



MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

INTERNET

EDITORIAL

25 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Una buena base para afrontar un futuro más exigente

Francisco Javier Pinilla-García 203-205

ARTÍCULOS ORIGINALES

Factores asociados al absentismo laboral en médicos generales de consulta externa de una institución de primer nivel de atención, 2019

Elizabeth Correa-González, Deison Ortiz-Sosa 206-212

Evaluación del Síndrome del Quemado y Resiliencia en fisioterapeutas de Jaén durante la Pandemia COVID-19. Estudio Piloto

Ana Pilar Millán-Gómez, M^o Luisa Ribeiro-González, M^o Francisca Alcalá-Santiago, Alfonso Barranco-Cantero, Isabel Colmenero-Expósito, Antonia Talavera-Martínez 213-219

Relación entre calidad de vida laboral y satisfacción laboral en el equipo de atención primaria de salud

Pamela Montoya-Cáceres, Natalia Bello-Escamilla, Jaima Neira 220-229

261

Tomo 66 · Octubre-diciembre 2020 · 4^o Trimestre
Med Seg Trab Internet 2020;66(261):194-229
Fundada en 1952
ISSN: 1989-7790
NIPO: 834200091

Ministerio de Ciencia e Innovación
Instituto de Salud Carlos III
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
<http://scielo.isciii.es>

 Ministerio de Ciencia e Innovación
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Instituto de Salud Carlos III



International Labour Organization

International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS)

Centro Nacional en España: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ISCIII)



SUMARIO

EDITORIAL

25 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Una buena base para afrontar un futuro más exigente

Francisco Javier Pinilla-García 203-205

ARTÍCULOS ORIGINALES

Factores asociados al absentismo laboral en médicos generales de consulta externa de una institución de primer nivel de atención, 2019

Elizabeth Correa-González, Deison Ortiz-Sosa 206-212

Evaluación del Síndrome del Quemado y Resiliencia en fisioterapeutas de Jaén durante la Pandemia COVID-19. Estudio Piloto

Ana Pilar Millán-Gómez, M^o Luisa Ribeiro-González, M^o Francisca Alcalá-Santiago, Alfonso Barranco-Cantero, Isabel Colmenero-Expósito, Antonia Talavera-Martínez 213-219

Relación entre calidad de vida laboral y satisfacción laboral en el equipo de atención primaria de salud

Pamela Montoya-Cáceres, Natalia Bello-Escamilla, Jaima Neira 220-229

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Directora: María Jesús Terradillos García

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid (España)

Director emérito: Jorge Veiga de Cabo

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid (España)

COMITÉ EDITORIAL

Editor jefe: Javier Sanz Valero

Universitat Miguel Hernández. Àrea d'Història de la Ciència. Dept. Salut Pública, Història de la Ciència y Ginecologia. Alicante (España)

Editor adjunto: Jerónimo Maqueda Blasco

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid (España)

Coordinadora de redacción: Isabel Mangas Gallardo

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid (España)

Traductora/revisora: María José Ecuris García

MIEMBROS

Guadalupe Aguilar Madrid

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. México

Juan Castañón Álvarez

Jefe de Estudios Unidad Docente. Comunidad Autónoma de Asturias. Asturias (España)

Valentina Forastieri

Programa Internacional de Seguridad, Salud y Medio Ambiente (Trabajo Seguro). Organización Internacional del Trabajo (OIT/ILO). Ginebra (Suiza)

Clara Guillén Subirán

Ibermutuamur. Madrid (España)

Rosa Horna Arroyo

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander (España)

Juan Antonio Martínez Herrera

Unidad Equipo Valoración Incapacidades. Madrid (España)

António Neves Pires de Sousa Uva

Escola de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa (Portugal)

Héctor Alberto Nieto

Cátedra de Salud y Seguridad en el Trabajo. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Argentina)

Joaquín Nieto Sainz

Director de la Oficina en España de la Organización Internacional del Trabajo.

María Luisa Rodríguez de la Pinta

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid (España)

José María Roel Valdés

Sector Enfermedades Profesionales. Centro Territorial INVASSAT. Alicante (España)

COMITÉ CIENTÍFICO

Fernando Álvarez Blázquez

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid (España)

Francisco Jesús Álvarez Hidalgo

Unidad de Salud, Seguridad e Higiene del Trabajo. Comisión Europea (Luxemburgo)

Carmen Arceiz Campos

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de La Rioja. Logroño (España)

Ricardo Burg Ceccim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil

María Dolores Carreño Martín

Directora Provincial MUFACE. Servicio Provincial de Madrid. Madrid (España)

Fernando Carreras Vaquer

Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid (España)

Amparo Casal Lareo

Azienda Ospedaliera. Universitaria Careggi. Florencia (Italia)

Covadonga Caso Pita

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España)

Rafael Castell Salvá

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Palma de Mallorca (España)

María Castellano Royo

Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Granada (España)

Luis Conde-Salazar Gómez

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

Francisco Cruzet Fernández

Especialista en Medicina del Trabajo. Madrid (España)

María Fe Gamó González

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

María Ángeles García Arenas

Servicio de Prevención y Salud Laboral. Tribunal de Cuentas. Madrid (España)

Fernando García Benavides

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona (España)

Vega García López

Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona (Navarra). España

Juan José Granados Arroyo

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid (España)

Felipe Heras Mendaza

Hospital de Arganda del Rey. Arganda del Rey, Madrid (España)

Emilio Jardón Dato

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid (España)

Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez

Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. México

Francisco Marqués Marqués

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid (España)

Gabriel Martí Amengual

Universidad de Barcelona. Barcelona (España)

Begoña Martínez Jarreta

Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España)

Pilar Nova Melle

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid (España)

Elena Ordaz Castillo

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

Carmen Otero Dorrego

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Móstoles. Móstoles, Madrid (España)

Cruz Otero Gómez

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid (España)

Fernando Rescalvo Santiago

Jefe de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Laboral de Castilla y León. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Vicente Sánchez Jiménez

Formación y Estudios Sindicales FECOMA-CCOO. Madrid (España)

Pere Sant Gallén

Escuela de Medicina del Trabajo. Universidad de Barcelona. Barcelona (España)

Dolores Solé Gómez

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Barcelona (España)

José Ramón Soriano Corral

Mutua Universal. Madrid (España)

Rudolf Van Der Haer

MC Mutual. Barcelona (España)

Carmina Wanden-Berghe

Universidad CEU Cardenal Herrera. Elche. Alicante (España). Hospital General Universitario de Alicante (España)

Marta Zimmermann Verdejo

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid (España)

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del ISCIII Pabellón, 13 – Campus de Chamartín – Avda. Monforte de Lemos, 3 - 5 o C/ Melchor Fernández Almagro, 3 – 28029 Madrid. España.

Indexada en

OSH – ROM (CISDOC) Organización Internacional del Trabajo (OIT)
HINARI, Organización Mundial de la Salud (OMS)
IBECs, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
IME, Índice Médico Español
SciELO (Scientific Electronic Library Online)
Dialnet
Latindex
Free Medical Journals
Portal de Revistas Científicas. BIREME.OPS/OMS

Periodicidad

Trimestral, 4 números al año.

Edita

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Ciencia e Innovación



NIPO en línea: 834200091

ISSN: 1989 - 7790

Diseño y maquetación: DiScript Preimpresión, S. L.

<http://publicaciones.isciii.es>

<http://www.scielo.org>

<http://scielo.isciii.es>

<http://www.freemedicaljournals.com/>

<http://dialnet.unirioja.es/>

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo nace en 1952, editada por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. A partir de 1996 hasta la actualidad es editada por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) de Madrid (España) en formato papel, y desde 2009 exclusivamente en formato electrónico.

Medicina y Seguridad del Trabajo se encuentra accesible desde diferentes plataformas y repositorios entre los que podemos citar el Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es>), Scientific Electronic Library (SciELO, <http://www.scielo.org> y <http://scielo.isciii.es>), Directory of Open Access Journals (DOAJ, <http://www.doaj.org>).

1.- POLÍTICA EDITORIAL

Medicina y Seguridad del Trabajo es una revista científica que publica trabajos relacionados con el campo de la medicina del trabajo y la salud laboral. Acepta artículos redactados en español y/o inglés (en los casos en que se reciban en ambos idiomas se podrá contemplar la posibilidad de publicar el artículo en español e inglés). Los manuscritos han de ser originales, no pueden haber sido publicados o encontrarse en proceso de evaluación en cualquier otra revista científica o medio de difusión y adaptarse a los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) (versión en inglés <http://www.icmje.org>), versión en español, http://foietes.files.wordpress.com/2011/06/requisitos_de_uniformidad_2010_completo.pdf).

La remisión de manuscritos a la revista para su publicación en la misma, supone la aceptación de todas las condiciones especificadas en las presentes normas de publicación.

El Comité de Redacción de la revista no se hace responsable de los resultados, afirmaciones, opiniones y puntos de vista sostenidos por los autores en sus diferentes formas y modalidades de intervención en la revista.

1.1.- Autoría, contribuciones y agradecimientos

Conforme al ICMJE, los autores firmantes deben haber participado suficientemente en el trabajo, asumir la responsabilidad de al menos una de las partes que componen la obra, identificar a los responsables de cada una de las demás partes y confiar en la capacidad e integridad de aquellos con quienes comparte autoría.

Aquellos colaboradores que han contribuido de alguna forma en la elaboración del manuscrito, pero cuya colaboración no justifica la autoría, podrán figurar como "investigadores clínicos o investigadores participantes" describiendo escuetamente su contribución. Las personas que no cumplan ninguno de estos criterios deberán aparecer en la sección de Agradecimientos.

Toda mención a personas físicas o jurídicas incluidas en este apartado deberán conocer y consentir dicha mención, correspondiendo a los autores la gestión de dicho trámite.

1.2.- Derechos de autor (copyright)

Medicina y Seguridad del Trabajo se encuentra adherida a la licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)



1.3.- Conflicto de intereses

Los autores deberán declarar aquellos posibles conflictos de intereses profesionales, personales, financieros o de cualquier otra índole que pudieran influir en el contenido del trabajo.

En caso de que el manuscrito o parte de su contenido hubiese sido publicado previamente en algún medio de comunicación, deberá ser puesto en conocimiento del Comité de Redacción de la revista, proporcionando copia de lo publicado.

1.4.- Financiación

En caso de que el trabajo haya tenido financiación parcial o total, por alguna institución pública o privada, deberá hacerse constar tanto en la carta de presentación como en el texto del manuscrito.

1.5.- Permisos de reproducción de material publicado

Es responsabilidad de los autores la obtención de todos los permisos necesarios para reproducción de cualquier material protegido por derechos de autor o de reproducción, así como de la correspondiente autorización escrita de los pacientes cuyas fotografías estén incluidas en el artículo, realizadas de forma que garanticen el anonimato de los mismos.

1.6.- Compromisos éticos

En los estudios realizados con seres humanos, los autores deberán hacer constar de forma explícita que se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación o de Ensayos Clínicos establecidas en la Institución o centros donde se hay realizado el trabajo, conforme a la declaración de Helsinki.

En caso de que se hayan realizado experimentos con animales, los autores deberán indicar el cumplimiento de normas nacionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

2.- REMISIÓN DE MANUSCRITOS

2.1.- Formas de envío

Los autores deberán enviar a revistaenmt@isciii.es, una carta de presentación dirigida al Comité de Redacción, acompañando al manuscrito.

2.2.- Carta de presentación

La carta de presentación deberá especificar:

- Tipo de artículo que se remite.
- Breve explicación del contenido y principales aplicaciones.
- Datos del autor principal o responsable de recibir la correspondencia, en caso de que no coincida con el autor principal, relación de todos los autores y filiaciones de cada uno.
- Documento de conformidad de cada uno de los firmantes.
- Declaración explícita de que se cumplen todos los requisitos especificados dentro del apartado de Política Editorial de la revista (Punto 1).

2.3.- Contenido del manuscrito

El artículo se encontrará estructurado en las siguientes secciones: Título, Resumen, Palabras clave, Texto, Tablas, Figuras y Bibliografía. En los casos en que se requiera, Anexos y Listado de abreviaturas.

2.3.1.- Página del título

Deberá contener:

- **Título** en *español* y en *inglés*, procurando no exceder, en lo posible, en más de 15-20 palabras. Debe describir el contenido del artículo de forma clara y

concisa, evitando utilización de acrónimos y abreviaturas que no sean de uso común.

- **Autor encargado de recibir la correspondencia:** Puede ser el autor principal u otra persona designada. Deberá figurar nombre completo y apellidos, dirección postal, teléfono y correo electrónico.

- **Autores:**

- Apellidos y nombre o inicial, separado por comas, hasta un máximo de seis. Cuando el número de autores sea superior, la revista permite la opción de añadir "et al" o incluir una relación de los mismos al final del texto. En caso de que se incluyan dos apellidos, estos deberán encontrarse separados por un guion. Mediante números arábigos en superíndice, cada autor se relacionará con la institución/es a la/s que pertenece.

- En caso de que en la publicación deba hacer mención a algún tipo de agradecimiento, participantes o institución financiadora, deberá hacerse constar en esta página.

2.3.2.- Resumen

Cada artículo de investigación original y revisiones, deberán contar con un *resumen en español* y un *abstract en inglés*, preferiblemente estructurado en los apartados de introducción, objetivos, material y método, resultados y discusión (o conclusiones en su caso). Deberá ser lo suficientemente explicativo del contenido del artículo, no contendrá citas bibliográficas ni información o conclusiones que no se encuentren referidas en el texto.

2.3.3.- Palabras clave

A continuación y de forma separada de estos, se incluirán de tres a cinco *palabras clave en español y en inglés (key words)*.

Para definir las palabras clave se recomienda utilizar descriptores utilizados en tesauros internacionales:

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>),
- Medical Subject Headings (MeSH) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>),
- Tesauro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT-ILO) (<http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>).

2.3.4.- Texto

Los manuscritos deberán ser redactados en formato Microsoft Word 2010 o compatible.

En el caso de artículos originales, deberán encontrarse estructurados atendiendo a las siguientes secciones: Introducción (finalizando con los objetivos del estudio), Material y métodos, Resultados y Discusión (Conclusiones en su caso), cada una de ellas, convenientemente encabezadas.

Se citarán aquellas referencias bibliográficas estrictamente necesarias, mediante números arábigos en forma de superíndices por orden de aparición, tanto en el texto como en las figuras.

Las referencias a textos que no hayan sido publicados ni que se encuentren pendientes de publicación (comunicaciones personales, manuscritos o cualquier otro dato o texto no publicado), podrá incluirse entre paréntesis dentro del texto del artículo, pero no se incluirá en las referencias bibliográficas.

En el apartado de material y métodos se especificará el diseño, la población de estudio, los métodos estadísticos empleados, los procedimientos y normas éticas seguidas en caso de que sean necesarias y los procedi-

mientos de control de sesgos, entre otros aspectos que se consideren necesarios.

Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica pueden requerir una estructura diferente en función de su contenido.

2.3.5.- Tablas y figuras

El título se situará en la parte superior y tanto el contenido como las notas al pie, deberán ser lo suficientemente explicativos como para poder ser interpretadas sin necesidad de recurrir al texto.

Las tablas se enviarán en formato Microsoft Word 2010 o compatible y las figuras en formato Power Point, JPEG, GIFF o TIFF. Preferiblemente en fichero aparte del texto y en páginas independientes para cada una de ellas, indicando en el texto el lugar exacto y orden en el que deben ser intercaladas, aunque también se admite que remitan ya intercaladas en el texto.

Tanto las tablas como las figuras deberán estar numeradas según el orden de aparición en el texto, pero de forma independiente, las tablas mediante números romanos y las figuras mediante números arábigos. Se recomienda no sobrepasar el número de ocho tablas y ocho figuras en los artículos originales.

2.3.6.- Abreviaturas

En caso de que se utilicen abreviaturas, la primera vez que aparezca en el texto deberá encontrarse precedida del nombre completo al que sustituye la abreviación e incluirse entre paréntesis. No será necesario en caso de que se corresponda con alguna unidad de medida estándar. Cuando se utilicen unidades de medida, se utilizarán, preferentemente las abreviaturas correspondientes a las Unidades del Sistema Internacional. Siempre que sea posible, se incluirá como anexo, un listado de abreviaturas presentes en el cuerpo del trabajo.

2.3.7.- Anexos

Se corresponderá con todo aquel material suplementario que se considere necesario adjuntar para mejorar la comprensión del trabajo (encuestas, resultados analíticos, tablas de valores, etc.).

2.3.8.- Agradecimientos, colaboraciones y menciones especiales

En esta sección se hará mención a todos los colaboradores que no cumplen los criterios de autoría (personas, organismos, instituciones o empresas que hayan contribuido con su apoyo o ayuda, técnica, material o económica, de forma significativa en la realización del artículo).

2.3.9.- Referencias bibliográficas

Al final del artículo, deberá figurar la relación numerada de referencias bibliográficas siguiendo el mismo orden de aparición en el texto. (Número recomendado por artículo 40 referencias)

Deberán cumplir los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y adaptarse al sistema de citación de la National Library of Medicine de EEUU para publicaciones médicas (*Citing Medicine: The NLM Style Guide for Authors, Editors and Publishers*), disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=citmed.TOC&depth=2>.

En **ANEXO** se incluyen algunos ejemplos que pueden ayudar a redactar la bibliografía

3.- Tipos y extensión de manuscritos

3.1.- Artículos Originales

Se consideran artículos originales aquellos trabajos de investigación cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto del campo sanitario relacionado con

las áreas de estudio de la revista. (Tamaño recomendado: 2.000 - 4.000 palabras)

3.2.- Revisiones

Trabajos de revisión de determinados temas que se consideren de relevancia en la práctica médica, preferentemente con carácter de revisiones bibliográficas o sistemáticas. (Tamaño recomendado 3.000 – 5.000 palabras)

3.3.- Casos clínicos

Descripción de uno o más casos por su especial interés, aportación al conocimiento científico o extrañeza, entre otros motivos. (Tamaño recomendado, menos de 1.500 palabras)

3.4.- Editoriales

Artículos escritos a solicitud del Comité Editorial sobre temas de interés o actualidad.

3.5.- Cartas al Director

Observaciones o comentarios científicos o de opinión sobre trabajos publicados en la revista recientemente o que constituyan motivo de relevante actualidad (tamaño recomendado: 200 – 500 palabras).

3.6.- Artículos especiales

El Comité Editorial podrá encargar o aceptar para esta sección, trabajos de investigación o actualizaciones que considere de especial relevancia. Aquellos autores

que deseen colaborar en esta sección deberán solicitarlo previamente al Comité Editorial, enviando un breve resumen y consideraciones personales sobre el contenido e importancia del tema.

3.7.- Aula Abierta

Artículos de carácter docente destinados a atender determinadas necesidades del programa de la especialidad de medicina del trabajo que se imparte en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT-ISCIII).

4.- Proceso editorial

El Comité Editorial acusará recibo informando al autor principal de la recepción del manuscrito.

Los manuscritos recibidos se someterán a revisión por el Comité Editorial y serán sometidos a una evaluación por pares (*peer-review*) realizada por revisores expertos. El resultado de dicha evaluación se remitirá a los autores para que, cuando proceda, realicen las correcciones indicadas por los evaluadores dentro del plazo señalado.

Previamente a la publicación del artículo, se enviará una prueba a los autores para que la revisen detenidamente y señalen aquellas posibles erratas, debiendo devolverla corregida en un plazo no superior a 72 horas.

Todos los trabajos que no cumplan las Normas de Publicación de la revista podrán ser rechazados.

ANEXO:

Ejemplos de redacción de referencias bibliográficas más comunes

A) Artículo en revista médica:

Autor o autores (separados por comas). Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-página final del artículo.

Ejemplo:

Álvarez-Gómez S, Carrión-Román G, Ramos-Martín A, Sardina M^ªV, García-González A. Actualización y criterios de valoración funcional en el transporte cardíaco. *Med Segur Trab* 2006; 52 (203): 15-25.

Cuando el número de autores sea superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina "et al."

B) Documento sin mencionar al autor:

Iniciativa sobre comunicaciones eruditas. Association of College and Research Libraries (ACRL). Disponible en:

<http://www.geotropico.org/ACRL-I-2.pdf>

C) Libros y monografías:

Autor o autores (separados por comas). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Ejemplo:

Gil-Lozaga P, Puyol R. Fisiología de la audición. 1^ª Ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1996.

D) Capítulo de un libro

Autor o autores del Capítulo (separados por comas). Título del Capítulo. En: Autor o autores del libro (separados por comas). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas.

Ejemplo:

Bonet ML. Aspectos éticos de la investigación en nutrigenómica y con biobancos. En: Alemany M, Bernabeu-Maestre J (editores). *Bioética y Nutrición*. 2010. Editorial AguaClara. Alicante: 247-264.

E) Material electrónico:

E-1) CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

E-2) Artículo en revista en Internet:

López-Villaescusa MT, Robuschi-Lestouquet F, Negrín-González J, Muñoz-González RC, Landa-García R, Conde-Salazar-Gómez L. Dermatitis actínica crónica en el mundo laboral. *Med. segur. trab.* [revista en la Internet]. 2012 Jun [consultado 5 de abril de 2013];58(227):128-135. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2012000200006&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000200006>

Editorial

25 años de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Una buena base para afrontar un futuro más exigente

25 years after the promulgation of the Act on Prevention of Occupational Risks. A good foundation for facing a more demanding future

Francisco Javier Pinilla-García¹

¹Director, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Madrid, España.

Recibido: 13-12-2020

Aceptado: 17-12-2020

Correspondencia

Francisco Javier Pinilla García
javier.pinilla@insst.mites.gob.es

En noviembre de 2020 se han cumplido 25 años de la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). Sin duda ello constituyó un hecho trascendental para la historia de la prevención de los riesgos laborales y la protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras en España. Con ello se iniciaba el proceso de modernización del marco jurídico de la prevención en España.

La LPRL es fruto de la trasposición a la normativa española de la Directiva Comunitaria 89/391/CEE; dicha Directiva imponía de plazo para su trasposición al ordenamiento jurídico de los Estados miembros hasta finales de 1992, plazo que, no obstante, en España se sobrepasó ampliamente. Este retraso fue una clara muestra de la dificultad que esta tarea representó para el legislador español. Mientras la mayor parte de nuestros socios comunitarios decidieron hacer limitadas modificaciones en sus regulaciones nacionales a fin de adecuarse a los requisitos comunes que imponía la Directiva, en el caso de España se optó por precipitar una transformación en profundidad, ante la evidente obsolescencia técnica y social de la Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo (OGSHT) de 1971, que en ese momento constituía la norma básica en la materia.

Desde el punto de vista técnico el enfoque, a menudo tan detallado, de algunas de las disposiciones de esta norma impedía la necesaria flexibilidad y adaptabilidad a los cambios tecnológicos que se habían ido produciendo en multitud de sectores productivos en los casi 25 años anteriores. Desde el punto de vista social, la Ordenanza y el Reglamento de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo que la acompañaba habían sido pronto superadas por el modelo de relaciones laborales y, en particular, por los requisitos de participación de los trabajadores plasmado en el Estatuto de los Trabajadores de 1980. De esta forma, se imponía una revisión en profundidad que modernizara y se alineara con los criterios internacionales y europeos que se habían ido plasmando tanto en convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en particular el número 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y el 161 sobre los servicios de salud en el trabajo, como en las directivas comunitarias, la 89/391/CEE, denominada “la marco” y hasta siete más que fueron desarrollándola de forma casi inmediata. Además, esta trasposición debía ser coherente e inte-



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

grarse en el conjunto de la regulación laboral y con las instituciones laborales existentes. Ello explica lo largo y azaroso que fue el proceso de diálogo social hasta su definitiva promulgación, cerrando así un período de casi 25 años en los que la prevención en los lugares de trabajo estuvo regulada por la citada OGSHT.

Si bien la promulgación de un texto normativo que nos homologaba a los principios y prácticas preventivas más avanzadas y comunes entre los principales países europeos auguraba una sustancial mejora de la seguridad y salud de los trabajadores, sin embargo, en un primer momento, los datos estadísticos, en particular de siniestralidad, no acompañaron las enormes expectativas creadas por la definitiva aplicación de la Ley a partir de los primeros meses de 1996. Y es que esta norma constituía tan solo el principio de un proceso de cambio al que le faltaban entonces otros fundamentales elementos. El primero fue solventado con la publicación del Reglamento de los Servicios de Prevención. En él se estableció el modelo de asesoramiento técnico preventivo del que las empresas podrían disponer en función de sus características y necesidades. Pero si bien el andamiaje normativo se fue pronto completando y ajustando, lo cierto es que el objetivo más trascendente y señalado de forma explícita en el texto legal, esto es, ese cambio cultural que facilite la incorporación de la sensibilidad preventiva en las tareas cotidianas en el seno de las empresas, parecía aún lejos de alcanzarse. La integración de la prevención continúa siendo hoy uno de los aspectos que suelen ser señalados como de necesaria mejora. Es cierto que ya muchas empresas ven cómo ese tipo de aproximación en la gestión de la prevención constituye una forma exitosa, pues fomenta sinergias entre los distintos objetivos empresariales. No obstante, muchas otras, en particular las más pequeñas, tienen dificultades especiales para ello, sobre todo, a causa de la falta de recursos preventivos internos y del asesoramiento que pueden recibir desde fuera de la empresa que puedan integrar en sus tareas específicas de producción y servicio.

Los aniversarios constituyen una buena ocasión para hacer balances y marcar etapas. Los veinticinco años que han transcurrido desde la promulgación de la Ley 31/1995 merecen celebrar los innegables logros alcanzados en el camino recorrido, pero, aún más, requieren un balance riguroso de qué debemos mejorar para afrontar los retos que se nos imponen. En estos años se han producido cambios trascendentales en la tecnología empleada en los lugares de trabajo y en la forma en que las empresas organizan su actividad y gestionan su relación con los trabajadores que emplean. Ello determina a su vez los riesgos a los que se exponen los trabajadores y trabajadoras. Las fuentes de estos riesgos son variadas y cada día se tornan más complejas. Van desde los riesgos de seguridad tradicionales asociados a máquinas a los más actuales derivados de la interacción con robots industriales, tiene que ver con exposiciones ambientales a contaminantes bien conocidos como puede ser el amianto, la sílice, o con otros como los que ocasionan cáncer o la exposición a nanopartículas. Afectan al componente físico de la persona, provocando lesiones musculoesqueléticas que limitan la calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras y los abocan a la exclusión laboral y social, pero también afectan a su mente, provocando variadas patologías y sufrimientos mentales.

Para enfrentar todas estas amenazas que acechan al mundo del trabajo no hay más antídoto que más y mejor suma de conocimiento experto. Para crear este conocimiento se necesita investigar y experimentar y ello requiere de instalaciones, laboratorios con personal capaz de facilitar evaluaciones de calidad, de interpretar y proponer regulaciones claras y eficaces, de ensayar procedimientos y métodos para suministrar, a los especialistas en las empresas, nuevas y más sencillas metodologías preventivas. En definitiva, ello requiere de un fortalecimiento de las instituciones científicas y técnicas que atienden a la seguridad y la salud de la población trabajadora y una alianza de objetivos compartidos como la que forma el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Instituto de Salud Carlos III, que se proyecta en distintos campos como la incorporación de la Seguridad y Salud en la agenda de la Acción Estratégica en Salud, la formación especializada en Salud Pública y Medicina Preventiva mediante la colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad y, de una forma especial, la formación especializada en Medicina y Enfermería del Trabajo a través de la colaboración con una institución hermana como es la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

En estos tiempos de pandemia una de las enseñanzas que nos deja esta trágica experiencia es el del valor del conocimiento técnico y científico y la necesidad de generar evidencias para abordar de forma eficiente situaciones críticas. Debemos enfrentar un futuro más incierto y amenazador de lo que nunca sospechamos y, para ello, hay que potenciar las herramientas que, como humanos, nos han hecho progresar, esto es, combinar ingenio y cooperación. Esto mismo es lo que se requiere en los lugares de trabajo para afrontar los numerosos y variados riesgos laborales que amenazan a la seguridad y la salud de la población trabajadora. Hemos aprendido que el progreso de un tejido económico se garantiza uniendo salud y talento en la gestión de las organizaciones.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales supuso para el mundo laboral español un innegable salto de modernidad. Hoy, tras 25 años, su adaptación a las profundas transformaciones tecnológicas, organizativas y de los modos de gestión en las empresas aconseja no demorar su necesaria reforma, a fin de seguir siendo útil para proteger la seguridad y la salud de trabajadores y trabajadoras.

Artículo original

Factores asociados al absentismo laboral en médicos generales de consulta externa de una institución de primer nivel de atención, 2019

Factors associated with absenteeism in outpatient general practitioners of a first-level care institution, 2019

Elizabeth Correa-González¹, Deison Ortiz-Sosa²

¹Enfermera, Magister en calidad en salud, Aspirante a Magister en Administración en salud, Universidad CES, Grupo de investigación observatorio de salud pública, Colombia.

²Enfermero, Clínica CES, Especialista en auditoría en salud, Aspirante a Magister en calidad en salud, Universidad CES, Grupo de investigación observatorio de salud pública, Colombia.

Recibido: 09-10-2020

Aceptado: 23-11-2020

Correspondencia

Elizabeth Correa González
elizabethcorrea2687@gmail.com

Resumen

Introducción: El ausentismo laboral, ha sido considerado en los últimos tiempos como uno de los problemas de mayor relevancia al interior de las organizaciones y más aún, en aquellas concernientes al área de la salud; situación que motiva a estudiar los factores que se encuentran asociados a este aspecto en los médicos generales de consulta externa de una empresa administradora del talento humano en salud de la ciudad de Medellín. Los motivos que permiten la ejecución de esta investigación se encuentran los costos asociados al ausentismo, la insatisfacción de los usuarios, la disminución en la calidad de la consulta y la seguridad del paciente enmarcado en la continuidad de la atención por su médico de familia.

Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores que se asocian al ausentismo laboral en el personal médico, de una empresa administradora del talento humano en salud, de la ciudad de Medellín, durante el primer semestre del año 2019.

Materiales y Método: Estudio observacional analítico de tipo transversal, desarrollado en el primer semestre del año 2019 en una empresa administradora de talento humano en salud que presta servicios de consulta externa. Se realizó la determinación del ausentismo laboral, en los médicos generales asistenciales como variable dependiente y como variables independientes, todas aquellas que describen los factores asociados a las categorías personales, sociales y laborales. Adicional, se realizó una descripción del comportamiento del ausentismo, la medición de indicadores más frecuentes y el cálculo de los costos directos. Para la recolección de los datos se utilizó como fuente de información primaria una encuesta estructurada, previa prueba piloto al 5% de la población objeto, con criterios de inclusión y exclusión definidos.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Resultados: Se encuestaron 411 médicos, el 64.7% eran mujeres, la mediana de la edad de 30 (RIC:8) años, el porcentaje de ausentismo fue del 16.1% (66). Dentro de la población de estudio las mujeres son quienes tienden a presentar mayores niveles de ausentismo, dado que por cada hombre que presenta ausentismo hay 2.05 mujeres, con un valor $P=0.020$ significativo. De igual forma la posibilidad de realizar cambios de turno presenta una significancia estadística con un valor $P=0.004$ y un OR 3.67 con respecto a aquellos que no identifican facilidad en esta variable.

Conclusión: los factores que se asocian con presentar ausentismo laboral son el sexo femenino, la no convivencia o cercanía con su familia y la percepción de no lograr cambiar sus turnos laborales.

Palabras clave: Absentismo Laboral; ausentismo; satisfacción en el trabajo; atención ambulatoria; Servicios de Salud Comunitaria.

Abstract

Introduction: Absenteeism from work has been considered in recent times as one of the most important problems within organizations and even more so, in those concerning the health area; situation that motivates to study the factors that are associated with this aspect in the general practitioners of external consultation of a company that manages human talent in health in the city of Medellín. The reasons that allow the execution of this research are the costs associated with absenteeism, the dissatisfaction of the users, the decrease in the quality of the consultation and the safety of the patient framed in the continuity of care by their family doctor.

Objective: To determine the frequency and factors associated with absenteeism in medical personnel, of a company that manages human talent in health, in the city of Medellín, during the first semester of 2019.

Materials and methods: Analytical observational study of transversal type, developed in the first semester of 2019 in a human talent management company in health that provides external consultation services. The determination of work absenteeism was carried out, in general care physicians as a dependent variable and as independent variables, all those that describe the factors associated with the personal, social and work categories. Additionally, a description of the behavior of absenteeism, the measurement of the most frequent indicators and the calculation of direct costs was made. For data collection, a structured survey was used as a primary source of information, after a pilot test of 5% of the target population, with defined inclusion and exclusion criteria.

Results: 411 doctors were surveyed, 64.7% were women, the median age of 30 (IQR: 8) years, the percentage of absenteeism was 16.1% (66). Within the study population, women are the ones who tend to present higher levels of absenteeism, given that for every man who presents absenteeism there are 2.05 women, with a significant $P=0.020$ value. Similarly, the possibility of making shift changes presents a statistical significance with a P value = 0.004 and an OR 3.67 with respect to those who do not identify ease in this variable.

Conclusion: the factors that are associated with having absenteeism from work are female sex, not living together or being close to their family and the perception of not being able to change their work shifts.

Keywords: Absenteeism; Job Satisfaction; Ambulatory Care; Community Health Services.

INTRODUCCIÓN

El ausentismo laboral es un fenómeno que cada vez adquiere mayor fuerza en el mundo, este tema era poco debatido, pues no se contaba con estadísticas ni medidas que demostraran el gran impacto negativo que este tenía para las empresas, sin embargo, en la actualidad, las organizaciones toman conciencia cada vez más de la importancia de medir e implementar acciones para disminuirlo, siguiendo las recomendaciones de instituciones con reconocimiento mundial en pro del ejercicio laboral^(1,2).

En 1919 la organización internacional del trabajo (OIT) fue fundada con el objetivo de mejorar las oportunidades de empleo, proteger el derecho de los trabajadores a un trato decente, mejorar la protección social y fortalecer las estrategias de diálogo; convirtiéndose en pionera del cuidado del trabajador, de las condiciones laborales en las que se desempeña y generando políticas relacionadas con su desarrollo, llevándola a que desde 1946 la OIT se convirtiera en la primera agencia de las Naciones Unidas a nivel mundial en este tema⁽³⁾.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, el ausentismo laboral, sin duda alguna, es un tema que impacta de manera negativa al sistema laboral, no obstante, el sistema de salud no es ajeno a esta problemática, al contrario, el personal médico asistencial, atiende pacientes directamente, tiene agendas continuas programadas con anterioridad y deben cumplir con los tiempos y expectativas del paciente; al ausentarse, se rompe la relación médico-paciente, la continuidad terapéutica y el seguimiento a casos conocidos, alterando el modelo de médico de familia. En cuanto a la oportunidad de la atención también puede verse sometida a demoras y tiempos de atención prolongados; e incluso cancelación de citas médicas. Al valorar el impacto en el equipo de trabajo, el disconfort que genera cubrir en horario extralaboral o adicional el turno del compañero que se ausenta por lo general no es bien recibido^(4,5).

Por lo anteriormente mencionado, se hace necesario evaluar a través de un estudio transversal, los factores que se asocian al ausentismo laboral en esta empresa.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, empírico analítico. Se realizó un comparativo entre los médicos generales que han presentado absentismo laboral, con aquellos que no lo presentaron en el primer semestre del año 2019. No se tomó muestra para el presente estudio, dado que la población objeto es abordable por el número, sin embargo, se plantearon criterios de exclusión, como el hecho de estar en esto de embarazo, tener evaluación previa o diagnóstico de enfermedad laboral y estar vinculado por contrato de prestación de servicios.

La fuente primaria de información fue una encuesta estructurada realizada por los investigadores previo a una revisión exhaustiva de la literatura científica, con las variables que según la literatura estudiada presentaban asociación con el absentismo laboral, agrupadas en características demográficas, factores laborales, características personales, familiares y sociales. Se realizó una prueba piloto con el 10% de la población.

Para llevar a cabo este estudio, se solicitó aval por parte de la empresa administradora de talento humano y de la Universidad CES por medio de la presentación del anteproyecto al comité de investigación.

Se realizó una reunión con el personal médico, que permitió dar a conocer los objetivos del estudio, la encuesta fue enviada a través del correo institucional, además se solicitó el consentimiento como parte de garante en la privacidad y seriedad del presente estudio, con el fin de asegurar la voluntariedad del estudio.

El diligenciamiento de las encuestas se llevó a cabo en horario laboral del personal con un espacio definido en su agenda, se contó además con un espacio físico adecuado en cada uno de los servicios, los consultorios médicos se encuentran dotados en su to-

talidad con equipo de cómputo e internet, así se lograron el mínimo de interrupciones durante el diligenciamiento del instrumento que tuvo una duración máxima de quince minutos.

La aplicación del instrumento fue supervisada por el líder médico de cada una de las sedes y el investigador, por lo cual se realizó una capacitación previa a cada uno de ellos para solucionar dudas respecto al material utilizado.

La información recolectada se procesó y analizó en los programas Microsoft Excel 2013, SPSS® versión 18.0 y ED 3.1 con licencia de la Universidad CES. Para establecer la asociación entre factores de exposición y el absentismo laboral, se utilizaron las pruebas estadísticas Ji-cuadrada y prueba exacta de Fisher, con un nivel de significación de 5 %; así mismo, se calcularon OR crudas (RP) y ajustadas a través de regresión logística, con sus respectivos IC 95 %.

RESULTADOS

Se envió la encuesta a los 503 médicos asistenciales de los 19 Centros integrales de salud de la ciudad de Medellín y municipios aledaños, de los cuales se obtuvieron 411 encuestas diligenciadas para un 80.1% de aceptación de la encuesta, el 64.7 % (266) fueron mujeres y solo el 35.3% (145) hombres. Se logró identificar que por cada hombre encuestado hay 1.83 mujeres.

Se observa que el nivel de mayor presencia en las personas es el estrato 3 con un total de 151 individuos con un porcentaje de participación del (36.7%), lo sigue el estrato 4 con un total de 138 individuos con un porcentaje de (33.6%). Al valorar asociación se identificó que el género femenino presenta asociación con el ausentismo laboral.

En cuanto a la edad se logró identificar que esta variable no presentó una distribución normal (valor p 0.000 Shapiro Wilk) con una mediana de 30 años y un rango intercuartil de 8.

Tabla 1: Distribución porcentual de las características sociodemográficas Vs el ausentismo laboral.

Variable		Ausentismo		OR	Valor P	IC
		Si	No			
Genero	Femenino	15 (22.7%)	130 (37.7%)	2.05	0.020*	1.11 – 3.80
	Masculino	51 (77.3%)	215 (62.3%)	1		
Estrato	1-2-3	35 (53%)	145 (42%)	0.64	0.099	0.37 – 1.08
	4-5-6	31 (47%)	200 (58%)	1		
Estado civil	Con pareja	27 (40.9%)	144 (41.7%)	1.035	0.90	0.60 – 1.76
	Sin pareja	39 (59.1%)	201 (58.3%)	1		
Nivel educativo	Profesional	59 (89.4%)	328 (95.1%)	2.28	0.072	0.91 – 5.76
	Postgrado	7 (10.6%)	17 (4.9%)	1		
Edad	>40 años	8 (12.1%)	51 (14.8%)	1.25	0.57	0.56 – 2.79
	<39 años	58 (87.9%)	294 (85.2%)	1		

Con el fin de dar respuesta a la asociación que hay entre los factores sociodemográficos, familiares, personales, sociales y laborales con el ausentismo laboral, se realizó un modelo multivariado de regresión logística binaria, para describir los factores que más explicarán el ausentismo laboral. Los factores que en el análisis bivariado presentaron valores de p menores de 0,25 según criterio de Hosmer-Lemeshow, fueron incluidos en el análisis multivariado. Estos fueron: Sexo, Estrato socioeconómico, nivel educativo, Cuidado de los hijos, Familia cercana, enfermedad crónica, Jornada laboral, satisfacción horaria, actividad medica realizada y posibilidad de cambios de turno.

Tabla 2: Factores que presentan asociación con el ausentismo laboral

Variable		Ausentismo		OR	Valor P	IC
		Si	No			
Genero	Femenino	15 (22.7%)	130 (37.7%)	2.05	0.020*	1.11 – 3.80
	Masculino	51 (77.3%)	215 (62.3%)	1		
Actualidad familiar	Familia no cercana	12 (18.2%)	108 (31.3%)	2.051	0.032*	1.05 – 3.99
	Familia cercana	54 (81.8%)	237 (68.7%)	1		
Enfermedad crónica	Si	22 (33.3%)	74 (21.4%)	1.83	0.037*	1.03 – 3.24
	No	44 (66.7%)	271 (78.6%)	1		
Cambio de turno	Si	10 (15.2%)	16 (4.6%)	3.67	0.004*	1.50 – 8.58
	No	56 (84.8%)	329 (95.4%)	1		
Satisfacción con el horario	Si	59 (89.4%)	256 (74.2%)	0.34	0.008*	0.15 – 0.77
	No	7 (10.6%)	89 (25.8%)	1		

Al realizar el ajuste de las variables que presentaron significancia estadística, con relación al Sexo se observó un aumento en su relación, debido a que en el análisis bivariado por cada hombre que se ausento hubo 2.05 mujeres que presentaron ausentismo y en el multivariado esta relación fue de 5.57, otra variable que continuo presentando significancia estadística y asociación fue la percepción de poder cambiar turnos, encontrando una mayor relación de ausentismo en el personal médico que identifica el cambio de turno como una acción difícil de lograr.

Tabla 3: Factores que presentan más asociación con el ausentismo laboral ajustado al OR

Variable		OR		OR Ajustado	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sexo	Femenino	2.05	1.11-3.80	5.57	1.06-7.11
	Masculino	1		1	
Cambio de turno	Difícil	3.67	1.50-8.58	2.75	1.32-22.96
	Fácil	1		1	

DISCUSIÓN

El talento humano en salud como eje fundamental para el desarrollo de las instituciones, juega un papel importante al momento de trazarse metas y ejecutar planes acción, más aún, cuando este recurso se dedica a la prestación de servicios asistenciales, como la población objeto de este estudio, los médicos generales que laboran en el servicio de consulta externa. Por tal motivo es de gran importancia evidenciar aquellos factores derivados del ausentismo laboral que interfieren con la prestación del servicio, la continuidad en la atención, la seguridad del paciente, la economía institucional, la sobrecarga en las funciones para el grupo de trabajo y la fidelización de los pacientes. Los hallazgos obtenidos en el presente estudio permitieron identificar como es el comportamiento del ausentismo laboral y éste cómo impacta con la calidad en salud y la administración del talento humano^(5,6).

El presente estudio registró con un 77.3% que las mujeres son quienes se ausentan con mayor frecuencia respecto a los hombres; encontrando un valor P 0.002 estadísticamente significativo para esta variable, al igual que en el estudio realizado por Rodolfo Mendoza Llanos titulado “insatisfacción laboral como predictor del ausentismo en un Hospital Público”, donde en sus hallazgos obtiene un valor p menor de 0.05 al evaluar el sexo como predictor de ausentismo laboral; no obstante, tiene gran relevancia que se encuentra una asociación alta entre la satisfacción laboral y el ausentismo, situación contraria en los resultados obtenidos⁽⁷⁾.

Autores como Hernández G, Cifuentes H. encuentran en el personal asistencial mayores niveles de ausentismo en el sexo masculino, principalmente en con cargo de médico general y en rango de edad menor de 30 años; además, idéntico que la edad en la cual se presentan mayores niveles de ausencias corresponde al rango de 25-29 años y el 83.04% de las consultas fueron asociadas a revisión por médico general donde el principal motivo de consulta fueron las afecciones respiratorias con un 19.80% situación que tiene relación con el comportamiento de los resultados del presente estudio⁽⁸⁾.

Realizando un comparativo de los resultados obtenidos con otros sectores económicos, se identificó que el ausentismo por enfermedad general es la principal causa como se menciona en el tercer informe de la ANDI el 63.5% equivale a esta causa; las enfermedades respiratorias y gastrointestinales también se identifican como principales motivos de consulta e incapacidad de los empleados al igual que en el estudio de D K Carrillo et al. “Absentismo laboral por incapacidad médica en un centro de contacto de la ciudad de Medellín” donde el 99.3% de las incapacidades correspondieron a la enfermedad general la relación de incapacidades por genero fue de 2:1 con mayor numero en mujeres, el 27.51% son por patologías gastrointestinales y el 26.45% de vías respiratorias^(2,9).

Llama la atención que tácitamente la literatura no evidencia los hallazgos que el presente estudio manifiesta y menos enfocado la población objeto de este estudio como lo son: la cercanía con su núcleo familiar, el tener enfermedades crónicas, la posibilidad de cambiar turnos que va de la mano de la flexibilidad con el horario y la satisfacción con el mismo, el estudio realizado por E. Cataño y E. correa titulado “Factores asociados al absentismo laboral en los empleados de una institución de salud de Medellín. Colombia, 2016” busco factores de asociación similares encontrando que los factores que se asocian al absentismo laboral en los empleados de la institución de salud de estudio, están dados por el bajo nivel educativo, tener un cargo laboral de apoyo y desempeñar funciones de asistencia, sin embargo, la satisfacción con la remuneración, pertenecer a un núcleo familiar, tener hijos a cargo y presentar alguna patología de base, no fueron estadísticamente significativos en la población estudiada⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIONES

La medicina ha sido una labor con mayor preponderancia al sexo masculino, sin embargo, se identifica que ha cambiado con el tiempo, siendo en la actualidad una profesión con gran participación del personal femenino, en el presente estudio se identificó que ser mujer es un factor que se asocia a presentar absentismo laboral, el cual puede ser explicado por el fenómeno de la doble presencia de la mujer, la cual asume, responsabilidades en ambas esferas, la laboral y la domestica.

Del total de médicos encuestados el 16,1% presentaron ausentismo laboral con un 77,3% en mujeres, el tener la familia cerca, tener una enfermedad crónica, la posibilidad de cambiar el turno laboral y la satisfacción con el horario son factores que influyen en el ausentismo laboral, siendo el sexo femenino y la posibilidad de cambiar turnos los más relevantes.

El ausentismo laboral es un problema social, económico y laboral que tiene un gran impacto sobre el trabajador que se ausenta, pero además sobre la empresa quien ve afectada su productividad, lo que al final se traduce en una desaceleración del crecimiento económico y social en diferentes sectores de la sociedad. Estas situaciones suscitan en-

tonces un motivo para la comunidad científica; ya que posteriores estudios permitirán identificar la relación entre éstos y otros factores que puedan ser indagados según las nuevas generaciones, que implica el cambio en los individuos y sus formas de contratación, medición del riesgo psicosocial, creación de programas de intervención por medio de análisis de la cultura organizacional y campañas enfocadas al bienestar laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez. D. Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. Revista Salud Bosque. 2015;5(1):43.
2. ANDI. Tercer informe de seguimiento sobre ausentismo laboral e incapacidades médicas [Internet]. 2019; 3. Disponible en: <http://www.andi.com.co/Uploads/Tercer%20informe%20de%20seguimiento%20sobre%20salud%20y%20estabilidad%20en%20el%20empleo%20CESLA%20ANDI.pdf>
3. Agulló TE, Grau JB, Rodríguez MA, de Diego Vallejo R. El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*. 2005;17(2):212-218.
4. Kerguelen Botero C. Calidad en salud en Colombia: los principios. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008. 226 p. (Colección PARS).
5. Santana M., et al. "Ausentismo laboral: impacto en la productividad y estrategias de control desde los programas de salud empresarial." (2017). Universidad del Rosario. [Internet] 2019 [citado 2020 mayo 24] Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13583/Borda-Gallon%20Maria-Claudia-2017.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
6. Gutiérrez C, Gómez D, Calvo L. Ausentismo laboral en personal de salud de la red salud norte de Cali en 2013.
7. Mendoza LR. Insatisfacción laboral como predictor del ausentismo en un hospital público. *Rev Med Chile*. 2015;143:1028-33.
8. Hernández G, Cifuentes H. Ausentismo laboral en el personal del área médica en una empresa de atención domiciliaria en el periodo enero a diciembre de 2015.
9. Carrillo DK, et al. Absentismo laboral por incapacidad médica en un centro de contacto de la ciudad de Medellín en el periodo 2016-2017. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*. 2019;28:49-56. [citado 2020 mayo 24] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-6252019000100006&lng=es
10. Cataño SE, Correa GE, Berbesi FD. Factores asociados al absentismo laboral en los empleados de una institución de salud de Medellín. Colombia, 2016. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2017;63(249):311-8.

Artículo original

Evaluación del Síndrome del Quemado y Resiliencia en fisioterapeutas de Jaén durante la Pandemia COVID-19. Estudio Piloto

Evaluation of Burn out Syndrome and Resilience in Jaén Physical Therapists during the COVID-19 Pandemic. Pilot Study

Ana Pilar Millán-Gómez¹, M^a Luisa Ribeiro-González¹, M^a Francisca Alcalá-Santiago¹, Alfonso Barranco-Cantero¹, Isabel Colmenero-Expósito¹, Antonia Talavera-Martínez²

¹Hospital Universitario de Jaén, Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación, Jaén, España.

²Hospital San Juan de la Cruz, Unidad de Rehabilitación, Jaén, España.

Recibido: 25-08-2020

Aceptado: 19-10-2020

Correspondencia

Ana Pilar Millán Gómez
amillan@ujaen.es

Resumen

Introducción: Aunque el síndrome del quemado (burnout) se ha estudiado profusamente en los trabajadores sanitarios, existen pocos estudios que lo aborden específicamente en los fisioterapeutas y cuando esto se ha hecho se ha encontrado que los índices varían desde un nivel bajo hasta un nivel medio-alto.

La reciente pandemia COVID-19 ha supuesto y supone un reto notable para el sistema sanitario. En este escenario, puede ser de interés evaluar el índice de burnout en el colectivo de fisioterapeutas.

Objetivo: El objetivo de este estudio es medir la prevalencia de burnout en el colectivo de fisioterapeutas de Jaén y provincia, así como estudiar posibles fenómenos asociados a la misma.

Material y Métodos: Se remitió una encuesta con datos sociodemográficos, una escala de medición de la resiliencia y una escala de medición del burnout (incluyendo sus tres aspectos: cansancio emocional, despersonalización y realización personal) por medio grupos de WhatsApp de ámbito profesional a los fisioterapeutas de la provincia de Jaén. La encuesta fue anónima, voluntaria y autocumplimentable.

Resultados: La prevalencia de burnout entre los fisioterapeutas de la provincia de Jaén es superponible a la publicada en otros estudios. Los fisioterapeutas que no trabajan en la capital sufren más de cansancio emocional ($p=0,038$) y existe una tendencia a que los hombres sufran más despersonalización. Entre las subescalas de resiliencia que más se asocian al burnout está la de "adaptabilidad y redes de apoyo".

Conclusiones: La frecuencia de burnout en los fisioterapeutas de Jaén es superponible a la publicada por otros autores, no siendo posible establecer si el contexto de pandemia COVID juega algún papel. No



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

trabajar en la capital de la provincia parece favorecer el burnout. El perfil de burnout se concreta sobre todo en los aspectos “cansancio emocional” y “despersonalización”, siendo esto especialmente frecuente en los que presentan un bajo nivel de resiliencia en la subescala “adaptabilidad y redes de apoyo”.

Palabras clave: Fisioterapeutas; Síndrome de Burnout; Resiliencia.

Abstract

Introduction: Although burnout syndrome has been extensively studied in health-care workers, there are few studies that specifically address it in physical therapists, and when this has been done, the rates have been found to range from low to medium-high.

The recent COVID-19 pandemic has been and continues to be a significant challenge for the healthcare system. In this scenario, it may be of interest to evaluate the burnout index in the group of physical therapists.

Objective: The objective of this study is to measure the prevalence of burnout in the group of physical therapists in Jaén and province, as well as to study possible phenomena associated with it.

Material and Methods: A survey with sociodemographic data, a resilience measurement scale and a burnout measurement scale (including its three aspects: emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment) was sent by means of WhatsApp groups of professional scope to the physical therapists of the province from Jaén. The survey was anonymous, voluntary, and self-filling.

Results: The prevalence of burnout among physiotherapists in the province of Jaén is superimposable to that published in other studies. Physiotherapists who do not work in the capital suffer more from emotional fatigue ($p = 0.038$) and there is a tendency for men to suffer more depersonalization. Among the resilience subscales that are most associated with burnout is “adaptability and support networks”.

Conclusions: The frequency of burnout in Jaén physiotherapists is superimposable to that published by other authors, and it is not possible to establish whether the context of the COVID pandemic plays any role. Not working in the provincial capital seems to favor burnout. The burnout profile is specified above all in the “emotional fatigue” and “depersonalization” aspects, this being especially frequent in those with a low level of resilience in the “adaptability and support networks” subscale.

Keywords: Physical Therapists; Burnout Psychological; Resilience.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 está sometiendo a una gran presión a los sistemas sanitarios y a los profesionales sanitarios de todo el mundo. Esto impide un funcionamiento eficaz de los mismos y amenaza con sobrecargar al sistema sanitario⁽¹⁾. Ante el excepcional reto que la irrupción de esta pandemia ha supuesto para los servicios sanitarios, los profesionales a menudo son víctimas de un estado de incertidumbre e inseguridad que genera agotamiento emocional, sentimientos de impotencia y actitudes negativas hacia el trabajo. Los recursos que una persona tiene para afrontar estas situaciones adversas guardan una relación estrecha con el concepto de resiliencia, término descrito por primera vez por Grotberg en 1995⁽²⁾.

Las grandes cargas de trabajo y las inadecuadas condiciones laborales con baja recompensa e inseguridad laboral, pueden tener un impacto negativo tanto en la salud física como en la salud mental de los trabajadores sanitarios, lo que puede contribuir a provocar agotamiento físico, mental y emocional, sentimiento de angustia y, en definitiva, repercusiones tanto en las relaciones interprofesionales del profesional como en el desempeño laboral. Se ha identificado una correlación entre una salud emocional

inadecuada y la insatisfacción laboral; ésta podría comportarse como el primer indicador identificable de agotamiento^(3,4,5).

La fatiga emocional que se da en el ámbito laboral recibe el nombre de síndrome de “burnout” o del “trabajador quemado”, descrito por primera vez a mediados de los años 70 por el psiquiatra Herbert Freudenberger⁽⁶⁾.

La prevalencia del síndrome de “burnout” en países occidentales oscila entre el 13% y el 27% de la población activa. Los profesionales sanitarios son una población con un alto riesgo de sufrirlo. La prevalencia en los médicos puede llegar a ser del 70% y en las enfermeras del 50%⁽⁷⁾. En Estados Unidos el 54% de los médicos y el 35% de enfermeras en entorno hospitalario muestran síndrome de agotamiento⁽⁸⁾. Otros estudios señalan una prevalencia en personal de enfermería del 21%, relacionándolo con altos niveles de estrés ocupacional y con la percepción negativa de la calidad de vida⁽⁹⁾. En España se ha registrado una prevalencia alta en los profesionales de Atención Primaria, con cifras que pueden ser algo mayores al 39%^(10,11). En los fisioterapeutas, se han señalado el cansancio emocional y la despersonalización como componentes del “burnout” especialmente prevalentes⁽¹²⁾. Son varias las publicaciones que se hacen eco de la especial prevalencia de “burnout” en este colectivo^(13,14).

El objetivo de este estudio es medir el índice de burnout, así como su posible relación con otras variables (sociodemográficas y, en particular, el nivel de resiliencia) en el colectivo de fisioterapeutas de Jaén y provincia durante la pandemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio piloto siguiendo un diseño transversal descriptivo con muestreo no probabilístico. Como criterio de inclusión para participar se consideró ser fisioterapeuta en activo en la provincia de Jaén, independientemente de que se tratara del sector público o privado y del turno de trabajo. No hubo criterios de exclusión.

Se envió a los participantes, mediante diversos grupos de WhatsApp de ámbito profesional, una encuesta anónima autocumplimentable a los fisioterapeutas en activo de Jaén y su provincia durante el mes de mayo de 2020, en plena pandemia COVID-19. Dicha encuesta incluyó datos demográficos (edad -años-, género -hombre, mujer-, estado civil, número de hijos), datos relativos al puesto de trabajo (entorno de trabajo -nivel hospitalario, nivel primario, Unidad Móvil, clínica privada, otros-, tipo de contratación -plaza en propiedad, contrato indefinido, contrato temporal-, turno de trabajo -mañana, tardes, mañana y tardes, otros-, localidad de trabajo -capital, provincia-), el cuestionario de Burnout “Maslach Burnout Inventory Human Services Survey” (MBI-HSS) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) y la escala de resiliencia de Connor-Davidson CD-RISC (Connor y Davidson, 2003; adaptación española Crespo, Fernández-Lansac y Soberón, 2014).

El cuestionario de “burnout” MBI-HSS consta de 22 preguntas que definen tres subescalas: cansancio emocional (9 preguntas), despersonalización (5 preguntas) y realización personal (8 preguntas). Cada pregunta se valora según una escala Likert de siete grados en función de la frecuencia de experimentación de determinadas situaciones (desde 0 -nunca- hasta 6 - todos los días-). Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de burnout. Se considera que hay indicios de burnout cuando se alcanzan puntuaciones de cansancio emocional mayores a 26, de despersonalización mayores a 9, y de realización personal menores a 34. Los resultados de esta escala suelen presentarse de forma categorizada en tres niveles: bajo (hasta 18 puntos en cansancio emocional, 5 puntos en despersonalización y 33 en realización personal), medio, y alto (27 o más puntos en cansancio emocional, 10 o más en despersonalización, y 40 o más en realización personal). Debe recordarse que los niveles altos apuntan hacia el burnout en cansancio emocional y en despersonalización, en tanto que lo que apunta hacia el burnout en realización personal son los niveles bajos.

La escala de resiliencia CD-RISC es un instrumento de 25 preguntas sobre determinadas percepciones vividas por el sujeto en el último mes, con cinco niveles de respuesta según una escala Likert de 0 a 4, y con una horquilla de puntuación de 0 a 100 (mayor cuanto más resiliencia). Esta escala contempla cinco subescalas: adaptabilidad y redes de apoyo (tolerancia al cambio: 5 preguntas), persistencia/tenacidad/autoeficacia (competencia personal: 8 preguntas), control bajo presión (confianza en sí mismo: 7 preguntas), control personal (3 preguntas) y espiritualidad (2 preguntas).

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, contemplándose medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, y de frecuencia para las cualitativas. Previa constatación la normalidad de las variables cuantitativas, se han realizado comparaciones de las medias, según el caso, mediante el test de la “t” de Student o mediante el análisis de la varianza (ANOVA). Las variables cualitativas se han analizado con el test de la chi cuadrado. El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Nuestro estudio adolece de varias debilidades. En primer lugar, la muestra es pequeña y el marco muestral ha estado definido por los fisioterapeutas de la provincia de Jaén que de alguna manera son accesibles a través de WhatsApp; ello condiciona ya de entrada el marco muestral; además, el número de fisioterapeutas que ha respondido ha sido excepcionalmente bajo; esto podría explicarse por el medio utilizado para acceder a ello, pero también puede haber ocurrido que el mero hecho de “estar quemado” haya podido sesgar en un sentido u otro la disponibilidad para participar.

En cualquier caso, la generalización de los resultados se ve seriamente comprometida, por lo que sólo podemos etiquetar a este estudio como un pilotaje. Es necesario en el futuro diseñar un estudio con mayor tamaño muestral para obtener resultados más fiables. Por otra parte, es imposible saber si el haber realizado la encuesta en plena pandemia COVID ha podido condicionar los resultados, pues carecemos de estudios normativos en nuestra provincia; en consecuencia, se impone en el futuro, cuando el efecto de la pandemia haya remitido, replicar el estudio con el propósito de hacer las oportunas comparaciones.

Responsabilidades éticas

La encuesta incluye un párrafo donde se indica que el encuestado consiente en participar y que el estudio se llevará a cabo según la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigaciones Biomédicas, así como siguiendo los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki (actualizada en la Asamblea de Brasil en 2013) para la investigación biomédica. También se tendrá en consideración la Ley de Autonomía del paciente 41/2002.

Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Las personas participantes en este estudio podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y de Oposición establecidos en la citada normativa.

La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio, asegurando el anonimato de los sujetos y la confidencialidad de los datos, los cuales no estarán accesibles a personas ajenas al estudio, para ello se disociarán las muestras de los datos personales sensibles para su adecuada protección durante el análisis de los casos.

Este proyecto será sometido al dictamen del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Jaén previamente a su inicio.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses financieros ni personales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de esta investigación.

Este trabajo no presentó ningún tipo de financiamiento institucional.

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta 49 fisioterapeutas, de los cuales 13 eran hombres (26,5%) y 36 mujeres (73,5%). El 75% tenía entre 31 y 50 años, siendo el 10,2% de 20 a 30 años, y el 14,8% restante de 51 años o más.

Como muestra la **Tabla 1**, 20 fisioterapeutas (40,8%) presentaron un valor alto o medio de cansancio emocional, 19 (38,8%) un valor alto o medio para la despersonalización, y 13 (26,5%) un valor bajo o medio para la realización personal.

Tabla 1: Resultados de la escala MBI-HSS (Cuestionario de "Burn-out")

	Alto	Medio	Bajo
Cansancio emocional	7	13	29
Despersonalización	13	6	30
Realización personal	36	12	1

Téngase en cuenta que los valores altos y medios orientan hacia la existencia de burnout sólo para las dimensiones "Cansancio Emocional" y "Despersonalización", siendo los valores medios y bajos los que cobran relevancia en la dimensión "Realización Personal".

En la **Tabla 2**, podemos ver cómo en las subescalas de resiliencia los valores medios de la persistencia/ tenacidad/ autoeficacia fueron 24,73 (desviación típica 4,2); para el control bajo presión los valores medios fueron 16,78 (desviación típica 3,9); adaptabilidad y redes de apoyo los valores medios fueron 16,57 (desviación típica 2,7); los valores medios para el control personal fueron 8,61 (desviación típica 2,2) y para la espiritualidad los valores medios fueron 4,9 (desviación típica 2,1).

Tabla 2: Resultados de la escala CD-RISC (Escala de resiliencia)

	Media	Desviación típica
Adaptabilidad/Redes de apoyo	16,57	2,7
Persistencia/Tenacidad/Autoeficacia	24,73	4,2
Control bajo presión	16,78	3,9
Control personal	8,61	2,2
Espiritualidad	4,92	2,1

Las únicas variables potencialmente predictoras de las dimensiones del "burnout" que se han mostrado efectivamente relacionadas son el lugar de trabajo y el género. En efecto, los fisioterapeutas que no trabajan en la capital presentaron mayor nivel de cansancio emocional ($p=0.038$, Chi cuadrado). Igualmente, se observó una tendencia a que los hombres presentaran mayor nivel de despersonalización ($p=0.049$, Chi cuadrado).

La interrelación entre resiliencia y "burnout" se concretó en una fuerte asociación entre una baja puntuación en la subescala "adaptabilidad y redes de apoyo" y tanto la despersonalización ($p= 0.000$, ANOVA) como el cansancio emocional ($p=0.028$, ANOVA). No se apreció ninguna otra relación significativa entre el resto de las variables.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la frecuencia encontrada de burnout en alguno o todos sus aspectos es superponible a la registrada en otros trabajos, los cuales presentan en cualquier caso una horquilla muy ancha de resultados^(8,9,10,11). El que sean las subescalas "cansancio emocional" y "despersonalización" las principales protagonistas del "burnout" de los fisioterapeutas se alinea con lo publicado por otros^(12,13,14). Respecto del cansancio emocional,

son varios los estudios que abordan su presencia en los fisioterapeutas, habiéndose vinculado el mismo con la satisfacción con los hijos y/o la pareja, con el trabajo, y con las interacciones con los amigos^(15,16).

Los resultados de nuestro trabajo sugieren que un bajo nivel de resiliencia en general, y particularmente de la subescala “adaptabilidad y redes de apoyo” (también denominada “tolerancia al cambio”), puede contribuir a la presentación de “burnout” en sus facetas de despersonalización y de cansancio emocional.

Podría pensarse que la mayor frecuencia de burnout en los fisioterapeutas que no trabajan en la capital pudiera estar ligada a mayores deficiencias en la adaptabilidad y redes de apoyo en el entorno rural, pero no hemos encontrado relación entre esta circunstancia y ninguna de las subescalas de resiliencia.

Desconocemos si hay sólo una mera asociación entre una baja puntuación de la subescala “adaptabilidad y redes de apoyo” dentro del concepto general de resiliencia y la presencia de burnout en los fisioterapeutas. Para saber si hay una relación causa-efecto sería necesario un estudio observacional de carácter prospectivo. Si la relación causal llegara a confirmarse, un ensayo que contemplara intervenciones sobre la dimensión “adaptabilidad y redes de apoyo” permitiría dilucidar si es posible luchar contra el burnout de manera preventiva.

CONCLUSIONES

La frecuencia de burnout en los fisioterapeutas de Jaén no difiere de forma llamativa de lo publicado por otros autores. Igualmente, los aspectos más comprometidos (cansancio emocional y despersonalización) son superponibles a los de otros trabajos.

Existe una asociación entre la presencia de burnout las bajas puntuaciones de resiliencia en su aspecto de “adaptabilidad y redes de apoyo”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, 30 de marzo de 2020, directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>
2. Grotberg, E. A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. Early Childhood Development: Practice and Reflections, v. 8. The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation.t6 (1995). Disponible en: <https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>
3. Rocha LJ, Juste Werneck Cortes MDC, Dias EC. Burnout and job satisfaction among emergency and intensive care providers in a public hospital. Rev Bras Med Trab.2020 15 de abril;17 (3): 300-312.doi: 10.5327/Z1679443520190404.eCollection 2019.
4. Hämmig O, Brauchli R, Bauer GF. Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2012; 142: w13577 10.4414 / smw.2012.13577.
5. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A Systematic Review Including Meta-Analysis of Work Environment and Burnout Symptoms. BMC Public Health. 2017; 17: 264. doi: 10.1186 / s12889-017-4153-7.
6. Freudenberger, H. J. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy: Theory, Research & Practice.1975; 12(1), 73–82. doi:10.1037/h0086411.
7. Lindblom K, Linton S, Fedeli C, Bryngelsson I. Burnout in the working población: relations to psychosocial work factors. Int J Behav Med. 2006;13(1):51–59. doi: 10.1207/s15327558ijbm1301_7.
8. Dubale BW, Friedman LE, Chemali Z, et al. Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. BMC Public Health. 2019;19(1):1247. Published 2019 Sep 11. doi:10.1186/s12889-019-7566-7
9. Vidotti V, Trevisan J, Quina MJ, Perfeito R, Cruz MLC. A Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. Enferm glob. 2019; 55:344-376. doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961.

10. Navarro-González A, Ayechu-Díaz B, I. Huarte-Labiano B. Prevalence of burnout syndrome and its associated factors in Primary Care staff. *Semergen*. 2015;41(4):191-198. doi: 10.1016/j.semerg.2014.03.008.
11. Miras S. Evaluación del Síndrome de Burnout en un centro de Salud. *Rev. enferm. CyL* (2014);6(2):65-73. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/133>
12. Ravelo M. Burnout en el servicio de rehabilitación. *efisioterapia* [revista en la internet]. 2011 nov. [consultado 18 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/burnout-en-el-servicio-de-rehabilitacion>
13. González B. Prevalencia del síndrome de Burnout en fisioterapeutas de Extremadura [disertación]. [Extremadura:] Universidad de Extremadura; 2012.203p.
14. Araujo Dias da Silva R, Araujo B, Araujo Morais C, Síndrome de Burnout: ¿realidade dos fisioterapeutas intensivistas? *Fisioter. Pesqui.* [revista en la internet]. 2018;25(4):388-394. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17005225042018>.
15. Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, et al. Life Satisfaction and risk of Burnout among men and women working as physiotherapist. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014 Jun;27(3):400-12. doi: 10.2478/s13382-014-0266-8.
16. Wilski M, Chmielewski B, Tomczak M. Work locus of control and burnout in Polish physiotherapists: The mediating effect of coping styles. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(5):875-89. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00287.



Artículo original

Relación entre calidad de vida laboral y satisfacción laboral en el equipo de atención primaria de salud

Relationship between quality of work life and job satisfaction in the primary health care team

Pamela Montoya-Cáceres¹, Natalia Bello-Escamilla¹, Jaime Neira²

¹Universidad del Bío Bío, Departamento de Enfermería, Chillán, Chile.

²Hospital de San José, Unidad de Pacientes Críticos, Santiago, Chile.

Recibido: 16-09-2020

Aceptado: 18-12-2020

Correspondencia

Natalia Bello-Escamilla
nbello@ubiobio.cl

Resumen

Introducción: Los funcionarios de la Atención Primaria de Salud (APS) enfrentan altas demandas laborales y no siempre cuentan con las mejores condiciones de trabajo, lo que podría incidir en su Calidad de Vida Laboral (CVL) y Satisfacción Laboral (SL). Ambos constructos, se encuentran relacionados con la calidad de atención prestada y satisfacción del usuario de APS.

Objetivo: Relacionar las dimensiones de CVL y SL en el equipo de APS.

Material y Método: Estudio correlacional de corte transversal, en una muestra de 71 individuos. Se aplicaron las escalas "CVT-GOHISALO" y S20/23. Se realizaron análisis de correlación y modelo de regresión lineal múltiple usando SPSS v.15.0.

Resultados: La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres con antigüedad laboral < 5 años, que desempeñaron funciones asistenciales. La correlación evidenció que todas las dimensiones de CVL se relacionaron con las dimensiones de la SL. La regresión lineal múltiple mostró que la seguridad en el trabajo y la satisfacción con el puesto de trabajo se encontraron asociadas significativamente con la SL global del equipo de APS.

Conclusión: Las dimensiones de la CVL se relacionan directamente con las dimensiones de SL, y dos constructos de CVL se asociaron significativamente con la SL global del equipo de APS.

Palabras clave: Satisfacción en el trabajo; Condiciones de trabajo; Grupos profesionales; Atención primaria de salud.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Abstract

Introduction: Primary Health Care (PHC) functionaries face high job demands and do not always have the best working conditions, which could affect their Quality of Work Life (QWL) and Job Satisfaction (JS). Both constructs are related to the quality of care provided and satisfaction of the PHC user.

Objective: To relate the dimensions of QWL and JS in the PHC team.

Methodology: Cross-sectional correlational study, in a sample of 71 individuals. The "CVT – GOHISALO" and S20 / 23 scales were applied. Correlation analysis and multiple linear regression model were performed using SPSS v.15.0.

Results: The sample consisted mainly of women with <5 years of employment, who executed care functions. The correlation showed that all the QWL dimensions were related to the JS dimensions. Multiple linear regression showed that job security and job satisfaction were significantly associated to the overall JS of the PHC team.

Conclusions: QWL dimensions are directly related to JS dimensions, and two QWL constructs were significantly associated to the overall JS of the PHC team.

Keywords: Job satisfaction; Working conditions; Occupational Groups; Primary health care.

INTRODUCCIÓN

La actividad laboral constituye un acto esencial a lo largo del ciclo de vida. La carga de responsabilidades, actividades programadas y el cumplimiento de horarios, constituyen factores estresores que pueden afectar negativamente la salud de los individuos y con ello, su calidad de vida. Desde esta perspectiva, en 1970 nace en Estados Unidos el concepto de Calidad de Vida Laboral (CVL), definido en ese entonces como "preocupación por el bienestar general y la salud de los colaboradores cuando desempeñan su trabajo"⁽¹⁾. La CVL ha sido ampliamente analizada desde la perspectiva psicosocial⁽²⁾, y su concepto y las prácticas que buscan garantizar el bienestar de los empleados han evolucionado. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en los cuales viven en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones"⁽³⁾, orientado a los individuos que están insertos en una sociedad y en un trabajo, sobre la base de que es imposible disociar la vida personal de la laboral⁽⁴⁾.

La CVL engloba tres perspectivas teórico-metodológicas⁽⁵⁾, en primer lugar, en el entorno del trabajo, cuyo objetivo es mejorar la sensación de bienestar a través del logro de intereses organizacionales (mayor productividad y eficiencia). El foco de análisis de esta perspectiva es la organización como sistema, considerando los factores relacionados netamente con elementos físicos (seguridad del entorno, adecuada iluminación, ergonomía, tecnología, etc.) y sociales (estatus laboral y social, relaciones interpersonales, estatus de salud). Además, contempla factores relacionados con el puesto de trabajo, sistemas de gestión, procesos y características organizacionales⁽⁵⁻⁷⁾.

En segundo lugar, la CVL psicológica, en la que el centro de interés es el trabajador, desarrollando un análisis de las situaciones de trabajo en las que se ve involucrado el sujeto. El individuo se considera un elemento crucial dentro de la institución y contempla aspectos como la satisfacción, salud y bienestar del mismo por sobre los intereses organizacionales⁽⁶⁾. Esta perspectiva equilibra la CVL con la percepción de los trabajadores respecto a su seguridad, satisfacción, adecuado balance entre la vida y el trabajo, el crecimiento y desarrollo como seres humanos^(5,6). Este enfoque debe ser considerado dado que, aunque las condiciones de trabajo sean igualitarias en un grupo de empleados, cada uno de ellos puede percibir las de diferente manera⁽⁸⁾.

Finalmente, surge un tercer enfoque que busca integrar los aspectos objetivos y subjetivos de las perspectivas anteriores. Sustentada en la investigación realizada por

Quezada et al.⁽⁹⁾, que define la CVL como un “concepto multidimensional que se basa en la satisfacción, a través del empleo, de una amplia gama de necesidades personales, ubicándolo como la clave para la realización personal, familiar, social y como medio para preservar la economía y la salud”. Para lograr esta satisfacción, es necesaria la valoración de dimensiones como: soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal del trabajador y administración del tiempo libre⁽¹⁰⁾.

La CVL comienza a asociarse en la década de los 80 con la satisfacción laboral (SL); en su impacto en la salud mental y en las relaciones entre el trabajo y la familia, con una preocupación creciente por el desarrollo personal del individuo, en un contexto de educación a lo largo de la vida⁽¹¹⁾. En algunas de las primeras investigaciones de la SL se evidenciaron los múltiples factores que podían influenciarla, como la fatiga, monotonía, pobres condiciones de trabajo y supervisión^(12,13). Como consecuencia, la SL puede afectar la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los sujetos, e incidir en la baja calidad de la prestación, ausentismo laboral, propensión a abandonar la organización, entre otros⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Se distinguen dos enfoques principales de cómo se ha abordado la SL. En primer lugar, la SL como estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas, en relación a facetas específicas de la situación laboral⁽¹⁷⁾. En esta misma línea, Locke⁽¹⁸⁾ la considera un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona⁽¹⁸⁾. Esta perspectiva ha evolucionado a través de los años, siendo Newstrom y Davis⁽¹⁹⁾ en 1993, quienes la establecen como “un conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables con que los empleados ven su trabajo”. Un segundo enfoque aborda la SL como una actitud generalizada ante el trabajo, Porter⁽²⁰⁾ la conceptualizó como “la diferencia que existe entre la recompensa percibida como adecuada por parte del trabajador y la efectivamente recibida”. Schneider y Snyder⁽²¹⁾ propusieron una definición más escueta, considerándola simplemente una “actitud generalizada ante el trabajo”. En 2004, Robbins⁽²²⁾ ahonda en el concepto y establece que corresponde a la “actitud general del individuo hacia su trabajo, siendo una persona con gran SL aquella que tiene actitudes positivas, por el contrario, una persona insatisfecha alberga actitudes negativas”, entendiéndose que la actitud supone evaluar un objeto o experiencia como agradable o desagradable, por lo tanto, alude simultáneamente al afecto, a la cognición y a las disposiciones conductuales⁽²³⁾. De acuerdo a Peiró et al.⁽²⁴⁾, se puede concluir que la SL es una actitud o conjunto de actitudes desarrolladas por la persona hacia su situación de trabajo. Dichas actitudes pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia facetas específicas del mismo. Por consiguiente, hablar de SL es hablar de actitudes.

De acuerdo a la teoría de los Dos factores propuesta por Herzberg⁽²⁵⁻²⁸⁾, la CVL está ligada a la SL, y ésta puede existir de forma independiente a la insatisfacción laboral. Las actitudes de los trabajadores pueden ser abordadas desde los motivadores y los higienizadores. Un empleo desafiante, reconocimiento por los logros, la responsabilidad, la oportunidad para hacer un trabajo significativo y el involucramiento en la toma de decisiones corresponden a motivadores. En cambio, el status, la seguridad laboral, el salario y las condiciones laborales, entre otros, son los higienizadores. Según Herzberg⁽²⁵⁾, son los higienizadores los que causan la insatisfacción entre los empleados de un lugar de trabajo. Para remover dicha insatisfacción, los factores higienizadores deben ser eliminados o reducidos al máximo a través de salarios apropiados, aseguramiento del empleo y una CVL positiva. Sin embargo, al remover la insatisfacción laboral, solo se logra uno de los condicionantes propuestos en la Teoría de los dos Factores. El segundo factor se consigue mejorando y potenciando los elementos motivadores dentro de una institución, ya que de esta manera no sólo se alcanza la SL, sino que también una mejora en el desempeño de los empleados⁽²⁶⁾. Por tanto, parece ser fundamental eliminar la insatisfacción laboral antes de generar las condiciones para la SL, dado que cada una existe de forma independiente a la otra, y, por lo tanto, ambas pueden resultar contraproducentes para la otra⁽²⁸⁾. La situación ideal dentro de cualquier institución, es aquella en que existen factores que

propicien una alta motivación en el personal, en la medida que los factores higienizados se mantienen bajo control^(27,28).

En Chile, de acuerdo al modelo sanitario vigente, la Atención Primaria en Salud (APS) constituye el primer acercamiento del individuo al sistema sanitario. La APS se caracteriza por ofrecer una cartera de servicios de baja complejidad y alta cobertura, que no sólo contemplan las dolencias y fortalezas del individuo que requiere asistencia, sino que también los factores de riesgo y protectores de su familia y comunidad⁽²⁹⁾. Por ello los funcionarios de salud se ven enfrentados a una alta demanda laboral, con largos horarios de trabajo, y algunos con múltiples funciones lo que puede incidir en su CVL y SL.

En los recintos de salud el factor humano es crucial para el cumplimiento de la calidad en el servicio, a diferencia de otras organizaciones. Ya que el nivel de calidad con que se atiende impacta directamente en términos de eficacia de la intervención, uso adecuado de técnica, calidez humana, ambiente físico, entre otros⁽³⁰⁾. De tal forma que la SL forma parte de la preocupación del sistema sanitario en Chile, ya que se encuentra relacionada directamente con la calidad de atención prestada y satisfacción del usuario.

Debido a lo anterior, es necesario garantizar que los profesionales que se desempeñan en el equipo de salud de APS, cuenten con una CVL que asegure la SL, ya que de esta manera se pueden brindar atenciones de calidad a la población, disminuyendo costos y optimizando recursos. Por tanto, el objetivo de este estudio fue relacionar las dimensiones de CVL y SL en el equipo de APS, evidencia que en Chile es escasa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo de diseño transversal.

Muestra

La muestra se constituyó por 71 integrantes de los equipos de salud de APS de la comuna de San Ignacio en Chile. Se incluyó a profesionales de la salud que tuvieran relación contractual con la organización (contrato a plazo fijo o indefinido). Se excluyó a aquellos funcionarios que: se encontraban en período de vacaciones, con licencia médica o en proceso de sumario administrativo al momento del estudio; contaban con antigüedad laboral inferior a tres meses; padecieran o hubiesen padecido depresión diagnosticada por médico psiquiatra en un plazo inferior a 3 meses.

Se solicitó el consentimiento informado a cada funcionario participante, el cual fue realizado bajo las directrices de la declaración de Helsinki y concordante con el informe Belmont, para sustentar el carácter voluntario de su participación, el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Instrumentos

La recolección de datos se llevó a cabo durante el año 2016.

Se utilizó el CVT-GOHISALO para medir la Calidad de Vida Laboral en siete dimensiones: soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal logrado por el trabajador y administración del tiempo libre^(31,32); y el Cuestionario S20/23 para medir la Satisfacción Laboral en cinco constructos: satisfacción con la supervisión, satisfacción con el ambiente físico, satisfacción con las prestaciones recibidas, satisfacción intrínseca del trabajo y satisfacción con la participación⁽³³⁾; y una encuesta creada por los autores para identificar las características sociodemográficas de los participantes.

Procesamiento de datos

Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias observadas y porcentajes. Para las variables cuantitativas, se utilizaron medianas y rangos intercuartílicos,

debido a que los datos no presentaron distribución normal según pruebas de Shapiro Wilk ($n < 50$) y Kolmogorv-Smirnov ($n > 50$) con ajuste de Lilliefors.

Con el objetivo de comparar las medianas en dos grupos independientes, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney. Luego, para correlacionar las variables en cuestión, se utilizó el coeficiente no paramétrico rho de Spearman.

Para evaluar el nivel de relación de los constructos incluidos en la variable CVL con SL, bajo un modelo multivariante ajustado por sexo, edad, ocupación, antigüedad laboral y tipo de función, se aplicó regresión lineal múltiple. Se presentaron coeficientes de orden cero (variables independientes y variable dependiente con efecto lineal de las variables regresoras), parcial (variables independientes y variable dependiente sin efecto lineal de las variables regresoras) y semiparcial (efecto de las variables regresoras sólo en la variable dependiente). Todo el análisis inferencial se realizó con un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

El análisis de los datos fue gestionado con el paquete estadístico SPSS versión 15 en español.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 71 personas, de los cuales un 77,5% fueron mujeres y un 43,3% indicó una edad entre 20-29 años. En cuanto a antecedentes laborales, se observó que un 46,6% eran Técnicos en Enfermería y un 53,4% eran profesionales de la salud (11,4% correspondieron a nutricionistas, seguidos por un 7% que correspondieron a médicos y odontólogos). Un 66,2% de la muestra tuvo una antigüedad laboral < 5 años y casi un 86% refirió desarrollar funciones de tipo asistencial.

En la **Tabla 1**, se observa la apreciación que tienen los participantes del estudio respecto a las dimensiones de su CVL. Se constató que la mayoría presentó una alta percepción de los constructos de la CVL, a excepción de la “administración del tiempo libre” en que un número importante de sujetos consideró que su percepción es baja.

Tabla 1: Distribución de participantes del equipo de APS según evaluación de calidad de vida laboral*.

Calidad de vida laboral	n =71	%
Constructo 1: Soporte institucional para el trabajo		
Bajo	9	12,7
Medio	6	8,5
Alto	56	78,9
Constructo 2: Seguridad en el trabajo		
Bajo	9	12,7
Medio	15	21,1
Alto	47	66,2
Constructo 3: Integración al puesto de trabajo		
Bajo	19	26,8
Medio	18	25,4
Alto	34	47,9
Constructo 4: Satisfacción por el trabajo		
Bajo	22	31
Medio	13	18,3
Alto	36	50,7
Constructo 5: Bienestar logrado a través del trabajo		
Bajo	23	32,4
Medio	14	19,7

Calidad de vida laboral	n =71	%
Alto	34	47,9
Constructo 6: Desarrollo personal del trabajador		
Bajo	18	25,4
Medio	14	19,7
Alto	39	54,9
Constructo 7: Administración del tiempo libre		
Bajo	25	35,4
Medio	21	29,6
Alto	25	35

*Instrumento utilizado CVT-GOHISALO.

La **Figura 1**, muestra la percepción de SL evaluada por los participantes del estudio. Los promedios más cercanos a 7 fueron calificados con un alto nivel de satisfacción y los más cercanos a 1 corresponden a un bajo nivel de satisfacción. Los constructos SL con el ambiente físico y con las prestaciones fueron los que obtuvieron una mediana más baja, 5,6 puntos (amplitud intercuartil=1,20 y 1,40, respectivamente); mientras que el constructo que tuvo una mejor evaluación de la satisfacción fue “con la supervisión” que logró una mediana de 6,2 puntos (amplitud intercuartil=1,20). La satisfacción laboral global fue evaluada con una mediana de 5,9 puntos (amplitud intercuartil=1,09).

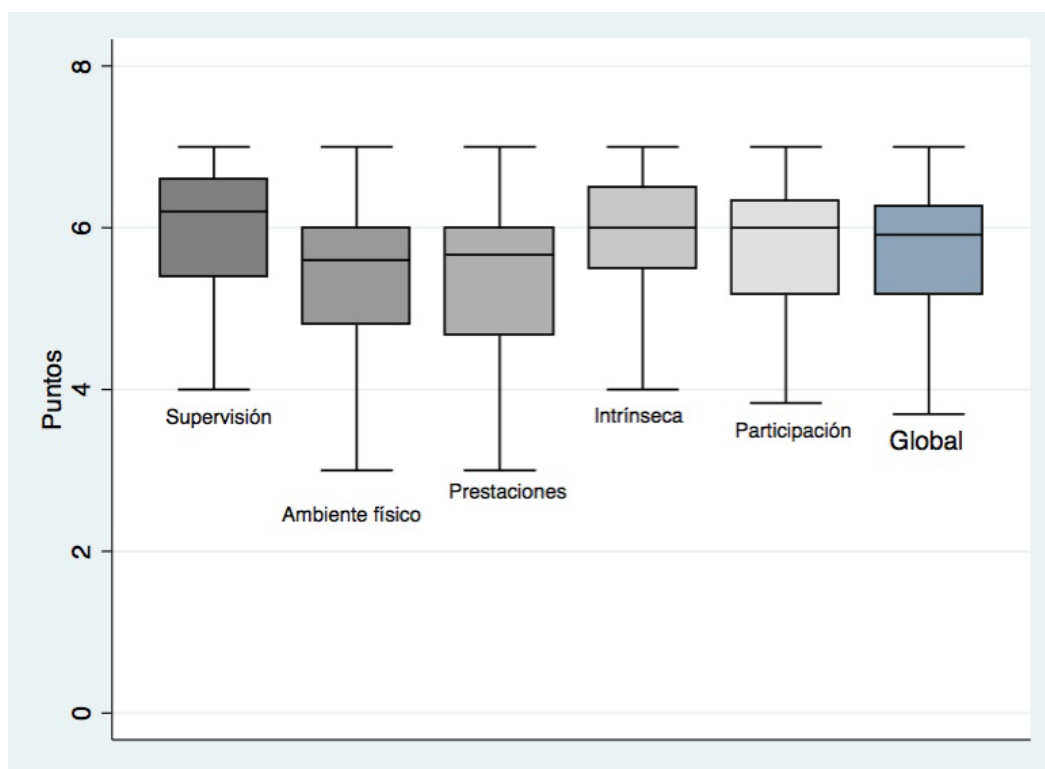


Figura 1: Gráfico de cajas y bigotes para las medidas de resumen de la satisfacción laboral en el equipo de APS (n=71).

En la **Tabla 2**, se aprecia la correlación entre la CVL y el nivel de SL en el equipo de salud de APS. Se observó que el constructo de CVL que presentó una mayor correlación con la SL global, fue la “satisfacción con el puesto de trabajo” que presentó una correlación de 0,733, estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El resto de los constructos de calidad de vida laboral presentaron puntajes de correlación con la satisfacción laboral global, que oscilan entre 0,508 y 0,648 (todas con $p < 0,05$, estadísticamente significativo).

Tabla 2: Correlación entre las dimensiones de la calidad de vida laboral y la satisfacción laboral del equipo de APS (n=71).

Calidad de vida laboral	Satisfacción laboral					
	Con la supervisión	Con ambiente físico	Con las pres-taciones	Intrínseca	Participación	Puntaje global
Soporte institucional	$\rho = 0,521^{**}$	$\rho = 0,414^{**}$	$\rho = 0,558^{**}$	$\rho = 0,341^*$	$\rho = 0,614^{**}$	$\rho = 0,583^{**}$
Integración al puesto de trabajo	$\rho = 0,500^{**}$	$\rho = 0,405^{**}$	$\rho = 0,474^{**}$	$\rho = 0,361^*$	$\rho = 0,520^{**}$	$\rho = 0,508^{**}$
Seguridad en el trabajo	$\rho = 0,574^{**}$	$\rho = 0,422^{**}$	$\rho = 0,645^{**}$	$\rho = 0,442^{**}$	$\rho = 0,649^{**}$	$\rho = 0,633^{**}$
Satisfacción con el puesto de trabajo	$\rho = 0,747^{**}$	$\rho = 0,343^*$	$\rho = 0,657^{**}$	$\rho = 0,678^{**}$	$\rho = 0,690^{**}$	$\rho = 0,733^{**}$
Bienestar logrado a través del trabajo	$\rho = 0,626^{**}$	$\rho = 0,379^{**}$	$\rho = 0,591^{**}$	$\rho = 0,532^{**}$	$\rho = 0,702^{**}$	$\rho = 0,648^{**}$
Desarrollo personal	$\rho = 0,682^{**}$	$\rho = 0,346^*$	$\rho = 0,582^{**}$	$\rho = 0,603^{**}$	$\rho = 0,641^{**}$	$\rho = 0,658^{**}$
Administración del tiempo libre	$\rho = 0,457^{**}$	$\rho = 0,393^*$	$\rho = 0,499^{**}$	$\rho = 0,338^*$	$\rho = 0,604^{**}$	$\rho = 0,547^{**}$

ρ = Coeficiente ordinal Rho de Spearman. **p-value <0,001. *p-value <0,05

En la **Tabla 3**, se observa que las dimensiones de la CVL, “Seguridad en el trabajo” y “Satisfacción con el puesto de trabajo” se encuentran asociadas significativamente con la SL global del equipo de APS (ambas con $p < 0,05$, estadísticamente significativo)

Tabla 3: Regresión lineal múltiple entre las dimensiones de la calidad de vida laboral con la satisfacción laboral global en el equipo de APS (n=71).

Modelo	Coefficiente β	Error típico	Puntaje t	P-valor
Constante	1,989	0,669	2,971	0,004
Soporte institucional	0,317	0,155	2,041	0,046
Integración al puesto de trabajo	-0,092	0,126	-0,731	0,468
Seguridad en el trabajo	0,507	0,157	3,22	0,002
Satisfacción con el puesto de trabajo	0,282	0,114	2,473	0,016
Bienestar logrado a través del trabajo	0,053	0,116	0,461	0,646
Desarrollo personal	0,205	0,118	1,74	0,087
Administración del tiempo libre	0,003	0,114	0,023	0,981

$p < 0,05$

DISCUSIÓN

La CVL es un concepto que ha sido estudiado y profundizado por diversos autores. Gracias a Herzberg⁽²⁵⁻²⁸⁾ se han podido conocer los diversos factores que inciden sobre la CVL, y con ello, aumentar el sentido de pertenencia de los empleados, favorecer la pro-

ductividad en las tareas, y reducir los costos de producción en relación al uso eficiente de los recursos.

Al analizar la CVL por dimensiones de los funcionarios del equipo de APS, llama la atención que los constructos de “soporte institucional” y “seguridad en el trabajo”, obtuvieron la evaluación más alta, mientras que “bienestar logrado a través del trabajo” y “administración del tiempo libre”, consiguieron las valoraciones más bajas. Dichos resultados evidencian que el personal de APS, se encuentra conforme respecto al apoyo que les brinda la institución para realizar su trabajo y considera que cuenta con un nivel de seguridad laboral adecuado para realizar sus tareas. Sin embargo, los participantes sienten que no tienen tiempo suficiente para realizar actividades de esparcimiento fuera del horario laboral, lo que merma considerablemente su sensación de bienestar relacionado al puesto de trabajo. Lo anterior, concuerda con lo observado por Quintana et al.⁽³⁴⁾ en su estudio “Calidad de vida laboral de enfermeras de un hospital privado” publicado en 2016, donde establece que la CVL de los trabajadores de un centro de salud se encuentra dividida, lo que significa que coexisten empleados satisfechos con los procedimientos de trabajo, que consideran sus actividades como un medio para desarrollarse a nivel personal, social y económico; mientras que por otra parte, también hay individuos con poca satisfacción en su trabajo, que perciben poca remuneración por las actividades que realizan y reportan no tener cubiertas las necesidades personales o derechos contractuales, injusticia en las oportunidades de ascenso y capacitación que les brinda la institución. No obstante, los resultados difieren con lo percibido por Sosa-Cerda⁽³⁵⁾ en 2010, quien reportó un nivel de CVL regular, por lo que hace énfasis en que el deber de cualquier empresa es hacer coincidir las aspiraciones laborales del individuo con el puesto de trabajo, con lo que se incrementa la calidad de la atención brindada y favorece las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo y, por consiguiente, facilita el logro de una CVL superior y masiva.

En el caso de la SL global, los individuos perciben que se encuentran “algo satisfechos” a “bastante satisfechos”, especialmente en los constructos de SL con la supervisión, SL con la participación y SL intrínseca. Esta situación revela que los empleados poseen buenos canales de comunicación y una relación positiva con sus superiores. Además, se sienten parte del equipo de salud de APS y son tomados en cuenta en la planificación de actividades y el proceso de toma de decisiones. Según Peiró et al.⁽³⁾ los empleados que se desempeñan en el área de la salud, están en general satisfechos con facetas como el grado de autonomía, supervisión y relación con los superiores. Por su parte, Reig et al.⁽³⁷⁾ afirman que la satisfacción intrínseca, relacionada con el trabajo y la competencia profesional, es un buen predictor de una SL alta, debido a que existe una compatibilidad entre la personalidad de la persona y el trabajo que desempeña. En tanto, la SL con el ambiente físico y la SL con las prestaciones, presentan los niveles de satisfacción más bajos, probablemente debido a la alta cantidad y demanda de usuarios respecto a la limitada oferta de recurso humano e infraestructura. En cuanto a las prestaciones, los participantes del estudio se mostraron principalmente insatisfechos con los planes de incentivo al retiro, protección social y sistema de pensiones de jubilación. Esta realidad concuerda con los resultados obtenidos en la investigación de Urbina y Victoria⁽³⁸⁾ quienes determinaron que factores como un ambiente físico adverso, promoción profesional inexistente, presión excesiva de trabajo, malas condiciones económicas y contractuales, generan un nivel bajo de SL, lo que reafirma la teoría bifactorial propuesta por Herzberg⁽³⁹⁾.

Al correlacionar los constructos de CVL y la SL global de los profesionales que componen el equipo de salud en APS, se observa que las dimensiones de “satisfacción con el puesto de trabajo”, “bienestar logrado a través del trabajo”, “desarrollo personal” y “seguridad en el trabajo”, se relacionan moderada a fuertemente con la SL, con alto nivel de significación. Esto puede deberse a un ambiente laboral grato, reconocimiento por las labores realizadas y alta SL intrínseca de los empleados. De acuerdo a lo planteado por Peñarrieta et al.⁽⁴⁰⁾ la “satisfacción por el puesto de trabajo” y el “bienestar a través del trabajo”, se relacionan con el tipo de contratación de los funcionarios, la duración de la jornada laboral, la carga laboral y aspectos de reconocimiento y uso de las habilidades

potenciales de cada funcionario. En tanto, el “desarrollo personal” y la “seguridad en el trabajo”, dependen de los logros, las expectativas de mejora en la vida, convivencia, libertad de opinión e integridad física⁽⁴⁰⁾. Respecto a la “administración del tiempo libre”, “soporte institucional” e “integración al puesto de trabajo”, éstas presentan una relación débil con la SL, con un nivel de confianza estadísticamente significativo. Estas dimensiones están ligadas a la compatibilización entre actividades laborales y familiares o sociales, preparación académica para el puesto de trabajo, interés por la actividad laboral, supervisión y apoyo de los superiores, disponibilidad de recursos para el trabajo y oportunidades de capacitación laboral⁽⁴⁰⁾.

Por último, al analizar las dimensiones de la CVL y SL global mediante un modelo de regresión lineal múltiple ajustado por sexo, edad, ocupación, antigüedad laboral y tipo de función, se obtuvo que el tanto las dimensiones de la CVL “Seguridad en el trabajo” y “Satisfacción con el puesto de trabajo” se encontraron asociadas significativamente con la SL global del equipo de APS, lo que confirma que los funcionarios que perciben un ambiente laboral grato, que permite desempeñarse de manera segura, y además se sienten reconocidos por la labor realizada perciben mayor SL. Evidencia importante de manejar por las autoridades de los centros de salud, si se considera que una mayor SL podría estar relacionada a una mejor calidad de la atención brindada a los usuarios de APS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiavenato I. Administración de Recursos Humanos. 8a Ed. México D.F.: Mc Graw-Hill; 2011
2. Granados PI. Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. *Revista IIPSI* 2011;(2):213-25.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Suiza, 2013. [internet] [consultado 11 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
4. Corrêa D, Pamplona V. Quality of work life of nurses in primary health care. *Acta paul. enferm* 2012; 25(2): 277-83
5. Segurado A, Agulló E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema* 2002;14(4): 828-36.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1998.
7. Rodríguez J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Rev Calid Asist* 2010;25 (6):327-33
8. Newstrom J. Comportamiento humano en el trabajo. 13a Ed. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana de España; 2011.
9. Quezada F, Sanhueza A, Silva F. Diagnóstico de la calidad de vida laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles (CAVRR). *Horiz empr* 2010:55-68
10. Quintana M, Paravic T, Saenz K. Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería de instituciones públicas de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24:1-8
11. Chiang M, Méndez G, Sánchez G. Cómo influye la satisfacción laboral sobre el desempeño: Caso empresa de retail. *Theoria* 2010;19(2):21-36
12. Parra S, Paravick T. Satisfacción Laboral en Enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). *Cienc. enferm* 2002; 8(2):37-48
13. Alargunso M. Satisfacción laboral en las enfermeras correturnos de Mutualia durante el año 2011. *Biblioteca Las Casas* 2012; 8(2): 1-30
14. Marriner-Tomey A. Administración y Liderazgo en Enfermería. 5a Ed. Editorial: Harcourt Brace; 1998.
15. Marriner-Tomey A. Guía de Gestión y Dirección de Enfermería. 8a Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
16. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7a Ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
17. Smith P, Kendall I, Hulin C. The measurement of satisfaction in work and retirement: A strategy for the study of attitudes. Chicago: Rand McNally; 1969.
18. Locke, E. The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. M.D. Dunnette, Ed. Chicago: Rand McNally; 1976.
19. Newstrom J, Davis K. Organizational behavior. Human behavior at work. Londres: McGraw-Hill; 1993.

20. Porter L. Job attitudes in management: I. Perceived de sciences in need fullment as a function of job level. *J Appl Psychol* 1962;46:375-84
21. Schneider B, Snyder R. Some relationship between job satisfaction and organizational climate. *J Appl Psychol*. 1975;60:318-28
22. Robbins, S. Comportamiento organizacional. 10a Ed. México: Pearson Educación; 2004.
23. Pastor G. Conducta interpersonal. Ensayo de psicología social sistemática. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca; 2000.
24. Peiró J, González-Romá V, Bravo M, Zurriaga R. La medida de la satisfacción laboral. *Ansiedad y Estrés* 1995; 1 (2-3): 231-53
25. Herzberg F. One More Time: How Do You Motivate Employees?. *Harv Bus Rev*; 1968.
26. Herzberg F. Motivation-Hygiene theory (Two factor theory). [internet] [consultado 15 de noviembre de 2017] Business Knowledge Center. Disponible en: <http://www.netmba.com/mgmt/ob/motivation/herzberg/>
27. Herzberg F. Summary of Herzberg's Motivation and Hygiene Factors. [internet] [consultado 15 de noviembre de 2017] Value Based Management. Disponible en: http://www.valuebasedmanagement.net/methods_herzberg_two_factor_theory.html
28. Herzberg F. Herzberg's Motivators and Hygiene Factors. [internet] [consultado 15 de noviembre de 2017] Mindtools. Disponible en: www.mindtools.com/pages/article/herzberg-motivators-hygiene-factors.htm
29. Donovan P, Rodríguez A, Casas I. Atención primaria en salud: Concepto o utopía. *Medwave* 2013;13(4):5667
30. Ponce J, Reyes H, Ponce G. Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. *Rev Enferm IMSS* 2006; 14 (2): 65-73
31. González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M. Elaboración y Validación del Instrumento para Medir Calidad de Vida en el Trabajo "CVT-GOHISALO". *Cienc Trab* 2010;12(36):332-40
32. González R, Hidalgo G, Salazar J, Preciado M. Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO. Manual para su aplicación e interpretación. México: Editorial de la Luna; 2010.
33. Meliá J, Peiró J. La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El cuestionario S20/23. Universidad de Valencia; 1989.
34. Quintana M, Sáez K, Figueroa C, García J, Salazar R, Tinajero R. Calidad de vida laboral de enfermeras de un hospital privado. *Rev Cs Biol y Sal* 2016; 8(2): 34-8.
35. Sosa O, Cheverría S, Rodríguez M. Calidad de Vida Profesional del Personal de Enfermería. *Rev. Enferm. InstMex Seguro Soc* 2010;18(3): 153-8.
36. Peiró J, Silla I, Sanz T, Rodríguez J, García J. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. *Psiquis* 2004;25(4):129-40.
37. Reig E, Fernández J, Jaulí I. Los recursos humanos en las organizaciones orientadas a la eficacia y al aprendizaje. Madrid: Editorial Thomson-Paraninfo; 2008.
38. Urbina A, Victoria F. Satisfacción laboral y calidad de vida profesional de las enfermeras en el hospital regional docente de Trujillo. In *Cres* 2013. 4(1):121-31
39. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. 1a Ed. U.S.A; 1993.
40. Peñarrieta-de Córdoba I, Santiago-Abregú S, Krederdt-raujo S, Guevara-Morote G, Carhuapoma-Acosta M, Chavez-Flores E. Validación del instrumento: Calidad de vida en el trabajo CVT-GOHISALO en enfermería del primer nivel de atención. *Rev enferm Herediana* 2014; 7(2): 124-31