida personal de los trabajadores y para la conciliación de la vida laboral y familiar y la propia salud del trabajador.

Esto crea una evidente insatisfacción en la población trabajadora española en lo que se refiere al horario de trabajo, sólo algo más de un tercio de estos trabajadores están conformes con las horas trabajadas y casi otro tercio de los encuestados reducirían la jornada de trabajo, este nivel de insatisfacción es significativamente superior al manifestado por los trabajadores europeos.

#### CONCLUSIONES

El estudio pone de manifiesto el interés y utilidad, para el análisis de las Condiciones de Trabajo de herramientas homogéneas de monitorización como la EECT.

El hecho de que el desarrollo de los sectores económicos sea diferente entre países permite definir acciones de anticipación en los países de menor desarrollo al objeto de prevenir los riesgos emergentes derivados de una nueva estructura productiva. Los indicadores generales y por lo tanto inespecíficos de satisfacción en el trabajo y de percepción de seguridad son claramente mejorables en nuestro país y resumen, en cierto modo, la menor calidad, en nuestro país, en los indicadores estudiados en la EECT.

En general la gestión del estrés en nuestro país se evidencia como mejorable con respecto a nuestro entorno europeo, tanto en las dimensiones de control como de apoyo.

Los procedimientos de participación así como su materialización en cambios del puesto y organización del trabajo, deben ser objeto de especial atención para reducir nuestra diferencia con respecto a nuestro entorno europeo. Con respecto a la duración de la jornada de trabajo, la reducción de la jornada semanal y la disminución del trabajo en horario de tarde, noche y trabajo a turnos pueden mejorar el indicador referido a la satisfacción con el horario de trabajo y contribuir a la conciliación de la vida laboral y familiar.

Como conclusión final podemos decir que los niveles de Seguridad y Salud en el trabajo resultan claramente mejorables en España, si tomamos como referencia a la población Europea, en lo referente a la organización del trabajo.

La corrección de estos factores contribuirán a incrementar, en nuestra población trabajadora, el nivel de satisfacción en el trabajo, en la actualidad por debajo de la satisfacción del trabajador europeo.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Comunicación de la Comisión Europea COM (2001) 313 final de 20 de junio de Políticas Sociales y de empleo. Un marco para invertir en calidad.
  - 2. 2000. Disponible en:

http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0121EN Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Third European Survey on Working Conditions.pdf.

- 3. Sadler-Smith E, El-Kot G y Leat M, Differentiating work autonomy facets in a non-Western context, Journal of Organizational Behavior 2003; 24: 709-731.
- 4. Soderfeldt M, Soderfelt B y Warg L.E, Burnout in Social Work, Social Work 2004; 40: 638- 646.

- 5. Vaananen A, Toppien- Tañer S, Kalimo R, Mutanen P, Vahtera J y Peiro JM, Social Science and Medicine 2003; 57: 807-824.
- 6. Wiholm C, Arnetz B.B., Muscoloskeletal symptoms and Headaches in VDU Users a psychophysiological study, Work and Stress 1997; 11: 239-250.
- 7. Greenberg E.S., Grunberg L, Wrok alienation and problem alcohol behavior, Journal Health and Social Behavior 1995; 36: 83- 102.
- 8. Word Health Organization, Global Strategy on ocuupational health for all, Ginebra 1995.
- 9. Kenny, D.T., & Cooper, C.L. (Guest Editors) (2003). Special Edition: "Occupational stress and its management" International Journal of Stress Management, 10, 4, 275-27.

# RELACIONES CONTRACTUALES Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO: UN ANÁLISIS COMPARATIVO

BERNARDO MORENO-JIMÉNEZ, ALFREDO RODRIGUEZ MUÑOZ, EVA GARROSA HERNÁNDEZ, MARIA EUGENIA MORANTE BENADERO

> Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid

#### RESUMEN

Relaciones contractuales y acoso psicológico en el trabajo: un análisis comparativo

Los riesgos psicosociales laborales son una preocupación creciente debido a sus numerosas consecuencias. Uno de tales riesgos es el "mobbing" o Acoso Psicológico en el Trabajo. A pesar de que el acoso psicológico se ha convertido en un tema de gran interés en numerosos países europeos, hasta la fecha apenas ha habido investigación al respecto en España. El objetivo de este estudio consiste en analizar de forma exploratoria si existen diferencias tanto en el acoso psicológico como en sus dimensiones en función del tipo de contrato. Los datos fueron recogidos en una muestra de 103 trabajadores de la Comunidad de Madrid. Los resultados mostraron diferencias significativas entre trabajadores con contrato temporal y trabajadores indefinidos en Acoso Psicológico y Aislamiento Social. Estos datos parecen indicar que la flexibilidad contractual influye en el proceso de acoso psicológico en el trabajo.

#### PALABRAS CLAVES

Acoso psicológico en el trabajo; Flexibilidad contractual; Tipo de contrato.

#### **ABSTRACT**

Contractual relationships and mobbing: a comparative analysis

The psychosocial occupational risks are an increasing worry due to its several consequences. One of such risks is the workplace mobbing. Although mobbing has become a field of great interest in several European countries, to date there has been little academic study regarding mobbing at work in Spain. The aim of the present study was to analyze in an exploratory way whether exist differences as much on mobbing as on its sub dimensions due to the type of contract. Data were collected in a sample of 103 employees of the Community of Madrid. The results showed significant differences between workers with temporary contracts and permantly employees in Mobbing and Social Isolation. These data indicate that contractual flexibility seems to have influence on mobbing process.

#### **KEY WORDS**

Contractual flexibility; Type of contract.

#### INTRODUCCIÓN

Desde los estudios pioneros de Leymann (1) sobre acoso psicológico en el trabajo (mobbing), el número de investigaciones empíricas desarrolladas en este campo ha aumentado notoriamente. A pesar de ello, en nuestro país el estudio del acoso psicológico en el trabajo no ha alcanzado el nivel de desarrollo y aplicación logrado en otros lugares, especialmente entre los países escandinavos. A la luz de la relevancia social, que en los últimos años ha ido adquiriendo las conductas de acoso laboral, su definición, medición y análisis, así como la comprensión de sus causas y de las variables que modulan su vivencia, han sido consideradas, como una prioridad por las Organizaciones Internacionales de Trabajo y los investigadores en el campo de la salud laboral. De hecho, las amplias consecuencias resultantes del acoso psicológico han convertido este fenómeno en un tema de gran repercusión social, siendo considerado como una de las formas más severas de estrés psicosocial en el trabajo (2).

En cuanto a su definición, la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995) define el concepto de riesgo laboral como "la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo". En este sentido, el acoso laboral o mobbing puede ser considerado un riesgo laboral de origen psicosocial, puesto que causa daños más o menos severos en la salud de los trabajadores que lo sufren.

Del mismo modo, el acoso psicológico en el trabajo es concebido como un proceso que, en primer lugar, alude a la violencia psíquica, directa e indirecta, que se puede ejercer sobre alguien; en segundo lugar, se refiere a un tipo de conducta que se ejerce de forma continuada en el tiempo; y, en tercer lugar, describe conductas de marginación, discriminación y vejación que pueden ser abiertas, dirigidas a la totalidad de la persona y a su hundimiento humano como persona (3). De acuerdo con la anterior definición, para concebir una acción como acoso psicológico esta debe cumplir al menos dos criterios temporales: deben tener lugar "de manera frecuente (por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses)" (4).

La resonancia que este fenómeno ha tenido en el contexto laboral ha llevado a intentar profundizar y precisar en las variables antecedentes del síndrome. En este sentido, las aproximaciones teóricas al acoso psicológico han resultado ser un tema controvertido. Numerosos investigadores han tratado identificar las variables individuales y de personalidad asociadas

con la aparición del acoso psicológico. De esta forma, algunos autores describen a las víctimas como sujetos con carencia de competencias sociales (5), o bien como paranoicas y compulsivas (6), y como personas menos estables emocionalmente (7). Aunque cabe atender a este tipo de hechos clínicos, reales en el mundo laboral, no parece conveniente convertir en casos clínicos los problemas del acoso psicológico y parece más conveniente un enfoque interpersonal y organizacional, lo que suele ser más realista y funcional. Además, el análisis del acoso no se puede realizar en el vacío, sino que hay que estructurarlo en un contexto organizacional determinado.

Por ello, ciertas tradiciones de estudio, especialmente en el contexto escandinavo, asumen con más claridad la relación que el contexto organizacional mantiene con el acoso psicológico. La mayoría de los investigadores, afirman que la aparición de las conductas de acoso está facilitada por factores organizacionales y psicosociales más que personales. En este sentido, se ha observado que el estilo de liderazgo (8,9), el tipo de organización (10), las demandas laborales, el control sobre la tarea (2) así como el clima social y la comunicación interna (8,11) son factores fuertemente relacionados con la ocurrencia del acoso psicológico. Siguiendo este enfoque psicosocial, según los últimos desarrollos, el aumento llamativo del fenómeno del acoso laboral, parece estar propiciado por la influencia de determinados factores macrosociales, entre los que se encuentran ciertas políticas y prácticas empresariales tales como los despidos, reestructuración, remodelación, reducción de plantilla, fusiones (12,13,14).

Desde la prevención de riesgos laborales, la importancia de los factores psicosociales en la salud laboral de los trabajadores ha sido reconocida de antiguo (15), aunque su relevancia ha ido creciendo y alcanzando mayor reconocimiento (16). De este modo, se pronuncia la resolución del Parlamento Europeo sobre acoso psicológico (2001/2339/INI) al señalar la existencia de un vínculo claro entre la aparición de los riesgos psicosociales y un trabajo con un alto grado de competitividad, menor estabilidad en el empleo y una situación laboral precaria. En la misma línea, la "Nota Técnica de Prevención 476" del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (17) señala que el acoso psicológico se encuentra básicamente ligado a dos aspectos: la organización del trabajo y la gestión del conflicto por parte de superiores.

Paralelamente al incremento del acoso se ha producido un profundo cambio en la organización del trabajo y en el mercado laboral. Desde la época de los años 80, aunque con especial incidencia en los últimos años, se observa que las organizaciones tratan de mantener una reserva de trabajadores a tiempo parcial, de empleados temporales y de autónomos que les permitan reducir los gastos fijos y enfrentar las subidas y bajadas del mercado (18). Como resultado de esta transformación del mercado laboral, la incidencia del trabajo temporal ha aumentado considerablemente, siendo España el caso paradigmático entre los países de la Unión Europea (19). Algunos datos son muy ilustrativos al respecto, según Díaz-Salazar (20), el 90% de los empleos creados en los últimos años, son contratos temporales, muchos de ellos en constante rotación.

Estos cambios en las condiciones de trabajo han tenido claras repercusiones en la salud de los trabajadores. Como es bien sabido, tener un trabajo precario, de baja calidad, insatisfactorio, o inseguro se halla asociado con una mayor exposición a varios factores de riesgo laborales y a mayores problemas de salud. Por ejemplo, como señala Castillo (21), la mayoría de la siniestralidad laboral producida en nuestro país desde 1994 se ha concentrado en los trabajadores temporales. Del mismo modo, la desregulación y flexibilidad en el empleo afecta al bienestar psicológico de los individuos (22). En este sentido, parece claro que la precariedad del mercado laboral genera incertidumbre y tensión, acentúa la competitividad interna (16) así como la falta de control y repercute de forma general sobre la calidad de vida laboral de los trabajadores.

Uno de los indicadores más claros para abordar el tema de la precariedad es el tipo de relación contractual con la empresa. Por ello, este trabajo analiza, de forma exploratoria, las diferencias existentes en función del tipo de contrato en el acoso psicológico y las dimensiones que lo integran.

#### MATERIAL Y MÉTODO

#### **MUESTRA**

La muestra estuvo formada por trabajadores del Sector de Transportes y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid. El número de trabajadores que respondieron al estudio fue de 103 sobre un total de 330 cuestionarios distribuidos, lo que representa una tasa de respuesta del 31,21%. Esta baja tasa de respuesta ha sido constatada como normal en investigaciones sobre el acoso psicológico en vista a la sensibilidad del tema que se pregunta (23). La muestra del presente estudio incluye un 50.5% de mujeres, con una edad media de 34 años y una desviación

típica de 8.00. El 97.1% de los participantes trabajan en una compañía privada y el 41.2 % trabajan en horario de turno partido. La participación fue voluntaria y toda la información recibida fue totalmente confidencial.

#### *INSTRUMENTOS*

En este trabajo se utilizó el "Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo" (3). El cuestionario contiene dos secciones netamente diferenciadas, la primera incluye variables sociodemográficas y laborales y la segunda cuestiones relativas a las formas de acoso y los factores organizacionales.

La primera parte incluye variables básicas como edad y género que parecen estar relacionadas con conductas de acoso, a ellas se añadieron otras variables laborales que en las entrevistas habían aparecido como probablemente relacionadas con las tasas de acoso (años de experiencia laboral, situación laboral, sector en el que trabaja, cargo que ocupa en la empresa, tipo de contrato, turno, tipo empresa, tipo convenio, horario y turno). La categorización de las respuestas varía en función de la variable, y en el caso del tipo de contrato, que es la variable criterio del presente trabajo, la categorización de las respuestas se distribuye de la siguiente manera: 1 ("Eventual"), 2 ("Por obra o Empresas de Trabajo Temporal"), 3 ("Indefinido") y 4 ("Funcionario"). Sin embargo, para facilitar la interpretación de resultados, se dividieron en dos grupos; trabajadores temporales ("Eventual, por obra y/o empresa de trabajo temporal") y trabajadores estables ("Indefinidos y Funcionarios").

La segunda parte del cuestionario consta de dos escalas:

- Escala de acoso psicológico compuesta por las dimensiones de aislamiento social, desacreditación, exigencia extrema y consecuencias. Esta escala consta de 15 ítems que recogen conductas típicas de situaciones de acoso, respecto a las cuales el sujeto debe indicar el grado en que ha padecido las conductas en una escala de 0 ("Nunca") a 4 ("Continuamente").
- Escala de factores organizacionales compuesta por dos factores; Política organizacional e Información y actuaciones ante el acoso. El factor Política organizacional hace referencia a estilos de liderazgo, toma de decisiones y comunicación. El factor Información y actuaciones alude referencia a la información y acciones que se llevan a cabo en la organización en el tema de acoso psicológico. El for-

mato de respuesta se recoge en una escala de 0 ("Nunca") a 4 ("Continuamente").

El cuestionario cuenta con un índice global de consistencia de .94. Además, todas las escalas que componen el cuestionario superan el criterio de .70 recomendado (24).

#### **PROCEDIMIENTO**

En el contexto del Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad Autónoma de Madrid, el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo y la Unión General de Trabajadores (UGT) de Madrid acordaron como uno de los objetivos el estudio del acoso psicológico en el trabajo. Con este objetivo, se decidió realizar una revisión teórica y un estudio empírico exploratorio sobre el alcance del acoso psicológico en el Sector de Transportes y Comunicaciones, del que había datos que sugerían un alto porcentaje de trabajadores acosados. Para ello se procedió a revisar diferentes instrumentos de evaluación y a mantener diez entrevistas en profundidad con trabajadores del sector para detectar indicadores del acoso psicológico.

Antes de la aplicación de la prueba se realizó un estudio piloto con 30 sujetos, con el objetivo de ana-

lizar posibles dificultades en la aplicación de la misma. La redacción de algunos ítems fue modificada para hacerlos más fácilmente comprensibles. Una vez elaborado el instrumento se aplicó a los trabajadores a través de los delegados de prevención de la propia empresa, compañeros laborales de los trabajadores directamente encargados de aspectos relacionados con la Prevención de Riesgos Laborales. La entrega y recogida de los cuestionarios fue realizada a través de los delegados de prevención, recordándoles que debía responderse de forma individual y que era anónimo.

#### RESULTADOS

Para analizar si existían diferencias en cuanto al tipo de contrato en relación con en el acoso psicológico y sus formas, se procedió a realizar una prueba t de student para muestras independientes. Para ello se tomó como variable independiente la variable tipo de contrato laboral (1. Temporal, 2. Indefinido). Como variables dependientes se tomaron tanto el acoso psicológico global como cada de las dimensiones que lo componen (Aislamiento social, Exigencia extrema, Desacreditación y Consecuencias del acoso). Los descriptivos de ambos grupos se presentan en la tabla nº 1:

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

Variables	Tipo Contrato	Media	D.T.
Aislamiento social	Temporal	2.1370	1.1385
	Indefinido	1.5167	.9723
Exigencia extrema	Temporal	1.8796	.9312
	Indefinido	1.6311	1.0266
Desacreditación	Temporal	1.6442	.7041
	Indefinido	1.2963	.9299
Consecuencias	Temporal	1.5962	.8720
	Indefinido	1.2676	1.1174
Acoso Psicológico Global	Temporal	1.9064	.8950
	Indefinido	1.4869	.9372

El contraste de medias (prueba t student) entre ambos grupos esta expuesto en la tabla nº 2:

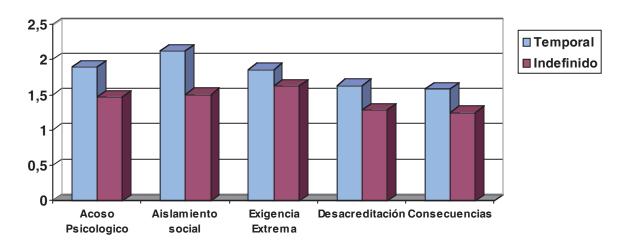
Tabla 2.
Prueba t de student

Prueba T para la igualdad de medias					
	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Aislamiento social	2.520	40.467	.016	.6204	.2462
Exigencia extrema	1.157	50.342	.253	.2485	.2148
Desacreditación	1.973	58.268	.053	.3479	.1763
Consecuencias	1.518	58.268	.153	.3285	.2164
Acoso Psicológico Global	2.023	46.168	.049	.4195	.2074

En el análisis descriptivo, se observó que en el acoso psicológico global (M<sub>Temporal</sub> = 1.906; M<sub>Indefinido</sub> = 1.486) aquellos trabajadores que poseían una relación contractual temporal con la empresa obtuvieron una media significativamente superior a la de los trabajadores con contratos indefinidos. Mientras que en el análisis por dimensiones se aprecia un patrón similar, obteniendo los trabajadores

temporales mayores puntuaciones en todas las dimensiones que componen el acoso (véase tabla 1). La prueba t muestra diferencias significativas en acoso psicológico (p<0.05) y en la dimensión de aislamiento social (p<0.05). Igualmente, se observa una clara tendencia en la dimensión desacreditación (p=.053) (tabla 2). Los datos comparativos se muestran en forma gráfica en la figura 1:

Figura 1.
Diferencias en Acoso psicológico y sus dimensiones



En un análisis pormenorizado, ítem por ítem, se observó que en la dimensión Aislamiento Social los trabajadores con contrato temporal obtenían mayores puntuaciones en todos sus ítems. La conducta de acoso que más habían recibido los estos trabajadores era el haber sido controlado y/o vigilado en extremo, item en el cual ( $M_{Temporal} = 2.46$ ;  $M_{Indefinido} = 1.73$ ) existían claras diferencias significativas con los trabajadores estables (p<0.05). En el mismo sentido, los trabajadores con contrato temporal habían sido ignorados con mayor frecuencia ( $M_{Temporal} = 2.00$ ; M<sub>Indefinido</sub> = 1.48), habían recibido más respuestas hostiles a sus comentarios y preguntas (M<sub>Temporal</sub> = 2.22;  $M_{Indefinido} = 1.55$ ) y sus preguntas habían sido ignoradas ( $M_{Temporal} = 2.33$ ;  $M_{Indefinido} = 1.69$ ); en todas estas conductas las diferencias con los trabajadores fijos resultaron significativas. En los análisis previos no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la dimensión exigencia extrema, pero en el ítem "Me recuerdan constantemente cualquier error que cometo, por pequeño que sea", existen diferencias significativas (p<0.05), obteniendo los trabajadores con contrato temporal una mayor puntuación ( $M_{Temporal} = 2.19$ ;  $M_{Indefinido} = 1.54$ ). El análisis de los ítems de la dimensión desacreditación muestra que los trabajadores temporales son frecuentemente víctimas de comentarios malintencionados de compañeros o superiores en comparación con los indefinidos ( $M_{Temporal} = 2.00$ ;  $M_{Indefinido} =$ 1.51) y son objeto de insultos u ofensas sobre su persona, actitudes o su vida privada en mayor proporción que los trabajadores estables ( $M_{Temporal} = 1.23$ ; M<sub>Indefinido</sub> = 0.91), resultando estas diferencias signi-

#### **DISCUSIÓN**

En el presente trabajo hemos planteado la existencia de diferencias significativas en el acoso psicológico en función del tipo de contrato (Temporal vs. Indefinido) Los resultados obtenidos parecen indicar, de acuerdo con la hipótesis inicial, que los trabajadores con contrato temporal, mostraban puntaciones más altas en acoso psicológico y en todas sus dimensiones, comparados con los trabajadores con contratos indefinidos. Basándonos en lo expuesto, podemos afirmar que la situación contractual parece tener influencia sobre el acoso laboral.

Los resultados del presente estudio se hallan en consonancia con anteriores trabajos que indican que la prevalencia del acoso es mayor en función del tipo de relación contractual que los trabajadores mantengan con la organización. En un estudio alemán, llevado a cabo por Knorz y Zapf (25), se hallo que aquellos trabajadores con contrato laboral a tiempo

parcial obtenían mayores puntuaciones en acoso que aquellos con contrato tiempo completo. En una línea similar, Baron y Neumann (26) encontraron evidencias de que el uso de trabajadores a tiempo parcial era un predictor significativo de la aparición del acoso psicológico en el trabajo. La resolución 2001/2339/INI del parlamento europeo considera que el aumento creciente de los contratos temporales y de la precariedad del empleo crea condiciones propicias para la práctica de diferentes formas de acoso". Sin embargo, la literatura al respecto es bastante escasa.

Una posible explicación al respecto, es que la flexibilidad contractual aumenta el estrés y la incertidumbre, haciendo que aumente la competitividad, proporcionando el contexto facilitador para se produzca el acoso. Otra explicación plausible consiste en que aquellos que mantienen una relación contractual temporal tenderían a estar más aislados de sus compañeros, debido a una menor incorporación en la dinámica de la organización. Por su parte, Quinlan (27) comenta que el incremento del uso de este tipo de trabajadores, puede tener serias repercusiones, ya que los trabajadores subcontratados tenderían a trabajar a un mayor ritmo para asegurarse un posible puesto en la empresa, lo que aumentaría la tensión, pudiendo entrar de esta forma en conflicto con los compañeros.

Uno de los conceptos clave en la definición del acoso psicológico es el de las desigualdades de poder. Hoel y Salin (28) enfatizan las diferencias de poder como un factor crucial en la aparición del acoso psicológico. En este sentido, otra posible explicación nos la ofrece Salin (29), quien afirma que aquellos individuos con menor poder social, se pueden sentir mas intimidados y ser más sensibles a los conflictos interpersonales, concibiendo de este modo una mayor proporción de situaciones conflictivas como acoso psicológico.

Todos los datos indican pues que el tipo de contrato está relacionado con la aparición de acoso, o lo que es lo mismo, las modalidades de relaciones contractuales tienen repercusiones en la seguridad y salud laboral. Este hallazgo tiene importantes implicaciones en el mercado laboral nacional, donde en los últimos años se ha experimentado un intenso paso de un sistema de empleo seguro, con contratos estables e indefinidos, a un mercado altamente flexible con una proporción extremadamente alta de contratos temporales (30).

No obstante, parece conveniente no perder la cautela en el análisis de los datos y evitar interpreta-

ciones simplistas. Una de las principales limitaciones del presente estudio consiste en la metodología cuantitativa transversal utilizada, diseño que no permite realizar inferencias causales, sino estimar la prevalencia del fenómeno en un determinado momento y las variables relacionadas. Por ello, no se puede afirmar empíricamente que la contratación temporal y la precariedad sean causas del acoso psicológico sino constatar la relación estadísticamente

significativa entre las relaciones contractuales y el acoso laboral. Tampoco se debería olvidar que el acoso laboral es un fenómeno complejo y multicausal (31), condicionado por más de un factor causal a la vez. De este modo, para incrementar el entendimiento sobre los procesos y factores que conducen a la aparición del mobbing deberían promoverse otro tipo de estudios, como por ejemplo cualitativos y longitudinales (14).

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1. Leymann H. Vuxenmobbning: om psykiskt våld i arbetslivet. Lund: Studentlitteratur; 1986.
- 2. Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. Eur J Work Organ Psychol 1996; 5(2): 215-237.
- 3. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Galindo C, San Julián L, Rodríguez R, Morante ME, Losada MªM. Mobbing Manual. Transportes y comunicaciones de la Comunidad de Madrid. Madrid: UGT; 2002.
- 4. Einarsen S. Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. Aggress Violent Behav 2000; 4(5): 379-401.
- 5. Zapf D, Einarsen S. Individual antecedents of bullying. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D y Cooper C, ed. Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice. London: Taylor & Francis; 2003, p. 165-184.
- 6. Brodsky CM. The harassed worker. Toronto: Lexington Books, DC Heath and Company; 1976.
- 7. O'Moore M, Seigne E, McGuire L, Smith M. Victims of bullying at work in Ireland. J Occup Health Saf: Autralia and New Zealand 1998; 14(6): 568-574.
- 8. Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study. Eur J Work Organ Psychol 1994; 4(4):381-401.
- 9. Hoel H, Cooper CL. Destructive Conflict and Bullying at Work. Manchester School of Management, University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST); 2000.
- 10. Thylefors I. Syndabockar om utstötning och mobbning i arbetslivet. Stockholm: Natur och Kultur; 1987.
- 11. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Morante ME, Rodríguez R. The relevance of organizational factors

- on the occurrence of mobbing. Psychol Health 2004; 19 (supplement): 118.
- 12. Baron R, Neumann J. Workplace aggression-the iceberg beneath the tip of workplace violence: evidence on its forms, frequency and targets. Public Adm Quartely 1998; 21: 446-464.
- 13. McCarthy P, Sheehan M, Wilkie D. Bullying: from backyard to boardroom. Alexandria: Millennium Books; 1995.
- 14. Salin D. Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments. Int. J Management and Decision Making 2003; 4(1): 35-46.
- 15. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Informe del Comité Mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. Ginebra: OIT; 1984.
- 16. Moreno-Jiménez B. Olvido y recuperación de los factores psicosociales en la salud laboral. Archivo de Prevención de Riesgos Laborales 2000; 3(1): 3-4.
- 17. Pérez J, Martín F, López JA. NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1998.
  - 18. Klein N. No logo. Barcelona: Piados; 2001.
- 19. Dolado J, García-Serrano C, Jimeno J. Drawing Lessons from the Boom of Temporary Jobs in Spain. Econ J 2002; 112: 480.
- 20. Díaz-Salazar R. Trabajadores precarios: el proletariado del siglo XXI. Madrid: Ediciones HOAC; 2003.
- 21. Castillo JJ. Accidentes de trabajo en España: la construcción social de la normalidad. En Díaz-Salazar R, ed. Trabajadores precarios: el proletariado del siglo XXI Madrid: Ediciones HOAC; 2003, p. 137-146.
- 22. Heery E, Salmon J. The Insecurity Thesis. En Heery E y Salmon J, ed. The Insecure Workforce. London: Routledge, 2000, p. 1-24.

- 23. Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz KMJ. Sex differences in covert aggression among adults. Aggress Behav 1994; 20: 27-33.
- 24. Nunnaly JC, Berstein IH. Psychometric theory (3 ed.). New York: McGraw-Hill; 1994.
- 25. Knorz C, Zapf D. Mobbing eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. Zeitschrift für Arbeitsund Organisationspsychologie 1996; 40(1): 12-21.
- 26. Baron R, Neuman J. Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes. Aggress Behav 1996; 22: 161-173.
- 27. Quinlan M. The implications of labour market restructuring in industrial societies for occupational health and safety. Economic and Industrial Democracy 1999; 20: 427-460.

- 28. Hoel H, Salin D. Organisational antecedents of bullying. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D y Cooper C, ed. Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice. London: Taylor & Francis, 2003; p. 203-218.
- 29. Salin D. The significance of gender in the prevalence, forms and perceptions of workplace bullying. Nordiske Organisasjonstudier 2003; 5(3): 30-50.
- 30. Golsch K. Employment flexibility in Spain and its impact on transitions to adulthood. Work Employ Soc 2003; 17(4): 691-718.
- 31. Zapf D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. Int J Manpow 1999; 20(1): 70-85.

### INCAPACIDAD PERMENENTE POR PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA

# GEMA HERREROS PORTOLÉS\* BEGOÑA RODRÍGUEZ ORTIZ DE SALAZAR\*\*

(\*) Médico Oftalmólogo. Unidad de Referencia en Oftalmología.
 Equipo de Valoración de Incapacidades. INSS Madrid.

 (\*\*) Jefa de Estudios Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. ISCIII.
 Profesora asociada. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá.

#### **RESUMEN**

Objetivos: Cuantificar las causas más prevalentes de Incapacidad Permanente (IP) por patología oftalmológica e identificar el perfil epidemiológico de los pacientes por edad, sexo y profesión.

Método: Se ha realizado un estudio descriptivo de aquellos pacientes de la Comunidad de Madrid que han iniciado un expediente por incapacidad permanente entre octubre 2002 y octubre de 2003, cuyo diagnóstico principal era patología oftalmológica y habían sido derivados por los médicos evaluadores a la Unidad de Referencia en Oftalmología.

Se ha diseñado una base de datos ad hoc con las siguientes variables: edad, sexo, profesión, régimen de la Seguridad Social, causa de inicio del expediente, diagnóstico, agudeza visual, campo visual, y resolución del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI). Posteriormente se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de las variables analizadas.

Resultados: Se han estudiado un total de 157 pacientes de los cuales el 62,5% eran hombres, con una edad media de 50,34 años (DE= 10,21), el 80,3% pertenecían al régimen general, el 30% iniciaron el expediente a petición propia, siendo el 93% de la patología derivada de enfermedad común. El diagnóstico oftalmológico más frecuente ha sido el relacionado con la patología de la retina (60%). El 40% de los casos no han constituido causa de incapacidad permanente, el 35% han sido calificados como Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) y el 15% como Incapacidad Permanente Total (IPT).

Conclusiones: La patología oftálmica que origina un mayor grado de incapacidad laboral son las complicaciones asociadas a la miopía magna y en segundo lugar la retinopatía diabética. El perfil epidemiológico es el de un trabajador no cualificado entre 50 a 59 años, que inicia el expediente a petición propia o del Sistema Nacional de Salud (SNS) y que en el 40% de los casos no constituyen causa de incapacidad permanente, siendo en un tercio de los casos IPA.

#### PALABRAS CLAVES

Incapacidad laboral, oftalmología, visión monocular, campos visuales.

#### **ABSTRACT**

Objective: Measuring the most prevalent causes of disability due to ophthalmology pathology; and identifying epidemic features by age, sex and occupation.

Method: This is a descriptive survey on all patients in the area of Madrid who started a disability proceeding based on ophthalmic pathology, from October 2002 to October 2003. The patients were guided to the Ophthalmology Reference Unit by evaluation doctors. An "ad hoc" data file was elaborated with the following specifications: age, sex, occupation, Social Security classifications, motive for the disability proceeding, diagnosis, vision, visual field and the resolution of the Disability Evaluating Team. It was elaborated a descriptive statistic analysis on the specifications that were taken into account.

Results: The survey included 157 patients, 62,5% male, average age 50,34 years old (ED:10,21), 80,3% belonged to the General Social Security classifications. 30% patients started the proceeding by themselves and 93% were referred from common disease. The most common diagnosis was related to retina pathology. The 40% were not cause of permanent disability, 35% caused absolute permanent disability and 15% caused total permanent disability.

Conclusions: The most prevalent ophthalmic pathology in disability process is retinal pathology. The most common epidemiological features are 50-59 year-old, non-specialized workers, who started the proceeding by themselves or through the Social Security System. The 40% are not cause of permanent disability, and 30% are considered as absolute permanent disabilities.

#### **KEY WORDS**

Permanent disability, work, ophthalmology, monocular vision, visual fields.

#### INTRODUCCIÓN

Determinar la capacidad laboral de un trabajador es una tarea difícil y complicada de medir. Algunos autores han apuntado que la capacidad laboral normalmente comprende actividades relativas al cuidado personal, movilidad, percepción sensorial, comunicación y socialización (1). Los métodos que miden las características de la capacidad para el trabajo, como la capacidad funcional (2), el rendimiento físico (3) o psicológico (4), son generalmente considerados como insuficientes para medir la capacidad laboral real.

Por otra parte, la complejidad del funcionamiento visual y la dificultad para medir con precisión las distintas funciones que concurren en el proceso visual, hacen problemática con frecuencia, la valoración de la incapacidad laboral en oftalmología.

Según la definición de la OMS, discapacidad es "Cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la misma forma o grado que se considera normal para el ser humano.

Desde un punto de vista descriptivo se puede precisar que la discapacidad visual es la carencia, disminución o defecto de la visión (5).

El Consejo Internacional de Oftalmología reunido en Sydney en 2002, estableció los siguientes conceptos:

- Ceguera: término que sólo debe emplearse para la pérdida total de la visión y para la situación en la que el sujeto tiene que confiar de forma predominante en las actividades sustitutivas de la visión.
- Baja Visión: se usará este término en aquellos casos de niveles menos graves de pérdida de visión, donde los individuos pueden ser ayudados de forma significativa por mecanismos de mejora de la visión (ayudas visuales) (6).

Por lo tanto, hablamos de Ceguera Legal en España cuando la agudeza visual con corrección o sin corrección (Avcc/sc) en el mejor ojo es igual o peor de 0,1 y/o cuando el campo visual (CV) se encuentra reducido a los 10°C o menos del punto de fijación. La OMS definió la Baja Visión cuando la agudeza visual (AV) en el mejor ojo con corrección o sin corrección (cc/sc) es de 0,3 o peor y el CV es inferior a 10° desde el punto de vista de fijación, aunque en principio toda persona con una AV menor de 0,3 o un campo visual de 20° o menor, debería recibir ayuda especializada.

El sistema de previsión social destina el 0,73% del PIB al pago de las pensiones derivadas de la incapacidad laboral. En el diseño de los programas de salud pública y en la distribución de los recursos es importante las patologías más prevalentes y el deterioro funcional que producen.

Existen pocos estudios que a analicen cuales son las causas de incapacidad laboral desde el punto de vista oftalmológico, así como pocas publicaciones en las que se relacione capacidad funcional con requerimientos específicos para determinadas profesiones.

En la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid existe desde octubre de 2002 la posibilidad de derivar los pacientes con patología oftalmológica a la Unidad de Referencia en Oftalmología para ser valorados.

Los criterios por los que estos pacientes son derivados son variados: informes oftalmológicos privados como única referencia, informes no actualizados, discrepancia de datos entre distintos informes, confirmación de alteraciones funcionales de la visión, valoración exacta de las secuelas derivadas de accidentes de trabajo o secuelas de actos de terrorismo.

El objetivo de este estudio es describir las causas más prevalentes de incapacidad laboral permanente debida a patología oftálmica e identificar el perfil de los pacientes por edad, sexo y profesión.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se ha diseñado un estudio descriptivo retrospectivo cuya población son los pacientes de la Comunidad de Madrid que han iniciado un expediente por incapacidad permanente.

El periodo de estudio se inició en octubre 2002 y finalizó un año más tarde en octubre de 2003.

Los criterios de inclusión utilizados para la definición de caso oftalmológico fueron los siguientes: pacientes cuyo diagnóstico principal fuera patología oftalmológica durante el periodo de estudio y que hubieran sido derivados por los médicos evaluadores a la Unidad de Oftalmología de Referencia.

Se ha diseñado una base de datos *ad hoc* con las siguientes variables: edad, sexo, profesión, régimen de la Seguridad Social, causa de inicio del expediente, diagnóstico, agudeza visual, campo visual, y resolución del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de las variables analizadas. La patología oftalmológica se ha distribuido en una serie de grupos diagnósticos principales: retina, glaucoma, polo anterior, órbita, neuroftalmología y alteraciones de la visión binocular. A su vez, dentro de cada grupo diagnóstico se ha establecido el diagnóstico específico.

El examen oftalmológico de cada uno de los pacientes ha consistido en el estudio de la AV con la mejor corrección posible, la motilidad ocular, el polo anterior, la PIO, el fondo de ojo, acudiendo a pruebas específicas cuando se ha considerado necesario para determinar el deterioro funcional real del paciente (pruebas electrofisiológicas y campo visual).

A la hora de valorar la AV de cada uno de los ojos, hemos diferenciado por una parte la ceguera total (prótesis, amaurosis), la ceguera funcional (percepción y proyección de luz) y aquellos con visión menor de 0,1 (AV= 0,05, cuenta dedos, movimientos de manos) (6).

La AV la valoramos según los optotipos de Snellen que se basan en una fracción y utilizan para ello el el "mínimo reconocible". Decimos que la AV es de la unidad cuando somos capaces de reconocer, a una distancia de 6m, en un objeto que forma un arco de 5 minutos con el eje visual del ojo, partes dentro de él de un minuto.

Los datos del CV se han individualizado cuando se ha considerado que de ellos dependía la existencia o no de incapacidad laboral.

Para el estudio del CV hemos utilizado el campímetro Humphrey empleando distintas estrategias: 5º centrales para el estudio macular, la estrategia 24-II, 30-II para el glaucoma. CV completo para las alteraciones neuroftalmológicas y el Cv según la estrategia de Esterman para valorar la capacidad funcional de los conductores.

El CV de Esterman (7) se trata de un método que se basa en la función en vez de en la anatomía. Según la teoría del autor existen ciertas áreas del CV que son funcionalmente más importantes que otras para la actividad humana. Se sabe que para la mayoría de las actividades humanas el CV central tiene más valor que el CV periférico, el CV inferior más valor que el superior y el meridiano horizontal se sabe que es más importante que el resto de los meridianos. Se conoce que el CV binocular sufre el

fenómeno de "realce" de forma que el CV que la sensibilidad registrada en los distintos puntos es mayor que en el CV monocular; esto puede ser debido a mayor sensibilidad en las zonas del CV que se solapan a causa de la existencia de dos o más receptores para un mismo punto. Este método no tiene valor diagnóstico su valor es meramente funcional

La visión binocular normal implica fusión y estereopsis, que es la forma más evolucionada de la percepción en profundidad y depende de la separación de ambos ojos en la cara. La pérdida de la visión binocular implica un periodo de adaptación al nuevo estado funcional, aunque existen una serie de individuos que continúa con problemas. Las alteraciones principales que se producen son las relacionadas con la pérdida del CV y la estereopsis. Se produce una pérdida del 20% del CV del ojo afecto por lo que los pacientes se adaptan moviendo la cabeza para ser capaces de percibir los objetos que vienen por el área ciega. Además de la imagen percibida por ambos ojos, existen otra serie de herramientas que nos ayudan a percibir en profundidad (tamaño aparente, perspectiva aérea, velocidad relativa...), por lo que el individuo con visión monocular en ocasiones alcanza un grado de "estereopsis", que le diferencia poco del individuo con visión binocular (8).

Dentro del grupo diagnóstico "Visión binocular" hemos incluido diferentes patologías cuya principal alteración funcional se encontraba relacionada con la pérdida de la binocularidad, con las alteraciones funcionales derivadas de los trastornos de la motilidad ocular extrínseca y con la clínica que se deriva de las alteraciones de la relación entre convergencia/acomodación.

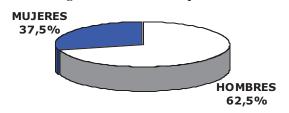
#### RESULTADOS

Sobre un total de 12.345 pacientes que iniciaron expediente por incapacidad permanente (IP) en la Comunidad de Madrid durante el año de estudio, aproximadamente el 3,6% tenía como causa principal patología oftalmológica.

Durante el primer año de funcionamiento de la Unidad de Referencia en Oftalmología, se atendieron un total de 157 pacientes, que suponen un tercio respecto a los casos oftalmológicos esperados para el periodo estudiado.

De los 157 pacientes estudiados, el 62,4% (n=98) eran hombres. (Figura 1).

Figura 1. Distribución por sexo.



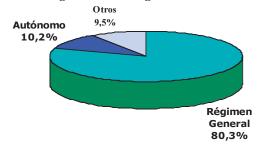
La edad media de los pacientes era de 50,34 años con un rango entre los 20 y los 72 años y una desviación estándar de 10,21 años. Casi la mitad de los casos (45,2%) se encuentra en el grupo de edad entre 50 y 59 años, tanto en hombres como en mujeres. (Tabla I).

Tabla I. Distribución de los casos por grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	Número	Porcentaje
19 -29 AÑOS	8	5,1
30-39 AÑOS	15	9,6
40-49 AÑOS	34	21,7
50-59 AÑOS	71	45,2
>= 60 AÑOS	29	18,5
Total	157	100,0

El 80,3% de los pacientes pertenecían al Régimen General y el 10,2% al régimen de autónomos (Figura 2).

Figura 2. Distribución de los casos según Régimen de la Seguridad Social.



La causa de inicio del expediente en un 30% de los casos es a instancia del propio paciente, en un 29,3% por informe propuesta del Servicio Público de Salud (SPS) y en el 25,5% por agotamiento del periodo máximo de IT.

El 93% de los casos el tipo de contingencia era una enfermedad común y en un 5,1% (N=8) accidente de trabajo.

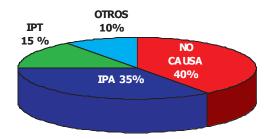
Las profesiones más frecuentes de los pacientes que inician expediente de incapacidad permanente por patología oftalmológica y que fueron revisados en el Unidad de Referencia en Oftalmología fueron administrativos, conductores, comerciales, limpiadoras y albañiles.

Tabla II. Distribución de los casos según ocupación.

OCUPACIONES (CNO- 94)	NÚMERO	PORCENTAJE
PERSONAL DIRECTIVO	9	5,7
TÉCNICOS PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELECTUALES	12	7,6
TÉCNICOS PROFESIONALES DE APOYO	11	7,0
ADMINISTRATIVOS	14	8,9
HOSTELERÍA SERVICIOS PERSONALES, COMERCIOS	23	14,6
AGRICULTURA Y PESC	1	0,6
ARTESANOS Y OFICIALES	35	22,3
OPERARIOS MAQUINARIA Y CONDUCTORES	11	7,0
TRABAJADORES NO CUALIFICADOS	41	26,11
Total	157	100,0

Según resolución del Equipo de Valoración de Incapacidades, el 40% de los casos revisados no constituyen causa de incapacidad permanente, el 35% son causa de Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) y el 15% de Incapacidad Permanente Total (IPT).

Figura 3. Distribución de los casos según resolución del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI).

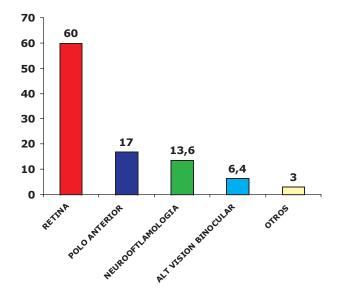


NOTA: Otros: incluye Incapacidad Permanente Parcial (IPP) Gran Invalidez (GI) , Baremo 2 y 3, SOVI, Convenios internacionales, Determinaciones de contingencia y demora de calificación.

De los 24 casos de IPT el 92% son hombres y el 8% mujeres, y en su mayoría son oficiales no cualificados y conductores.

Como se puede observar en la figura 4 el diagnóstico oftalmológico más frecuente es la patología de la retina (60%) seguida de la patología del polo anterior (17%), neuroftalmología (13,6%) y las alteraciones de la visión binocular (6,4%).

Figura 4. Distribución de los casos según diagnóstico.



Si analizamos los distintos grupos diagnósticos, por diagnósticos específicos (Tabla III), podemos comprobar como la miopía magna y la retinopatía diabética son las patologías especificas más prevalentes.

Analizando la agudeza visual binocular de los pacientes se puede observar (Tabla IV), que una tercera parte presentan una agudeza visual binocular muy baja =<0,1.

Tabla III. Distribución por diagnósticos.

DETINA		NEUROETI AMOLOGÍA	
RETINA		NEUROFTLAMOLOGÍA	
Miopía Magna	36	Alteraciones Funcionales	7
Maculopatías	12	Hemianopsias	3
Desprendimiento de retina	10	Nistagmo	1
Alteraciones vasculares	7	Discromatopsias	2
Retinopatía diabética	20	Neuropatías ópticas	5
Enfermedades hereditarias	7	Miastenia Gravis	1
Uveitis posteriores	2	Blefaroespasmo	1
Subtotal	94	S de Parinoud	1
		Subtotal	21
POLO ANTERIOR		<b>ALT. VISIÓN BINOCULAR</b>	
Traumatismos oculares	6	Ambliopía	3
Catarata	9	Diplopías	3
Alteraciones Congénitas	1	Anisometropías tras cirugía	1
Trasplante de Cornea	4	Alt. Convergencia / acomodación	3
Queratocono	2		
Penfigoide cicatricial	1	Subtotal	10
Queratitis herpética	1		
Ojo seco	1	Otros	6
Uveítis anteriores de repetición	1		
Subtotal	26		
TOTAL			157

AGUDEZA VISUAL BINOCULAR	Número	Porcentaje	
<0,1	17	10,8	
0,1	24	15,3	
0,2	11	7,0	
0,3	15	9,6	
0,4	15	9,6	
0,5	10	6,4	
0,6	4	2,5	
0,7	12	7,6	
0,8	17	10,8	
0,9	9	5,7	
1	23	14,6	
Total	157	100,0	

Tabla IV. Distribución según agudeza visual binocular.

Se han observado diferencias estadísticamente significativas en la resolución según sexo (p=0,03), las mujeres presentan mayor proporción de no causa de incapacidad (47,5%) y de IPA (39%), que los hombres.

Se han observado diferencias estadísticamente significativas de la edad según forma de inicio del expediente (p<0,05) siendo los accidentes de trabajo el grupo que comprende a los pacientes más jóvenes con una media de edad de 47 años.

Se han observado diferencias estadísticamente significativas en la resolución según el grupo diagnóstico (p<0,05), siendo la patología de la retina (45,7%) y dentro de ésta la correspondiente a la miopía (36,1%) la que presenta mayor proporción de IPA. Por otra parte, son los grupos diagnósticos correspondientes a patología del polo anterior (46,2%), neuroftamología (43%) y/o alteraciones de la visión binocular (40%) los que presentan una mayor proporción de no causa de invalidez permanente (Tabla V).

Tabla V. Distribución según resolución y grupos diagnósticos.

GRUPO DIAGNÓSTICO	CASOS	IPA	IPT	NO IP
RETINA	94	45,7%	10,6%	34%
MIOPIA	36	36,1%	22,2%	33,3%
POLO ANTERIOR	26	19%	12%	46,2%
NEUROFTALMOLOGIA	21	23,8%	24%	43%
V. BINOCULAR	10	20%	40%	40%

P<0.05

IPA: Incapacidad Permanente Absoluta IPT: Incapacidad Permanente Total No IP: No causa de Incapacidad Permanente

También hemos observado diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, presentando los hombres una mayor proporción de incapacidad permanente que las mujeres.

Sin embargo, no se han observado diferencias estadísticamente significativas en la resolución del EVI según profesión p=0,90

#### DISCUSIÓN

Para realizar la valoración la incapacidad laboral en oftalmología nos basamos principalmente en tres parámetros: AV, CV y la pérdida o alteración de la visión binocular, relacionando los déficits existentes con los requerimientos precisos para las distintas profesiones. La valoración de la capacidad laboral no se basa por tanto, en diagnósticos patológicos sino en déficits funcionales permanentes.

A la hora de valorar a un paciente desde el punto de vista oftalmológico nos encontramos con una serie de limitaciones: los parámetros en que nos basamos para determinar la situación del paciente (AV, CV) precisan de la colaboración de éste; las pruebas neurofisiológicas, que tradicionalmente se

Patologías Visuales	Número de afiliados 31/12/2002	% afiliados 31/12/2002	Altas en el año 2002	% altas en el año 2002
Miopía Magna	13355	21,06	707	17,25
Degeneraciones Retinianas	7645	12,06	370	9,04
Patología del Nervio Óptico	7211	11,37	434	10,57
Retinopatía Diabética	5277	8,32	475	11,57
Maculopatías	5102	8,05	828	20,17
Patología Congénita	4921	7,76	139	3,39
Otras patologías	2603	4,11	96	2,34
Patología Vías Ópticas	2395	3,78	167	4,07
Patología Corneal	2364	3,73	136	3,31
Desprendimiento de Reti na	2195	3,46	78	1,90
Glaucoma	2193	3,46	234	5,70
Cataratas	1587	2,50	138	3,36
Nistagmus	1395	2,20	96	2,34
Otra Patología Vascular Retiniana	1250	1,97	90	2,19
Causa Desconocida	1114	1,76	0	0,00
Coriorretinosis	1098	1,73	53	1,29
Uveitis	869	1,37	39	0,95
Ptisis Bulbi	837	1,32	25	0,61
TOTAL	63411		4105	

Tabla VI. Patología visual de afiliados a la ONCE.

Fuente: Datos sociosanitarios de afiliados a la ONCE del año 2002.http//www/ ONCE.es

han considerado objetivas, también precisan de la colaboración del paciente, por lo que sus resultados siempre se deben relacionar con la exploración; no existe un método universalmente aceptado. Para valorar los déficits campimétricos precisando por tanto, de una interpretación de la norma, con lo que a veces nos encontramos con discrepancias a la hora de valorar los mismos defectos (9).

A lo anterior, se suma la imposibilidad de utilizar un baremo reconocido ya que los distintos métodos existentes presentan discrepancias entre sí.(10) (11). Además, también nos encontramos con lagunas dentro de ellos; todo esto convierte la valoración del enfermo oftalmológico en una tarea personalizada e individualizada.

Para poder establecer la incapacidad laboral desde el punto de vista de la función visual, hay que mencionar antes una serie de conceptos. Hablamos de Ceguera Legal en España (6) cuando la Avcc/sc en el mejor ojo es igual o peor de 0,1 y/o cuando el CV se encuentra reducido a los 10°C o menos del

punto de fijación. La OMS definió la Baja Visión cuando la AV en el mejor ojo cc/sc es de 0,3 o peor y el CV es inferior a 10° desde el punto de vista de fijación, aunque en principio toda persona con una AV menor de 0,3 o un campo visual de 20° o menor, debería recibir ayuda especializada.

Nosotros consideramos que existe Gran Invalidez (GI), es decir, necesidad de ayuda de tercera persona para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) cuando la persona es funcionalmente ciega (proyección y/o percepción de luz) o totalmente ciega (amaurosis) o cuando la pérdida de la visión haya sido bilateral y brusca. También, en algunos casos se podría considerar la posibilidad de una GI cuando el CV fuera menor de los 5º centrales ya que desde el punto de vista funcional la persona se encuentra muy afectada.

Al interpretar los resultados de este primer trabajo de la Unidad de Referencia en Oftalmología, hay que tener en cuenta las limitaciones del estudio, ya que no se encuentran representados la totalidad de los pacientes que inician expediente de incapacidad laboral y cuya patología fundamental deriva de las alteraciones de la visión, sólo forman parte del estudio los pacientes derivados por los médicos evaluadores según los criterios descritos en la metodología.

Un hecho a destacar es que no se han observado diferencias estadísticamente significativas en la resolución del EVI según profesión. Una posible explicación de este resultado se deba a que la población objeto del estudio no es la población total de los pacientes que solicitan una IP, por lo tanto no estarían incluidos los expedientes que desde el inicio están perfectamente documentados y no ofrecen ninguna duda sobre el grado de limitación del paciente, como los accidentes de trabajo.

La patología oftalmológica más prevalente entre los pacientes que solicitan una IP es la patología de la retina, entre la que destaca la miopía magna y la retinopatía diabética. El perfil epidemiológico es el de un trabajador no cualificado entre 50 a 59 años, que inicia el expediente a petición propia o del SPNS, y que en el 40% de los casos no constituyen causa de incapacidad permanente, siendo en un tercio de los casos IPA.

Si comparamos los resultados de nuestro estudio con los datos visuales y sociodemográficos de los afiliados a la ONCE en el año 2002 (12), aunque partimos de una población de referencia diferente, nos encontramos con unos resultados no tan dispares como en principio cabría esperar. Así nos encontramos que la patología derivada de la retina es la causa de afiliación en el 57,6% de los casos frente al 60% de nuestro estudio, las causas neuroftalmológicas comprenden el 17,4% frente al 13,4%, la patología del polo anterior es el 7,6% frente al 17% y el glaucoma es causa en el 3,46% de los casos frente al 0,07% de nuestro estudio (Tabla VI). Las diferencias respecto al glaucoma derivan principalmente del sesgo relacionado con la edad, ya que en los datos de la ONCE encontramos también comprendidos los glaucomas congénitos y los GPAA (glaucomas primarios de ángulo abierto) que al tratarse de una enfermedad insidiosa y silente sólo provoca alteraciones funcionales importantes tras un tiempo largo de evolución y por lo tanto estas alteraciones son más frecuentes en una población mayor, por encima de la edad laboral habitual.

Aunque conocemos el porcentaje de expedientes iniciados en la Dirección Provincial de Madrid entre Octubre de 2002-Octubre de 2003 cuya patología principal es la oftalmológica, no sabemos con exactitud cuales de éstos han dado lugar a un grado de incapacidad. A juzgar por las cifras aportadas en otros estudios podemos concluir que un alto porcentaje de estos expedientes origina algún grado de incapacidad laboral. Así en el área metropolitana de Santiago de Chile el 7,9% de las pensiones por incapacidad laboral son derivadas de las alteraciones de la visión (13). Al igual que en nuestro trabajo la patología oftalmológica más prevalente que genera algún grado de incapacidad laboral, es la derivada de las alteraciones de la retina (miopía y retinopatía diabética).

Como conclusión, podemos afirmar que la patología oftálmica que origina un mayor grado de incapacidad laboral son las complicaciones asociadas a la miopía magna y en segundo lugar la retinopatía diabética, lo que es lógico dado el perfil epidemiológico de la población estudiada.

Por último, cabe destacar la frecuencia elevada y creciente de las alteraciones funcionales de la visión que suponen un problema en muchas ocasiones dificil de valorar.

### **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos la Dirección Provincial del INSS de Madrid y en especial a su Directora Maria Teresa Ortiz de Urbina y a Juan Antonio Martínez de Herrera Jefe Médico del Equipo de Valoración de Incapacidades de Madrid, su disposición para la ejecución de este proyecto. También nos gustaría dar las gracias a Fernando Álvarez de la Dirección General del INSS por su apoyo en la creación de la Unidad de Referencia en Oftalmología. Agradecemos a Helena Jiménez Goy de la biblioteca de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo por su ayuda inestimable en la obtención de la bibliografía y a Juan Carlos Andrés de Araujo, del Departamento de Informática de la Dirección Provincial del INSS de Madrid, por su apoyo técnico en la creación de la base de datos utilizada.

# **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Gulick E. Model of predicting work performance among persons with multiple sclerosis. Nurs. Res 41:266-272. 1992.
- 2. Abdel -Moty E, Fishbain DA. Functional capacity and residual functional capacity and their utility in measuring work capacity. The Clin. J. Pain 9:168-173 .1993.
- 3. Mathiwtz V. Role of physical performance components evaluations in occupational therapy functional assessment. Am. J. Occup. Ther. 47:225-230. 1993.
- 4. Lechner DE, Jackson JR, Roth DL, Straaton KV. Reability and validity of a newly developed test of physical work performance. J. Occup. Med. 36:997-1004. 1994.
- 5. Refracción Ocular y Baja Visión. Solans Barri T, García Sánchez J, Cárceles-Cárceles JA, Martínez Puente A, Rodríguez Hernández JV, Martín E, Lalaurie F. LXXIX Ponencia Oficial de la SEO 2003. 259-261.
- 6. Osorio Ilias L, Hitchman Barada D, Pérez Pérez JA, Padilla González C Prevalencia de baja visión y ceguera en un área de salud.Rev Cubana Med Gen Intregr.19(5) 2003.
- 7. Esterman B. Functional Scoring of the binocular fields. Ophthalmology. 89:1226-34. 1982.

- 8. Kraut Joel A, López Fernández V. Adaptation to monocular vision .Ophtahlmol Clin . Summer 42(3) 203-13.2002.
- 9. Pearson AR, Keightley SJ, Cassweel AG. How good are we at assessing driving visual fields in diabetics. Eye 12,938-942.1998.
- 10. Schipper I, SennP. Reduced visual function in relation to compensation question. Klin Monatsb Augenheilkd. May; 196(5):425-427.1990.
- 11. Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre, sobre el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía en el ámbito de los Servicios Sociales y de la Seguridad Social (BOE de 26 de Enero de 2000).
- 12. Datos sociosanitarios de afiliados a la ONCE del año 2002.http://wwwONCE.es.
- 13. Schweikart A, Chjarlin R, Stoppel J, Jara R, Maul de la Puente E. Causes of blindness and disability pensions in the eastern Metropolitan area of Santiago. Rev Med Chil. May 1991;119 (5):584-88.

# LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS BASADA EN LOS GRUPOS FUNCIONALES HOMOGÉNEOS Y EN EL MÉTODO GESCESAN

ANTONIO ALVAREZ GONZÁLEZ\*, JAVIER YUSTE GRIJALBA\*\*, IGNACIO SÁNCHEZ-ARCILLAS CONEJO\*\*\*

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

(\*) Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales.

(\*\*) Jefe de Servicio.

(\*\*\*) Facultativo Especialista de Medicina del Trabajo.

### **RESUMEN**

Se analizan las ventajas e inconvenientes de la metodología de evaluación de los riesgos laborales de los Centros Hospitalarios desarrollada en la aplicación informática GESCESAN suministrada por el Instituto Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo. Se incorpora un ejemplo de evaluación basado en los grupos funcionales homogéneos (GFH) como base para la definición de los puestos de trabajo.

#### PALABRAS CLAVES

Riesgos laborales hospitalarios. Salud laboral hospitalaria. Metodología GESCESAN. Grupos funcionales homogéneos.

#### **ABSTRACT**

The advantages and disadvantages of the methodology of the evaluation of work risks in Health Care Centers, developed in the computer software GES-CESAN, supplied by the Instituto Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo, are analysed. An evaluation example is provided.

# **KEY WORDS**

Hospital occupational health. GESCESAN methodology. Homogenous functional groups.

# INTRODUCCIÓN

Con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 31/95, en los centros hospitalarios la actividad preventiva relacionada con determinados riesgos se encomendaba a los Servicios de Medicina Preventiva que asumieron, sobre todo, la prevención y control del riesgo biológico, no sólo entre los trabajadores, sino también los usuarios de los centros y sus familiares y contactos. Estos mismos Servicios han estado realizando actividades equiparables a las definidas actualmente como de vigilancia y control de la salud de los trabajadores. Los Servicios de Radioprotección, asumieron el control del riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes, finalmente, los Servicios Técnicos, se han ocupado de elaborar los Planes de Emergencia, así como de controlar el riesgo de incendio y el derivado de las instalaciones, tales como equipos de elevación y transporte, equipos de extinción de incendios, aparatos a presión, instalaciones de distribución de gases y combustibles, equipos de producción de agua caliente, equipos e instalaciones de transformación y distribución de energía eléctrica, etc. Con una visión integral, en la actualidad la evaluación de los riesgos es la clave de bóveda de la política preventiva por lo que, al abordar la elección del método mas adecuado para evaluar los de un Centro Hospitalario, es preciso considerar las características comunes a los grandes hospitales como son tratarse de centros de pública concurrencia, en ocasiones en edificios independientes, con un gran número de trabajadores, categorías, servicios, concurrencia de prácticamente todos los riesgos, inexistencia de cultura preventiva (excepto en relación con el riesgo biológico) y precariedad de recursos de los Servicios de Prevención.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

La población laboral de cualquiera de los grandes hospitales de la Administración Pública, se cifra en torno a los 6.000 trabajadores, de cerca de 100 categorías diferentes. Dichos trabajadores, desempeñan sus funciones en el seno de los también casi 100 Servicios, cuyas actividades y procesos pueden ser absolutamente diferentes, esta compleja estructura determina la importancia de la adecuada elección del método de evaluación que deberá reunir las características de garantizar confianza sobre su resultado, ser lo mas específico posible, estar actualizado, disponer de soporte informático y ser fácil de utilizar.

En el año 1992 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo publicó el "método de autoevaluación de condiciones de trabajo en los Centros Hospitalarios", considerando específicamente las particularidades y factores de riesgo existentes en nuestros hospitales (01).

La entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (02) y de los Reales Decretos que la desarrollan, indicó la necesidad de adaptar las metodologías existentes a la nueva situación. Es por ello que en el primer trimestre de 2003, el I.N.S.H.T., presentó el método GESCESAN, que representa la evolución natural del anterior (03).

El método GESCESAN se presenta como aplicación informática cuyos requerimientos en cuanto a hardware y software son:

- 1. Hardware: procesador pentium; Memoria RAM: 32 Mb; Lector CD-R y HDD con 12 Mb de espacio libre.
- 2. Software: Windows 95 o superior e Internet explorer 3.02 o superior.

El diseño de esta aplicación, se ha realizando teniendo en cuenta los principios ergonómicos indicados en el Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo que incluye pantallas de visualización y los criterios de la correspondiente guía técnica del propio I.N.S.H.T., relativo a la interconexión ordenador-persona, considerando los principios generales al respecto establecidos en la Norma UNE-EN-ISO 9241.10.

El método GESCESAN es un método general de evaluación basado en la aplicación de cuestionarios tipo check-list que incluyen los factores de riesgo mas comunes asociados a los aspectos relevantes de los centros hospitalarios, permitiendo estimar la magnitud de los riesgos identificados y jerarquizar su prioridad de actuación, determinando el nivel de intervención requerido (03).

Los factores de riesgo se identifican mediante la aplicación de los cuestionarios que representan un aspecto determinado de la realidad hospitalaria, específico de la actividad sanitaria, o referente a otras actividades relacionadas.

La valoración del riesgo se expresa en términos de Nivel de Probabilidad de Materialización del Riesgo, en función de las siguientes variables: Deficiencias determinadas por el nivel de conformidad o grado de cumplimiento e implantación de las normas y recomendaciones técnicas pertinentes; Exposición de los trabajadores a los factores de riesgo existentes y Consecuencias de la materialización de los riesgos. El análisis de las deficiencias objetivadas, conlleva, como consecuencia lógica, la necesidad de plantear acciones concretas para su corrección. Valorado el riesgo, el método permite determinar el nivel de intervención necesario considerando el nivel de intervención, se deberán priorizar las medidas preventivas propuestas, teniendo en cuenta la peligrosidad del riesgo, la inminencia del riesgo, los factores de riesgo o deficiencias identificadas y el número de trabajadores afectados. Finalmente y con el fin de realizar la planificación de la actividad preventiva, el método permite asignar fecha de ejecución y responsable de las medidas indicadas.

En relación con la organización y gestión de la prevención, el método considera que una adecuada gestión preventiva conlleva el establecimiento de un Sistema de Prevención que garantice la adopción de un compromiso activo y positivo de la Gerencia, una organización del Sistema de Prevención, el establecimiento de una política preventiva en la que esté implicada toda la escala jerárquica, la propia evaluación de riesgos, así como la planificación de la actividad preventiva, sin olvidar las actividades relacionadas con la información a los trabajadores de los riesgos y medidas preventivas y su formación en materia de prevención.

En relación con las condiciones de seguridad, tanto de las instalaciones comunes como de las áreas y equipos de trabajo y considerando los factores intervinientes en la génesis de los accidentes de trabajo, se consideran los aspectos relacionados tanto con las deficiencias o factores de riesgo de los agentes materiales como con la suficiencia o eficacia de las medidas de prevención y protección.

Las condiciones higiénicas, tanto de las áreas comunes como de las áreas específicas de trabajo son analizadas en relación con la posible presencia de contaminantes físicos, químicos o biológicos en el ambiente de trabajo, que pudieran entrar en contacto con los trabajadores, ya que este aspecto constituye uno de los principales riesgos en el ámbito hospitalario.

También se analizan los aspectos ergonómicos derivados por una parte de las condiciones ambientales, iluminación, ventilación y calidad del aire, ruido, temperatura y humedad; y por otra, la carga de trabajo considerada como el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que ve sometido el trabajador a lo largo de la jornada laboral.

En cuanto a los requerimientos físicos se consideran los grandes esfuerzos, los esfuerzos estáticos o dinámicos, las posturas forzadas, los movimientos repetitivos y la fatiga por ausencia de pausas.

En cuanto a los requerimientos mentales que suponen la carga mental, considerada como la cantidad de información que el trabajador debe procesar, por unidad de tiempo, se consideran factores que implican recepción de una información, análisis e interpretación de la información y emisión de respuesta adecuada.

Finalmente el método GESCESAN no olvida los aspectos psicosociales. Actualmente se están detectando factores de riesgo psicosocial emergentes, que, en el ámbito hospitalario, y debido a la frecuencia con la que se manifiestan, conllevan graves repercusiones sobre la salud y bienestar de los trabajadores y el rendimiento y la calidad del trabajo.

Estos factores de riesgo, se relacionan principalmente con la organización del trabajo, referente a aspectos como el contenido del trabajo, la autonomía del trabajador y la definición de roles; con la participación del trabajador; con la comunicación entre los trabajadores, ya sea descendente, horizontal o ascendente y con la turnicidad y nocturnidad.

Los cuestionarios están formados por una serie de items que representan los principales factores de riesgo que se deben considerar en el análisis de cada uno de los aspectos considerados. Para cada ítem, existe una recomendación genérica.

Las respuestas admitidas para cada ítem, son: SI, NO y NO APLICABLE.

- El listado de cuestionarios incluye:
- 1) Aspectos que inciden en el conjunto del Centro.
- a) Organización y gestión de la prevención.
- b) Condiciones de seguridad.
- c) Condiciones higiénicas.
- 2) Aspectos que inciden en áreas comunes.
- a) Condiciones de seguridad.
- b) Condiciones de higiénicas.
- c) Aspectos ergonómicos.

- 3) Aspectos que inciden en áreas específicas de trabajo.
  - a) Condiciones de seguridad.
  - b) Condiciones de higiénicas.
  - c) Aspectos ergonómicos.
  - d) Aspectos psicosociales.

Como se ha indicado anteriormente, el Reglamento de los Servicios de Prevención (04), indica que la evaluación de riesgos es de carácter general y debe realizarse en los puestos de trabajo, entendiendo como tales, a "puestos tipo", no a todos y cada uno de los existentes en la empresa (05).

Para clarificar el concepto de puesto de trabajo, encontramos las siguientes referencias:

- · El Real Decreto 486/1997, de disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, en su artículo 2 indica que los puestos de trabajo están albergados en los lugares de trabajo, los cuales son áreas del centro de trabajo, edificadas o no en las que los trabajadores deban permanecer o a las que puedan acceder en razón de su trabajo (06).
- · La Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos presentes en los lugares de trabajo relacionados con los agentes químicos, Apéndice 1. Definiciones y consideraciones sobre la valoración tomadas del documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, indica que con el término de "puesto de trabajo", se hace referencia tanto al conjunto de actividades que están encomendadas a un trabajador concreto como al espacio físico en que éste desarrolla su trabajo (07).

La Contabilidad Analítica se empezó a utilizar el los Hospitales del INSALUD en el año 1992, mediante la implantación del proyecto SIGNO, cuyo objetivo era el cálculo de costes por Servicio. Aparecen nuevos conceptos tales como "Grupos Funcionales Homogéneos" (GFH) y "Criterios de imputación de costes", así como nuevas herramientas básicas de gestión hospitalaria: "Codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de pacientes hospitalizados" (CMBD) y "Sistemas de medición de casuística hospitalaria a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDR)" (08) (09).

A partir del año 1988 se implanta el Plan Estratégico del Insalud y el Contrato de Gestión como instrumento de financiación de los hospitales, lo que

hace necesaria la evolución del proyecto SIGNO al proyecto GECLIF, con el fin de aglutinar el coste por Servicio y por Proceso Hospitalario, los presupuestos por Servicio, por Proceso Hospitalario y por Grupo Funcional Homogéneo, y las medidas de eficiencia y calidad.

El objetivo del proyecto GECLIF consiste en la mejora de la Contabilidad Analítica de los hospitales del INSALUD y su adaptación hasta el coste por paciente con el fin de obtener información relativa a las necesidades económicas, ligadas a la actividad, de estos hospitales. Para lo cual, es preciso normalizar e integrar la información clínico-financiera de los hospitales; disponer de bases de datos útiles para la gestión y presupuestación clínica; determinar costes por actividad asistencial en relación con procesos, grupos relacionados por el diagnóstico (GDR), consultas por especialidades, asistencias en urgencias, pruebas complementarias, etc.; y, finalmente, utilizar indicadores de eficiencia, que permitan la comparación entre hospitales (08) (09).

Se plantea una estructura basada en Areas de Producción (AFH), que aglutinan Servicios Hospitalarios cuyas líneas de financiación y producción son semejantes.

Los Servicios Hospitalarios (SFH) agrupan los Grupos Funcionales Homogéneos (GFH) que por su naturaleza formen parte de los Servicios.

Finalmente, los Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), que constituyen las Unidades Mínimas de Gestión y representan el Centro de Costes del que parte la estructura de la Gestión Analítica.

Los Grupos Funcionales Homogéneos deben reunir una serie de características para que puedan ser considerados como tales. La Unidad, ha de tener una actividad homogénea, una ubicación física determinada, unos objetivos propios, un único responsable, una responsabilidad definida y un código identificativo (08).

Aunque cada hospital deberá crear sus propia estructura en función de su organigrama y su organización, el Ministerio de Sanidad y Consumo determinó los distintos Servicios que puede tener un Hospital, estableciendo, a modo de orientación una relación de GFH's para cada uno de éstos:

- 1. Areas de producción (tabla I Anexo).
- 2. Servicios (tabla II Anexo).
- 3. Grupos Funcionales Homogéneos.

Se establecen los posibles GFH que pueden tener cada uno de los Servicios (08).

Como los GFH's, representan los centros de costes entendidos como el consumo valorado en dinero de los recursos y servicios necesarios para la obtención de los productos generados en el proceso asistencial, todos los de los hospitales tienen que asignarse a un GFH por tanto los de Personal. Capítulo I. Retribuciones y Seguridad Social, por lo que todos los trabajadores están adscritos al GFH en el que realizan su trabajo; los GFH tienen una actividad homogénea y una ubicación física determinada y toda la información se encuentra codificada e informatizada.

# METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

# 1. Definición de la estructura del Centro

Antes de comenzar a trabajar en la evaluación de riesgos, es preciso definir la estructura del centro. La aplicación informática del método permite configurar una estructura arborescente perfectamente compatible con los criterios indicados (03) (05).

# 2. Configuración de la evaluación

Una vez determinada la unidad a evaluar, se analizarán los datos disponibles relacionados (accidentes, situaciones de I.T., etc.) y se recabará información sobre las actividades y procesos que se llevan a cabo en la unidad, así como del número de trabajadores y categorías existentes. Lo que permitirá determinar los aspectos a considerar y configurar la evaluación, seleccionando los cuestionarios a realizar (02) (03) (04) (05).

Su cumplimentación "in situ", permitirá la identificación de los factores de riesgo que pudieran existir.

# 3. Valoración de los aspectos considerados

La valoración se expresa en términos de nivel de conformidad o grado de cumplimiento e implantación de las normas y recomendaciones preventivas pertinentes. Se muestra como el porcentaje de items respondidos "SI" en cada cuestionario, respecto del total que son de aplicación en cada caso concreto (03).

# 4. Determinación del nivel de deficiencias

El nivel de deficiencias de es establece al considerar el grado de cumplimiento y los criterios de referencia indicados (tabla III - Anexo) (03).

# 5. Determinación de la exposición

Para precisar la exposición de los trabajadores a los riesgos que pudieran conllevar las deficiencias encontradas, se consideran los criterios definidos (tabla IV - Anexo) (03).

# 6. Determinación del nivel de probabilidad de materialización del riesgo

El nivel de probabilidad se establece en función del nivel de deficiencias y de la exposición a éstas, según los criterios establecidos (tabla V - Anexo).

La aplicación informática del método permite determinar el nivel de probabilidad de forma automática (03).

#### 7. Determinación de las consecuencias

Las consecuencias que pudieran conllevar los riesgos existentes se establecen según los criterios indicados (tabla VI - Anexo) (03).

#### 8. Determinación del nivel de intervención

Una vez obtenido el nivel de probabilidad y las consecuencias, es preciso determinar el nivel de intervención, considerando los criterios definidos (tabla VII - Anexo), que también es calculado automáticamente por el propio programa (03).

# 9. Priorización de las medidas preventivas

Finalmente, se enumeran las medidas preventivas correspondientes debidamente priorizadas según el nivel de intervención, considerando los criterios adoptados, teniendo en cuenta los sugeridos por el I.N.S.H.T. como punto de partida para la toma de decisiones (tabla VIII - Anexo) (03) (10) (11) (12).

# RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con motivo de la reestructuración de espacios en la planta 1, se han asignado al Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, nuevos locales donde han sido trasladadas las Consultas.

Por lo que, como quiera que han cambiado las condiciones de trabajo existentes en la fecha en la que se realizó la evaluación inicial de riesgos, se deberá proceder a su actualización.

Nuestro proceder es sistemáticamente el siguiente:

# Consideración de la Unidad, en la estructura general

Las Consultas de Cirugía Plástica, constituyen un GFH (CPLC) y forman parte del Servicio de Cirugía Plástica, que a su vez forma parte del Área de Producción de Cirugía.

# 1. Análisis de la información disponible

Una vez consultada la evaluación anterior (inicial), así como las bases de datos relacionadas con las contingencias profesionales y comunes, ésta carece de interés.

# 2. Primera reunión con el responsable

- ★ Se informa al Jefe del Servicio de la realización de la evaluación.
- ★ Se obtiene del Jefe del Servicio la siguiente información:
  - ♦ Actividades realizadas:
    - Programación y realización de las consultas.
    - Seguimiento postquirúrgico y realización de curas.
    - No disponen de soporte informático.
  - ♦ Trabajadores adscritos:
    - 2 DUE.
    - 1 AE.
    - Los facultativos que pasan consulta, utilizan esta Unidad 1 día en semana, durante 3 h.
  - ♦ Deficiencias subjetivas:
    - Falta de espacio.
    - Ventilación insuficiente por falta de ventanas.

#### 3. Primera visita a la Unidad

- ★ Se obtiene una primera impresión sobre los riesgos potenciales.
- ★ Los trabajadores corroboran lo indicado por el Jefe del Servicio, y añaden la siguiente información:
  - ♦ Actividades realizadas:
    - Programación quirúrgica.
    - Realización de pequeñas intervenciones de cirugía menor.
    - Realización de informes.
    - Gestión de archivos.
    - Gestión de material.
  - ♦ Deficiencias subjetivas:
    - No se les ha pedido opinión relativa a los nuevos equipos y mobiliario.
    - Iluminación insuficiente.

# 4. Determinación de los aspectos a considerar y configuración de la evaluación

Considerando la información recopilada, se seleccionan de la lista general de cuestionarios que procede aplicar en este área :

- Lugares de trabajo. Condiciones de seguridad.
- Lugares de trabajo. Ventilación general.
- Lugares de trabajo. Iluminación.
- Lugares de trabajo. Ambiente térmico.
- Contacto eléctrico indirecto en instalaciones y receptores.
- Contacto eléctrico directo en instalaciones y receptores.
- Agentes biológicos. Atención al paciente.
- Diseño del puesto de trabajo.
- Pantallas de visualización de datos.
- Carga física.
- Carga mental.
- Factores psicosociales.

# 5. Cumplimentación "in situ" de los cuestionarios

★ Cada ITEM ofrece una recomendación relati-

va a la consideración enunciada, según los criterios legales o técnicos de referencia.

- ★ En ocasiones existe una ayuda disponible que amplía la información.
- ★ Cada uno de los ITEM's deberá ser respondido con una de las opciones válidas:
  - ◆ SI, cuando se cumplen totalmente las premisas enunciadas en el ITEM.
  - ♦ NO, cuando las premisas enunciadas no se cumplen total o parcialmente.
  - ♦ NO APLICABLE, cuando las premisas no ocurran o no procedan.
- ★ Los ITEM's respondidos en forma de "NO", posibilitan la descripción libre de las deficiencias.
- ★ La cumplimentación de los cuestionarios permite identificar los factores de riesgo, y emitir el informe al respecto.

# 6. Valoración de los aspectos considerados

A medida que se van cumplimentando los cuestionarios, se va calculando el nivel de conformidad o cumplimiento, que se expresa en forma de porcentajes de las normas y recomendaciones técnicas conformes, respecto del total que fueran de aplicación.

Lo que permite la emisión del correspondiente informe.

# 7. Determinación del nivel de deficiencias

Al considerar tanto el grado de cumplimiento como los criterios indicados con anterioridad, es posible determinar el nivel de deficiencias; así en nuestro caso los niveles de deficiencias se muestran en la tabla I.

# 8. Determinación del nivel de exposición

En este caso, y considerando los criterios del propio método indicados anteriormente, determinamos el nivel de exposición indicado en la tabla II.

# 9. Determinación del nivel de probabilidad

Una vez determinadas las deficiencias y la exposición, es posible determinar el nivel de probabilidad de materialización del riesgo, utilizando la tabla binaria o el asistente de la aplicación informática. Así en este caso obtenemos los datos expuestos en la tabla III.

#### 10. Determinación de las consecuencias

Al tener en cuenta los criterios definidos, determinamos los datos reflejados en la tabla IV.

#### 11. Determinación del nivel de Intervención

Una vez determinado el nivel de probabilidad de materialización del riesgo y sus posibles consecuencias, es posible determinar el nivel intervención, utilizando la tabla binaria o el asistente de la aplicación

Tabla	7	Nivel	1. 1.	C: ai	
Tahla	•	VIVOL	do do	ticio	PHELIA

	ASPECTO CONSIDERADO	NIVEL DE DEFICIENCIAS
C28	Lugares de trabajo. Condiciones de seguridad	DEFICIENTE
C30	Lugares de trabajo. Ventilación general	MEJORABLE
C31	Lugares de trabajo. Iluminación	DEFICIENTE
C32	Lugares de trabajo. Ambiente térmico	MEJORABLE
C33	Contacto eléctrico indirecto en instalaciones y receptores	DEFICIENTE
C56	Agentes biológicos. Atención al paciente	DEFICIENTE
C70	Diseño del puesto de trabajo	MUY DEFICIENTE
C71	Pantallas de visualización de datos	MEJORABLE
C72	Carga física	MEJORABLE
C75	Carga mental	DEFICIENTE
C76	Factores psicosociales	DEFICIENTE

	ASPECTO CONSIDERADO	NIVEL EXPOSICIÓN
C28	Lugares de trabajo. Condiciones de seguridad	CONTINUA
C30	Lugares de trabajo. Ventilación general	CONTINUA
C31	Lugares de trabajo. Iluminación	CONTINUA
C32	Lugares de trabajo. Ambiente térmico	CONTINUA
C33	Contacto eléctrico indirecto en instalaciones y receptores	FRECUENTE
C56	Agentes biológicos. Atención al paciente	OCASIONAL
C70	Diseño del puesto de trabajo	CONTINUA
C71	Pantallas de visualización de datos	OCASIONAL
C72	Carga física	FRECUENTE
C75	Carga mental	FRECUENTE
C76	Factores psicosociales	Esporádica

Tabla II. Nivel de exposición.

Tabla III. Nivel de probabilidad.

Аѕресто	DEFICIENCIAS	Exposición	Nivel de Probabilidad
C28	Deficiente	Continua	Muy alto
C30	Mejorable	Continua	Moderado
C31	Deficiente	Continua	Muy alto
C32	Mejorable	Continua	Moderado
C33	Deficiente	Frecuente	Alto
C56	Mejorable	Frecuente	Moderado
C70	Muy deficiente	Continua	Muy alto
C71	Mejorable	Ocasional	Bajo
C72	Mejorable	Frecuente	Moderado
C75	Deficiente	Frecuente	Alto
C76	Deficiente	Esporádica	Moderado

informática. Así en este caso los datos se muestran en la tabla V.

Lo cual permite jerarquizar los aspectos a considerar a la hora de efectuar medidas correctoras o preventivas teniendo en cuenta, un criterio establecido y procedimentado para la planificación considerando los del I.N.S.H.T., tal y como se muestra en la tabla VI.

# 12. Proposición de medidas preventivas

Para cada una de las deficiencias identificadas se plantea un paquete de medidas preventivas que permitan eliminar o reducir el riesgo.

# 13. Priorización de las medidas preventivas

Una vez propuestas las medidas preventivas procedentes, éstas deberán priorizarse, asignando una

Tabla IV. Nivel de consecuencias.

	ASPECTO CONSIDERADO	Consecuencias
C28	Lugares de trabajo. Condiciones de seguridad	LEVES
C30	Lugares de trabajo. Ventilación general	LEVES
C31	Lugares de trabajo. Iluminación	LEVES
C32	Lugares de trabajo. Ambiente térmico	LEVES
C33	Contacto eléctrico indirecto en instalaciones y receptores	MUY GRAVES
C56	Agentes biológicos. Atención al paciente	GRAVES
C70	Diseño del puesto de trabajo	LEVES
C71	Pantallas de visualización de datos	LEVES
C72	Carga física	GRAVES
C75	Carga mental	LEVES
C76	Factores psicosociales	LEVES

Tabla V. Nivel de intervención.

ASPECTO	NIVEL DE PROBABILIDAD	Consecuencias	Nivel de Intervención
C28	Muy alto	Leves	A corregir
C30	Moderado	Leves	A mejorar
C31	Muy alto	Leves	A corregir
C32	Moderado	Leves	A mejorar
C33	Alto	Muy graves	Crítico
C56	Moderado	Muy graves	A corregir
C70	Muy alto	Leves	A corregir
C71	Bajo	Leves	No imprescindible
C72	Moderado	Graves	A corregir
C75	Alto	Leves	A mejorar
C76	Moderado	Leves	A mejorar

fecha de ejecución teniendo en cuenta los criterios de referencia planteados por I.N.S.H.T., los establecidos por el Servicio de Prevención en función del Nivel de Intervención, el número de trabajadores potencialmente afectados, y finalmente, el nivel de peligrosidad e inminencia del riesgo. Así, en el caso que nos ocupa, las madidas a adoptar, son las indicadas en la tabla VII.

Finalmente y para completar el proceso sería preciso determinar un responsable para la ejecución de la medida propuesta en el plazo indicado.

Tabla VI. Jerarquización de los aspectos considerados, según el nivel de intervención.

ASPECTO CONSIDERADO	Nivel de Intervención	CRITERIO PROCEDIMENTADO DE PLANIFICACIÓN
C33	Crítico	DE 1 A 3 MESES
C28	A corregir	DE 3 A 6 MESES
C31	A corregir	DE 3 A 6 MESES
C56	A corregir	DE 3 A 6 MESES
C70	A corregir	DE 3 A 6 MESES
C72	A corregir	DE 3 A 6 MESES
C30	A mejorar	DE 6 A 12 MESES
C32	A mejorar	DE 6 A 12 MESES
C75	A mejorar	DE 6 A 12 MESES
C76	A mejorar	DE 6 A 12 MESES
C71	No imprescindible	MAS DE 12 MESES

Tabla VII. Jerarquización de los aspectos.

DEFICIENCIA	MEDIDAS PREVENTIVAS	FECHA DE EJECUCIÓN
C31/6	Las luminarias deberán disponer de difusores o pantallas que impidan la visión del cuerpo brillante de las lámparas.	31/05/04
C75/9	Se deberá garantizar que todos los trabajadores reciban una adecuada formación e información en materia preventiva sobre los riesgos existentes en los puestos de trabajo	31/05/04
C30/2	Se deberá remitir al Servicio de Prevención la información solicitada relativa al caudal de aire exterior limpio existente en este área	30/06/04
C33/2	Se deberá entregar al Servicio de Prevención la copia solicitada de la documentación relativa a la revisión, a cargo del Organismo de Control Autorizado, de la conexión a tierra según las Instrucciones Técnicas Complementarias del Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión	30/06/04
C33/2	Se deberán realizar y documentar revisiones del estado y calidad de la puesta a tierra, por instaladores autorizados, con una frecuencia anual como mínimo, según lo dispuesto en la correspondiente ITC del REBT	30/06/04
C33/6	Se deberán adoptar las medidas necesarias que garanticen en todo momento el adecuado funcionamiento de la totalidad de los dispositivos de corte por intensidad de defecto o diferenciales que protegen la instalación eléctrica.	30/06/04
C56/6	Se deberá suministrar a los trabajadores el procedimiento de trabajo seguro para la recogida de muestras biológicas, implantado en el Hospital	30/06/04

Tabla VII. Jerarquización de los aspectos (continuación)

C28/3	Se deberá realizar un mantenimiento y conservación del suelo que garantice la ausencia de irregularidades, debi éndose subsanar con rapidez las deficiencias que pudieran afectar a la seguridad y salud de los trabajadores	31/08/04
C31/1	En los planos de trabajo donde se realicen reconocimientos médicos o curas, el nivel medio de iluminación (Em) deberá ser de 1.000 lux, con una temperatura de color (Tc) de 4.000 a 5.000º K y un índice de rendimiento cromático (Ra) superior a 90 (grupo 1A)	31/08/04
C31/1	Se deberán utilizar sistemas de iluminación localizada que complementen el nivel de iluminación general, que no produzcan deslumbramientos, reflejos o desequilibrio de luminancias	31/08/04
C31/2	Los planos en donde se realicen actividades deberán estar iluminados de la forma más uniforme posible. La relación entre los valores mínimo y máximo de los niveles de ilumina ción en la tarea no sea inferior a 0,8	31/08/04
C56/4	Se deberá disponer de manera efectiva de EPI's para los ojos, que deberán ser utilizados en todas aquellas operaciones susceptibles de originar aerosoles o salpicaduras de fluidos biológicos	31/08/04
C70/5	Las alturas recomendadas para la realización de tareas normales en sedestación, están comprendidas entre 65 y 76 cm.	31/08/04
C70/6	Cada uno de los trabajadores que realicen actividades de manera conjunta deberá disponer de su propia mesa de trabajo	31/08/04
C70/6	Los puestos de trabajo en donde se realicen actividades en sedestación, deberán disponer de espacio suficiente para alojar las piernas debajo del plano de trabajo	31/08/04
C72/2	La tarea, equipos y espacio deben estar diseñados de manera que faciliten los movimientos y eviten las posturas inadecuadas que conlleven mantener el tronco o un segmento del cuerpo curvado, flexionado o torsionado	31/08/04
C75/4	Se deberán implantar medidas organizativas encaminadas a evitar interrupciones excesi vas en el trabajo	30/11/04
C28/1	Se deberá reubicar la consulta o permitir la anexión del local contiguo, de tal forma que se garantice una superficie mínima libre en el entorno de los puestos de 2 m2 por trabajador	30/11/04
C28/8	Los pasillos y zonas de paso no estarán ocupados por equipos o materiales que pudieran dificultar la circulación y deberán estar libres de elementos rígidos que las invadan.	30/11/04
C28/8	Se deberá reubicar la consulta o permitir la anexión del local contiguo, de tal forma que se garantice una superficie mínima libre en el entorno de los puestos será 2 m2 por trabajador	30/11/04
C31/10	Se deberá implantar un programa de mantenimiento preventivo de los sistemas de iluminación que asegure que estos equipos se conserven durante toda la vida útil en unas condiciones adecuadas	30/11/04

Tabla VII. Jerarquización de los aspectos (continuación)

C31/10	Se deberá implantar un programa de limpieza de los focos y luminarias con una frecuencia tal que la reducción del nivel de iluminación no sea superior al 30 % como consecuencia de la suciedad, o semestral	30/11/04
C56/7	Se deberá dotar a la Unidad de medios seguros adecuados para el transporte de muestras de material biológico, que evitarán el contacto accidental por rotura o derrames de los recipientes de las mismas	30/11/04
C70/2	Los puestos de trabajo de deberán diseñar determinando los espacios necesarios para desarrollar las actividades de manera ergonómica, considerando las dimensiones antropométricas de los trabajadores	30/11/04
C70/4	Se deberá dotar a la unidad de mobiliario adecuado que permita colocar de manera ergonómica los equipos utilizados	30/11/04
C70/4	Los equipos de trabajo, productos y otros utensilios utilizados en las actividades habituales, se deberán ubicar dentro de las zonas de alcance óptimas verticales y horizontal es, con el fin de realizar, con el mínimo esfuerzo posible, los diferentes movimientos de manipulación requeridos, evitando los movimientos y posturas forzadas	30/11/04
C70/6	Las dimensiones mínimas de los locales de trabajo deberán permitir que los trabajadores realicen sus actividades sin riesgos para su seguridad y salud y en condiciones ergonómicas aceptables.	30/11/04
C75/6	Se deberán implantar medidas organizativas de trabajo que permitan a los trabajadores realizar pequeñas pausas durante el trabajo	30/11/04
C76/2	Se deberán estudiar las causas que ocasionan comportamientos agresivos de pacientes o familiares con el fin de diseñar e implantar las consecuentes medidas preventivas debidamente adaptadas a la situación	30/11/04
C32/3	Se deberán Implantar las medidas técnicas que proceda que garanticen una humedad relativa dentro de los márgenes legalmente establecidos (entre 45 y 65 % en los lugares donde se utilicen pantallas de visualización de datos y entre 40 y 60 % en el resto)	30/06/05

# BIBLIOGRAFÍA

- 1. Manuel Bestratén Belloví y otros. Condiciones de Trabajo en Centros Hospitalarios. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1992.
- 2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre de 1995.
- 3. Manuel Bestratén Belloví y otros. Gestión y Evaluación de las Condiciones de Trabajo en Centros Sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2002.
- 4. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27 de 31 enero de 1997.
- 5. F. Fernández Perdido. La evaluación de los riesgos laborales. La Ley-Actualidad. 1999.
- 6. Real Decreto 486/1997, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- 7. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos presentes en los lugares de trabajo relacionados con los agentes químicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- 8. GECLIF. Gestión clínico-financiera, coste por proceso. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
- 9. Gestión Analítica. Hacia la contabilidad analítica en los hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- Evaluación de Riesgos Laborales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- 11. Criterios del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para la realización de auditorías del sistema de prevención de riesgos laborales reguladas en el capítulo V del reglamento de los Servicios de Prevención. "Prevención, Trabajo y Salud", nº 13; año 2001. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- 12. Juan Carlos Bajo Albarracín . Auditoría de Sistemas de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales. Madrid. Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. 1999.
- 13. Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE núm. 298 de 13 de diciembre de 2003.
- 14. Resolución de 17 de febrero de 2004, de la Secretaría de Estado para la Administración Pública, por la que se aprueba y dispone la publicación del modelo de Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales para la Administración General del Estado. BOE núm. 56 de 5 de marzo de 2004.
- 15. Jaume Abat Dinarès Mariano Unzeta López. Implantación práctica de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en la empresa. Madrid. La Fraternidad. 1996.
- 16. Antonio y Santiago Sánchez-Cervera Senra. Prevención de Riesgos Laborales: "Obligaciones del empresario: deber general de protección". Madrid. Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. 1999.
- 17. Javier Cassini Gómez de Cádiz .Cómo implantar e integrar la prevención de riesgos laborales en la empresa. Lex Nova. 2004.
- 18. Ramón Gassent Arbona, Rafael Piedra Garrido. Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales. Ibermutuamur. 1998.

# **ANEXOS**

Tabla I. Posibles áreas de producción en los centros hospitalarios.

CÓD.	DESCRIPCIÓN
HOS	Hospitalización
CEX	Consultas externas
AMB	Resto de actividad ambulatoria
DOC	Docencia
INV	Investigación
PEX	Procedimientos extraídos
URG	Urgencias

Tabla II. Posibles servicios en los centros hospitalarios.

Cód.	DESCRIPCIÓN	Cód.	DESCRIPCIÓN	Cód.	DESCRIPCIÓN
ACL	Análisis Clínicos	DIE	Dietética	NEF	Nefrología
ACV	Angiología y Cir. Vascular	DIG	Digestivo	NFL	Neurofisiología Clínica
ADM	Admisión	DIR	Dirección Médica	NML	Neumología
ADT	Administración	END	Endocrinología	NRC	Neurocirugía
ALG	Alergología	EST	Esterilización	OBG	Obstetricia y Ginecolog.
ANR	Anestesia y Reanimación	EUE	Escuela U. Enfermería	OBS	Obstetricia
APA	Anatomía Patológica	EUF	Escuela U. Fisioterapia	OFT	Oftalmología
APE	Administración Periférica	FAC	Farmacología Clínica	ONC	Oncología Médica
ASG	Asuntos Generales	FAR	Farmacia	ONR	Oncología Radioterápic.
ATP	Atención al Paciente	FME	Facultad de Medicina	ORL	Otorrinolaringología
AUD	Audiovisuales	GEC	Gestión Económica	PED	Pediatría
BSC	Banco de Sangre	GEN	Genética	PER	Personal
вю	Bioquímica	GER	Gerencia	PES	Pruebas Especiales
CAJ	Centros Ajenos	GIN	Ginecología	PRL	Prevención Riesgos L.
CAR	Cardiología	GRT	Geriatría	PRI	Atención Primaria
CCA	Cirugía Cardíaca	HAD	Hospitalización a domic.	PSQ	Psiquiatría
CGD	Cirugía Gral. y Digestivo	HDD	Hospitalización de día	QUI	Quirófanos
CDG	Control de Gestión	HEL	Hematología Laborat.	RAD	Radiodiagnóstico
CEX	Consultas Externas	HEM	Hematología Clínica	RPD	Radioprotección
CMF	Cirugía Maxilofacial	HOS	Unidades de Enfermería	REH	Rehabilitación
CPE	Cirugía Pediátrica	HOT	Hostelería	REU	Reumatología
CPL	Cirugía Plástica y Repar.	INF	Informática	SUM	Suministros
CSJ	Conserjería	INM	Inmunología	TRA	Traumat. y Cir. Ortop.
сто	Cirugía Torácica	ITV	Intervención	UCA	U. de Cirugía Ambulat.
DCL	Docum. Clínica y Archivo	MAN	Mantenimiento	UCP	U. Cuidados Paliativos
DEI	Docencia e Investigación	MIC	Microbiología y Parasit.	URG	Urgencias
DEN	Dirección de Enfermería	MIR	Medicina Interna	URO	Urología
DER	Dermatología	MIV	Medicina Intensiva	UTR	Extracc. y Transplante
DGE	Dirección de Gestión	MNU	Medicina Nuclear	UTX	U. de Desintoxicación

Tabla III. Criterios para la determinación del nivel de deficiencias.

Muy Deficiente	<ul> <li>Se han detectado factores de riesgo significativos que determinan como muy posible la generación de fallos.</li> <li>El conjunto de medidas preventivas existentes respecto al riesgo resulta ineficaz.</li> </ul>
DEFICIENTE	<ul> <li>Se ha detectado algún factor de riesgo significativo que precisa ser corregido.</li> <li>La eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes se ve reducida de forma apreciable.</li> </ul>
Mejorable	<ul> <li>Se han detectado factores de riesgo de menor importancia.</li> <li>La eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes respecto al riesgo no se ve reducida de forma apreciable.</li> </ul>

Tabla IV. Criterios para la determinación de la exposicion.

CONTINUADA	Continuamente. Varias veces en su jornada laboral con tiempo prolongado
FRECUENTE	Varias veces en su jornada laboral, aunque sea con tiempos cortos
OCASIONAL	Alguna vez en su jornada laboral y con período corto de tiempo
Esporádica	■ Irregularmente

Tabla V. Criterios para la determinación del nivel de probabilidad.

		DEFICIENCIAS				
		Mejorable	DEFICIENTE	Muy Deficiente		
	Esporádica	Probabilidad Baja	Probabilidad Moderada	Probabilidad Alta		
ICIÓN	OCASIONAL	Probabilidad Baja	Probabilidad Alta	Probabilidad Alta		
Exposición	FRECUENTE	Probabilidad Moderada	Probabilidad Alta	Probabilidad Muy Alta		
	CONTINUADA	Probabilidad Moderada	Probabilidad Muy Alta	Probabilidad Muy Alta		

Tabla VI. Criterios para la determinación de las consecuencias.

MORTALES	■ Un muerto o mas
Muy Graves	Lesiones graves que pueden ser irreparables
GRAVES	Lesiones con incapacidad transitoria (I.T.)
LEVES	Pequeñas lesiones que no requieren hospitalización

Tabla VII. Criterios para la determinación del nivel de intervención.

		Consecuencias						
		Leves	LEVES GRAVES MUY GRAVES MORTALES					
Q	Ваја	No imprescindible	A Mejorar	A Mejorar	A Corregir			
Рковавісірар	Moderada	A Mejorar	A Corregir	A Corregir	Crítico			
	ALTA	A Mejorar	A Corregir	Crítico	Crítico			
4	MUY ALTA	A Corregir	Crítico	Crítico	Crítico			

Tabla VIII. Criterios aceptados en la priorización de las medidas preventivas

Nivel de Intervención	Significado	Acciones
INMEDIATO	Situación grave e inminente	<ul> <li>No se deberá comenzar ni continuar el trabajo hasta que se haya reducido suficientemente el riesgo</li> <li>Si no fuera posible, no se deberá realizar el trabajo</li> </ul>
Спі́тісо	Situación crítica que requiere corrección urgente	<ul> <li>No se debe comenzar el trabajo hasta que se haya reducido el nivel de riesgo</li> <li>No obstante, cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, deberán implantarse medidas preventivas a la mayor brevedad posible</li> </ul>
A CORREGIR	Es preciso corregir la situación y adoptar medidas de control	Se debe reducir el riesgo implantando con celeridad, medidas preventivas concretas
A MEJORAR	Mejorar si es posible; sería conveniente justificar la intervención y su rentabilidad	<ul> <li>No es imperativo mejorar las medidas preventivas existentes en la actualidad; no obstante se deberán estudiar otras alternativas mas eficaces</li> <li>Se requieren controles periódicos para asegurar que las medidas existentes mantienen su efectividad</li> </ul>
No IMPRESCINDIBLE	No intervenir, salvo que un análisis mas preciso lo justifique	Aunque algunas medidas preventivas pudieran mejorar la situación, en este momento no se considera prioritaria su implantación

# EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE CÓRDOBA

FRANCISCO DE ASÍS MANCHADO LÓPEZ\*, GUILLERMO MOLINA RECIO\*\*, MANUEL ROMERO SALDAÑA\*\*, MANUEL VAQUERO ABELLÁN\*\*

(\*) Inspección UVMI. Delegación de Salud Córdoba. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (\*\*) Unidad Docente de Salud Pública. E.U. Enfermería. Universidad de Córdoba

#### RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El síndrome de desgaste profesional (síndrome de burnout), es una situación experimentada por profesionales cuyo trabajo se realiza en interrelación con personas. El personal de Atención Primaria, está en una situación de "riesgo" de padecer este síndrome. El objetivo del presente estudio es evaluar su existencia en trabajadores de un distrito sanitario de la provincia de Córdoba, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud.

METODOLOGÍA: Se realizó una encuesta específica para valorar el estrés mental y el desgaste profesional, aplicando una batería de test que incluían Maslach Burnout Inventory (MBI) y Escala Laboral de Estrés, a una muestra representativa de 114 profesionales (37 médicos. 43 DUE, 6 auxiliares de enfermería (AE), 16 administrativos, 10 celadores, y 2 informáticos).

RESULTADOS: La prevalencia del síndrome de desgaste profesional en la muestra, alcanza el 26.32%, con unos niveles de cansancio emocional del 40.35%, y un grado de despersonalización del 65.79%. El 78.95%, se encuentra escasamente realizado en su trabajo. Se han encontrado diferencias significativas entre las distintas categorías profesionales y el riesgo de padecer burnout.

CONCLUSIONES: Es evidente la necesidad de modificar los aspectos organizacionales de la Atención Primaria y de formar a los profesionales sanitarios para que adapten sus repuestas emocionales y cognitivas al tipo de trabajo que desempeñan.

# PALABRAS CLAVES

Burnout, profesionales sanitarios, Atención Primaria.

#### **ABSTRACT**

BACKGROUND: Syndrome of professional wearing down (burnout syndrome), is a situation experienced by professionals whose work is made in interrelation with people. The health workers of primary care, live in a risk situation to suffer this syndrome. The aim of the present study is to evaluate the existence of sindrome of professional wearing down in the health care workers of a sanitary district in the province of Cordoba.

METHODS: We designed a personal survey to value mental stress, Maslach Burnout Inventory (MBI) and Labor Scale of Stress, to a representative sample of 114 professionals (37 doctors, 43 nurses, 6 aids of nurses, 16 administratives, 10 watchmans, and 2 informatics).

RESULTS: The prevalence of sindrome of professional wearing down in the sample, reaches the 26,32%, with emotional exhaustion levels of the 40,35%, and despersonalization of 65.79%. The 78,95%, have lack of personal accomplishment. Professional categories and Burnout risk are related.

CONCLUSIONS: There is a need to modify the organizative aspects of the Primary health care and teach to health workers in order to adapt their emotional and cognitive answers to the work that they do.

#### **KEY WORDS**

Burnout syndrome, health workers, Primary health care.

# INTRODUCCIÓN

El síndrome de desgaste profesional, conocido también en la literatura como el síndrome de burnout (1), es una situación experimentada por profesionales cuya tarea se realiza en interrelación con personas, que se caracteriza por un agotamiento emocional debido a una implicación excesiva en su trabajo, pudiendo llegar a alcanzar una gravedad tal que inhabilite para el desempeño de su actividad profesional (2).

En España, Pérez Urdaniz y Fernández Cantí (3), han definido este síndrome como un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas, produciéndose un desequilibrio prolongado, entre unas excesivas demandas laborales que exigen un esfuerzo crónico y unos limitados recursos de afrontamiento. Así pues, la atención al paciente, junto con la discrepancia entre las expectativas e ideales individuales, por una parte y la realidad profesional, por otra, serían los factores patogénicos del proceso.

El personal de atención primaria, (médicos, ATS/DUE, auxiliares, personal administrativo, etc.), está en una situación de "alto riesgo" para padecer este síndrome, al tener que hacer frente a una continua demanda de petición de servicios, cada vez más sobredimensionada y exigente. Consultas muy masificadas, mayor demanda administrativa, aumento constante de la "oferta de servicios" al usuario, sin aumento proporcional de las plantillas de trabajadores, con la consiguiente disminución en el tiempo de dedicación a cada paciente, ausencia de sustituciones o sustitución parcial de los trabajadores en incalaboral, permisos de vacaciones, pacidad dificultades para la mejora de la propia formación profesional, necesidad de disponer de los días de vacaciones para acudir a cursos de perfeccionamiento, asistencia a congresos, etc. son algunos de los factores que causan desequilibrio en los profesionales sanitarios.

El objetivo del presente estudio es valorar la existencia de estrés profesional, síndrome del desgaste profesional e insatisfacción laboral, mediante el estudio de sus factores característicos; así como conocer la importancia de distintas variables, factores socio-demográficas y psicosociales, (edad, sexo, estado civil, tiempo de trabajo, antigüedad en el puesto de trabajo, situación laboral, etc.) en el entorno de trabajo y como influyen en los profesionales de la atención primaria de salud.

# **MATERIAL Y MÉTODOS**

# a) Obtención de la muestra

Para el cálculo del tamaño muestral se consideró una frecuencia esperada del síndrome de desgaste profesional del 20%, aceptando como resultado más alejado de la tasa un 7,5%. De esta forma, y con ayuda del paquete estadístico EPIINFO 6.04, se obtuvo una cifra necesaria de al menos 110 individuos.

El muestreo fue aleatorio y estratificado según género, categoría laboral (médico, DUE, auxiliar de clínica, administrativo y celador) y punto asistencial de los Distritos Sanitarios de la provincia de Córdoba (centro de salud urbano, centro de salud rural, consultorio urbano y consultorio rural), seleccionando a trabajadores en activo durante este periodo y con una antigüedad superior al año.

# b) Recogida de datos

Se realizó entre Junio de 2001 y Febrero de 2002. En primer lugar, se citó a los profesionales seleccionados para una entrevista personal no estructurada, en la que se les explicaban los datos que se pretendían recoger sin especificar el objetivo del estudio (para no sensibilizarlos sobre el tema y sesgar las respuestas). Posteriormente, les fueron entregados 4 cuestionarios que a continuación se detallan:

- Cuestionario sobre datos sociodemográficos y laborales personales: Se diseñó uno original y específico de 11 ítems de respuesta estructurada incluyendo las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, etc.) y laborales (situación laboral, categoría profesional, centro de trabajo, etc.) más relevantes y asociadas hasta el momento con el síndrome de desgaste profesional.
- Maslach Burnout Inventory (M.B.I) (Adaptación Española): Este test valora tres aspectos fundamentales del síndrome de desgaste profesional: Agotamiento emocional (sensación de estar emocionalmente saturado o exhausto por el trabajo), Despersonalización (cambio que se produce en el trabajador, mostrando respuestas frías, distantes e impersonales hacia el público) y Realización personal (sentimientos de competencia y consecución de logros en el trabajo). Está constituido por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert con siete niveles comprendidos entre 0 (nunca) y 6, (a diario), según se aproxime el enunciado a lo que el encuestado piensa o siente.

- Escala Laboral de Estrés. (E.L.E.): Esta escala es utilizada para evaluar el funcionamiento interno del sujeto en su trabajo. Consta de 49 afirmaciones que se valoran con una escala tipo Likert de cinco niveles, desde 1 (totalmente falso) a 7 (totalmente cierto), según se aproxime su enunciado a lo que el encuestado piensa o siente. Evalúa los siguientes niveles: Sobrecarga de trabajo (el volumen, complejidad o magnitud de las tareas a realizar, está por encima de la capacidad del trabajador), Conflicto de rol (existen demandas conflictivas, contrapuestas o que el trabajador no desea cumplir, por ser contrarias a sus principios), Ambigüedad de rol (imprecisa información del papel del trabajador a nivel laboral y organizativo), Incompetencia en el trabajo (las aptitudes del trabajador no son suficientes o adecuados para el puesto que desempeña) y Superespecialización (la cualificación profesional es superior al puesto que ocupa, por lo que las tareas resultan monótonas o insatisfactorias)

- Test de valoración del estrés personal: Este instrumento es utilizado para identificar focos de ansiedad mediante 29 ítems que hacen alusión a aspectos de la vida personal de los encuestados. Cada respuesta se evalúa con una escala tipo Likert, que toma valores desde 1 (nada/nunca) a 5 (extremo/siempre), según se aproxime el enunciado a lo que el encuestado piensa o siente.

# c) Análisis Estadístico y Epidemiológico:

Los datos fueron procesados y analizados estadísticamente por el paquete SPSS 11.0. Como ya hemos comentado, para el cálculo del tamaño muestral empleamos el software EPIINFO 6.04.

Se calcularon medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza de todas las variables cuan-

titativas, así como porcentajes y error estandar para las cualitativas.

La posible relación entre la categorización de los distintos ítems estudiados y el riesgo de padecer Burnout se calculó mediante la prueba de Chi2, considerando como válidas aquéllas cuya probabilidad de error era menor del 5% (p<0,05).

#### RESULTADOS

La muestra de profesionales sanitarios a los que se les requirió su colaboración para participar en el estudio, alcanzó la cifra de 125, obteniendo una respuesta positiva en 124 casos (99,2%), considerando válidos 114 cuestionarios (92,7%).

#### a) Características de la muestra:

La muestra estudiada, está compuesta por 60 mujeres, (52,63%) y 54 hombres (47,37%), diferencia no significativa estadísticamente. La edad media fue de 39 años  $(\pm 7,53)$  con un tiempo medio de trabajo de 13 años  $(\pm 7,18)$ . La antigüedad en el actual puesto de trabajo alcanzó un promedio de 6.5 años  $(\pm 5,569)$ .

Para ir a trabajar, los encuestados recorren anualmente una media de 6.449,39 kilómetros (±9.168,09). En este caso, la muestra es extraordinariamente heterogénea.

Con relación a la formación continuada, la realización de cursos es muy diversa, variando entre un máximo de seis y un mínimo de ninguno, con un promedio de dos al año (Tabla I).

Según su estado civil, la gran mayoría, (73,7%) están casados, un 21,9 % permanecen solteros y un 4,4% están separados o divorciados.

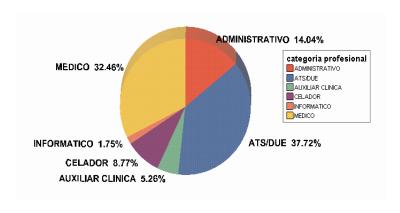
	Número	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	114	20	60	39,211	7,539
Tiempo total trabajado	114	1	32	12,965	7,187
Tiempo anualmente trabajado	114	0,2	12	10,472	3,153
Antigüedad en actual trabajo	114	0,1	20	6,580	5,569
Km. realizados anualmen te	114	0	40000	6449,39	9168,09
Cursos Anuales	114	0	6	1,96	1,66

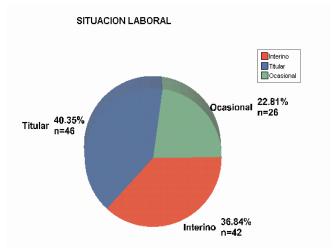
Tabla I: Características de la muestra.

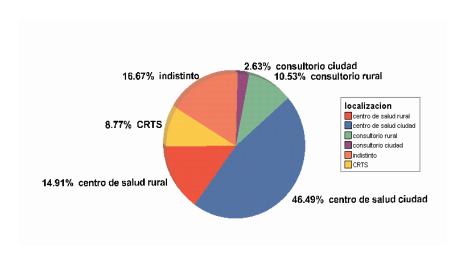
El porcentaje más elevado de encuestados son profesionales de Enfermería (37,72%), seguidos de los facultativos (32,46%) y el personal administrativo (14,04%). El 40,31 % de la muestra poseía la plaza de trabajo en propiedad, el 22,81% era titular interino y el resto, trabajadores ocasionales

(36,84%). Los individuos evaluados, pertenecen a todos los posibles dispositivos de la Atención Primaria de Salud, procediendo, principalmente, de Centros de Salud urbanos (46,5%), rurales (14,9%) o desempeñando funciones indistintamente en centros o consultorios (16,7%). (Figura 1).

Figura 1. Categorías Profesionales, Situación Laboral y Localización Geográfica.







5 0: ""	Categoría	Localización	Formación
Estado Civil II	profesional II	geográfica II	Profesional II
No casado	Médicos	(== 00()	
(26,3%)	(32.5%)	Urbana (57,9%)	0-1 Curso (43,9%)
Casado	ATS/DUE	D	0.0.0
(83,7%)	(37,7%)	Rural (25,4%)	2-3 Cursos (35,1%)
	Resto de		
	personal	Indistinta (16,7%)	> 3 cursos (21,1%)
	(29.8%)		

Tabla II: Recodificación de algunas variables.

Para facilitar el análisis estadístico, las variables Categoría Profesional, Estado civil, y Localización Geográfica del lugar de trabajo fueron recodificadas en:

- Categoría profesional II: formada por personal facultativo (médicos), diplomados universitarios en enfermería, (ATS/DUE), y resto del personal. (Tabla II).
- ◆ Estado civil II: fue valorada la relación personal de pareja, según se conviviera con una estable o sin ella (Tabla II).
- ◆ Localización geográfica II: fue recodificada en ámbito de trabajo "1" (trabajo predominante en entorno urbano), ámbito de trabajo "2" (si prestan sus servicios tanto en un ambiente urbano, como en un ambiente rural) y ámbito de trabajo "3" (dxesarrollan su trabajo en un entorno rural) (Tabla II).

◆ Formación profesional II: los resultados se agruparon en tres categorías; Formación continuada "A" (0-1 curso anual), "B" (2-3 cursos anuales) y "C" (4 o más cursos anuales) (Tabla II).

#### b) Resultados de los Tests:

# 1. Test Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)

Las puntuaciones en los distintos aspectos que mide el test fueron clasificadas en bajas, normales o altas, según los distintos rangos que se exponen en la Tabla III. Cifras elevadas en el cansancio emocional y en la despersonalización, junto con bajas puntuaciones en la subescala de la realización personal, permiten diagnosticar el trastorno de desgaste profesional. De esta forma, podemos concluir que el 26,32% de la muestra (30 individuos) se encuentra en situación de riesgo de padecer este síndrome.

Tabla III: Resultados del M.B.I.

	Media Muestral	Std. Desviación	Bajo	Medio	Alto
CANSANCIO EMOCIONAL	24.1667	7.8582	<18	19-26	>27
DESPERSONALIZACION	11.0526	4.2921	<5	6-9	>10
REALIZACION PERSONAL	27.8509	5.9944	<33	34-39	>40

# 2. Escala Laboral de Estrés (E.L.E.)

En cinco de los aspectos evaluados, la mayoría de los encuestados padecen estrés laboral, presentando mayor porcentaje el relacionado con la Superespecialización (68,42%), seguido con el vinculado al Conflicto del Rol (62,28%) y la Sobrecarga en el Trabajo (54,39%). Sin embargo, una minoría de la muestra (19,30%) sufre este problema por sentirse incompetente para realizar su trabajo (Tabla IV).

# 3. Test de valoración del estrés personal

En este cuestionario, las puntuaciones obtenidas presentan una distribución normal, con una media de 71,7 y una desviación típica de 8,61. Dado que la puntuación máxima posible es de 145 y la mínima

de 29, podemos afirmar que, en general, la muestra padece niveles medios de estrés personal, al margen del trabajo desempeñado.

#### c) Análisis bivariante:

Se realizaron cruces entre la práctica totalidad de las variables y aquélla que medía el riesgo de padecimiento de burnout, no encontrándose diferencias significativas en ninguno de ellos, excepto el que relacionaba esta variable con la categoría profesional (una vez recodificada), mostrando un valor de Chi² de 7,989 (p<0,05). De esta forma, podemos afirmar que el médico de Atención Primaria presenta un mayor riesgo de burnout que la enfermera, estando el resto del personal en una situación aún más desfavorable. (Tabla V).

Tabla IV: Resultados del E.L.E.

	Si %	Casos	N o %	Casos
Sobrecarga de Trabajo	54.39%	62	45.61%	52
Conflicto del Rol	62.28%	71	37.72%	43
Ambigüedad del Rol	50.00%	57	50.00%	57
Incompetencia en el trabajo	19.30%	22	80.70%	92
Superespecialización	68.42%	78	31.58%	36

Tabla V: Relación categpría profesional recodificada Burnout

		RBUR		
		Alto Riesgo Burnout	Bajo Riesgo Burnout	Total
Categ. Prof.	Médico	12	25	37
Recod.		32,4%	67,6%	100,0%
	DUE	5	38	43
		11,6%	88,4%	100,0%
	Resto personal	13	21	34
		38,2%	61,8%	100,0%
Total		30	84	114
		26,3%	73,7%	100,0%

#### DISCUSIÓN

En primer lugar, nos gustaría destacar el elevado porcentaje de participación obtenido, que supera al de otros estudios realizados mediante cuestionarios autoadministrados (4,5). Esto nos lleva a sospechar la progresiva sensibilización que parece presentar el colectivo de profesionales sanitarios ante este problema.

En cuanto a las variables sociodemográficas y laborales, hemos encontrado distribuciones similares en relación a la edad media de la muestra (entre los 40-45 años) (5,6), a la mayor proporción de profesionales que viven con pareja estable (entre el 70 y el 80%) (6,7,8) y a diferencias en la distribución por sexos. En los estudios que, como el nuestro, incluyen distintas categorías profesionales (médicos, auxiliares, enfermeras, etc.) hallamos un mayor porcentaje de mujeres (4,7,8); sin embargo, en trabajos centrados en los profesionales facultativos (5,6), la proporción de género es inversa. Así mismo, el tiempo medio de ejercicio de la profesión (alrededor de 15 años) y antigüedad en el puesto (entre 5 y 8 años) también coincide con otros trabajos publicados (4,5). Como en otros estudios, la mayor parte de los encuestados, ocupan una plaza en propiedad o un contrato fijo. (4,6,9)

Con respecto a los resultados del M.B.I., nuestros profesionales presentan niveles de cansancio emocional similares a los de estudios mencionados anteriormente (5,6,7,8,9), alcanzando nivel medio (puntuaciones entre 20 y 24). Los niveles bajos despersonalización (con valores cercanos a 4) son significativamente menores a los presentados en otros trabajos (4,5,6,7,9), donde las muestras padecen niveles medios, siendo escaso el número de publicaciones halladas con similar promedio (8). Por último, las también bajas puntuaciones (menores a 33) en la realización personal, también son comunes a otros trabajos (4,5,8) aunque, en este sentido, también son numerosos las publicaciones que presentan niveles medios (6,7,9).

Nos ha llamado la atención encontrar un reducido porcentaje (11,6%) de enfermeras que presenten un riesgo elevado de padecer burnout (TABLA 5), dado que es un colectivo que suele considerarse como uno de los más expuestos a este problema. Tras comparar los niveles de este síndrome entre enfermeras de Atención Primaria y Especializada, Artiga Ruiz (9) encontró diferencias significativas entre las dos muestras, indicando la mayor proporción de casos en las profesionales que desarrollaban sus tareas en Especializada. Quizá éste sea el motivo

de nuestro bajo porcentaje. Pensamos que estas manifestaciones parecen afectar más a los diplomados de Atención Especializada por la mayor exposición a factores desencadenantes del burnout (sobre todo las referentes a variables organizacionales como la turnicidad, el cambio de servicio, la sobrecarga de trabajo, etc.). De igual manera, los actuales cambios que se están produciendo para los diplomados de Primaria (creación de las Consultas de Enfermería, aumento de la formación continuada, puesta en práctica del Proceso Enfermero, etc.) pueden conllevar un incremento en la satisfacción personal y profesional de los encuestados, una ruptura en la monotonía del trabajo, más independencia respecto al personal médico, etc. Estas circunstancias pueden estar relacionadas con un descenso en la incidencia este problema.

Del mismo modo, las diferencias significativas encontradas entre los niveles de burnout y las distintas categorías profesionales nos llevan a pensar, por un lado, en la necesidad de dirigir nuestra atención a otras categorías profesionales (celadores, administrativos, etc.) que hasta ahora se habían estudiado escasamente; y, por otro, valorar la pertinencia de realizar trabajos específicos y centrados en cada una de estas profesiones, donde las características de cada una no queden diluidas por el resto de la muestra.

Los resultados de nuestro estudio también coinciden con la gran mayoría de los trabajos publicados al no encontrar relación alguna entre las distintas variables sociodemográficas y el riesgo de "estar quemado" (6,8,9,10,11). Asimismo, tampoco se relaciona con variables laborales como la antigüedad laboral o en el puesto actual. Esto nos hace suponer, como apunta Carmona Monge (8), que las respuestas cognitivas y conductuales de cada sujeto, los factores vinculados al ambiente laboral y las variables de tipo motivacional pueden relacionarse con este síndrome y, por tanto, deberían ser recogidas en posteriores trabajos.

Quizá, de esta manera, se ponga de manifiesto la necesidad de una formación continuada de calidad, que incluya aspectos básicos como técnicas de autocontrol emocional, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, habilidades sociales, etc. (6)

En lo que a la Escala de Estrés Personal se refiere, puede ser significativo el hecho de que los niveles hallados en la muestra (medios o bajos), convierten al ambiente laboral en el núcleo del que parten los problemas psicológicos que afectan a los profesionales estudiados.

En este sentido, también nos gustaría resaltar la dificultad que hemos encontrado para localizar otros estudios en los que se emplean escalas de medida del estrés ajenas al círculo laboral y que, desde nuestro punto de vista, deberían ser incluidas en próximas investigaciones para asegurar que los síndromes relacionados con el estrés, están vinculados a este círculo y no sean consecuencia de situaciones de la vida contidiana.

Destacamos, con relación a los resultados de la Escala Laboral de Estrés (E.L.E.), el hecho de que los encuestados manifiesten padecer este problema por la sobrecarga de trabajo, el conflicto y la ambigüedad del rol, y por sentirse capacitados para

desempeñar funciones más complejas de las que actualmente se ocupan. Un escaso porcentaje de los encuestados (19,30%), relaciona el estrés con sentimientos de incompetencia. Desde nuestro punto de vista, esto confirma que los factores organizacionales son los principales estresores, labor que se ve favorecida por la falta de adaptación de los trabajadores a estas circunstancias.

Por todos estos motivos, pensamos que desde la administración se deberían garantizar las circunstancias precisas para que los profesionales de Atención Primaria desempeñen sus funciones en un ambiente laboral más cálido y humano, que se adapte a sus necesidades y aspiraciones (4).

# BIBLIOGRAFÍA

- 1. Mingote Adan JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continuada. 1998; 5 (8): 493.
- 2. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- 3. Da Silva Sobral de Matos H, Daniel Vega E, Pérez Urdaniz A. A study of the burnout síndrome in medical personnel of a general hospital. Actas Esp Psiquiatri. 1999; 27 (5): 310-320.
- 4. De Pablo González R, Suberviola González JA. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Atención Primaria, 1998, 22 (9):580-584.
- 5. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, F. Caballero Martínez. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria, 2001, 27 (5):313-317.
- 6. Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Atención Primaria, 1999, 24 (6):352-359.

- 7. De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional de enfermería del área de salud de Badajoz. Enfermería Clínica, 2002, 12 (2):59-64.
- 8. Carmona Monge FJ, Sanz Rodríguez LJ, Marín Morales D. Relaciones entre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería. Factores Sociodemográficos y Reactividad al Estrés. Enfermería Científica, 238-239: 33-39.
- 9. Artiga Ruiz A. La enfermería ante el Síndrome Burnout. Estudio Comparativo entre Atención Primaria y Atención Especializada. Enfermería Científica, 220-221: 11-16.
- 10. De las Cuevas Castresana C El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de Burnout. Madrid: Laboratorios Servier, 1994.
- 11. Hidalgo Rodrigo I, Díaz González RJ Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Ávila. Med Clin (Barc) 1994; 103: 408-412.

# **ACTUALIZACIONES**

# ÍNDICE

On problema de salud laboral: "Estres" laboral Burnout. lorge Luis Fernández Rodríguez, Ignacio Álvarez de Cienfuegos Gálvez,	
Envejecimiento de la población trabajadora frente a inmigración, prejubilaciones	
y empleo femenino. I. Gallego, A. García Barreiro, J. Magueda	79-87

# UN PROBLEMA DE SALUD LABORAL: "ESTRÉS" LABORAL-BURNOUT

JORGE LUIS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ (\*)
IGNACIO ÁLVAREZ DE CIENFUEGOS GÁLVEZ (\*\*)
GUILLERMO DOMÉNECH MUÑIZ (\*\*\*)

(\*) Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Seguridad en el Trabajo,
 Higiene Industrial, Ergonomía y Psicosociología Aplicada. Burgos.
 (\*\*) Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Granada.
 (\*\*\*) Médico. Valladolid.

# **RESUMEN**

En la Unión Europea cerca de un tercio de los trabajadores afirman sentirse estresados en su trabajo, convirtiéndose el estrés laboral en uno de los problemas de salud más comunes, y representando algo más de la cuarta parte de las bajas laborales de dos o más semanas de todos los problemas de salud relacionados con el trabajo.

El síndrome de burnout constituye una fase avanzada del estrés laboral que puede llegar a provocar una incapacitación total para poder desarrollar su trabajo, lo que hace necesario su prevención en fases inciales.

#### PALABRAS CLAVES

Estrés laboral. Síndrome del quemado.

# **ABSTRACT**

In the European Union about a third of the workers claim to feel stressed in their jobs an so, job stress becomes one of the most frequent health problems. It means a little more of one fourth of the sick leaves lasting two or more weeks regarding all health problems related with work.

Burnout syndrome consists on an advanced stage of job stress which may cause total disability to work so as to make necessary its prevention in the initial stages.

# **KEY WORDS**

Job stress. Burnout syndrome.

# 1. DEFINICIÓN DE UN PROBLEMA DE SALUD

Cualquier alteración (física, psíquica, social) que afecte a la persona trabajadora, que le impida desarrollar con normalidad su actividad o productividad laboral y sea susceptible de abordaje por profesionales sanitarios especialistas en Medicina del Trabajo, debe ser considerada un "problema de salud". Cuando esta alteración se desencadena fundamentalmente en el ámbito laboral la podemos etiquetar de un "problema de salud laboral".

Siguiendo a Wilson y Jounger, un problema de salud o enfermedad es "aquel que ha de tener una frecuencia y una importancia elevadas en el ámbito individual y/o comunitario, con una prevalencia significativa, además de poseer una historia natural conocida con una fase latente o presintomática identificable y sus criterios diagnósticos deben estar claramente establecidos para a la hora de realizar el tratamiento y control del proceso, este pueda ser realizado con medios habituales y aceptables".

# 2. DESARROLLO DEL PROBLEMA DE SALUD: "ESTRÉS" LABORAL

No pocas veces se ha tomado al "estrés" como cajón de sastre para justificar dolencias inespecíficas. Las tareas laborales puede llevar a situaciones que propician la aparición de algún tipo de afectación en la esfera psíquica, del mismo modo que un proceso psicopatológico de origen extralaboral puede repercutir en el ámbito laboral disminuyendo su calidad y eficacia o incluso provocando absentismo y/o ausentismo.

Siempre que trabajemos para mantener niveles de salud aceptables en una organización, debemos tener en cuenta necesariamente algún tipo de programa preventivo destinado a detectar precozmente la patología psíquica, estableciendo criterios diagnósticos y adecuando las actitudes terapéuticas desde el prisma de la responsabilidad y manteniendo unos objetivos que sean razonablemente alcanzables.

Determinadas bajas laborales de causa médica con diagnósticos tan distantes aparentemente: gastritis, jaquecas, raquialgias, colon irritable..., encubren una alteración cuyo denominador común es el "estrés", y sus manifestaciones clínicas son somatizaciones del proceso primitivo.

Es peculiar el deseo expreso del afectado a que no se relacione en su baja referencia alguna a las situaciones de ansiedad o depresión que está sufriendo, falseando la realidad del problema ("estrés" laboral) que se genera en la actividad profesional. Los datos suministrados por las Administraciones Sanitarias no son más que la punta del iceberg de la situación que se oculta bajo las aguas de las dificultades de identificación o clasificación, otras por los propios intereses del afectado, y a veces dentro de un absentismo/ausentismo inespecífico encasillado bajo epígrafes diferentes al "estrés".

El "estrés" debe ser conocido para ser reconocido por el especialista en Medicina del Trabajo como patología también tratable por otros especialistas dentro de la Medicina en general, con los que se debe colaborar para obtener una realidad clara del problema y su solución, y quizás mejor su prevención.

# 2.1. EPIDEMIOLOGÍA Y COSTES

Parte de los "problemas de salud laboral" provocan en la persona trabajadora una incapacidad laboral -IT- e incluso una incapacidad permanente -IPen sus diferentes grados.

Cuando aumenta la morbilidad general en el ámbito de la empresa sea por enfermedad o accidente, trasluce normalmente problemas de salud laboral, además de crear una situación que invita a la reflexión tanto a la Organización (administración pública y privada), como al propio trabajador: el absentismo laboral por declaración de I.T., originado no pocas veces por causas extramédicas, personales, culturales, laborales y sociales.

El coste "real" de la I.T. es de difícil cuantificación, pero las partes interesadas reconocen el gasto extraordinario que aparece año tras año disparando las cifras de los presupuestos de la Seguridad Social. Así los programas puestos en marcha dentro del campo de la Medicina del Trabajo implican una importante inversión económica que debe ser justificada por su eficacia y eficiencia.

Al médico de Medicina del Trabajo no le compete los procedimientos de declaración de I.T., le preocupa las causas que producen el absentismo (identificar relación causa de enfermedad y riesgos para la salud en el trabajo) en la medida en que refleja un "problema de salud laboral" eliminable, con el apoyo de una política integral e integrada en la Medicina del Trabajo, que priorizará la disminución o la desaparición de lesiones o enfermedades, aproximando con ello al trabajador al estado de equilibrio físico, psíquico y social; y a su vez alejándolo

del proceso de incapacidad laboral. El absentismo es considerado como indicador del estado de salud de la organización y escaparate de insatisfacciones o estados de inadaptación.

Tras lo expuesto y cumpliendo los requisitos fijados por Wilson y Jounger, nos centraremos en un "problema de salud laboral" que cada día va tomando más relevancia tanto, en las Administraciones Públicas como en el sector privado: el "estrés" laboral.

La Comisión Europea, la Eurocámara y la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo han lanzando una campaña paneuropea para combatir el "estrés" en el trabajo, un mal que afecta al 28% (1) de la fuerza laboral europea, 41,2 millones de personas, de los que un 20% se sienten "quemados" en su trabajo. El ex-presidente del Parlamento Europeo, Pat Cox afirmaba "destinar una pequeña cantidad a la prevención puede tener un efecto más eficaz que afrontar las consecuencias de este problema de salud en la población laboral", y añadía la ex-comisaria de Empleo y Asuntos Sociales Anna Diamantopoulou que "el estrés supone un coste humano y una enorme carga financiera".

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo con sede en Bilbao, indica que el "estrés" laboral es responsable de más del 50% de los casos de absentismo (2) y cuesta a empresas y organismos europeos unos 20.000 millones de euros al año (3) por las horas de trabajo pérdidas y el gasto sanitario generado. Y añade que el gasto real es probablemente mucho mayor, si a las horas pérdidas y gasto sanitario se le añade la menor productividad, la menor capacidad de innovación, el ausentismo, etc.

Cabría preguntarnos ¿cuántos procesos bajo el nombre genérico de patología...? (1) osteomuscular (primera causa en importancia relacionado con la salud laboral, 17% se quejan de dolores musculares en general y un 30% de dolores de espalda), alteraciones cardiovasculares, dolencias gástricas, ansiedad, cefaleas, depresión, fatiga, etc. tendrían como causa en origen la realización de tareas monótonas y repetitivas (45% de los trabajadores se quejan de ello), en no tener control sobre el ritmo o el método de trabajo (33% lo aducen como inconveniente en el desarrollo de su actividad laboral) o en tener que realizar su tarea a una gran velocidad (el 60% afirman que un 25% de su tiempo deben ir en el desarrollo de la actividad a gran velocidad), y eso sin mencionar a los accidentes de trabajo que en su génesis gran parte de responsabilidad puede tener el ausentismo del trabajador, la tensión acumulada, etc..., en fin campo abonado para la aparición del "estrés" laboral. Constituye la cuarta causa de enfermedades, pero en el 2020 puede llegar a ser la segunda causa (4) por detrás de la cardiopatía isquémica.

Los problemas psicosociales y entre ellos como principal representante el "estrés" (enfermedad emergente) como aglutinador de otros procesos: burnout ("estrés" laboral crónico o "síndrome del quemado"), mobbing (acoso laboral, fenómeno de hostigamiento psicológico de descripción reciente en la década de los 80), es el responsable en términos generales del 18% de los problemas de salud asociados al trabajo con una derivación en días de ausencia, entre 7 a 15 en las bajas laborales (5).

La Agencia Europea pretende concienciar sobre este problema al sector empresarial, además de alertar de que lo visible de esta situación no es más que una pequeña parte del problema que a veces ni el propio trabajador sabe delimitar y nombrarlo como tal, y que es de difícil verificación por los profesionales sanitarios por los puntos en común que tiene con otros procesos el "estrés" laboral.

Si tenemos en cuenta solo los datos de la receta oficial en España (1), año 2001, se consumieron casi 35 millones de envases de fármacos de tipo ansiolítico o tranquilizante, casi uno por habitante. Y más de 14 de millones de envases de fármacos antidepresivos. El 21% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria consumen ansiolíticos y/o antidepresivos.

Aunque lógicamente al estrés no se le puede achacar en bloque las cifras citadas, si se le puede-responsabilizar de un parte de este problema.

La dificultad primaria del "estrés" laboral (burnout) se presenta en su identificación y catalogación, para su posterior esclarecimiento-ubicación entre los profesionales de la Medicina.

# 2.2. ¿QUÉ ES EL "ESTRÉS"?

El uso del término se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste el mismo. El "estrés" etiquetado como enfermedad emergente y tras datos de la IV Encuesta sobre Condiciones de Trabajo realizada por el I.N.S.H.T. (6), revela que uno entre cada tres trabajadores es afectado por este problema de salud, considerándosele como uno de los principales desafíos para la Seguridad y Salud a que se enfrentan las organizaciones.

El "estrés" surge (7) por multitud de exigencias y estímulos negativos (factores estresantes). Puede ser entendido como un fenómeno adaptativo que contribuye a la supervivencia, al adecuado rendimiento y al desempeño de situaciones en la vida, además de ser una manifestación común y familiar en la vida.

El término en origen, curiosamente, proviene de la ingeniería industrial (8) como la tensión capaz de soportar un material expuesto a un esfuerzo. En las ciencias biomédicas es Selye el primero en introducirlo a través de su Síndrome General de Adaptación (9), entendiéndose como un estado fisiológico para la acción cuya respuesta está mediada por el sistema neuroendocrino y su mantenimiento es morbígeno. Cannon (10) habla de desequilibrio homeostático y de umbral o nivel crítico de "estrés". Lazarus y Folkman (11) lo definen como desequilibrio percibido entre las demandas externas (ambiente estresor) y las habilidades del sujeto (recursos).

Cuando el "estrés" se cronifica/enquista en profesiones denominadas de ayuda o de contacto trabajador/usuario, se denomina "síndrome del quemado" o burnout, y lo define Freudenberger (12) (1974) como el cansancio físico/emocional por las condiciones de trabajo, aunque un año más tarde se refiere al resultado de gastarse en el seguimiento de expectativas inviables. En 1981 Maslach y Jackson (13) hablan de una respuesta inapropiada a un "estrés" emocional crónico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de inadecuación personal.

Es fácil entender que el proceso del "estrés" puede aparecer tanto en la vida del día a día como ser su desencadenante el ambiente laboral, pero lo que no es posible de separar son estas dos situaciones y como tal tienen un efecto de sinergia en la aparición del mismo. Olga Sebastián (14) se refiere al "estrés" laboral como: conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento, ante ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo; caracterizado por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.

Hacer una barrera entre los diferentes tipos de "estrés" es difícil. El tiempo, el ambiente laboral y el tipo de profesión, entre otros, nos puede poner en el camino para su etiquetado correcto; ya que en cuanto a la etiología, signos clínicos, repercusiones organizacionales y maneras de afrontar el problema, no podemos encontrar diferencias significativas.

# 2.3. DIFERENCIAS A TENER EN CUENTA ENTRE PROCESOS

Hay que tener en cuenta la diferenciación a realizar entre el "estrés" laboral (puntual/crónico burnout) y los cuadros que se presentan con puntos en común. La diferenciación planteada es tarea dificil, por la sospecha de que se pudiera estar utilizando una misma idea con nombres diferentes. En la terminología de los procesos es frecuente que se utilice a modo de sinónimos con algunos de ellos.

El especialista en Medicina del Trabajo debe conocer los rasgos principales de una serie de procesos que aún siendo etiquetados de diferente forma, sin embargo son iguales o muy próximos al "estrés" laboral (burnout), con el objetivo de afrontar con garantías la solución al problema de salud propuesto.

### DIFERENCIACIÓN DE PROCESOS

Estrés. Existen estudios sobre el síndrome de burnout que parten de su concepción como una respuesta de las personas al "estrés" laboral puntual. Diferencias a destacar: El "estrés" tiene aspectos positivos/negativos en la vida de la persona, el burnout solo presenta aspectos negativos (15).El "estrés" es necesario para la vida en una intensidad manejable por la persona, entendiéndose como un proceso y el burnout como un estado negativo consecuente a fallo de estrategias de afrontamiento. El burnout aparece en profesiones con responsabilidades sobre otros, mientras que el "estrés" surge en general a personas sometidas a un estresor, independiente del tipo de profesión aunque con relación estrecha con ella.

Si una persona se expone a un estresor genera una respuesta al "estrés" (caso de la ansiedad), y si éste no es resuelto puede llegar a situación de burnout (16). En realidad las diferencias son más teóricas que reales.

Alienación. Situación donde la persona tiene una libertad escasa o nula para una tarea posible de realizar, mientras en el burnout existe demasiada libertad para una tarea imposible de llevar a cabo(17).

**Tedio**. También denominado aburrimiento laboral para aquellas profesiones donde se trabaja sin personas (18), a diferencia del burnout que si se relaciona con ellas.

**Ansiedad**. Las personas que la sufren presentan un cuadro de tensión, malestar o desasosiego en

situación de peligro especialmente si es de origen desconocido. La ansiedad puede ser parte de la respuesta al "estrés". El concepto de burnout es más amplio al de la ansiedad y puede abarcarla (16).

Depresión. De todos los conceptos que se utilizan para desarrollar una diferenciación conceptual con el síndrome de burnout, el que más debate ha generado es el de la depresión. Como puntos en común están los de cansancio, retiro social y sentimientos de agotamiento emocional, lo que según determinados autores origina que sean considerados conceptos sinónimos, aunque existen diferencias consistentes (19). Desde la perspectiva clínica y en respuesta a que el síndrome de burnout pueda ser una depresión reactiva, ésta se acompaña mayormente por sentimientos de culpa; manifestándose en todas las facetas de la vida al contrario del burnout que puede funcionar mal la persona en el trabajo y bien en la familia.

Insatisfacción laboral (logros personales). Balance negativo entre las demandas y objetivos del trabajo (organización), y las expectativas del sujeto. El "quemado" está poco satisfecho con su trabajo. El insatisfecho pudiera ser comparado a la falta de logros personales (20).

Fatiga. Producto de todo trabajo que se recupera en los descansos preceptivos entre jornadas laborales, recuperación que no aparece en el cansancio del síndrome de burnout. Los "quemados" por su actividad laboral describen un agotamiento diferente a la fatiga consecuencia del esfuerzo del trabajo. La fatiga (física/mental) tras un esfuerzo puede acompañarse de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, mientras que para el "quemado" coexiste con una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso (21).

Crisis existencial. Hacia la mitad de la vida esperada de la persona. Algunos autores (22) hablan de crisis del ciclo vital, desde donde se revisa con una perspectiva negativa su situación y el futuro profesional. Presentan un sentimiento de no tener nada por lo que vivir. El burnout aparece en personas más jóvenes y/o tras la primera fase de cambio en organizaciones con altos índices de implicación personal (23). Los "quemados" inician su trabajo pensando que lo que hacen es importante y al fallar, aparece el síndrome.

**Indefensión aprendida** (aprendizaje a no emitir respuesta alguna). La exposición a condiciones incontrolables de una persona produce déficits motivacionales, cognitivos y emocionales que tienen

alguna relación con el síndrome de burnout (24). El síndrome es uno de los ejemplos que proponen como caso de buena adecuación al modelo que cumple las tres características de la indefensión aprendida:

- Que se aprecie una pasividad inapropiada (agotamiento emocional, falta de implicación en el trabajo).
- Presencia de una historia de acontecimientos incontrolables y/o en la que el sujeto no perciba el control (falta de progreso de clientes) (25).
- Cogniciones adquiridas durante la exposición a acontecimientos incontrolables, generalizadas inapropiadamente a nuevas situaciones (26).

Aunque cumple los requisitos para ser una entidad explicada por el modelo de indefensión aprendida, el burnout es específico de un contexto laboral que tiene la característica de la relación de ayuda, mientras que la indefensión es aplicable a un amplio tipo de situaciones.

# 2.4. ¿QUÉ LO DESENCADENA?

Cualquier factor (estresor) es susceptible de generar "estrés" en determinadas circunstancias en las que se produce un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la organización. En algún momento de su vida, cualquiera se ha visto afectado por el proceso de "estrés" con sus repercusiones en el desarrollo de la actividad laboral. Existen trabajos con mayor incidencia o predisposición a padecer el "estrés" laboral crónico (burnout), que tienen en común la tríada: agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de inadecuación personal.

Determinados puestos de trabajo en las administraciones públicas y privadas conllevan labores de atención directa/indirecta a personas que demandan una atención específica de los profesionales que allí trabajan. Ejemplo de profesiones: las educativas (27) (profesores, educadores...), las sanitarias (28) (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras...), las sociales (29) (letrados, asistentes sociales...), etc.

No existe un punto de encuentro a la hora de definirse sobre que factores tienen mayor peso entre los trabajadores a la hora de aparecer el "estrés" laboral (agudo/crónico burnout).

# **FACTORES INDIVIDUALES:**

**Personalidad**. Según sea emocional o racional (30), se crea una mayor predisposición a padecer el síndrome del quemado burnout.

**Eventos vitales**. Influyen independientemente de connotaciones desagradables (muerte, separación conyugal) o agradables (nacimientos, matrimonios) si generan "estrés" elevado o mantenido (20).

**Determinantes del temperamento**. El "estrés" laboral se concibe como un entramado formado por la interacción de variables biológicas y ambientales. En la actualidad está arraigada la idea de que las funciones biológicas tienen un papel en la formación de la conducta (31) y que una desviación significativa de las mismas puede llevar a una disfunción de la personalidad (32).

**Edad y años de ejercicio profesional**. Existen opiniones y trabajos que relacionan estas variables de forma tan contradictoria como es que para algunos la edad y años de servicio tiene relación con la aparición con el burnout y por el contrario para otros es un protector.

**Sexo**. Diferencias significativas entre sexos en función de las actitudes de despersonalización (33). Se pueden explicar desde los distintos procesos de socialización en los diferentes roles desempeñados por la mujer y por el hombre en nuestra sociedad. La mujer según Freudemberger y Nort (34), ha cuidado de todo el mundo menos de sí misma por lo que tiene más propensión a padecer el "estrés" laboral.

Familia y otros apoyos sociales. La estabilidad afectiva tiene efecto protector ante la aparición del síndrome de burnout. Dicho estado proporciona o mejora el equilibrio emocional necesario para enfrentarse cognitivamente y dar soluciones a las situaciones conflictivas (35).

# **FACTORES LABORALES:**

**Profesiones de riesgos**. Sobre todo las relacionadas con la salud (28), la enseñanza y la seguridad (27), aunque existe un amplio abanico de ellas con entidad propia, entre las que se incluyen las de los abogados o letrados, asistentes sociales, personal de atención directa al ciudadano (37), etc.

**Factores intrínsecos**. Variables o factores relacionados con el contenido del trabajo que inciden en la motivación interna de la persona expuesta a padecer el síndrome de burnout.

*Tipos*: Cuando el contenido de la tarea permitae la utilización y desarrollo de habilidades que posea la persona. Posibilidades de llevar a cabo partes completas e identificables de la tarea. Autonomía. Corriente de información que permite al trabajador

conocer los resultados de su esfuerzo. El trabajo fuente de aprendizaje y toma de decisiones. La actividad laboral tiene impacto en la vida de los demás.

### Factores extrínsecos. Cuatro grandes grupos (29):

- *Medio físico*. Incide positiva o negativamente según los límites en los que se encuentren las variables. Podemos citar la temperatura y humedad, el ruido, el espacio, la iluminación... En el caso del espacio (37), tanto la falta como la inadecuación al mismo, así como el hacinamiento o incluso la falta de personas (undermaning), actúan como estresores.
- *Medio social*. Entendido como el conjunto de personas con las que está en contacto la persona trabajadora (38). La aparición de "estrés" laboral está directamente relacionado al grado de relación que entabla el trabajador con los usuarios de sus servicios, de modo que a más relaciones interpersonales mayor riesgo de agotamiento emocional y por tanto burnout (39).
- Organización. La burocratización, la ambigüedad de tareas, la jornada de trabajo y tiempos de descanso, etc. llevan a un aumento del síndrome y a una disminución de la satisfacción laboral(40). Consecuencias negativas tiene el exceso de control y la organización rígida y excesiva (41). También la incorporación de nuevas tecnologías (37) en los procesos de trabajo establecidos tiene efectos sobre la aparición del burnout.
- *Económicos*. Con toda probabilidad el salario percibido sea el factor más importante en la incidencia del síndrome del quemado "estrés" laboral (29,42).

# **FACTORES SOCIO-CULTURALES:**

Se incluyen los procesos por los cuales las experiencias y los acontecimientos extralaborales influyen en el síndrome (43).

Procesos relacionados con el rol. Formas de presentación: En primer lugar está el conflicto de roles, rol laboral y familiar por ser incompatible el desempeño de ambos. En segundo lugar está la sobrecarga de rol, planteado como suma de uno u otro, resultando excesivo para la persona y compitiendo con los recursos escasos de que dispone. Y por último la acumulación de roles, considerado como beneficiosa al aumentar las oportunidades de interacción social de desarrollo personal y de autoestima.

Procesos de generalización. Determinadas experiencias y cambios afectivos operados en la

esfera familiar lo desbordan alcanzando el ámbito laboral y viceversa, ocurriendo tanto para sentimientos positivos (comunicación de un ascenso...) como para sentimientos negativos.

**Procesos de socialización**. Actitudes, habilidades y valores adquiridos en la familia, mediatizan los comportamientos de la persona en el trabajo y viceversa.

# 2.5. ¿CUÁLES SON SUS CONSECUENCIAS?

Sobre la persona. El "estrés" laboral burnout presenta una variedad de signos que deben conocerse para poder identificar el problema y actuar posteriormente en el aporte de soluciones. Ciertos autores distinguen entre "estrés" fisiológico y psicológico, el organismo funciona como un todo integrado, de forma que cualquier tipo de respuesta repercute sobre las demás. La replica del "estrés" constituye un alerta física y mental que prepara a todo el organismo para una acción potencialmente necesaria.

# **Efectos** (44):

**Fisiológicos**: aumento de catecolaminas y corticoides en sangre y orina, hiperglucemia, taquicardia, hipertensión arterial, precordalgias, palpitaciones, dificultad respiratoria, entumecimiento y tensión muscular, lumbalgia, cefaleas, sudoración, insomnio, úlcera gastro-duodenal, diarrea...

**Conductuales**: irritabilidad, intraquilidad, agresividad, aislamiento, apatía, aburrimiento, labilidad emocional, cambios de humor, enfado, ensoñaciones, olvidos, depresión, ansiedad, obsesiones, fobias...

Cognitivos: disminución capacidad concentración, incapacidad para tomar decisiones, bloqueo mental, errores en proceso producción, tendencia a accidentes; teniendo todos ellos repercusiones ostensibles de sus efectos en el equilibrio laboral de la organización.

En general el "estrés" modifica los hábitos relacionados con la salud, de manera que con las prisas, la falta de tiempo, etc. aumenta las conductas no saludables como el fumar, ingerir alcohol o comida en exceso, y se modifican las conductas positivas como hacer ejercicio físico, dieta equilibrada, dormir suficientemente, etc.

**Sobre la Organización**. Repercuten junto con los anteriores en el ambiente laboral. Destacamos:

- ♦ Satisfacción laboral disminuida (45).
- ♦ Absentismo laboral elevado (46).
- ◆ Tendencia a abandonar el puesto y/o la organización (47).
- ♦ Implicación laboral baja (48).
- ♦ Relaciones laborales deficientes (49).
- ◆ Aumento de los conflictos con usuarios y compañeros (50).
- ♦ Clima organizacional pobre (50).
- Disminución de la productividad y de la calidad de la tarea realizada (49).
- Aumento de la rotación laboral no deseada (51).
- Mayor accidentabilidad, indemnizaciones (49).
- ♦ Conductas adaptativas (41).

# 3. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Los altos costes personales y sociales generados por el "estrés" laboral, han dado lugar a que la Unión Europea y la O.M.S. insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control de este "problema de salud laboral".

Es necesario conocer que no existe una técnica o medida preventiva y/o terapeútica simple capaz de prevenir y/o tratar eficazmente el síndrome, aún a pesar del gran interés despertado desde la introducción del constructo burnout ("estrés" laboral crónico) con el fin de, prevenir y/o minimizar sus consecuencias y así mejorar la calidad de vida laboral (38). Ninguno da un resultado óptimo.

En general para la prevención del "estrés" laboral distinguimos diferentes fases:

**Primaria**: Acciones dirigidas a reducir o eliminar los estresores y hacer saludable el ambiente laboral.

**Secundaria**: Detección y actuaciones precoces de concienciación de trabajadores y promoción de estrategias de control del "estrés".

**Terciaria**: Rehabilitación y recuperación de la persona afectada.

Phillips (52) manifiesta que para no padecer "estrés" laboral burnout la primera medida es identificarlo entre los trabajadores (evaluación del riesgo),

y como segunda medida conocer sus manifestaciones (signos) tanto en la persona como en la organización.

La evaluación del riesgo como medida preventiva (53) consiste en:

- ◆ Identificar los riesgos (averiguar si existe un problema, mediante listados check-list, datos administrativos, cuestionarios...).
- Decidir quién podría estar afectado y de qué manera.
- Evaluar el riesgo: identificando que medidas se están tomando ya, decidiendo si son suficientes y si no lo son, que más puede hacerse.
- Registrar los resultados.
- Revisar la evaluación periódicamente y comprobar el impacto de las medidas adoptadas.

Para el tratamiento o resolución del "estrés" laboral (54), se utilizarán estrategias de intervención individuales, grupales y organizacionales (modelo de afrontamiento del síndrome de burnout de Reiner y Hartshorne).

### Estrategias individuales

Lo primero que se debe delimitar es la situación de afrontamiento que mantiene el trabajador y entendiéndose aquel como (55) "los esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados por el individuo para manejar demandas específicas valoradas como desbordantes".

Los esfuerzos se dirigen a atenuar la respuesta emocional y/o a modificar el estresor mediante el Afrontamiento instrumental, adquiriendo destrezas para la solución de problemas que se plantean a la persona. Entre ellas tenemos:

- ◆ Entrenamiento en solución de problemas (56). Se realiza facilitando a la persona el reconocimiento del problema y su identificación, al mismo tiempo que se busca inhibir la tendencia a responder impulsivamente ante él.
- ♦ Entrenamiento en asertividad (33). Se conoce como la expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades. Se intenta cambiar las creencias y cogniciones que los profesionales tienen sobre si mismo y sobre su desarrollo laboral, llegándose incluso a recomendar que este tipo de entrenamiento se utilice en los programas de formación de los diferentes profesionales.

- ♦ Entrenamiento en manejar el tiempo eficazmente. Los profesionales cuando se encuentran superados por el trabajo normalmente, desarrollan una respuesta bastante común que es trabajar más duramente, intentando con ello superar el retraso y volver a encontrarse en un punto de control sobre las cosas, lo que produce un aumento del "estrés" laboral en vez de disminuirlo (49,57). Estos programas tenderán a:
- Establecer prioridades para las actividades que se deben realizar en horario disponible.
- Aumentar la cantidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias.
- Reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia.

Afrontamiento de carácter paliativo. Adquieren destrezas para el manejo de las emociones por el entrenamiento y la adquisición de habilidades para la expresión de emociones, para el manejo de sentimientos de culpa, etc.

Objetivo de las estrategias individuales es el de mejorar los recursos de protección o de resistencia individual para hacer frente eficazmente a los estresores propios del ambiente laboral, además de intensificar el control y autoeficacia personal, pudiendo conseguirse mediante las siguientes pautas:

- ◆ Aumentar la competencia profesional por iniciativa de uno mismo mediante la asistencia a congresos, jornadas, seminarios, desarrollo creativo e investigación en el campo propio de la profesión, lectura y estudio de literatura especializada, formación continuada, etc. (58,59).
- ◆ Compartir experiencias con compañeros de actitudes y valores similares a uno mismo, experiencias laborales, dudas, problemática del día a día (52).
- ♦ Rediseñar las tareas en el proceso de su realización ya sea desde la iniciativa individual o grupal (52,60). Para ello se tendrá en cuenta lo enunciado por C.Maslach que aunque el beneficio de hacer las cosas de forma diferente puede que en ocasiones sea solamente psicológico, el profesional de ayuda tiene un mayor sentido de autonomía y libertad, [...] incluso aunque se le presenten los problemas de siempre hacer las cosas de forma diferente, de hecho, suaviza una fuente de "estrés".

- ♦ Estrategias de carácter activo o centradas en el problema frente al uso de estrategias de evitación/escape. Olvidar los problemas laborales al acabar la jornada. Practicar actividad deportiva o ejercicio físico sin más, debido a sus efectos beneficiosos en el estado general de la persona. Practicar técnicas de relajación. Adquirir alguna distracción o hobby e incluso compromisos ideológicos de tipo religioso y/o humanitarios (61,62).
- ◆ Aprendizaje de técnicas de relajación física y de control respiratorio, y meditación. Un estado adecuado de relajación garantiza beneficios a la salud a nivel fisiológico, conductual y subjetivo, y si presenta una respiración normal los efectos positivos se potencian ante los estresores. La meditación facilita la relajación mental como antagonista del estrés (meditación trascendental, etc.) (58,59).
- Realizar descansos durante el trabajo. A la persona estas pausas le relajan por el distanciamiento psicológico y físico del problema (57).
   Puede tener un carácter organizacional estas paradas si se pactan.
- Hábitos alimenticios (63). Un estado nutricional equilibrado, derivados de una buena alimentación, en cantidad y calidad, en el individuo tiene un efecto preventivo del "estrés".
- ◆ Fomentar el buen humor. Buena medida para prevenir o aliviar situaciones de ansiedad por el desplazamiento de la atención de los problemas, contribuyendo a minimizar la importancia de ellos (63).
- Delimitación de objetivos reales y fáciles de conseguir. La persona se ve reforzada en sus sentimientos de competencia social y de efectividad, evitando los sentimientos de frustración (52).
- Asumir la experiencia de compañeros o profesionales más veteranos (48).
- ◆ Evitar implicarse excesivamente en el trabajo y con las personas hacia las que se dirige la actividad laboral (58,64). Maslach (49) "el agotamiento aumenta cuando el profesional se implica con los sujetos asumiendo sus problemas como propios o reaccionando ante los comentarios negativos como si se tratasen de insultos personales".

◆ Cambio de puesto en la organización o en otra, para evitar no abandonar la profesión (60).

### Estrategias grupales

Objetivo: fomentar el apoyo social, obteniendo la persona de esta forma nueva información, adquiere habilidades y mejora las existentes, logra refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de tareas, consigue apoyos emocionales, y consejos o cualquier tipo de ayuda (59,48,12).

El grupo con su apoyo puede constituirse en referente que facilite al individuo una mejor adaptación e integración en la realidad (65). Puede ser dado de diferentes formas: apoyo cognitivo (mediante la enseñanza de una técnica, dando consejos y/o orientaciones), apoyo emocional (permite creer que los demás se preocupan por uno), apoyo material (pudiendo recibir un instrumento o ayuda económica) y por último el apoyo llamado, aprendizaje vicario (aprende por la observación).

Con el apoyo social dentro de las estrategias grupales prevenimos o minimizamos el "estrés" laboral síndrome de burnout, al disminuir el agotamiento emocional, mejorar las actitudes negativas de la persona hacia los demás y engrandecer los sentimientos de realización personal en el trabajo.

En los programas de apoyo social podemos utilizar:

1. Programas de socialización anticipatorio (66,67). Actúan de forma preventiva más que a modo de tratamiento, e intentan que el choque con la realidad disminuya sus consecuencias negativas, mediante la experimentación anterior por el trabajador. Estos programas dan a los trabajadores una visión real del trabajo que van a desempeñar y así adquieran la destreza necesaria que les permita afrontar con éxito las dificultades que conlleva el puesto, pero evitando que se anule el deseo de trabajar. Es cierto que las organizaciones a la hora de introducir dichas prácticas se lo piensa por el miedo a perder profesionales e incluso suavizan o maquillan la realidad, lo que de alguna forma altera el espíritu de la técnica aplicada.

# 2. Programa de evaluación y retroinformación (66). Son aceptados mal por los trabajadores por esta percepción que tienen de la evaluación como juicio, aunque hay que explicar la función que tienen de retroinformación como parte de los programas de desarrollo organizacional. Su objetivo es dotar al individuo de capacidad de control voluntario sobre

ciertas actividades y procesos de tipo biológico. A partir de la medición de algunos procesos biológicos del individuo, se trata de proporcionar al interesado de una información continua, de manera que pueda ser interpretada y utilizada para adquirir control sobre el adiestramiento en el control voluntario de procesos en situaciones normales.

**3. Programa de desarrollo organizacional.** Los objetivos son mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una empresa mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaboradora (68).

### **Tipos** (69):

- Formación de equipos integrados por miembros de diferentes jerarquías o multiprofesionales.
- ◆ Enriquecimiento del puesto de trabajo.
- ♦ Reuniones de confrontación.
- ♦ Mejora en la relación interdepartamental.
- Promoción o activación del crecimiento y los cambios internos.

### Estrategias de la organización

Ante ciertos estresares las estrategias individuales de afrontamiento resultan ineficaces o sólo tienen una función paliativa, debido a que el trabajador tiene poco control sobre ellos, por lo que se hace necesario una intervención sobre el problema de nivel organizacional. Estas estrategias minimizan el "estrés" causado inicialmente por las condiciones de trabajo, y reducen o eliminan sus consecuencias negativas. Actuaciones:

- ◆ Cumplir los mínimos legales en cuanto a las condiciones medio-ambientales laborales en relación a los estresores identificados(70).
- ◆ Rediseñar del lugar de trabajo para disminuir la sobrecarga laboral (grupos de riesgo) (71).
- ◆ Clarificar las tomas de decisiones en la línea operativa de la organización (72).
- ♦ Mejorar los procesos de supervisión del proceso laboral (69).
- ◆ Estudiar la compatibilidad de capacidades y recursos de la persona con la tarea. (71).
- ♦ Mejorar las condiciones de trabajo (57).
- Diseñar la implantación y gestión de nuevas tecnologías mediante adquisición de conocimientos (72).

- ♦ Instaurar períodos sabáticos (29).
- ◆ Cambio de actividades de los profesionales y así evitar que estén en contacto necesariamente con los sujetos objeto de la atención (57).
- ◆ Mayor autonomía para el desarrollo de la tarea individual o por grupos (73).
- Aumentar la participación en la toma de decisiones (74).
- Establecer objetivos claros para los roles de los sujetos (54).
- Fijar líneas claras dirección y liderazgo permitiendo claridad de responsabilidades y feedback del desempeño de la tarea (48).
- ◆ Optimizar las redes de comunicación en la organización (69).
- ◆ Establecer planes de desarrollo de carrera ayudando a asegurar que el esfuerzo y la eficacia son recompensados (73).
- ◆ Aumento de recompensas a los trabajadores (75) (laborales, económicas, etc.).
- ◆ Aumento de recursos humanos y materiales permitiendo aliviar los procesos de trabajo (49).
- ◆ Promover reuniones multidisciplinares periódicamente (58).
- ♦ Formación de grupos de trabajo (59).
- ◆ Información de la función del trabajo desarrollado en la organización y el lugar que ocupa la persona (58).
- ◆ Flexibilidad laboral en horarios, turnos, etc., que no entren en conflicto con las responsabilidades no laborales (59) (vida social).
- ◆ Iniciar a través de la organización estrategias individuales (9,15) (técnicas de relajación y retroalimentación, fomentar la práctica de ejercicio físico, técnicas cognitivas y de autocontrol...) y grupales (65) (apoyo social...).
- ◆ Equipo de especialistas capaces de ofrecer ayuda para resolver problemas de carácter psicosomático y conductual (58).

### 2. Marco legal

El problema de salud "estrés" laboral (burnout) no tiene una legislación específica con la que se pueda trabajar. La primera referencia genérica en cuanto a la protección de la salud la encontramos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley

31/1995 de 8 de noviembre, reformada en la Ley 54/2003), para posteriormente ver el desarrollo de su espíritu en el Reglamento de los Servicios de Prevención (R.D. 39/1997 de 17 de enero, y R.D 780/1998 de 30 de abril que modifica el citado Reglamento).

Al tener el "estrés" laboral tan variados factores generadores, nos permite utilizar otras legislaciones más específicas situadas en campos con referencias comunes al proceso, caso del R.D. 486/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo; R.D. 488/1997 de 14 de abril, sobre trabajos con pantallas de visualización; R.D. 1215/1997 de 18 de julio, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.

La labor del médico del trabajo ante el problema de salud referenciado va más allá de la prevención y el tratamiento del mismo, ya que cada día con más frecuencia se le demanda informes técnicos al respecto para que sirvan como base a las sentencias emitidas por los Tribunales españoles. En principio la llegada de este problema a los Tribunales de Justicia tiene el fin de que el "estrés" laboral se reconozca como enfermedad profesional, situación que no puede darse como tal debido a que la legislación existente es anterior a la "aparición" de la enferme-

dad (R.D. 1995/1978 de 12 de mayo, que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la seguridad social y su posterior modificación reflejada en el R.D. 2821/1981 de 27 de noviembre, que modifica el párrafo 4º, punto 3º, apartado D). Su no reconocimiento como enfermedad profesional, provocan que las sentencias deriven en su aceptación como accidente de trabajo.

La jurisprudencia española manejada, aborda el problema desde hace relativamente escaso poco tiempo. Se pueden citar las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (76), las del Tribunal Superior de Justicia de Galicia Sala de lo Social (77,78), y las del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (79).

La Organización Internacional de los Trabajadores (O.I.T.) plantea:

"La lucha contra el estrés en el trabajo será uno de los grandes empeños que deberán acometer tanto los gobiernos como los empleadores y los sindicatos en los próximos años.

Las empresas que probablemente tengan más éxito en el futuro serán las que ayuden a los trabajadores a hacer frente al "estrés" y reacondicionen el lugar de trabajo para adaptarlo mejor a las aptitudes y aspiraciones humanas".

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Cano Vindel, A. ¿Qué es el estrés?. Estrés laboral.. www.ucm.es/info/seas/estrés lab/el estrés.htm. 2003.
- 2. Cox, T, Griffiths, A, Rial-González, E. Investigación sobre el estrés de origen laboral. http://agency.osha.eu.int/publications/reports. 2000.
- 3. Aparicio, JC. El estrés relacionado con el trabajo: un problema creciente.

http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/es/index\_6.htm. 2003.

- 4. Levi, L. ¿Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la sal de la vida o el beso de la muerte?. http://www.europa.eu.int/comm/employment\_social/h&s/pu blicat/pubintro en.htm. 2000.
- 5. Roberts, C. El acceso a la información de la Agencia sobre el estrés laboral. http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5es/index 4.htm. 2003.

- 6. VV.AA. IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Prevención, Trabajo y Salud, nº 8, I.N.S.H.T., Madrid, 2000
- 7. Canga Alonso, A, De la Roca Pascual, A, González Gutiérrez, J. Estudio sobre estrés laboral. Medicina y Seguridad del Trabajo, Madrid: I.N.M.S.T., 1997.
- 8. Di Martino, V. El estrés ocupacional: Un método preventivo. La prevención del estrés en el trabajo, Madrid INSHT,1996.
- 9. Selye, H. The stress of live, New York: McGraw Hill, 1956.
- 10. Valdés, N, Flores, T. Psicobiología del estrés, Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- 11. Lazarus, R, Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Ed: Martínez Roca, S.A., Barcelona, 1986.

- 12. Freudemberger, HJ. Staff burnout, Journal of Social Issues, 30:159-165, 1974.
- 13. Maslach, C, Jackson, SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press. 2<sup>a</sup>.ed., 1986
- 14. Sebastián García, O. Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas. I.N.S.H.T. Madrid. 2002.
- 15. D'Aurora, DL, Fimian, MJ. Dimensions of life and school stress experienced by young people, Psychology in the schools, 1988.
- 16. Cotton, DGH. Stress management: An integrated approach to therapy, New York: Brunner/Mazel. Inc., 1990.
- 17. Cherniss, C. The role of professional self\_efficacy in the etiology of burnout, Professional burnout: recent developments in theory and research, W.B. Schaufeli, T. Moret, C. Maslach (Eds.), Washington D.C.: Hemisphere, 1993.
- 18. Pines, A, Maslach, C. Characteristics of staff burnout in mental health settings; Hosp. Community. Psychiatry, 29(4):233. 237, 1978.
- 19. Farber, BA. Introduction: a critical perspective on burnout, Stress and Burnout in the Human Service Professions, B.A.Farber (Ed.), New York: Pergamon Press, 1985.
- 20. Daniel Vega, E, Pérez Urdániz, A. El síndrome de burnout en el médico, Salamanca: Smithkline Beecham, 1997.
- 21. Pines, AM. Burnout: an existential perspective, Professional burnout: Recent developments in the and research, W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), Washington DC: Hemisphere, 1993.
- 22. Broufrenbrenner, V. The ecology of human development, Boston: Harvard University Press, 1979.
- 23. Olabarria, B. El síndrome de burnout (quemado) o del cuidador descuidado, Ansiedad y estrés, 1:189-194, 1995.
- 24. Peterson, C, Maier, SF, Seligman, MEP. Learned Helplesness. A theory for the Age of Personal Control, Oxford University Press, 1993.
- 25. Sarata, BP. Employee satisfactions inagencies serving retarded persons, American Journal of Mental Deficiency, 79:434-482, 1975.
- 26. Yela, JR, Salgado, A, Delgado, AQP, Fuentes, J Sánchez, T, Sánchez, A, Velasco, C. El burnout o desgaste profesional: Estudio empírico en profesionales de educación primaria en la provincia de Salamanca, Salamanca: Fondo documental Caja de Ahorros de Salamanca y Soria, 1992.
- 27. Cherniss, C. Professional Burnout in Human Service Organizations, New York: Preager, 1980.

- 28. Lewy, R. Prevention strategies in hospital occupational medicine, Journal of Occupational Medicine, 24:445-451, 1981.
- 29. Daniel Vega, E, Pérez Urdániz, A, Fernández Canti, G. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médico de un hospital general. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca, [in folio], 1995.
- 30. Myers, I, McCaulley, HM. A guide to the development and use of the Myers-Briggs Tipe Indicator, Palo Alto. California: Consulting Psychological Press, 1985.
- 31. Cash, D. A study of the relationship of demographics, personality, and roles stress to burnout in intensive care unit nurses, Michigan: Bell and Howell, 1991.
- 32. Millon, T, Everly, GS. La personalidad y sus trastornos, Martínez Roca. Barcelona, 1985.
- 33. Gil-Mont, P, Peiró, JM<sup>a</sup>. Desgaste psíquico en el trabajo. El Síndrome de quemarse. Ed: Síntesis Psicología. Madrid, 1997.
- 34. Freudemberger, HJ. Women's burnout, London: Penguin books, 1985.
- 35. Gil-Monte, PR. El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna, [in folio], 1994.
- 36. Beensterboer, J, Baum, B. Burnout: Definitions and healtd care management, Social Work in the Health Care, 10(1):97-109, 1984.
- 37. Peiró, JM<sup>a</sup>, Salvador, A. Desencadenantes del estrés laboral, Madrid: Eudema, 1992.
- 38. Da Silva Sobral De Matos, H. Estudio del síndrome de Burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general, Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, [in folio], 1998.
- 39. Maslach, C. Understanding burnout: Definitional issues in analzing a complex phenomenon, Job, Stress and burnout, Bervely Hills. California: WS Paine. Sage publications, 1982.
- 40. Revicki, DA, May, HY. Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses, Behav Med., 15(1):30-36, 1989.
- 41. Golembiewski, RT, Munzenrider, RF, Stevenson, JG. Stress in organizations: Toward a phase model of burnout, New York: Praeger Publishers, 1986.
- 42. Siefert, K, Jayaratne, S, Chess, WA. Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers, Health Soc. Work, 16(3):193-202, 1991.

- 43. Gutek, BA, Repetti, RL, Silver, DL. Nonwork roles and stress at work, Causes, Coping and Consequences of Stress at Work, C.L. Cooper, R. Payne (Dirs.), Chichester: John Willey and Sons, 1988.
- 44. Aguayo González, F, Lama Ruiz, JR. Estrés ocupacional: una perspectiva ergonómica y su protección en el diseño organizacional, Mapfre Seguridad, 62:21-31, 1996.
- 45. Bacharach, SB, Bamberger, P, Conley, S. Work-home conflicts among nurses and engineera: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work, Journal of Organizational Behavior, 12(3):39-53, 1991.
- 46. Firt, H, Britton, P. Burnout, adsence and turnover amongst British nursing staff, Journal of Organizational Psychology, 62(1):55-59, 1989.
- 47. Elloy, DF, Everett, JE, Flynn, WR. An examination of the correlates of job involvement, Group and Organization Studies, 16(2):160-177, 1991.
- 48. Schwab, RL, Jackson, SE, Schuler, RS. Educator burnout: Sources and consequences, Educational Research Quarterly, 10(3):14-30, 1986.
- 49. Maslach, C. Burnout: The Cost of Caring, New York: Prentice-Hall Press, 1982.
- 50. Leiter, MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns, Journal of Organizational Behavior, 12(2):123-144, 1991.
- 51. Constable, FJ, Russell, DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses, Journal of Human Stress, 12:20-26, 1986
- 52. Phillips, JR. Faculty burnout, American Journal Nursing, 82(12):1525-1526, 1984.
- 53. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. El estrés relacionado con el trabajo. http://agency.osha.eu.int. 2003.
- 54. Reiner, HD, Hartshorne, TS. Job burnout and the school psychology, Psychology in the Schools, 19(4):508-512, 1982.
- 55. Lazarus, R, Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Ed: Martínez Roca, S.A., Barcelona, 1986.
- 56. Peiró, JMa, Salvador, A. Control del estrés laboral, Madrid: Eudema, 1993.
- 57. Zastrow, C. Understanding and preventing burn\_out, British Journal of Social Work, 14(2):141-155, 1984.
- 58. Orlowski, JP, Gulledge, AD. Critical care stress and burnout, Critical care Clinics, 2(1):173-181, 1986.

- 59. Bolle, JL. Supporting the deliverers of care: Strategies to support nurses and prevent burnout, The nursing clinics of North America, 23(4):843-850, 1998.
- 60. Glogow, E. Research note: Burnout and locus of control, Public Personnel Management, 15(1):79-83, 1986.
- 61. Kyriacou, C. Teacher stress and burnout: An international review, Educational Research, 29(2):146-152, 1987.
- 62. Ceslowitz, SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses, Journal of advanced nursing, 14(7):553-558, 1989.
- 63. Cano Vindel, A. Normas básicas para la prevención de problemas de ansiedad y estrés. http://www.ucm.es/info/seas/ta/preven/index.htm 2003
- 64. Radde, PO. Recognizing, reversing, and preventing hospital pharmacist burnout, American Journal of Hospital Pharmacy, 39(2):1161-1169, 1982.
- 65. Leiter, MP. Burnout as a function of communication patterns, Group and Organization Studies, 14(1):15-22, 1988.
- 66. Matteson, MT, Ivancevich, JM. Controlling Work Stress, Effective Human Resource and Management Startegies, San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- 67. Jackson, SE, Schuler, RS. Preventing employee burnout, Personnel, 60(2):25-31, 1983.
- 68. Beer, M. The technology of organization development, Handbook of Industrial and Organizational Psychology, 1976.
- 69. Huse, EF, Bowditch, JL. El comportamiento humano en la organización, Bilbao: Deusto, 1986
- 70. Fernández Rodríguez, JL. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral como estresores XII Reunión Científica Anual Ordinaria de la Sociedad Castellano Leonesa de Psiquiatría, León, 1994.
- 71. Fernández Rodríguez, JL. Carga mental, afrontamiento y burnout en trabajadores de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, de Burgos (antiguo INSERSO). Tesis doctoral. Universidad de Valladolid, 2001.
- 72. Salanova, M, Cifre, E, Martín, P. El proceso de "tecnoestrés" y estrategias para su prevención. Prevención, Trabajo y Salud, nº 2, 6-10. Madrid: I.N.S.H.T., 1999
- 73. Aber, JL. Social policy issues in the prevention of burnout: A case study, Stress and burnout in the human services professions, B.A. Farber (ed.), New York: Pergamon Press, 1983.
- 74. Fibkins, WL. Organizing helping settings to reduce burnout, Stress and burnout in the human services professions, B.A.Farber (ed.), New York: Pergamon Press, 1983.

## 78 JORGE LUIS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, IGNACIO ÁLVAREZ DE CIENFUEGOS GÁLVEZ, GUILLERMO DOMÉNECH MUÑIZ

- 75. Mingote Adan, JC. Síndrome de burnout: Síndrome de desgaste profesional, Monografías de psiquiatría, 5:1-10,1997.
- 76. Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, sentencia nº. 6244/2002 de 3.10.2002. Accidente de trabajo por suicidio motivado por una depresión mayor.
- 77. Tribunal Superior de Justicia de Galicia Sala de lo Social, sentencia 7.12.2001 nº. 5302/2001. Síndrome de burnout.
- 78. Tribunal Superior de Justicia de Galicia Sala de lo Social, sentencia 16-2-2001, rec. 125/2001. Síndrome de burnout
- 79. Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, sentencia de 2.11.199, nº 2662/1999, rec. 1320/1999. Agotamiento psíquico o burnout calificado como accidente de trabajo.

### ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA FRENTE A INMIGRACIÓN, PREJUBILACIONES Y EMPLEO FEMENINO

I. GALLEGO\*, \*\*, A. GARCÍA BARREIRO\*\*, J. MAQUEDA\*

(\*) Mutua Asepeyo.

(\*\*) Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III.

### RESUMEN

Contexto: El concepto de envejecimiento de la población trabajadora tiene poco desarrollo y es debatido porque puede verse afectado por condiciones tales como inmigración, integración laboral de la mujer, prejubilaciones, distribución del empleo por edad, escolarización y cifras de paro.

Objetivos: explorar las potenciales relaciones con inmigración, prejubilaciones y participación de la mujer en el mercado laboral, usando indicadores específicos de envejecimiento

Metodología: Se valora el peso de la población inmigrante sobre la población trabajadora calculando el efecto que produce sobre los índices de envejecimiento. Del mismo modo se calcula el envejecimiento bajo supuestos relacionados con prejubilaciones e incapacidad permanente. Se incluye también el análisis de la participación de la mujer en el empleo y su efecto sobre los índices de envejecimiento.

Resultados: La Inmigración sólo afecta el índice de juventud, por cuanto la población extranjera afiliada a la Seguridad Social con edad de 55 años ó más es muy pequeña, el efecto rejuvenecedor es de apenas 4,6 puntos. Si en los grupos más jóvenes la participación femenina en el empleo se igualara a la de los hombres el índice de juventud aumentaría 18 puntos, lo que significaría regresar a los índices de envejecimiento del año 1999, o dicho de otro modo, retrasar entre 3 y 4 años el avance del envejecimiento. Si no existieran prejubilaciones, los índices de menores y de jóvenes se mantendrían sin variaciones y cambiaría el índice de juventud, si los pre-jubilados estuvieran activos el índice de juventud sería menor, con una diferencia de 12 puntos, esto significa que la prejubilación tiene un efecto rejuvenecedor.

Discusión: La finalidad de este estudio no es proponer medidas para rejuvenecer la población trabajadora, estos tres fenómenos se discuten porque son el argumento más frecuente para quienes consideran que el fenómeno del envejecimiento se puede frenar. Si la menor participación de los jóvenes en el mercado laboral es una señal de desarrollo y mejores condiciones, no se puede pretender que jóvenes inmigrantes o mujeres ocupen esos espacios, lo deseable es que el mercado laboral alcance óptimos niveles de equidad para todos los grupos, sin discriminación por edad. La inmigración en los niveles actuales no tiene efectos rejuvenecedores de la población trabajadora. Las prejubilaciones rejuvenecen un poco a esta población, pero a un costo económico y social muy alto. La baja participación femenina en el empleo contribuye a aumentar al envejecimiento de la población trabajadora, se necesitan programas de estímulo a la natalidad y que el empleo se convierta en un factor positivo en la medida que permita la conciliación de la vida laboral y familiar tanto para los hombres como para las mujeres.

### PALABRAS CLAVES

Envejecimiento, población, inmigración, mujer, jubilación, natalidad.

#### **ABSTRACT**

Background: The idea of ageing of the workforce has little development, and it is debated because can be affected by conditions such as immigration, occupational integration of woman, early jubilation, distribution of employment by age, school progress and situations just as unemployment.

Aims: To explore the potentials relationships between aging and immigration, early jubilation and participation of the woman in the occupational population, using dedicated displays gives aging

Methods: We valued the weight of immigrant population on the working population and we calculated the effect in the aging index. Also we analyzed in the equal form the relation between aging and early jubilation and permanent inability. Finally It is included the analysis of the participation of the woman in the employment and their effect on the aging index.

Results: The Immigration only affects the youth index, because the affiliated foreign population to the Social Security with age gives 55 years or more is very small, the effect of rejuvenate is hardly of 4,6 points. If in the youngest groups the feminine participation in the employment was equal to men participation, then the youth index would increased in 18 points, what would mean to return to the indexes of the year 1999, or otherwise, to retard between 3 and 4 years the advance of the aging. In the case of didn't exist early jubilation, the smaller index and young index would stay without variations and only the index of youth was changed. If the early pensioner were active the index of youth would be smaller, with a difference de 12 points, this means that the early jubilation has effect of rejuvenate.

Conclusions: The purpose of this study it is not to propose measures to rejuvenate the working population, these three phenomena are discussed because they are the most frequent argument for those who consider that the phenomenon of the aging you can brake. If the smallest participation of the youths in the labor group it is a sign of development and better conditions, we cannot seek that youths immigrant or women occupy those spaces, the desirable thing is that the working population reaches optimums levels of justness for all the groups, without discrimination for age. The immigration in the current levels doesn't have rejuvena-te effect of working population. The early jubilations rejuvenates to this population a bit, but to an economic worth and social price very high. The feminine participation rate in the employment contributes to increase to the aging of the working population, programs are needed for stimulus to the natality and that the employment becomes a positive factor in the measure that allows the conciliation of the occupational life and family life, as much for the men as for the women.

### **KEY WORDS**

Aging, population, inmigration, women, jubilation, birthrate.

### INTRODUCCIÓN

En dos artículos preliminares se ha llevado a cabo el análisis del envejecimiento de la población trabajadora, en el primero se describen las condiciones generales de envejecimiento de la población y los cambios más notorios en la población trabajadora, en el segundo se construyen tres indicadores de envejecimiento a partir de las cifras de población ocupada. (Gallego, 2003), (García Barreiro, 2004), (INE, 2004), (MTAS, 2004-a).

Hasta el momento, se ha comprobado el desplazamiento de los grupos de mayor tamaño de la población activa hacia los grupos de edad intermedia. Pierden protagonismos los menores de 25 años de edad y hay concentración de trabajadores en el grupo de 25 a 54 años de edad. Al mismo tiempo crece lentamente, pero de forma sostenida, el grupo de 55 años y más. (García Barreiro, 2004).

El índice de menores valora la situación de los trabajadores menores de 20 años de edad. El índice de jóvenes se concentra en el grupo de 20 a 24 años de edad. Ambos índices comparan el grupo específico con el de 25 a 54 años de edad. En el índice de juventud se relacionan los menores de 25 años con el grupo de 55 años y más.

El índice de menores es el que experimenta un cambio de mayor magnitud entre los años 1980 y 2003. Le sigue el índice de jóvenes con un cambio moderado. En tanto el índice de juventud tiene fluctuaciones a lo largo del tiempo y un descenso leve, en las cifras globales a nivel país. Por Comunidades Autónomas las más envejecidas ven alterados los valores de todos los índices y las menos envejecidas sólo aprecian cambios en el índice de menores.

El comportamiento es el esperado, en cuanto a distribución de los indicadores y la tendencia en el tiempo, pero el nivel actual de envejecimiento está por encima de las previsiones.

Los dos primeros indicadores son los que con mayor precisión describen las condiciones de envejecimiento de las Comunidades Autónomas, el tercer indicador sólo en los años más recientes ha empezado a cambiar y se espera una evolución bastante acelerada en la próxima década, en la que, con base en las proyecciones de población, se espera crecimiento del grupo del grupo de 55 años de edad ó más y con base en los supuestos de variación en el empleo y aplicación de las políticas de envejecimiento activo se puede esperar que mejore su participación en la población ocupada.

De momento bastaría con utilizar los índices de menores y de jóvenes para describir el cambio, sin embargo, en las Comunidades Autónomas más envejecidas el índice de juventud muestra cambios importantes.

Los índices de envejecimiento de la población trabajadora han mostrado ser útiles para llevar a cabo comparaciones, sobretodo cuando no se dispone de distribución por edad, por ejemplo en las series temporales de siniestralidad laboral, mortalidad o incapacidad temporal por contingencias comunes. (García Barreiro, 2004).

En este trabajo la búsqueda está orientada hacia los cambios que sufren estos indicadores en función de otras variables, que se consideran condicionantes del envejecimiento de la población trabajadora y sobre las que no está claro si son factores de confusión o determinantes de este cambio demográfico.

Aclarar el peso relativo de estas variables (inmigración, prejubilaciones y empleo de la mujer) en la situación de envejecimiento de la población trabajadora no sólo deja la vía libre para nuevos proyectos de investigación sino que permite avanzar en la comprensión del fenómeno y orientar la interpretación del resultado en cuanto a necesidad o no de acciones en salud laboral.

La inmigración tiene un pequeño efecto rejuvenecedor, que se evidencia en el cambio en el índice de juventud, cuando se calcula con y sin inmigrantes. Aunque la inmigración creciera difícilmente tendría un efecto rejuvenecedor específico y tampoco es lo deseable si se interpreta el envejecimiento de la población trabajadora como indicador de desarrollo y se buscan opciones para aumentar la equidad entre los trabajadores independiente de su origen. (INE, 2004).

La magnitud de la inmigración actual retrasaría, cuando más, en un año el envejecimiento de la población trabajadora, estimada a partir de los cambios en el índice de juventud.

Cuando se afirma que la inmigración no puede orientarse como factor de rejuvenecimiento nos referimos a que reconstruir artificiosamente la población trabajadora puede significar el traslado del riesgo laboral a colectivos más desprotegidos y sobretodo aumentar el tiempo de exposición puesto que si ingresan ahora jóvenes y mantienen esperanza de vida laboral del España estarán expuestos durante más tiempo a los factores de riesgo laboral. (MTAS, 2002).

El efecto de rejuvenecimiento por prejubilaciones se hace evidente en el índice de juventud, los otros indicadores no cambian. El efecto es pequeño. Las prejubilaciones son una medida contraproducente y atentan contra la equidad, el desarrollo económico, el envejecimiento activo y la estabilidad del sistema de pensiones, significan un costo económico y social muy alto. (CE, 2004-a).

Las prejubilaciones como medida para rejuvenecer la población laboral tienen impacto negativo puesto que se está desperdiciando la experiencia, conocimiento, madurez y productividad de un colectivo de trabajadores que puede mantenerse activo y desequilibrar menos el sistema de pensiones ya de por si en riesgo.

Las prejubilaciones no son medidas utilizadas para rejuvenecer la población ocupada, su origen es económico y multifactorial.

Desde el punto de vista individual se atenta contra la equidad en el empleo y se resta a las personas posibilidades de permanecer activas.

Si los jubilados menores de 65 años aún hicieran parte de la población activa el nivel de envejecimiento sería mayor y podría asimilarse al esperado para uno o dos años más tarde. (MTAS, 2004-a), (MTAS, 2004-b).

La baja participación de la mujer en la población ocupada contribuye al aumento del envejecimiento de la población trabajadora. Si aumentara la participación femenina en el empleo se produciría un efecto rejuvenecedor.

Sin embargo no puede interpretarse como una solución ni como una medida oportunista, el empleo femenino debe garantizarse como en el resto de los colectivos con equidad en el mercado laboral, en condiciones que estimulen la natalidad y favorezcan la conciliación de la vida familiar y laboral situación que no excluye a los hombres de este mismo derecho.

Aprovechar el aumento de la participación femenina en el empleo como una medida rejuvenecedora puede ser contraproducente si el trabajo, como hasta ahora, ha sido un factor que estimula poco la maternidad. También hay que reflexionar sobre la exposición de las trabajadoras a potenciales efectos nocivos para la fecundidad y para la reproducción. (CE, 2004-b).

Si la participación de las mujeres más jóvenes en la población empleada estuviera equiparada a la de los hombre de su misma edad el envejecimiento sería menor que el actual y se podrían tener valores similares a los que se tuvieron cinco años atrás.

Resumiendo, la inmigración rejuvenece de forma mínima y no puede esperarse que aumente su capacidad en este sentido. Las prejubilaciones rejuvenecen pero son una medida con gran impacto negativo para la sociedad y para los trabajadores. La baja participación de la mujer en la población ocupada contribuye a aumentar el envejecimiento de la población trabajadora.

Conocida la situación de envejecimiento de la población trabajadora y desmitificados estos factores, deja el camino libre para concentrar los esfuerzos en entender mejor el envejecimiento y su evolución en el tiempo, para evitar que se convierta en un problema que atente contra la salud de los trabajadores. (Ilmarinen, 2002), (Shactman, 2000).

En el estudio del envejecimiento hay que reiterar que puede seguir juzgándose a los mayores o más maduros con los mismos criterios del pasado, si se vive más no puede producirse el mismo nivel de deterioro que cuando la expectativa de vida era más corta, se necesita mayor reflexión sobre el tema e incluso redefinir la idea de vejez. Mientras no se alcance este objetivo dificilmente podrá entenderse el camino a seguir y de momento no parece ser el rejuvenecimiento con medidas externas que pongan en riesgo a los colectivos más vulnerables. (MTAS, 2002), (CE, 2004-B).

### METODOLOGÍA

Se lleva a cabo el seguimiento de las poblaciones en edad de trabajar, activa y ocupada, tanto nativa como extranjera, entre los años 1980 y 2003, por Comunidades Autónomas y por género.

Se identifican las regiones con mayores índices de envejecimiento utilizando los indicadores de envejecimiento de la población trabajadora.

Se estudian condiciones actuales de inmigración, participación femenina en el empleo y prejubilaciones para conocer el peso como factores contribuyentes al envejecimiento o a rejuvenecer la población trabajadora.

Para los inmigrantes, jubilaciones anticipadas y pensiones por incapacidad permanente, se dispone de información desde el año 1999.

### FUENTES DE INFORMACIÓN

- ◆ Censos y proyecciones intercensales (INE, 2004).
- Encuesta de Población Activa, 4º Trimestre de cada año (INE, 2004).
- ◆ Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales (MTAS, 2004-a).
- ◆ Encuesta de Coyuntura Laboral (MTAS, 2004-b).
- Permisos de Trabajo a Extranjeros (MTAS, 2004-a).
- ◆ Jubilaciones y Pensiones (MTAS, 2004-a).

### INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO

Se proponen usas tres indicadores, construidos así:

- ◆ Índice de menores: número de personas de 16 a 19 años de edad, en la población ocupada, por cada 100 personas de 25 a 54 años de edad en esa misma población.
- ◆ Índice de jóvenes: número de personas de 20 a 24 años de edad, en la población ocupada, por cada 100 personas de 25 a 54 años de edad en esa misma población.
- Indice de juventud: número de personas menores de 25 años de edad, en la población ocupada, por cada 100 personas de 55 años de edad o más en esa misma población.

Su interpretación: a menor valor del indicador, mayores condiciones de envejecimiento.

### RESULTADOS

### INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

### Índice de menores

Ha cambiado entre el año 1980 y el 2003. A nivel nacional pasó de ser 9,23 a 2,28, esto significa que en la actualidad por cada cien trabajadores de 25 a 54 años sólo hay 2 de 16 a 19 años de edad. Las Comunidades Autónomas con menores valores en el año 2003 son Asturias y País Vasco, Comunidades que no alcanzan ni siquiera un trabajador menor de 20 años por cada 100 trabajadores de 25 a 54 años (Asturias 0.9 y País Vasco 0,92). Les siguen Navarra (índice de 1,12), Castilla y León (1,32) y Aragón (1,5).

### Índice de jóvenes

El cambio en este indicador es menos dramático que en el anterior, pero también muy importante. En el nivel nacional hay disminución de 5,3 puntos entre los años 1980 y 2003. En 1980 había 15,8 trabajadores de 20 a 24 años por cada 100 trabajadores de 25 a 54 años y en el año 2003 10,5. Las Comunidades Autónomas con menores valores para este indicador en el año 2003 son País Vasco (8,36), Asturias (8,73), Castilla y León (8,73), Navarra (8,99), todas ellas con menos de 9 trabajadores de 20 a 24 por cada 100 de 25 a 54 años de edad.

### Índice de juventud

Entre los años 1980 y 2003, desde 105 trabajadores menores de 25 años por cada cien de 55 y más años de edad, se ha pasado a tener 92. Por Comunidades Autónomas los menores valores son los de Aragón (67,43), Galicia (68,17), Asturias (68,36) y Castilla y León (69,53), con valores menores de 70, en el año 2003.

Los dos primeros indicadores muestran tendencia claramente descendente, que se corresponden con el análisis por subgrupos de edad

El último indicador que relaciona los dos grupos extremos de la población trabajadora es menos específico, excepto en las comunidades autónomas más envejecidas, en las que la tendencia si es claramente descendente.

### FACTORES QUE PUEDEN INCIDIR SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

### Inmigración

La población inmigrante en el año 1999 era el 2% de la población en edad de trabajar y para el año 2003 ha crecido hasta el 6%. Hay más hombres que mujeres con permiso de trabajo y afiliación a la Seguridad Social. Los grupos quinquenales de edad con mayor concentración de trabajadores son los de 25 a 29 y 30 a 34 años.

Los valores de los índices de envejecimiento, en el año 2003, para la población trabajadora extranjera son: índice de menores 1,75 (En España el valor total para ese año es de 2,28), el índice de jóvenes es de trece, frente a 10,5 de España y el índice de juventud es de 336 frente a 92 de España.

El grupo de 55 años y más afiliado a la Seguridad Social, entre los extranjeros es 3,7% sobre el total,

mientras en España es el 10,9% de la población ocupada.

Si se calculan los indicadores de envejecimiento de la población trabajadora excluyendo a los inmigrantes, para conocer su peso en este fenómeno, se encuentra que su efecto es prácticamente nulo para los índices de menores y de jóvenes.

El índice de menores aumentaría en tres centésimas en el año 2003, si los inmigrantes no estuvieran presentes en la población ocupada, lo que significa que en lugar de aminorar el problema de envejecimiento lo está aumentando, pero en una magnitud muy pequeña. Si sólo contásemos con este indicador tendríamos que afirmar que los inmigrantes no contribuyen al rejuvenecimiento de la población.

El índice de jóvenes disminuiría en 15 centésimas sin los inmigrantes, en el año 2003, este es el efecto rejuvenecedor de los inmigrantes, con base en este indicador.

En el índice de juventud el efecto es mayor porque la cantidad de inmigrantes afiliados a la seguridad social por encima de 55 años de edad es muy

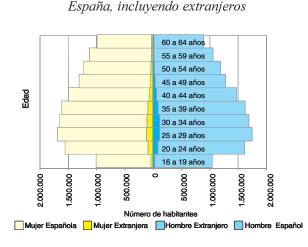
bajo. Sin los inmigrantes el índice bajaría 4,6 puntos en el año 2003. Estas cifras aumentarían un poco la pendiente de este indicador, pero no cambian la tendencia. Este es el segundo efecto rejuvenecedor, pero su magnitud es baja, como en el indicador anterior.

En la figura 1 aparece la pirámide de población en edad de trabajar del año 2001, señalando el peso que tienen los inmigrantes extranjeros en los distintos grupos de edad. En el lado derecho aparece la ampliación de la pirámide de población de los extranjeros. Es evidente la escasa participación en los grupos extremos de edad y el peso que tienen en los grupos centrales. (Figura 1)

La cantidad de inmigrantes en la población trabajadora, aunque ha ido creciendo, se mantiene en niveles bajos y no alcanza a transformar su estructura por edad.

Los inmigrantes tienen un peso relativo más alto en el grupo de 20 a 24 años, no porque en ese grupo estén congregados la mayoría de los extranjeros sino porque ese grupo se ha ido haciendo muy pequeño, como ya se comentó. (tabla 1).

Figura 1.
Pirámide de Población en Edad de Trabajar. España, 2001. Datos fuente: (MTAS, 2004-A), (INE, 2004)



Ampliación de la pirámide de Inmigrantes

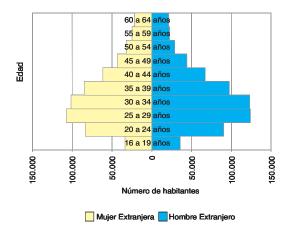
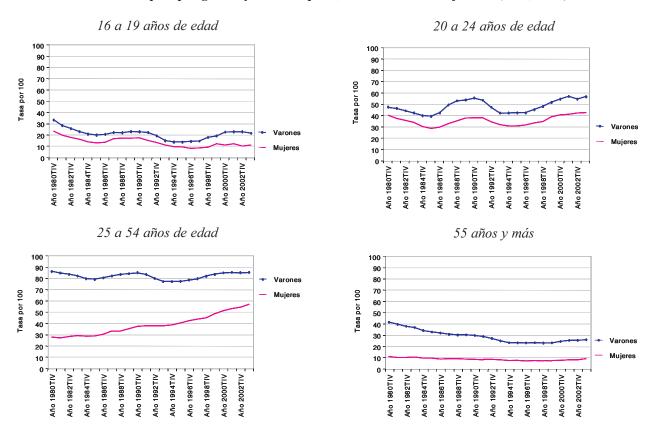


Tabla 1. Participación porcentual de extranjeros (afiliados a la seguridad social) en la población ocupada. España, 1999-2003

Sexo	Edad	Porcentaje de extranjeros en la Población Activa									
Sexu	Edad	Año 1999	Año 1999   Año 2000   Año 2001		Año 2002	Año 2003					
Ambos sexos	Total	2%	3%	4%	5%	6%					
Ambos sexos	16-19 años	2%	2%	3%	4%	5%					
Ambos sexos	20-24 años	2%	3%	4%	6%	7%					
Ambos sexos	25-54 años	3%	3%	4%	5%	6%					
Ambos sexos	55 y más años	1%	1%	1%	2%	2%					
Varones	Total	2%	3%	4%	5%	6%					
Varones	16-19 años	2%	2%	3%	4%	4%					
Varones	20-24 años	3%	3%	5%	7%	8%					
Varones	25-54 años	3%	3%	4%	5%	6%					
Varones	55 y más años	1%	1%	1%	2%	2%					
Mujeres	Total	2%	3%	3%	4%	5%					
Mujeres	16-19 años	2%	2%	3%	3%	5%					
Mujeres	20-24 años	2%	3%	4%	6%	7%					
Mujeres	25-54 años	2%	3%	3%	5%	5%					
Mujeres	55 y más años	1%	1%	2%	2%	2%					

Figura 2
Tasas de empleo por género y edad. España, 1980-2003. Datos fuente: (INE; 2004)



### Vinculación de la mujer al trabajo

La participación de la mujer en la población ocupada ha crecido entre los años 1980 y 2003 de forma importante. Sin embargo, la diferencia entre hombres y mujeres sigue siendo grande, el cambio de mayor magnitud ha ocurrido en el grupo de 25 a 54 años de edad. (Figura 2).

En el grupo de 16 a 19 años ha disminuido la tasa de empleo en ambos géneros. En el de 20 a 24 años ha habido fluctuaciones en el tiempo, las tasas femeninas actuales son muy similares a las de principios de los 80 y aumentó la diferencia entre hombres y mujeres. En el grupo de 25 a 54 años de edad hay crecimiento importante de la tasa. En el de 55 años de edad y más las mujeres mantienen las tasas de empleo estables y los varones han disminuido.

En cifras absolutas, para la población ocupada de 16 a 19 años de edad, las diferencias entre hombres y mujeres son grandes. La disminución de la población ocupada masculina de este grupo de edad, en números absolutos es de 53% entre los años 1980 y 2003. La población femenina ocupada de la misma edad y en el mismo período disminuye 66%.

La tasa de empleo en el 2003 es de 21,83 por cien activos en hombres y 11,28 en mujeres, en el cuarto trimestre.

El descenso en la tasa de empleo masculina para el grupo de 16 a 19 años de edad entre los años 1980 y 2003 es de 11.73 puntos en la tasa por 100 trabajadores. En el cuarto trimestre de 1980 era 33,56 por 100 trabajadores activos. En las mujeres, el descenso es de 12,3 puntos, en 1980 era de de 23,6 por 100 trabajadoras activos.

Entre hombres y mujeres en número absoluto de personas ocupadas, de 20 a 24 años de edad, es mayor en el año 2003 que en 1980. En 1980 era de 107300 personas y en 2003 es de 225300. En tasas la diferencia era de 7 puntos en 1980 y de 14 en el año 2003, así, las tasas de empleo para los varones de esta edad en el año 1980 eran de 47 por 100 activos y para las mujeres de 40. En el año 2003 esos valores son de 56,3 y 42,4, respectivamente. Situación que puede explicarse por la mayor escolarización femenina y en menor medida por la maternidad, aunque la edad de la madre al nacimiento del primer hijo está por encima de esta. La media era de 25,1 años en 1980 y 29,1 años en el 2001, para la edad de la madre al nacimiento del primer hijo.

En la población ocupada de 25 a 54 años la dife-

rencia entre hombres y mujeres en números absolutos ha disminuido entre los años 1980 y 2003. En el año 1980 había 5,9 millones de hombres trabajando y 1,9 millones de mujeres. En el 2003 la cantidad de hombres trabajando ascendía a 8 millones y la de mujeres a 5,3 millones.

En tasas de empleo, los hombres de 25 a 54 años de edad, en el año 1980 tenían una tasa de 86,9 por 100 y las mujeres de 28,4 por 100 activos. En el año 2003 estas tasas eran de 86 para hombres y 57,6 para mujeres.

En resumen, hay diferencia por género en la población ocupada de todos los grupos de edad, con menores tasas de empleo para las mujeres.

Si en los grupos más jóvenes la participación femenina en el empleo se igualara a la de los hombres, el índice de menores estaría un punto por encima del actual y el índice de jóvenes 1,7 puntos por encima, en tanto que el índice de juventud aumentaría 18 puntos, lo que significa regresar a los índices de envejecimiento del año 1999, o dicho de otro modo, retrasar entre 3 y 4 años el avance del envejecimiento.

Si en los grupos más jóvenes la participación femenina en el empleo se igualara a la de los hombres y bajara la tasa de paro de los grupos más jóvenes en 10 puntos, los índices de menores, jóvenes y juventud aumentarían en 2,2 puntos, 3,9 puntos y 43,6 puntos, respectivamente. Esto nos regresaría a los índices de envejecimiento del año 1993.

### Jubilación anticipada y pensiones

En el año 2002 las jubilaciones de personas menores de 60 años ascendían a 14400 y las del grupo de 60 a 64 años a 244700. Los jubilados menores de 65 años equivalen a 1,6% de la población ocupada.

Los jubilados varones, menores de 65 años de edad, ascienden a 208600 y equivalen a 2,1% de la población masculina ocupada. Las mujeres jubiladas, menores de 65 años de edad son 50500 y representan el 0,8% de la población femenina empleada, en el año 2002.

Si no existieran prejubilaciones, los índices de menores y de jóvenes se mantendrían sin variaciones, lo que significa que este indicador tiene un impacto muy pequeño sobre el envejecimiento de la población trabajadora.

El que si podría cambiar sería el índice de juventud. Si los pre-jubilados estuvieran activos el índice de juventud sería menor, con una diferencia de 12 puntos, esto significa que la prejubilación tiene un efecto rejuvenecedor. Sólo afecta uno de los indicadores.

Los expedientes de regulación de empleo han bajado paulatinamente, de 14777 expedientes en el año 1994, se pasó a 7611 en 1995 y a partir de esa fecha han disminuido hasta llegar a 4698 en el año 2003, esto no significa que los trabajadores afectados hayan disminuido en la misma forma, los 14777 expedientes del año 1994 comprometieron a 272784 trabajadores y los 4884 del año 2001 comprometieron a 132313 trabajadores.

En el año 2002, hubo 4819 expedientes de regulación de empleo, de los cuales se aprobaron 4474, que comprometían a un total de 71643 trabajadores. Para ese mismo año las altas por jubilación en menores de 65 años ascienden a 71077, cifra que equivale a 0,4% de la población ocupada.

Las pensiones por incapacidad permanente en el año 2002 ascienden a 795000, de las cuales 752100 son en personas menores de 65 años de edad. Por edad, 0,3% en menores de 25 años, 43,3% en personas de 25 a 54 años de edad y 56,5 en personas de 55 años de edad ó más.

La cifra de pensionados por incapacidad permanente es equivalente a 4,9% de la población ocupada. Las altas del año 2002 fueron 79853, lo que significa el 10% de los incapacitados permanentes totales.

Si los incapacitados permanentes no lo fueran y formaran parte de la población activa, el índice de juventud sería 18 puntos menos que el calculado para el año 2002. Esto significa que los incapacitados con edad superior a los 55 años han aminorado el efecto del envejecimiento de la población trabajadora.

### **DISCUSIÓN**

Las Comunidades con mayores niveles de envejecimiento de la población laboral son Asturias, País Vasco, Navarra, Castilla y León y Aragón.

La poca participación de los más jóvenes en las actividades productivas puede convertirse en una situación deseable, que se asimila a otros momentos históricos en los que se limitó el trabajo para los niños en los países desarrollados. Lamentablemente

en otros países y regiones ese objetivo no se ha alcanzado y por eso puede parecer exagerado que el desarrollo lleve a la protección de los adolescentes y adultos más jóvenes, procurando mayores niveles de escolarización y menor participación en el empleo. (CE, 2004-a), (Jacobzone, 2000).

La inmigración incide muy poco sobre el envejecimiento de la población trabajadora, su participación porcentual en la población trabajadora es pequeña y se mantiene en niveles más bajos cuanto menor es la edad. Si se optara por interpretar el envejecimiento como un problema en salud laboral o para la economía, la inmigración tendría que canalizarse de la manera más adecuada a las necesidades de cada región, tendría que llevarse a cabo posiblemente una redistribución geográfica y favorecer la migración interna, entre Comunidades. (MTAS, 2002).

La participación de la mujer en el trabajo sigue siendo muy baja. El crecimiento del contingente de trabajadores ocupados podría rejuvenecerse si la participación de las mujeres jóvenes fuera mayor. De todos modos, no puede interpretarse la necesidad de participación sólo como un factor rejuvenecedor, la participación de la mujer en la vida productiva es conveniente y necesaria para alcanzar mejores niveles de desarrollo social. La forma como la mujer se ha venido incorporando al empleo remunerado no parece ser estimulante de la natalidad, cuando mejoran las tasas de empleo aumenta la edad media a la maternidad, la edad de la mujer al nacimiento del primer hijo y la edad de la mujer al primer matrimonio. (CE, 2004-b).

El aumento de la participación de las mujeres en el empleo, debe llevarse a cabo en condiciones que pueda estimularse la maternidad y conciliar la vida familiar y laboral. Esto puede lograrse con jornadas parciales, mejora en el ingreso, disminución de los riesgos laborales y estímulos especiales que le garanticen estabilidad económica, seguridad y oportunidades. (CE, 2004-b).

Esto no significa que la conciliación entre la vida familiar y laboral sea patrimonio exclusivo de las mujeres, es necesaria para hombres y para mujeres, del mismo modo que las mejoras para ambos géneros en el mercado laboral son fundamentales para la estabilidad de la familia y de ese modo pueden actuar como condiciones positivas para la natalidad. (CE, 2004-b).

La Comunidades Autónomas con mayores tasas de participación femenina en el empleo son Baleares, Cataluña, Madrid y Navarra, sin detrimento del empleo masculino, puesto que también tienen tasas altas de empleo para los varones. Las diferencias más pequeñas en tasa de empleo entre varones y mujeres son las de País Vasco y Navarra, también son pequeñas las diferencias entre hombres y mujeres en Galicia, pero para tasas más bajas de empleo. Sin embargo, todavía siguen existiendo más de 20 puntos de diferencia por género.

Si la reorganización de la vida es una señal de desarrollo y mejores condiciones, no se puede pretender que jóvenes inmigrantes o mujeres ocupen esos espacios, lo deseable es que el mercado laboral alcance mejores niveles de equidad para todos los grupos, sin discriminación por edad.

La jubilación anticipada altera muy poco los niveles de envejecimientos, principalmente por su magnitud. Las prejubilaciones como medida para rejuvenecer la población laboral tienen impacto negativo puesto que se está desperdiciando la experiencia, conocimiento, madurez y productividad de un colectivo de trabajadores que pueden mantenerse activos y desequilibrar menos el sistema pensional ya de por si en riesgo. Afectan económicamente al sistema productivo y contradicen las propuestas de la Unión Europea sobre envejecimiento activo. (CE, 2004-a)

### BIBLIOGRAFÍA

- 1. Comisión de las Comunidades Europeas CE (2004-a) Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad y retrasar su salida del mercado de trabajo. Bruselas, 3.3.2004. COM (2004) 146 final.
- 2. Comisión de las Comunidades Europeas CE (2004-b) Informe de la Comisión Europea al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, sobre la igualdad entre mujeres y hombres. Informe de 2004. Comisión Europea.
- 3. Gallego MI, García-Barreiro A, Maqueda J. (2003) Envejecimiento en España: ¿Afecta a la población trabajadora?. Medicina y Seguridad en el Trabajo, 2003; 193:15-21
- García Barreiro A, Gallego I, Maqueda J. (2004) Índices de Envejecimiento de la Población Trabajadora Española. En prensa.
- 5. Ilmarinen J. (2002) Challenges of the aging of the workforce in the European Union. Work in the Global Village. People and work. Finnish Institute of Occupational health, Helsinki, Research Reports, 2002; 49: 57-63

Aunque los tres factores que se discuten en este documento tienen relación con el nivel de envejecimiento de la población trabajadora, la participación de la mujer en el mercado laboral es el que produce efecto de mayor magnitud y profundiza la situación de envejecimiento.

Conocer el limitado efecto de estos factores sobre el envejecimiento de la población trabajadora aclara el panorama en cuanto que no son los factores centrales que explican el cambio ni tampoco son los que puedan cambiar la tendencia a futuro.

En las hipótesis sobre la evolución futura del envejecimiento pueden entrar como factores de confusión pero no como explicativos o potenciales transformadores de la situación. Su efecto es muy limitado.

Conocida la situación de envejecimiento de la población trabajadora y desmitificados estos factores, la inquietud sigue estando en las adaptaciones necesarias para garantizar la salud de los trabajadores, para que el envejecimiento no se convierta en un problema. Y, posiblemente la mejor respuesta sea el propósito de la salud laboral, hay que garantizar condiciones óptimas y calidad de vida en el trabajo para minimizar los riesgos, con equidad, por género, edad y procedencia. El envejecimiento de la población trabajadora no es en si mismo un problema.

- 6. INE (2004) Encuesta de población activa. Instituto Nacional de Estadística. Inebase. Sociedad, Mercado Laboral, Encuesta de población activa. Principales resultados nacionales, autonómicos y provinciales (desde trimestre 3/1976 hasta el último publicado). http://www.ine.es
- 7. Jacobzone S. (2000) Coping with aging: international challenges. Health Affairs, May/June 2000; 19(3): 213-225.
- 8. MTAS (2002) Anuario de Migraciones 2002. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
- MTAS (2004-a). Información Estadística. Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Ediciones 1998 a 2002. http://www.mtas.es/ estadisticas/ Inicioa01.htm
- 10. MTAS (2004-b) Encuesta de Coyuntura Laboral. Monografías 1999-2004. http://www.mtas.es/estadisticas/ECL/Welcome.htm
- 11. Shactman D, Altman SH. (2000) The United States confronts the policy dilemmas of an aging society. Health Affairs, May/June 2000; 19(3): 252-258.

## CASOS CLÍNICOS

### ÍNDICE

A propósito de un caso de incapacidad temporal psiquiátrica en la	
Administración General del Estado. Gregorio Gil López, Alberto Polo de	
Amirola, Itzíar Beúnza Apezteguía	91-94

### CASO CLÍNICO

### A PROPÓSITO DE UN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PSIQUIÁTRICA EN LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

GREGORIO GIL LÓPEZ\*

ALBERTO POLO DE AMIROLA\*

ITZIAR BEUNZA APEZTEGUÍA\*\*

\*Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Gabinete Médico. Ministerio de la Presidencia.

\*\*Médico Especialista en Medicina del Trabajo

### JUSTIFICACIÓN DEL CASO

El caso que se presenta, quiere destacar una serie de aspectos que habitualmente se observan en la atención a los pacientes psiquiátricos en el medio laboral en general y en la Administración Pública en particular.. El fin último que se pretende al presentar este caso, es intentar mejorar la atención a este tipo de enfermos, desde un punto de vista clínico-laboral y conseguir con ello que los aspectos preventivos en Vigilancia de la Salud, logren una adecuada gestión de los Servicios de Prevención en la Administración Pública en un aspecto tan importante y de actualidad como son los pacientes psiquiátricos.

Entre las características que nos encontramos en este tipo de pacientes, destacamos:

- · Dificultad en el manejo de este tipo de enfermos en el medio laboral.
- · Al no tener (mayoritariamente) conciencia de enfermedad, acuden a trabajar en muchas ocasiones sin estar en condiciones para ello.
- · Frecuentemente con este tipo de enfermos, se altera la convivencia laboral entre ellos y el resto de trabajadores.
- · También se observa que en los trabajadores adscritos al régimen de MUFACE, el abordaje clínicolaboral es peor que en los que están en el Régimen General de la SS.
- · Dificultad en muchas ocasiones para cambio de puesto de trabajo, por parte de Recursos Humanos (RRHH).

- · Desconocimiento por parte del médico psiquiatra de las posibilidades reales en cuanto a la aptitud laboral, del paciente.
- · En no pocas ocasiones se prefiere no afrontar directamente el problema y dejarlo en "vía muerta" con la nula resolución del caso.
- · Se aprecia también una falta de comunicación importante entre los Servicios de Prevención (Vigilancia de la Salud) correspondiente, Atención Primaria, Atención Especializada y Equipos de Valoración del Instituto Nacional Seguridad Social (INSS).

### ATENCIÓN SANITARIA A FUNCIONARIOS

En aquellos funcionarios que eligen entidad colaboradora para su asistencia sanitaria en lugar de que dicha prestación se la proporcione el INSS, nos encontramos con una serie de peculiaridades en dicha prestación, que aunque sin poner en entredicho las ventajas de este sistema de asistencia para el funcionario, y reconociendo las mejoras introducidas en la Orden APU/2210/2003 (BOE 05-08-2003), si que van a ocasionar en muchos casos, distorsiones a la hora de poder realizar un seguimiento en determinados pacientes y en mayor medida en el paciente psiquiátrico.

Las dificultades que encontramos en estos pacientes se pueden resumir en:

1. Existe la posibilidad de obtener la Incapacidad Temporal (IT) por parte de distintos profesionales dentro del cuadro asistencial de la entidad correspondiente.

- 2. Posibilidad de que dicha I.T le sea proporcionada al trabajador en distintas provincias lo que dificulta el seguimiento clínico.
- 3. Al no tener un médico de familia de referencia, en el caso de I.T, se hace más difícil realizar un control efectivo del paciente.
- 4. Para estos trabajadores, no existe un sistema de inspección como el del INSS.
- 5. Se complica más todo lo anterior, cuando el alta de su proceso patológico, puede serle proporcionada por un facultativo distinto al que le prescribió la I.T.
- 6. También existe la posibilidad de que el órgano de personal correspondiente, pueda o no, otorgar la licencia por enfermedad.

### CASO PRÁCTICO

Se trata de una mujer de 43 años, funcionaria de la Administración General del Estado, con una antigüedad de 23 años. La asistencia sanitaria corre a cargo de una entidad colaboradora de MUFACE. Pertenece al Cuerpo General Administrativo con 10 años en su puesto de trabajo actual.

No antecedentes familiares de interés.

Entre sus antecedentes personales destacan los siguientes datos psiquiátricos:

- · "Trastorno mental por trastorno de personalidad de etiología idiopática" con una minusvalía reconocida superior al 40%.
  - · Internamiento judicial involuntario.
- · Desde finales de 1999 hasta octubre de 2003, ha estado 510 días en situación de I.T por "ansiedad-depresión".
  - · No seguimiento, ni control por parte de psiquiatra.

En la enfermedad actual, a través de distintas fuentes de información, como son sus superiores jerárquicos, compañeros de trabajo y servicio médico, se obtienen los siguientes datos:

- · Alteraciones del comportamiento. Amenazas verbales.
- · Vestimenta extravagante e inadecuada a la época del año.
  - · Comportamiento histriónico.

- · Descenso claro en rendimiento laboral.
- · Ansiedad, nerviosismo, temores a conflictos irreales, conversaciones incoherentes.
  - · Actualmente se encuentra en situación de I.T.

Todo lo anterior, conlleva una importante alteración en la relación con el resto de compañeros de trabajo.

### VIGILANCIA DE LA SALUD

Por parte del Servicio de Prevención se realiza el examen de salud correspondiente en base al artic.22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La trabajadora es usuaria de Pantallas de Visualización de Datos (PVD) y así fue evaluado su puesto de trabajo en la Evaluación de Riesgos. Se llega a la conclusión de que la trabajadora es "no apta" para su trabajo habitual. Dicha situación se comunica a RRHH.

Paralelamente a lo anterior, se realiza a dicha trabajadora un reconocimiento psiquiátrico en su centro de trabajo, cuyas conclusiones fueron las siguientes:

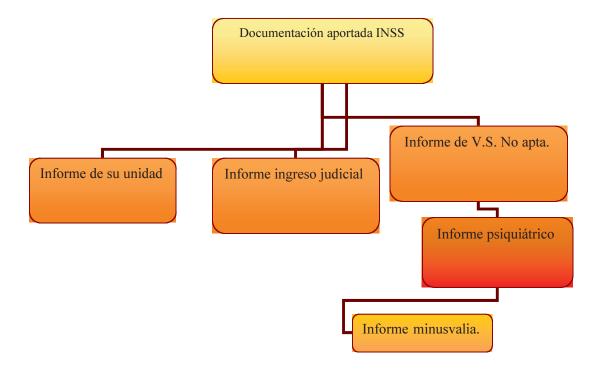
- a) Trastorno de la personalidad, sin especificación. F60.9.
- b) Trastorno bipolar, episodio hipomaniaco. F31.0.

Así mismo, el psiquiatra evaluador, realiza un pronóstico clínico:" Los rasgos de personalidad son muy difícilmente modificables y requerirían la colaboración y compromiso de la paciente, situaciones que no se dan.....el tratar correctamente este trastorno es casi imposible al carecer de conciencia de enfermedad".

También realiza un pronóstico laboral:" Teniendo en cuenta lo anterior, esta paciente no está en condiciones de realizar una actividad laboral con un mínimo de eficacia y responsabilidad y tampoco lo estará en el futuro, por lo que su patología psiquiátrica es causa suficiente para considerar una Incapacidad Permanente".

### **ACTUACIONES**

Con toda la información anteriormente reseñada y resumida,, se valora la posibilidad de tramitar una "incapacidad permanente para el ejercicio de sus funciones". Se recaba la documentación correspondiente y se inicia el proceso, enviando toda la información al INSS. (Cuadro adjunto).



### RESOLUCIÓN DEL INSS

- 4.1. El Informe Médico de Síntesis, señala lo siguiente:
- a) Afecciones Psíquicas: Discurso centrado en la desconfianza...verborreica, expansiva y con un problema de sensibilización de carácter deliroide.

### b) Conclusiones:

- b.1. Juicio Diagnóstico y valoración: ".Trastorno de la personalidad sin especificación. F60.9 y trastorno bipolar, actual episodio hipomaniaco moderado a discreto."
- b.2.Posibilidades terapeúticas y rehabilitadoras. "Debe seguir tratamiento y control reglados. No agotadas las posibilidades terapeúticas. Se beneficiaría siguiendo un tratamiento reglado, pudiendo esperarse al agotamiento de la I.T".
- 4.2. Dictamen Evaluador: Se emite el siguiente informe: "Las lesiones que padece el interesado no son susceptibles de determinación objetiva o previsiblemente definitivas, debiendo continuar bajo tratamiento médico, en la situación jurídica que le corresponde, por el tiempo que sea necesario hasta la valoración definitiva de las lesiones"

### **CONCLUSIONES**

Se trata de una paciente psiquiátrica, funcionaria de la Administración General del Estado ,con asistencia sanitaria por una entidad colaboradora y a la que en su centro de trabajo se la considera "no apta" para su trabajo habitual.

El psiquiatra que la examina, dictamina que las características de su proceso le impiden poder realizar su actividad laboral y que en base a su historial tampoco en el futuro va a poder llevar a cabo sus cometidos.

Como aportación complementaria, consta una minusvalía por causa psíquica y un ingreso judicial previo. También constan informes de su centro de trabajo relatando las alteraciones del comportamiento que presenta y que dificultan gravemente la relación laboral.

El informe del INSS, indica que siga en situación de I.T, por no haberse agotado las posibilidades terapéuticas.

### DISCUSIÓN

Este caso refleja claramente la dificultad que existe en el abordaje de este tipo de pacientes por parte de los Servicios de Prevención, Vigilancia de la Salud y Recursos Humanos de los departamentos correspondientes, ya que ante un caso documentado, informado y con examen psiquiátrico concluyente, se demora la resolución del problema pudiendo agotar lógicamente los plazos de I.T legalmente establecidos.

Las dudas que surgen en este y otros casos similares y que deberían llevar a una reflexión son las que se plantean a continuación:

- · Aptitud por parte del departamento correspondiente si esta paciente se incorporase a su puesto de trabajo con el alta médica, puesto que tiene un "no apto" para su trabajo habitual.
- · En este caso concreto y con la información disponible, ¿no existen argumentos para una I.P?
- · En los trabajadores con asistencia sanitaria a cargo de entidad colaboradora de MUFACE, es decir, sin que su asistencia sanitaria se la proporcio-

- ne el INSS, ¿existe posibilidad de reconocimiento psiquiátrico por parte de los Equipos de Valoración?. Si así no fuese, ¿se toman en consideración los informes psiquiátricos aportados?.
- · Creemos que una mejora en la gestión de este tipo de pacientes debe conllevar una óptima comunicación entre las distintas partes implicadas, esto es, Servicios de Prevención, médicos asistenciales y médicos evaluadores del INSS, así como con las direcciones de RRHH correspondientes, porque en definitiva el resultado sería una mejora en la atención a estos enfermos, que no lo olvidemos en muchos casos tienen nula conciencia de enfermedad. El beneficio de la mejora sería para el trabajador tanto a nivel sanitario, como laboral. Logrando un óptimo clima laboral de la organización correspondiente.
- · Otro aspecto a discutir es si es necesaria alguna modificación en el ordenamiento legislativo para que a los trabajadores a los que se presta asistencia sanitaria por parte de entidades colaboradoras, pueden beneficiarse de una adscripción tanto de médico de cabecera y de inspección a la hora de realizar un seguimiento de su proceso patológico.

### **BIBLIOGRAFIA**

- 1.Reglamento General del Mutualismo Administrativo. B.O.E. 11-04.2003.
- 2. Ministerio de Administraciones Públicas. Orden APU/2210/2003. Incapacidad Temporal y Riesgo durante el embarazo. Régimen Especial de los Funcionarios Civiles del Estado. (B.O.E 5-8-2003).
- 3. James P. Seward, .Organización y relaciones organizacionales. Medicina Laboral y ambiental. Ed. Manual Moderno. 2ª edición.
- 4. Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.. B.O.E 10 de Noviembre de 1995.

- 5. Comentarios a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Y sus desarrollos reglamentarios. J.L Monereo Pérez. Ed. Comares. ASEPEYO. 2004.
- 6. Guía de Actuación en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Segunda edición.2002.
- 7. Mutua Universal. Principios Básicos de Prevención. Julio 2002.

### **IN MEMORIAM**

## DR ANICETO FERNANDEZ-ARMAYOR "DISCIPULO DE LAFORA Y UN PIONERO DE LA NEUROFISIOLOGIA CLINICA ESPAÑOLA"

VÍCTOR FERNÁNDEZ-ARMAYOR

Médico Especialista en Neurología

### RESUMEN

Intensa vida que se resume en haber sido uno de los nietos científicos del Doctor Lafora (como viene reconocido en el libro de Luis Valenciano Gayá; "El Doctor Lafora y su época"), impulsor de la Neurofisiología Clínica en sus comienzos en nuestro país y activo miembro de la Medicina del Trabajo casi desde su periodo fundacional. De la antigua escuela, como neuropsiquiatra compaginó las diferentes ramas del vasto campo de las neurociencias, hasta su escisión, marcada por la creciente complejidad que el paso de los años había impuesto. Aún después se mantuvo fiel a su formación inicial, y aunque conocedor de sus limitaciones, desarrolló actividades en materia de Neurología, Psiquiatría y Neurofisiología Clínica. Su interés inicial por el cine, lo extendió en los primeros pasos por la Medicina, llegando a realizar diversas películas de interés sanitario y social.

### PALABRAS CLAVES

Cine, cineclubismo, Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, Electroencefalografía, Electromiografía, Potenciales Evocados.

### LA INFANCIA

Aniceto Tomás Fernández-Armayor Fernández nace el diecisiete de abril de 1915 en Madrid, en el seno de una modesta familia venida de un pequeño pueblo, situado al norte de la provincia de León. Su padre, había llegado a esta ciudad buscando mejorar la situación económica y las posibilidades de una familia numerosa. Instalado en el castizo barrio de Lavapies, consiguió abrirse paso en el mundo de las antiguas tabernas y despachos de vino, convirtiéndose con el tiempo en el Presidente de la Asociación de Taberneros de Madrid.

En aquel ambiente, el segundo de seis hermanos, un niño inquieto, pasó los años de su infancia entre la escuela, los estudios y la ayuda en las tareas relacionadas con el negocio de su padre. Comenzó sus estudios en el colegio El Santo Angel de la Guarda, sito en la calle Atocha número 30, del cual es de significar que hasta fecha reciente se reunían los pocos antiguos alumnos que hoy superviven\*. Entonces, la enseñanza estaba dividida en tres grupos o fases: párvulos, elemental (preparación del bachiller) y superior o bachiller. Como había muchos alumnos elemental fue subdividida en dos categorías: subele-

mental y elemental propiamente dicha. Eran los tiempos de los pupítres de madera, con tapa, incomodas y duras banquetas y tinteros de porcelana. Los niños vestían unos guardapolvos o delantales de color gris.

D. Santiago fue su primer profesor en párvulos, a este le siguió D.José en elemental, que abarca el periodo comprendido entre 1926 y 1930. Los profesores de la época a menudo enseñaban las diferentes materias o disciplinas con autoridad, a cambio en ocasiones y como premio, les llevaban de excursión por los alrededores de Madrid (cerro de Los Angeles...).

El periodo lectivo de 1930-31 comienza el bachiller, en el colegio San Idelfonso de la calle Atocha (el número 21). Este centro podía considerarse hasta cierto punto privilegiado, pues contaba por entonces con un pequeño laboratorio para las prácticas de Física y Química, algo inusual para la época. Aniceto contaba 15 años, y había llegado un año antes, incorporándose a un curso preparatorio que previamente había que hacer. En bachiller llegaba el momento de decidir entre las asignaturas de ciencias o letras, difícil elección para este jóven, que siempre



mantuvo el interés por las vastas materias de ambas ramas. Por entonces se incorporó al colegio el alumno Carlos Serrano de Osma, futuro director de cine, pronto ambos descubrirían una pasión común: el cine.

Fue también al iniciar el bachiller cuando comenzó a tocar la guitarra - su padre se la regaló al aprobar con la máxima nota el acceso a bachiller - instrumento que dominó con gran habilidad, adoptando un sistema de leer la música cuyo resultado era casi perfecto, y que era a menudo utilizado por las rondallas de aficcionados (entre las piezas del repertorio figura el momento musical de Schubert). Tuvo como maestro a un modesto guitarrista, Pantaleón Minguella.

Entre los profesores destacan D. José Jareño (profesor de literatura y pariente de Severo Ochoa) y D. Claro Abanades (profesor de letras, destacó en su tiempo). Aniceto formaba parte de un grupo de amigos que permaneció unido a lo largo del tiempo, a pesar de los difíciles avatares que la historia les obligaría a atravesar, ellos eran los ya mencionados Gonzalo Fernández García y Carlos Serrano de Osma, Alberto Bergés Inchausti (Licenciado en Derecho) y José Luis Togores Paranes (hizo la carrera de Ciencias Exactas, constituía el motor de reuniones en las que hacían elucubraciones matemáticas y resolvían complejos problemas).

Es en la etapa superior del bachillerato cuando Aniceto y Carlos adquieren la ilusión por el cine, haciéndose socios de un cine-club semiclandestino. Corrían los tiempos de Primo de Rivera y tres películas de origen soviético les marcaron en sus primeros pasos en el cine: "El camino de la vida", "La línea general" y "El acorazado Potemkin".

### **EL CINE**

Eran tiempos de fuerte tensión y los aires de cambio se respiraban en el ambiente tras la reciente proclamación de la II República. Es entonces, cuando por mediación de Togores, se incorpora al grupo de cinéfilos Julián Antonio Ramírez\*\*, hombre con una dilatada historia personal y humana, exiliado en París vivió de primera mano los acontecimientos de la II Guerra Mundial. El agitado y frenético mundo del cineclubismo y sus aledaños críticos, iba a experimentar en Madrid y Barcelona un efímero periodo de esplendor. Después de las experiencias pioneras, anteriores a la proclamación de la II República, de la Residencia de Estudiantes (donde al parecer se celebraron algunas sesiones de cineclub) y sobre todo del Cineclub Español, fundado en 1928 por las gen-

tes que hacían la *Gaceta Literaria*, con Giménez Caballero al frente, comienzan a surgir en Madrid, una vez derrocada la Monarquía, una serie de cineclubs que, entre otras muchas circunstancias, van a propiciar el encuentro de un heterogéneo grupo de críticos cinematográficos e intelectuales de cierto renombre (Ramón J. Sender, Luis Gómez Mesa, Manuel Villegas López, Carlos Fernández Cuenca, César M. Arconada, Juan Piqueras, Benjamín Jarnés, etc), con una variopinta cohorte de jovencísimos entusiastas de la imagen en movimiento, ansiosos de embarcarse en cualquier aventura que tenga como norte la exaltación del cinema.

Tanto Carlos Serrano y Julián A. Ramírez como Aniceto, comenzaron a desarrollar una ferviente actividad relacionada con la crítica a través de Popular Film y Nuestro Cinema, las dos revistas cinematográficas más importantes del periodo republicano (esta última auspició la primera copia de la película rodada por Luis Buñuel en la comarca de las Hurdes y que lleva su título: "Las Hurdes, tierra sin pan"), entre los años 1932 y 1936. En aquellos momentos en que se iba radicalizando la política, convergen varios hechos destacables: entre 1933 y 1935 se otorga el voto a la mujer y el poder queda en manos de la derecha - la CEDA de Gil Robles - y del Partido Republicano Socialista, que dio un vuelco hacia el centro (Alejandro Lerroux). Se dice que el voto de la mujer pudo influir en este giro político. Justo antes de este cambio, hubo un aumento de las tensiones entre las clases políticas, era una época en la que se introdujeron propagandas de ideologías emergentes (fascismo y comunismo), aprovechando además de la radio, en no pocas ocasiones, el cine como canal de difusión.

Esta convulsa situación la vivió Aniceto con especial intensidad, participando de forma activa a través del cineclubismo y la crítica, tema sobre el que me podría extender ampliamente. Su labor cinematográfica la llevó, como veremos en el siguiente apartado, al campo de la Medicina, si bien con una orientación totalmente distinta.

### LABOR ASISTENCIAL

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Madrid en el año 1941. Colegiado con el número 6432 en el Colegio de Madrid ese mismo año.

Doctorado en las asignaturas de Hidrología Médica, Antropología, Electrología e Historia de la Medicina en 1942.

Médico por oposición de los Servicios Sanitarios del Seguro de Enfermedad, Obra 18 de Julio, en el mes de julio de 1942. Ayudante de clases prácticas en la Cátedra de Cirugía del Profesor La Fuente en el antiguo Hospital Clínico de San Carlos.

En estos primeros años (década de los 40) tuvo una amplia dedicación a la Cinematografía Médica y Científica, labor desarrollada desde la Delegación Nacional de Sanidad y el Instituto Nacional de Investigaciones y Experiencias Cinematográficas dependiente del Ministerio de Educación Nacional, con publicación de numerosos artículos, pronunciación de conferencias y realización de más de 20 films de educación sanitaria o estrictamente científicos. Sirvan como botón de muestra la organización de una sección cinematográfica en el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, colaborando con la Dirección de Sanidad en películas sobre Tuberculosis y para el Ministerio de Trabajo sobre Silicosis (ambas obtuvieron premios nacionales), las conferencias que constituyeron la base de un cursillo abreviado sobre "El cine de carácter científico" desarrollado en el Instituto de Investigaciones y Experiencias Cinematográficas o las películas sobre técnicas quirúrgicas o de carácter sociosanitario ("El cine en la visitación social").

La formación y dedicación a la Neuropsiquiatría la llevó a cabo adscrito al Servicio de Consultas de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, Hombres, desde los primeros años en que nuevamente se hizo cargo de la Dirección el Profesor Gonzalo Rodriguez Lafora, durante un tiempo que alcanza al año 1952.

En aquellos años se hizo cargo de buena parte de las consultas, intervino en seminarios y reuniones científicas, y participó en el desarrollo de los tratamientos con electrochoque, montando por encargo del Profesor Lafora el gabinete de tratamiento con C02 de Von Meduna, lo que constituyó la base para una primera comunicación colaborando con el propio Profesor Lafora, sobre "Primeras experiencias con la terapéutica por C02" (Congreso Nacional de la Asociación de Neuropsiquiatría, Santiago de Compostela, 1952).

En el año 1947 ingresó en el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo (I.N.M.S.T.) (1), por concurso ascendió posteriormente, encargándosele la misión de crear y organizar el Servicio de Neuropsiquiatría y Neurofisiología dentro del propio Instituto, lo que tuvo lugar en enero del año 1952.

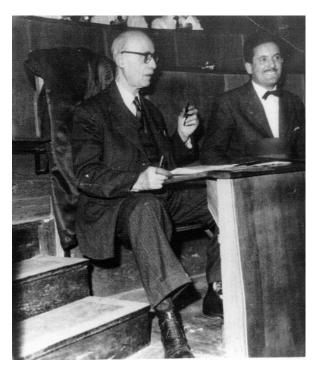
(1) Institución creada en el año 1944 como consecuencia de los acontecimientos médico-sociales de gran relieve que se estaban viviendo en el país. El desarrollo industrial le hizo imprescindible y en sus sucesivas etapas se fue imponiendo su necesidad. Médicos, ingenieros, químicos, biólogos y expertos en los distintos aspectos de la seguridad en el trabajo constituyeron el equipo fundacional. Entre las tareas desplegadas por el Instituto cabe destacar la función investigadora, la médica y asistencial (a través de equipos móviles), la de seguridad, la residencial de enfermos, la pedagógica, a través de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, y la de divulgación o informativa, llevada a cabo a través de numerosas publicaciones. Inicialmente sito en la calle Ferraz de Madrid, en 1956 se traslado al Pabellón 8 en la Ciudad Universitaria, cedido por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. A partir del Real Decreto 1450/2000 de 28 de julio se incorpora al Instituto de Salud Carlos III a través de la Subdirección General de Coordinación Docente.

En 1950 es designado representante del I.N.M.S.T. en el patronato de san Lázaro, realizando trabajos de investigación sobre la lepra nerviosa en la Leprosería de Trillo, bajo la dirección del entonces Director Manuel Such, y quedando adscrito a la Sección de Orientación Laboral.

Desde 1953, y por un amplio periodo de tiempo, forma parte como Neurólogo encargado de las exploraciones de electrodiagnóstico y más tarde de electroencefalografía del Servicio de Neurocirugía del Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas, que pasaría a dirigir el Profesor Sixto Obrador.

En el año 1955 fue comisionado o becado por el I.N.M.S.T. para realizar durante 6 meses estudios de Electroencefalografía y Electromiografía en diversos Hospitales y Servicios de París de renombrado prestigio: Hospital de La Pitie (Prof. Fishgold), Hospital de La Salpetrière (Prof. Remond, EEG; Prof. Bourgninon, Electrodiagnóstico; Prof. Sherrer, EMG) y Hospital Lariboisière (Prof. Le Beau, Neurocirugía y técnicas de corticografía). Posteriormente se desplazó a Estrasburgo, al Servicio de EMG del Prof.Isch. Esto permitió la puesta en marcha de uno de los primeros laboratorios de estas técnicas o especialidades en nuestro país (año 1956), por lo que se le puede considerar pionero en el campo de la Neurofisiología Clínica Española. En el año 1959 se celebró en dicho gabinete la primera oposición para cubrir plazas de Jefes de Servicio de EEG para instituciones hospitalarias de la Seguridad Social. Así mismo, con la colaboración del Profesor Dubost realizó la primera asistencia EEG a la primera intervención extracorpórea que practicó en España el Doctor La Fuente.

En la década de los 60 desarrolló un progresivo perfeccionamiento técnico, siendo su Servicio uno de los primeros o el primero en España en contar con equipos de análisis de frecuencias y Potenciales Evocados (Ponencia sobre disfunción cerebral mínima de la XVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, Palma de Mallorca 1972).



Asistió periódicamente como neurólogo consultor al Sanatorio Psiquiátrico del PANAP de Alcohete (hoy extinguido), donde montó un Laboratorio de Electroencefalografía, durante los años 1966 a 1968. También colaboró en la creación y organización del Gabinete de Electroencefalografía en el período fundacional del Servicio del Profesor Peraita en el Hospital Provincial. Fue encargado de reorganizar y prácticamente poner en marcha el Servicio de Electroencefalografía del Hospital de San José de los HH de San Juan de Dios de Carabanchel, actuando igualmente como neurólogo desde el año 1969, hasta 1975.

Pero además de esta intensa actividad en instituciones y organismos estatales, desarrolló una importante labor en su consulta privada, primero en el número 89 de la calle Galileo y posteriormente en la calle Padilla, de Madrid. Finalmente, en 1965, se trasladó al Instituto de Ciencias Neurológicas, del que fue socio fundador, figurando en el cuadro como especialista de Neuropsiquiatría y Electroencefalografía (posteriormente incorporaría la electromiografía). Fue uno de los primeros médicos en prestar servicio a las compañías de seguros de salud y entidades colaboradoras, muchas de ellas por entonces veían por primera vez la luz, algunas hoy han desaparecido o han sido absorbidas por entidades de categoría superior. Por citar algunas, sirvió en los cuadros médicos de Arguelles, Unión Sanitaria Española, Sociedad Filantrópica del Comercio, Industria y Banca, Mutualidad del Ministerio de Comercio, Mutualidad del Ministerio de Información y Turismo, Mutualidad del Ministerio de la Vivienda, Mutualidad de la Sociedad General de Autores, Banca Oficial, Seras, ASISA y Muface, Metro, Galerias Preciados, Made, Santa Ana, Manufacturas del Vestido, y un largo etc.

En resumen, una vida profesional marcada por el trabajo y dedicación a la persona enferma y que abarca desde la simple elaboración de historias clínicas psiquiátricas en los primeros días de las consultas del Hospital Provincial bajo la supervisión del maestro Lafora, pasando por la práctica intrahospitalaria de terapias biológicas (electrochoques, comas insulínicos, abscesos de fijación, dioxicarbonoterapia, etc) o elaboración de test en los primeros impulsos de la Psicología Clínica antes de desgajarse de la especialidad de Psiquiatría, hasta la neurología clínica rigurosamente sistematizada, que aun sin restar importancia al martillo de reflejos, el diapasón, el pincel, el oftalmoscopio, y sobre todo el saber clínico, le llevó a interpretar más de 100.000 trazados EEG, EMG y Potenciales Evocados en pos de una cada vez más tecnificada medicina.

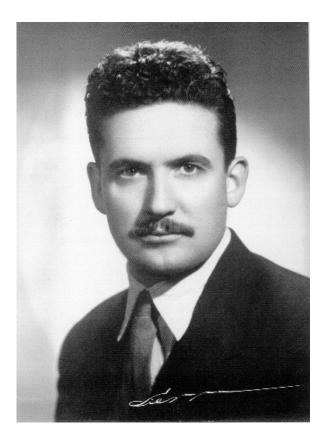
### LABOR DOCENTE E INVESTIGADORA

Durante la década de los 50 llevó a cabo un intenso intercambio de actividades con centros psiquiátricos y los entonces incipientes servicios de Neurología, una labor de investigación y asistencia dentro de la Psiquiatría y de la Neurología orientada hacia el campo laboral y de las intoxicaciones profesionales.

En el año 1951 actuó de secretario particular del Curso de Psiquiatría Científica y Clínica del Profesor Lafora habido en el Hospital Provincial de Madrid, obteniendo el correspondiente Diploma. En el mismo, el Profesor Larramendi pronunció la primera conferencia docente sobre electroencefalografía.

Figuró en el Primer Comité de Redacción de la Revista Archivos de Neurobiología.

En 1954 puede decirse se plantea en España por vez primera de manera formal la "...ligazón o excisión de la Neurología de la Psiquiatría" en el discurso del Profesor Alberca Lorente, en el IV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, celebrado en Madrid. Con motivo de aquel congreso, en el que participó de forma muy activa (siempre sostuvo el necesario vínculo entre las dos especialidades, dentro del ámbito de las Neurociencias), presentó dos comunicaciones, la primera relacionada con la Psiquiatría "Nuevas observaciones a la terapéutica por dióxido de carbono", y la segunda de marcado carácter neurológico: "Estudio de la cronaxia en las parálisis radiales saturninas de los dependientes de bares y tabernas".



Fue el único colegiado clínico especialista español que participó en el I Symposium Internacional de Potenciales Evocados, celebrado en Bruselas en el año 1974. Asistió con participación activa en los sucesivos Congresos Internacionales de Neurología y Neurofisiología Clínica celebrados en Roma, Viena, San Diego, Nueva York, Marsella y el último en Amsterdam en 1977.

Profesor de las materias de Neurología y Electrodiagnóstico en los primeros cursos para Médicos de Empresa (años 1957 y 58). Impartió numerosas lecciones de Neurología en los cursos de enfermería celebrados en la Escuela de María Beata de Jesús entre los años 1969 y 1972. Participó en cursos especiales sobre EEG y EMG aplicadas a la Medicina del Trabajo para Técnicos de Seguridad en la Industria Química, Eléctrica, etc., y cursos de formación sobre Epilepsia para Asistentes Sociales y ATS en el Hospital San José de los HH de San Juan de Dios.

Invitado a dar conferencias en las sesiones de la Cátedra del Profesor López-Ibor. Llevó a cabo o dirigió trabajos de investigación, generalmente clínica, algunos publicados en revistas internacionales y en su mayor parte referidos a Neurología y Psiquiatría laborales, y en otras ocasiones constituyendo la base de informes técnicos o periciales elevados a la Dirección del I.N.M.S.T. requeridos en su día por la Administración y que pudieron contribuir a esclarecer problemas a los efectos preventivos y sociosanitarios. Por citar sólo algunos: (1) lesiones periféricas neurológicas por saturnismo en dependientes de bares y tabernas e investigaciones clínicas de la dioxidocarbonoterapia de Von Meduna (ya citados antes), (2) primeros estudios en España de la acción antiepiléptica de los derivados diacepínicos (año 1951, trabajo experimental desarrollado en la Institución de Ciempozuelos), (3) trabajos clínicos y de investigación sobre la acción de las maderas tóxicas (publicado en el canadá), (4) estudios neurológicos, EEG y EMG sobre la intoxicación de TOC y hepsanos (enfermedad del calzado), que constituyeron la base de informes periciales al Ministerio de Sanidad, (5) estudios estadísticos sobre los cuadros neurológicos del hidrargirismo (extenso trabajo en equipo efectuado a lo largo de dos meses en las minas de Almadén), (6) observaciones sobre los cuadros neurológicos y psiquiátricos del manganismo (amplio trabajo pericial desarrollado "in situ" en la factoría de Cée, Corcubión, sobre un problema de alta incidencia social en la región), (7) estudios continuados sobre incidencia de complicaciones neurológicas en el saturnismo laboral, (8) estudios sobre la intoxicación por sulfuro de carbono (primera comunicación en España sobre el tema en el V Congreso Nacional de Neuropsiquiatría celebrado en Salamanca, año 1957; importante aportación después al Congreso Internacional de Medicina del Trabajo y Enfermedades Laborales, celebrado en El Cairo en 1974), (9) investigación con EEG y Potenciales Evocados de 50 casos de Disfunción Cerebral Mínima ensayando la respuesta al metilfenidato (Ritalin) mediante análisis de frecuencia en los seleccionados.



Fue miembro activo de numerosas Sociedades Científicas, en algunas de las cuales ocupó puestos directivos o contribuyó a su creación: Asociación Española de Neuropsiquiatría (desde 1952), Liga Española de Higiene Mental (desde 1955), Sociedad Española de Psiquiatría (desde 1959, cofundador), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (desde 1959, cofundador), Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Madrid (desde 1959, cofundador), Sociedad Española de Neurología (desde 1964), Sociedad Española de Electroencefalografía (hoy Neurofisiología Clínica, desde 1964) y Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil (desde 1966).

### LA PERSONA

Aniceto contrajo matrimonio en 1962 con Rosa Ajo Ponce. Bella mujer, sensible y dotada de grandes cualidades morales e intelectuales, fue insustituible compañera y colaboradora de su esposo desde los inicios de su matrimonio hasta su fallecimiento de cáncer a la edad de 56 años. La desaparición de su esposa fue un durísimo golpe para Aniceto quien, no obstante, continuo al frente de su consulta.

De él destacaría su honestidad, espiritú de sacrificio, vitalidad inagotable y sobre todo la capacidad de entrega a los demás. El acostumbraba recordar las últimas palabras del libro "Recuerdos de mi vida" de D.Santiago Ramón y Cajal, y cito: "Como todo anciano, siento yo también todas esas envenenadas mordeduras del corazón y del cerebro. Son aldabonazos del tiempo, devorador implacable de la vida. Pero ni quiero ni debo cejar en mis empeños. Y para no caer en la inercia mental - especie de muerte anticipada - continúo laborando, aunque deba contraerme modestamente al perfeccionamiento de antiguas investigaciones, que representan para el viejo la dirección de la menor resistencia. Tengo además el indeclinable deber de guiar a mis discípulos, infundiéndoles inquebrantable confianza en sus propias fuerzas y fe robusta en el progreso indefinido. Que la ciencia, como la vida, crece incesantemente, renovándose de continuo sin chocar, en su impetu creador, con el muro de la decrepitud. ¡Gran estímulo para los jóvenes el saber que el tajo es inagotable y que todos pueden, si lo desean firmemente, transmitir su nombre a la posteridad y añadir un blasón al escudo de la raza. A todos cuantos embelesa el hechizo de lo infinitamente pequeño, aguardan en el seno de los seres vivos millones de células palpitantes que sólo exigen, para entregar su secreto, y con él la aureola de la fama, una inteligencia lúcida y obstinada que las contemple, las admire y las comprenda".

Como hijo, puedo asegurar que él procuró seguir, en la medida de sus modestas posibilidades ese ejemplo, pues la muerte, le sorprendió repentinamente un frío día de invierno después de una - como de costumbre - agotadora jornada de trabajo, en forma de una devastadora hemorragia cerebral, que trajo para mí una desolación y honda tristeza, pues aunque era anciano, la muerte siempre se nos antoja inoportuna y terriblemente desgarradora. Era el 14 de febrero de 2004.

#### **AGRADECIMIENTOS**

- \* Agradezco al Dr. Gonzalo Fernández García, médico jubilado, su inestimable ayuda en la primera etapa, sin el cual no hubiese sido posible reproducirla con absoluta fidelidad. Así de tempranamente se conocieron.
- \*\* Igualmente agradezco a D. Julián Antonio Ramírez su orientación en una fase apasionante en la vida de ambos. Un gran amigo.
- \*\*\* También a D. Asier Aranzubia Cob, por permitirme la reproducción de algunos fragmentos de su Trabajo sobre "Julián Antonio Ramírez: inventario de actividades filmicas" (*Julián Antonio Ramírez: an inventory of cinema-related activities*).
- \*\*\*\* Al Dr. Hugo Liaño Martínez, Jefe de Servicio del Hospital Universitario Puerta de Hierro, por su apoyo y supervisión en la realización de este artículo.



Siempre es agradable recibir noticias en referencia a acreditación de Centros docentes e investigadores en materias de Seguridad y Salud en el Trabajo y nos llega la noticia de la acreditación como Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud, del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, a quien desde esta Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III, le damos nuestra más sincera enhorabuena y felicitamos a sus responsables por el logro obtenido.



## INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL CENTRO COLABORADOR DE LA OMS

El Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, se ha convertido en Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el marco de sus fines fundacionales:

- ◆ Fomenta actividades que contribuyen a garantizar la competencia profesional sanitaria así como la calidad de vida de los ciudadanos.
- ◆ En materia de formación continuada, tiene acreditadas actividades formativas por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.
- ◆ Estas actividades formativas se han organizado en forma de itinerarios de expertos en distintas materias, con el fin de que la formación constituya un proceso continuo para los profesionales sanitarios.

## SYMPOSIUM INTERNACIONAL

## Dermatitis de Contacto, Dermatosis Profesionales, Medio Ambiente y Látex

(Dirigido a Dermatólogos, Médicos del Trabajo, Alergólogos, Higienistas, Mutuas, Servicios de Prevención)

## Palacio de Congresos de Madrid

Po de la Castellana 99

Madrid 3, 4, 5 Febrer 2005

**EVENTO AVALADO POR LA AEDV** 



Director del Symposium: Dr. L. Conde-Salazar Gómez www.grupoaulamedica.com

## Congreso Nacional

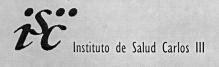
organizado por: Mutua Universal

Sede:

## Palacio de Congresos de Madrid



Colaboran:





### REVISTA MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

### **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

La revista "Medicina y Seguridad del trabajo" publica trabajos originales, revisiones, casos clínicos y cartas al director referentes a todos los aspectos de la salud laboral y la medicina del trabajo, que pueden estar redactados en castellano o alguna de las lenguas oficiales del Estado Español o en inglés.

Todos los manuscritos se remitirán al Comité de Redacción de la publicación, a la dirección postal: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Pabellón 8, Ciudad Universitaria, 28040 Madrid.

Irá acompañado de una carta firmada por todos los autores del trabajo expresando su deseo de publicación del trabajo en la revista, especificando qué tipo de artículo se envía.

Los trabajos enviados se ajustarán a las siguientes normas de publicación:

#### 1. Artículos originales:

Se enviarán tres copias del artículo en papel y otra en formato electrónico, escritos a doble espacio en todas sus secciones, incluyendo en hojas separadas los distintos apartados del artículo, y dejando márgenes laterales, superior e inferior de 2 cm. La extensión máxima de los originales será de 15 folios.

Todas las páginas irán numeradas consecutivamente empezando por la del título. Se deben evitar las abreviaturas, exceptuando las de unidades de medida, éstas se expresarán preferentemente en Unidades del Sistema Internacional (Unidades SI). En caso de usarse abreviaturas, el nombre completo al que sustituye la abreviación debe preceder al empleo de ésta, a menos que sea una unidad de medida estándar.

El artículo estará estructurado en las siguientes secciones: página de título, resumen, abstract, texto, bibliografía, tablas, notas de tablas, figuras, pies de figuras y agradecimientos.

En la <u>página de título</u> figurarán: título completo del artículo en español e inglés, título abreviado (menos de 70 caracteres) para los encabezamientos, nombre y apellidos de los autores, institución o centro de procedencia, dirección postal completa del autor a quien deba enviarse la correspondencia y la fuente de financiación si la hubiese.

El <u>resumen</u>, con una extensión máxima de 150-200 palabras indicará claramente los objetivos del trabajo, la metodología utilizada, los resultados más relevantes obtenidos y las conclusiones principales. En la misma hoja debe constar una relación de tres a cinco palabras clave seleccionadas por el autor que describan el contenido de ese artículo. Se enviará también el resumen y las palabras clave en inglés.

El <u>texto del artículo</u> irá estructurado en las secciones siguientes: introducción, material y métodos, resultados y discusión, cada uno de ellos convenientemente encabezado.

Las <u>citas bibliográficas</u> se enumerarán consecutivamente de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Estas citas deberán identificarse, tanto en el texto como en las tablas, mediante números arábigos entre paréntesis. En el listado de referencias bibliográficas no se incluirán comunicaciones personales, manuscritos o cualquier otro dato no publicado. Todo ello podrá incluirse entre paréntesis en dentro del texto del artículo.

El estilo y la puntuación se basarán en el utilizado por la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos. Abrevie los títulos de las revistas según el estilo que utiliza el índex Medicus (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi).

Estos son algunos ejemplos:

#### Artículo en revista Médica:

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-final del artículo. ej. Sasco Annie, Mélihan Cheinin Pascal, Harcourt Delphine. Legislación sobre el consumo de tabaco en el ámbito laboral y en los espacios públicos de la Unión Europea. Rev Esp Salud Publica 2003; 77(1):37-73.

Si el número de autores es superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina "et al".

#### Libros:

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Baselga M, Cortés J. Seguridad en el trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1984 o Capítulo de libro: Autor/ es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/ Recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Turmo Sierra E. El accidente de trabajo y la seguridad en el trabajo. En: Baselga, M, Cortés, J. Seguridad en el trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1984.p. 15-35.

Las tablas irán mecanografiadas a doble espacio en hojas distintas y numeradas en números romanos consecutivamente, incluyendo un título breve para cada una de ellas, así como notas explicativas al pie.

<u>Figuras</u>. Las figuras no repetirán datos ya incluidos en el texto del artículo. Estarán numeradas consecutivamente incluyendo un título breve y notas explicativas a pie de página. Las fotografías de pacientes estarán realizadas de modo que no sean identificables.

Los <u>agradecimientos</u> figurarán al final del texto. Se citará únicamente a aquellas personas que hayan contribuido a la realización del trabajo de forma significativa.

#### 2. Revisiones/actualizaciones:

Se enviarán tres copias del texto en papel y otra en soporte informático, escrito a doble espacio en todas sus secciones, e incluyendo en hojas separadas los distintos apartados del mismo y dejando márgenes laterales, superior e inferior de 2 cm.

La extensión máxima de las revisiones será de diez folios.

El artículo incluirá un resumen, con una extensión máxima de 200 palabras, un abstract en inglés y el texto, que se podrá redactar introduciendo las divisiones que el autor considere convenientes.

#### 3. Casos clínicos:

Se enviarán tres copias del texto en papel y otra en soporte informático (e-mail o disquete), escrito a doble espacio, con márgenes laterales, superior e inferior de 2 cm. Su extensión máxima de 3 folios, con una fotografía, gráfico, tabla o resultado de prueba complementaria que ilustre el caso. Los casos clínicos deberán tener la siguiente estructura: título, nombre y apellidos de los autores, centro o lugar de trabajo, datos del paciente (edad y sexo), profesión, antecedentes, enfermedad actual, exploración, resultados de pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento, criterios de valoración médica, limitaciones, conclusiones y bibliografía (máximo tres citas).

### 4. Cartas al Director:

Se aceptan comunicaciones breves, de no más de un folio, con un máximo de seis citas bibliográficas. Se redactarán de forma continuada, sin apartados. En esta sección pueden comentarse artículos publicados recientemente en la revista o exponerse opiniones u observaciones.

Los trabajos publicados pasarán a ser propiedad de la revista, no devolviéndose los soportes físicos en que fueron enviados. Los trabajos no aceptados se devolverán a la dirección del primer firmante.

Por cada trabajo publicado, la revista "Medicina y Seguridad en el Trabajo" entregará gratuitamente al primer autor firmante tres ejemplares. El comité de redacción de la revista no se hace responsable de las afirmaciones, opiniones y puntos de vista sostenidos por los autores en sus comunicaciones.

EL COMITÉ DE REDACCIÓN

## REVISTA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO LISTADO DE COMPROBACIONES PARA LOS AUTORES

Una vez finalizada redacción de su trabajo debe realizar las comprobaciones que se especifican en al listado adjunto, a fin de suprimir posibles errores antes de su remisión para publicación.

Se incluyen tres copias del texto e ilustraciones.

La totalidad del texto, incluyendo las referencias, está en páginas numeradas, escritas a doble espacio.

Se incluyen los siguientes apartados en la primera página del articulo: título, autores, departamento, centro, dirección de la correspondencia, teléfono (y fax y/o e-mail, si se dispone).

El titulo es corto, conciso y no ambiguo.

El estudio ha seguido las normas éticas de investigación.

Se han detallado la totalidad de las abreviaturas tras su primera citación.

La introducción sitúa al estudio dentro del contexto de otros trabajos publicados.

Se indica en la introducción por qué el estudio fue propuesto o que hipótesis es contrastada.

Si se ha empleado una nueva técnica, se ha descrito detalladamente.

Se describen todos los materiales, equipo y elementos usados, tanto en términos de grupos investigados como la globalidad del estudio.

Se indica claramente cuántas medidas se realizaron o con cuánta periodicidad fueron repetidas.

Se indica la variabilidad de los datos.

Las conclusiones objetivas se apoyan en un análisis estadístico.

La bibliografía se adapta a las normas editoriales.

Las citas en el texto se corresponden con la lista bibliográfica

Los títulos de las tablas y figuras son autoexplicativos.

Los datos de las tablas y figuras están correctamente presentados en filas y columnas.

Las figuras son originales, de calidad profesional, y no copias.

Incluyo disquete conteniendo el texto (se indica programa utilizado)

### REVISTA MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

### DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

nito para su publica	ción a la revista mencionada, sus a	autores, abajo firmantes, DECLARAN:
- Que es un traba	jo original.	
- Que no ha sido	previamente publicado	
- Que no ha sido	remitido simultáneamente a otra p	ublicación
- Que todos ellos	han contribuido intelectualmente o	en su elaboración
- Que todos ellos	han leído el manuscrito y aprobad	o el manuscrito remitido.
		ren todos los derechos de autor al editor, inguno de los materiales publicados en la
- Que conviene q culo manifiestar		ariamente las afirmaciones que en el artí-
 Firma	Nombre	 Fecha
		1 001111
Firma	Nombre	
Firma	Nombre	
Firma	Nombre	Fecha

SI DESEAN	
RENOVAR □	
INICIAR 🗖	
SU SUSCRIPCION A	A LA PUBLICACION "MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO"
CUMPLIMENTAR Y ENVIAR A:	ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO Servicio de Divulgación - Tel.: 91 822 40 15 - 822 40 18 - 822 40 20 Fax: 91 543 24 66 Pabellón 8. Ciudad Universitaria 28040 MADRID
Nombre del Suscriptor:	Tel:
Domicilio:	
Población:	C.P:
Nombre de la publicación: "MEDICI	INA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO"
PRECIO DE LA SUSCRIPCION A	NUAL: ESPAÑA 12 euros. EXTRANJERO 24 euros.
Titular: MIN	Bancaria a: ESPAÑA Nº de cuenta 9000-0001-20-0200009118 ISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO TITUTO DE SALUD CARLOS III - REVISTA MEDICINA
FECHA:	FIRMA:

### INFORMACIÓN Y BOLSA DE TRABAJO

### PARA EL PERSONAL SANITARIO DEDICADO A LA SALUD LABORAL

El Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo ha creado una "Bolsa de Trabajo" para el personal sanitario que desarrolla su actividad en Salud Laboral.

- ♦ Diplomado en Enfermería de Empresa
- ♦ Médico de Trabajo
- ♦ Psicólogos
- ♦ Ergónomos
- ♦ Diplomado en Valoración del Daño Corporal

Todas las personas interesadas en ser suscritas a dicha Bolsa, deberán enviar sus datos a:

Secretaría de Cursos de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Pabellón 8 - Ciudad Universitaria - 28040 Madrid Teléfono: 91 822 40 18 / 20 - Fax: 91 543 72 71 e-mail: rlanciego@isciii.es jabaonza@isciii.es



### SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN OFERTA DOCENTE

Título Curso	(																					
Código Curs	80										F	Fecha I	Inicio				_/		_/			
		,		· · · · · ·	<u> </u>	V	DAT	OS F	PERS	SONA	ALES											
Apellidos												No	ombre									
Teléfono					Fax								e-ma	il								
						<u> </u>								ı.								
Nacionalidad	b									D.N.I	/ Pas	aporte										
				-		D	АТО	S PF	ROFE	OIS	VALE	S	I									
Titulación																						
	1																					
Puesto de tr	abajo act	ual																				
Lugar/Centro	0								;	Servi	cio/Dp	oto.										
				-					<u> </u>													
Calle/Plaza			•																	Nº		
	I																			<b>I</b>	ı	
Población								C.Pc	ostal				Provinci	ia								
	•												•		•							
Teléfono					Fax								e-ma	il								
Indique la ví	a por la c	cual ha re	ecibido	inform	nación	sobre	este	curs	:o													
☐ Diario Méd	dico 🗌 (	Otra prens	sa 🗌	Catálo	go ENN	MT [	] Cole	egio F	Profes	sional		Centro	Trabajo	☐ A	lum	nos l	ENS	□s	ocieda	ad Cier	ntífica	a
Otros:																						
Firma del int	oroods.															Fech						
	ELESAUD.																14					

Para realizar la preinscripción y para informació n adicional: Secretaría de Cursos .Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Pabellón Nº 8 – Ciudad Universitaria 28040 – Madrid. Teléfonos: 91 8.22.40.19/ 91 8.22.40.20 Fax: 91 543.72.71 E-mail: jabaonza@isciii.es Página Web: <a href="www.isciii.es/enmt">www.isciii.es/enmt</a>

## OFERTA DOCENTE 2005 ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

### I. MASTER

	FECHAS	N° HORAS
Master en Gestión de Salud Laboral	2005-2006	650
Master en Valoración de Discapacidades	2005-2006	300
Curso Superior de Medicina del Trabajo MIR	2004-2005	600
Curso Superior de Medicina del Trabajo MIR	2005-2006	800

### **II. DIPLOMATURAS**

	FECHAS	N° HORAS	HORARIO	IMPORTE
Diplomatura en Enfermería de Empresa	2005	300	M/T	1500
Diplomatura en Valoración Médica de Incapacidades	2004 - 2005	300	M/T	1500

### **III. JORNADAS Y SEMINARIOS**

	FECHAS	HORARIO	IMPORTE
Jornada de Riesgos Laborales durante el embarazo	Marzo	М	gratuito*
Jornada de Valoración del Menoscabo Laboral	Mayo	M/T	gratuito*
Jornada sobre Competencias en la Gestión de la I.T.	Junio	М	gratuito*
Encuentros de Investigadores en Salud Laboral	Septiembre	M/T	gratuito*
Jornada de Riesgos Laborales emergentes	Octubre	М	gratuito*
Jornada de Valoración del Menoscabo Laboral	Noviembre	M/T	gratuito*

<sup>\*</sup> gratuito previa inscripción en la ENMT

### **IV. CURSOS MONOGRAFICOS**

	FECHAS	N° HORAS	HORARIO	IMPORTE
Organización y Gestión de servicios de prevención , Modulo MIR - CI	24 a 27 enero y 31 enero a 3 febrero	40	9 a 14	240
Valoración del daño corporal y peritación médica, Modulo MIR - C3	14 a 17 febrero y 21 a 24 febrero	40	9 a 14	240
Derecho sanitario, Módulo MIR - C4	28 febrero a 2 marzo	20	9 a 14	120
Metodología de investigación causal de accidentes en el medio sanitario	7 a 11 de marzo	25	9 a 14	150
Tratamiento funcional del Aparato Locomotor	II a 15 de abril	25	9 a 14	150
Riesgos psicosociales en profesionales sanitarios	18 a 22 abril	20	9 a 14	120
Metodología de la investigación en salud laboral	25 a 29 de abril	25	9 a 14	150
Gestión de la incapacidad temporal	9 a 13 de mayo	25	9 a 14	150
Consumo de drogas en el medio laboral	23 a 27 mayo	25	9 a 14	150
Auditorias de los servicios de prevención	6 a 10 de junio	25	9 a 14	150
Epidemiología básica en salud laboral y bioestadística (MIR)	18 a 23 septiembre	50	9 a 14	300
Bioética y salud laboral	26 a 30 septiembre	25	9 a 14	150
Actualización en enfermedades profesionales	3 a 7 de octubre	25	9 a 14	150
Evaluación de riesgos en el medio sanitario	17a 21 noviembre	25	9 a 14	150
Lesiones Traumatológicas y Seguridad Vial	7 a 18 de noviembre	40	9 a 14	240

Para realizar la preinscripción y para información adicional:

Secretaría de Cursos .Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Pabellón N° 8 – Ciudad Universitaria 28040 – Madrid.

Teléfonos: 91 8.22.40.19/ 91 8.22.40.20 Fax: 91 543.72.71



### ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO



## INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO UNIDAD CLÍNICA DE REFERENCIA EN PATOLOGÍA LABORAL

### Creado el día 7 de julio de 1944

"Es el centro superior de docencia, investigación y asesoramiento en las materias a que su denominaión se refiere"

- Especialización vía MIR de Medicina del Trabajo
- Especialización en Enfermería de Empresa
- Formación en Valoración del Daño Corporal
- Formación en Prevención de Riesgos Laborales
- Formación de Postgrado en Materia Laboral
- Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo