Cómo citar este documento

Díaz Sánchez, V; Álvaro Noguera, M. Percepción de riesgo laboral en el personal de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(4). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0273.php

PERCEPCIÓN DE RIESGO LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Introducción:

Nuestro punto de partida, se inicia en la necesidad de centrar este proyecto de investigación en el estado actual del tema sobre la prevención de riesgos laborales, poniendo especial énfasis en las actuales evidencias que existen entorno la evaluación de riesgos y la influencia que se otorgan a los valores del trabajador y la cultura de seguridad imperante en la empresa.

De la evaluación del riesgo a la gestión del riesgo:

Partimos del artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, donde se establece que la acción preventiva se planificará por la empresa partiendo de la evaluación inicial de los riesgos, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad y prestando especial atención a aquellos trabajadores susceptibles de estar sometidos a circunstancias de mayor peligrosidad¹. Es así, que cuando nos planteamos la prevención en el ámbito laboral, nos vemos abocados a la búsqueda de las diversas fuentes de riesgo que se abren a diario en la actividad cotidiana. La evaluación de riesgos es la base para una gestión activa de la seguridad y la salud en el trabajo. Un sistema de gestión de la seguridad y la salud (SGS) en el trabajo puede definirse como un dispositivo de gestión que combina personas, políticas y medios tendentes a mejorar los resultados de una empresa en materia de seguridad y salud en el trabajo².

Es una herramienta al servicio de la empresa que permite controlar mejor su organización y avanzar de forma continuada. La creación de un SGS integrado en la gestión global de la empresa puede permitir lograr este objetivo². Este cambio cualitativo de la evaluación de riesgos hacia la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, nos permite implicar a todos los niveles organizacionales

y así, demostrar unos resultados que objetivamente signifiquen "ganancias" para todos sus actores. Este cambio de paradigma se ha visto reflejado en el reglamento al Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el trabajo Resolución 957, vinculante para los cuatro países de la subregión andina (Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia). En el artículo 1 se recomienda la aplicación de un sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo, cuya fundamentación fue dada a conocer públicamente en el VI Congreso Andaluz de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, PREVEXPO 02, realizado en Málaga en Noviembre de 2002, y en el I Congreso Internacional de Salud y Trabajo de Cuba en noviembre 2003³.

Este sistema de gestión, permite demostrar que la seguridad y la salud son una fuente de ventajas competitivas a nivel empresarial. Es así, que las pérdidas generadas por los accidentes, enfermedades profesionales, fatiga física o mental y por la insatisfacción laboral son un handicap para la optimización de la producción empresaria⁴. Pero en la actualidad, nuestros hospitales han realizado una gestión técnica de sus riesgos, mediante la identificación, medición, evaluación, control y vigilancia, obteniendo la disminución de sus índices de frecuencia, gravedad de los accidentes y enfermedades profesionales, pero no han podido demostrar la formidable relación que existe entre las condiciones laborales de los trabajadores y la productividad³.

La evaluación de riesgo se centra frecuentemente en la búsqueda de fuentes de riesgo desde una perspectiva multicausal. En este sentido se constata que los trabajos se sustantivan precisamente en la investigación de aspectos técnicos y procesuales que han dejado de lado aquellos aspectos que de manera genuina influyen en las percepciones y preconcepciones del trabajador sobre su propio trabajo. Estudios al respecto nos muestran el debate que se plantea a la hora de definir qué entendemos por riesgo⁵. En un extremo encontramos investigaciones que consideran que, en el momento que esté presente una fuente de riesgo, podremos acceder al nivel de riesgo objetivo que se derive del mismo, calculando una combinación compensatoria entre el indicador de la gravedad del daño y el indicador de probabilidad de sufrir este daño. Desde esta perspectiva, el nivel de riesgo que obtenemos tras la aplicación de métodos como el William T Fine, se valora en términos de riesgos real, siendo inadmisible la consideración de cualquier otra estimación⁶. Visión un tanto ingenua que aparta de un plumazo cualquier posibilidad de subjetivismo en la búsqueda de riesgos. En este punto se manejaría un concepto de riesgo, que hace referencia a las pérdidas esperadas y puede ser reducido a un valor numérico, como la definición de riesgo de la Royal Society⁷. Aproximaciones más centradas, parten de un enfoque psicométrico, estudiando las posibles causas de las frecuentemente detectadas discrepancias entre las estimaciones técnicas del riesgo y las evaluaciones de los legos sobre el mismo. El enfoque es cuantitativo, pero se han realizado interesantes progresos respecto del análisis del riesgo y su ponderación⁸. Por otro lado, autores como Talmud, describen lo que aquí queremos esbozar: "No vemos las cosas como son. Vemos las cosas como somos". Expertos en el tema centran la situación, afirmando la importancia de los valores de la persona a la hora de

menoscabar o hipervalorar prácticas concretas9. Son ya clásicas las propuestas de Heider (teoría del equilibrio), Rosenberg y Abelson (teoría del equilibrio cognitivo), Festinger (teoría de la disonancia cognitiva) que responden a la metáfora de que las personas tratan de buscar consistencia a sus ideas, creencias y percepciones en general. En un clásico estudio denominado de aceptación inducida de Festinger y Carlsmith¹⁰, se predijo que las personas buscan la consistencia cognitiva en relación a sus contextos normativos valorativos e ideológicos, condicionando comportamientos. Tesis interesante que refleja la ingenua aportación que generalmente se hace a la gestión de la seguridad y salud, a la hora de evaluar los riesgos desde esta perspectiva. Quizás este experimento pueda arrojar luz a la falta de adherencia y resistencia que existe en el manejo de los EPI'S a Resulta obvio que si queremos juzgar la magnitud de los problemas de un modo integral e integrado, debemos incluir en los factores de riesgo los valores de los trabajadores. La evaluación de riesgo tiene su esencia en la búsqueda activa de información necesaria para que la organización esté en condiciones de adoptar una decisión apropiada sobre la oportunidad de adoptar acciones preventivas. Meta difícil de lograr sin el conocimiento sobre la propia percepción que tiene el trabajador sobre su aportación al grupo y a la actividad laboral.

¿Qué gestionamos? Riesgos objetivos o riesgos subjetivos

En este punto, tenemos claro la necesidad de disponer de un modelo de gestión del riesgo que prevenga y controle la siniestralidad y las pérdidas, integrado en la gestión general de la organización. Pero ¿se puede reducir el riesgo laboral con diferentes criterios en la evaluación de los mismos? No cabe duda que la reducción del riesgo es un objetivo común de todos los actores que interaccionan en el ámbito laboral. Sin embargo, resulta problemático pensar qué difícilmente se podrá reducir cuando no se entienden por igual el concepto de "riesgo", es decir, cuando no se entienden por igual qué es aquello que se quiere reducir⁶.

Es sabido que dependiendo del concepto de riesgo del que se parta así, se podrá plantear la detección y prevención del mismo. Por un lado, habría que considerar las definiciones de carácter más cuantitativo, formal, convencional, matemático, probabilística, "racional", etc. que tienen su origen en campos tales como la economía, la ingeniería, la estadística, la física, o las teorías de la decisión racional. Desde este enfoque el riesgo hace referencia a las pérdidas esperadas y puede ser reducido a un valor numérico. Se caracteriza así el riesgo de una manera unidimensional y pretendidamente objetiva, pudiendo ser a veces definido atendiendo tan sólo a la estadística con tasas de accidente, mortalidad y morbilidad.

Pero si vamos más allá, e insistimos en el carácter multidimensional del riesgo, en el sentido de que además de la dimensión numérica de probabilidades y pérdidas cuantificables, comporta otra serie de aspectos cualitativos que las personas consideran a la hora de juzgar un riesgo: entre otras, el grado de voluntariedad en la exposición al mismo, la inmediatez o demora de sus efectos o la credibilidad de las instituciones que lo gestiona¹¹. El riesgo es, por tanto, un constructo social. Es difícil entender desde esta

posición que el riesgo sea un concepto objetivo y unidimensional, ya que un mismo peligro o riesgo significa cosas distintas según diferentes personas, grupos sociales, contextos y situaciones.

Interesante son las propuestas de Yates y Stone¹², a la hora de definir un riego dado, insistiendo en la necesidad de plantear las posibles dimensiones de consecuencia, denominadas en su terminología "categorías de pérdidas" que se van a considerar a la hora de definir el riesgo. Haciéndolas explícitas, es posible cuantificarlas y combinarlas después, una vez ponderadas en función de la jerarquía de valores a que atienda. Esta ponderación atiende a la significación de las pérdidas, que cada grupo social o individuo realiza de acuerdo a su subjetividad: actitudes, valores, motivaciones, expectativas, experiencias pasadas, creencias, patrones culturales, etc. 13. Para realizar una valoración global del riesgo, aparece otro componente inherente al mismo, pudiendo a veces ser considerado como el componente primordial del mismo: la incertidumbre. Esta dimensión ha sido muy utilizada en nuestro medio sanitario, definiendo el riesgo en términos de tasas de accidentes, mortalidad o morbilidad, pero no deja de ser reduccionista, sobre todo cuando se pone en relación con el polémico tema de la aceptabilidad de los riesgos¹⁴. Aquí sólo se contempla la incertidumbre en el sentido de probabilidad de las pérdidas, pero no en otros aspectos como el de la incertidumbre sobre las posibles categorías o ámbitos de las pérdidas, tan tremendamente relacionado con la valoración y representaciones de las mismas.

El enfoque psicométrico, en el estudio de la percepción social del riesgo, es el más desarrollado empíricamente, también llamado "paradigma psicométrico" se centra en el estudio de las preferencias expresadas, utilizando cuestionarios en los que se pide a las personas el juicio y valor de los riesgos y beneficios de diversas actividades, tecnologías, etc.¹⁵. El tratamiento de los datos es cuantitativo y ha sido muy criticado porque su aportación es pura descripción de la percepción del riesgo, sin avanzar en la explicación de los procesos psicológicos y sociales subyacentes. Cabe destacar el trabajo de Puy dentro del paradigma psicométrico, en el estudio de la percepción social del riesgo en la población española urbana¹¹.

Una visión alternativa considera que toda evaluación del riesgo laboral es subjetiva, es así, que autores como Otaway y Thomas planteen el tema como una división ideológica. Más recientemente Cvetkovich y Earle han calificado estas dos posturas como perspectivas objetivas y constructivistas del riesgo respectivamente 16. Como alternativa, el enfoque plural de Kemp 17, incluye estudios del riesgo realizados por antropólogos que tienen en cuenta "el factor cultural", poniendo en duda la distinción entre riesgo objetivo y subjetivo y favoreciendo en cambio, la búsqueda de parámetros fundamentales de interacción social que orienten el proceso que lleve a la toma de decisiones.

En esta revisión abogamos por posturas más "democráticas", que tengan en cuenta la dimensión humana en la evaluación y gestión de los riesgos. Como apuntan Cvetkovich y Earle, es necesaria la conciliación de ambas perspectivas, para una más adecuada posición de los peligros. Conciben el dilema como un conflicto de valores entre los defendidos desde la perspectiva objetivista y los argüidos desde la constructivita. Por tanto la mejor estrategia de gestión será aquella que aproveche lo mejor de la ciencia y la tecnología de acuerdo a la vez con los valores democráticos¹⁶.

Gestión de riesgo como garante de calidad:

Que la seguridad y salud laboral es un elemento sustantivo de la calidad de la asistencia en el siglo XXI, es una afirmación notoria y difícilmente cuestionable. La conexión que existe entre las condiciones laborales de los trabajadores y la prestación de servicios a los usuarios es íntima y relacional. Es así, que las instituciones cada vez más incorporan la opinión y perspectivas de sus trabajadores en el diseño y desarrollo de sus planes estratégicos.

En un marco de gestión de la seguridad y salud laboral integrado en la organización general de la empresa, la eficacia de las estrategias preventivas depende en buena medida de su capacidad para combinar de manera óptima el potencial científico-técnico y los valores democráticos, o lo que es lo mismo, de su aptitud para promover a un tiempo la aplicación rigurosa del conocimiento experto y la participación de los trabajadores.

Sin embargo, la experiencia muestra que la consideración de la percepción de los trabajadores puede crear contradicciones que afectan al propio conocimiento experto. Puesto a orientar al respecto, sirva la investigación de Boix en el sector cerámico, que pudo comprobar cómo mientras los expertos situaban las prioridades de actuación en la prevención de los accidentes de trabajo (caídas, sobreesfuerzos, atrapamientos), los trabajadores concedían mucha más importancia a los riesgos relacionados con el ambiente y organización del trabajo¹⁸. Es así, que insistamos en el planteamiento esbozado con anterioridad por el cual no es lo suficientemente frecuente el paralelismo entre la percepción de los trabajadores y el punto de vista técnico expresado en la evaluación de riesgos. ¿Qué está ocurriendo? ¿Cómo podemos solucionar estas divergencias?

Un planteamiento consecuente con criterios de calidad, se plantearía los modos de participación de los trabajadores en la gestión del riesgo atribuible a su ámbito laboral. Esto es un característica esencial del enfoque sistémico del modelo preventivo y cultura de seguridad laboral que debe de promulgar todo organización que aspira a la calidad total.

La gestión de la divergencia necesita de la atención de las diferencias lógicas de afrontamiento del riesgo, en un esfuerzo recíproco por comprender las racionalidades ajenas. Es esencial, sobre todo, trata de aproximarse de una manera global a las actitudes y valores de los trabajadores frente al riesgo, que suelen expresar la resultante de una combinación entre percepción cognitiva y evaluación intuitiva, conformada a lo largo de la propia experiencia de trabajo en un determinado contexto social ¹⁹.

Es así, que este estudio con su metodología cualitativa y fenomenológica permita incorporar a la evaluación de riesgos laborales la percepción que el propio trabajador tiene sobre los peligros que conforman su quehacer diario en el ámbito laboral. Desde esta perspectiva el prevencionista puede captar los esquemas de sentido con los que los trabajadores configuran y valoran sus riesgos laborales. El valor diagnóstico de las investigaciones en este sentido en la gestión de la seguridad y salud laboral es una estrategia igual de legítima que la que considera criterios exclusivamente psicométricos. Incluso complementaria y necesaria para la triangulación de la realidad del fenómeno de riesgo laboral. Este estudio intenta documentar las distintas ideas de

"confianza" puesta en juego, contrastar las definiciones de riesgo manejadas desde el lado experto con el riesgo percibido y aceptado (o no) por los trabajadores, iluminar los encuentros y desencuentros, y como influyen estos en la generación de peligros y nuevas fuentes de riesgo. En la medida en que se consiga entender cómo percibe los trabajadores los riesgos, podrán mejorarse los programas de información y comunicación para encauzar también los valores y las decisiones de los distintos sectores implicados.

Bibliografía citada:

- 1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgo laborales.
- 2. Burriel G. Mejoramiento de gestión de riesgos laborales e industriales. Madrid: Fundación MAPFRE; 1997
- 3. Vasquez-Zamora L, Ortega J. Gestión Integral e integrada de seguridad y salud: modelo ecuador. En: Salud Laboral. Conceptos y Tecnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2007
- 4. Broms G. Mejoramiento de la producción y medio ambiente laboral en el ecuador. Quito:IFA;2000.
- 5. Portell M, Riba MD, Bayés R. La definición de «riesgo»: implicaciones para su reducción Revista de Psicología de la Salud, 9. 1997.pp 3-27.
- Solé Gómez MD. NTP 578: Riesgo percibido: un procedimiento de evaluación. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona; Disponible en http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp 578.htm. Consultado el 02/07/2007
- 7. Warner F. Introduction, the Royal Society (eds): Analysis, perception and management. Report of a Royal Society Study Group .Londres: the Royal Society; 1992.
- 8. Jungermann, Schütz & thüring, 1988. Articulo. Percepción del riesgo.
- 9. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Characterizing perceived risk. En R.W Kates, C. Hohenhemser & J.X. Kasperson (Eds.), Perilous progress: Managing the hazards of technology. Westview: Boulder, CO; 1985. pp. 92-125.
- 10. Festinger L, Carlsmith JM. Cognitive consequences of forced compliance. Journal of Abnormal and social Psychology, 58. 1958. pp.203-210.
- 11. Puy A. Marco conceptual sobre el riesgo. En: Percepción social de los riesgos. Madrid: Editorial MAPFRE. 1995. pp3-38.
- 12. Yates JF y Stone ER. Risk appraisal. En JF Yates (Rds.) Risk-taking behavoir Chichester: John Wiley & Sons.1992. Pp.50-85.
- 13. Leon OGLa toma de decisiones individuales con riesgo desde la psicología, Estudios de Psicología, 30, 1987. pp. 81-94.
- 14.Lee TR. The perception or risk. En: The Royal Society: Risk assessment. A study Group Report. Londres: The Royal Society; 1983.
- 15. Slovic P (Ed) The perception of risk. London: Earthscan publications Ltd.; 2000.
- 16. Kemp, R., Risk perception: The assessment of risks by experts and by lay people a rational comparison?. In U. Becker et al. (eds.), Risk is a construct. Perceptions of risk perception. Munich: Knesebeck;1993.pp 103-118.
- 17. Cvetkovich G y Earle TC. Environmental hazards and the public. Journal of social issues1990, 48 (4). Pp. 3-10
- 18. Boix P, Torada R, Albelda A, Alonso R. Necesidades de formación y percepción de riesgo laborales de los trabajadores en el sector de fabricación de azulejos, pavimentos y baldosas cerámicas. Valencia: ISTAS: 2001.

19. Boix P, Vogel L. Participación de los trabajadores. En: Salud Laboral. Conceptos y Tecnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2007. pp 165-177.

Bibliografía consultada:

- o Martínez PÉrez, J. Modelando el estilo de vida del trabajador: la educación para la higiene y seguridad laboral en España. En: Montiel,L; Porras,I (coordinadores) De la responsabilidad Individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad. Madrid: Doce calles,SL; 1997.pp125-138.
- Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ.¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. Evidentia. 2007 jul-ago; 4(16). En: http://www.index-f.com/evidentia/n16/346articulo.php [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 5 de agosto 2007.
- Hernández Valdez, Emma; Acosta González, Magda; Nadal Tur, Betty; Pijuan Pérez, Marilin; Fon Abreu, Yilka; Armas Rojas, Nurys. Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en el personal de enfermería de una institución hospitalaria . Rev Cubana Enfermer. 2006 may-ago. 22(2).
- Alcalde Lapiedra, V. Modelo de organización de servicios de prevención: recursos humanos y materiales. En: IV Encuentro Euroamericano de Riesgo y Trabajo. Salamanca: Fundación MAPFRE; 1997. pp.53-73.
- Díaz Ojeda, M. Evaluación de riesgo y planificación de la prevención. Criterios de las organizaciones sindicales. En: IV Encuentro Euroamericano de Riesgo y Trabajo. Salamanca: Fundación MAPFRE; 1997. pp.89-102.
- Ventero Velasco, M. Testimonios entorno a la seguridad y la salud en el trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo; 1998.
- Hernandez calleja, A. Guardino Solá, X. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo- INSHT. Condiciones de trabajo en Centros Sanitarios. Madrid: INSHT; 2000.
- Novell i Fernández, AJ. Gestión del cambio y tecnología de la información en sanidad: conocimiento, recursos humanos y valores profesionales. En: Artells i Herrero, JJ. Ruiz Ferrán, J. Berra de Unamuno, A. La tecnología de la Información: impacto en la política y gestión sanitaria del siglo XXI. Barcelona: Fundación SB, Fundación Sanitas, los autores y editores de Madrid; 2000. pp.67-105
- Coffey, A. Atkinson, P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Colombia: 2003; Editorial Universidad de Antioquia.
- De Diego Vallejo, R. Valdivieso Pastor, JD. Psicología del trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones. Madrid: 1998; Ediciones Pirámide.

 Morato Ortiz, F. Evaluación de riesgos laborales. En: Salud Laboral. Un debate permanente. Madrid: SATSE; 1998. pp: 73-116.

Objetivos generales:

- 1. Analizar el grado de introducción de la cultura de la seguridad y la salud laboral en el personal de enfermería clínica hospitalaria.
- 2. Identificar el grado de autopercepción de riesgo laboral de la enfermería clínica hospitalaria.

Objetivos específicos:

- 1. Identificar qué concepto tienen los enfermeros clínicos de nuestro hospital sobre el riesgo laboral.
- 2. Explorar la relación experimentada entre riesgo laboral, incidente y accidente laboral.
- 3. Contrastar las definiciones de riesgo manejadas desde el lado experto con el riesgo percibido o aceptado (o no) por el trabajador.
- 4. Estudiar las marcas presentes en el discurso en función del sexo y ciclo de edad.
- 5. Observar grados de convergencia y divergencia del discurso de los trabajadores según unidades de cuidados donde desarrollan su labor profesional y contexto socioeconómico de referencia.

Métodos:

Diseño: estudio exploratorio, descriptivo, con metodología cualitativa pertinente con la necesidad de captar la polivalencia de significados en relación a las formas de entender la cultura de seguridad y salud laboral de los trabajadores, de modo que permita visibilizar los valores y representaciones con los que se construyen y originan.

Sujetos de estudio: enfermeros clínicos de unidades de hospitalización, urgencias y unidades especiales con una experiencia mínima de un año; y miembros de comité de seguridad y salud laboral del hospital.

Desarrollo:

En tres fases consecutivas:

1ª Fase: Grupos de discusión.

Se utilizará la técnica exploratoria de <u>los grupos de discusión</u>: Se trata de una técnica cualitativa, lo que quiere decir que es útil para captar de forma abierta las opiniones (verbalizaciones formalizadas en que cristalizan los puntos de vista de las participantes), actitudes (pautas de reacción más o menos estables ante los acontecimientos que describen), motivaciones (valoraciones e ideologías que subyacen o están connotadas en las múltiples condensaciones simbólicas y signos no cuantificables que aparecen a lo largo de reuniones) y expectativas de los trabajadores dentro de su marco laboral de referencia.

La representatividad de los discursos resultantes de los grupos de discusión es de un orden diferente a la representatividad propia de la encuesta

estadística; mientras esta se rige por un criterio de exhaustividad, el grupo de discusión trata de captar de forma abierta *los campos de sentido,* generalmente pocos, que atraviesan la discursividad social y que permiten posicionarse diferencialmente a las personas. En este caso, el criterio de validación de la representatividad no es el cálculo de probabilidades sino la saturación de los discursos que se producen en la interacción de los miembros del grupo.

2ª Fase: Entrevistas en profundidad a enfermería.

Posteriormente estos datos servirán para la elaboración del guión oculto de 4 entrevistas en profundidad que permitirán abordar trayectoria de acción de informantes claves pertenecientes a los grupos de discusión. El muestreo es teórico y el número de participante es orientativo, dependiendo de la saturación del discurso de los mismos.

3ª Fase: Entrevistas en profundidad comité de seguridad y salud.

Se elaborarán entrevistas en profundidad de informantes claves del comité de seguridad y salud del hospital. La elaboración del guión oculto de estas entrevistas estará guiado por la información obtenida en los grupos de discusión, de tal manera que permita la triangulación de los datos. Interesa la confrontación de los conceptos emergentes desde las perspectivas de informantes legos en relación a los expertos. Creemos que esta posición estará llena de matices y posibilidades teóricas importantes. Se estima un mínimo de 4 entrevistas en profundidad.

El diseño de los grupos de discusión:

Se realizará un grupo de discusión de enfermeras con historia previa de accidente laboral (GD1) y un grupo de discusión control de enfermeras sin accidente laboral (GD2), ambos con un reclutamiento de 9 personas para estimar posibles pérdidas. Variables secundarias: relacionadas con nivel de tecnificación y organización del ámbito laboral; sexo, edad, relación contractual y contexto social del trabajador.

Pare el diseño de los grupos de discusión se tendrán en cuenta la complejidad de la las relaciones que se establecen en la configuración de las percepciones sobre el riesgo percibido. Es así, que se han abstraído de la literatura revisada aquellas variables estructurales que influyen en su construcción.

A continuación se detallan las diferentes variables puestas en juego en el diseño de los grupos:

Variable primaria: Historia previa de accidente laboral. La construcción simbólica de cualquier fenómeno está estrechamente relacionada con la conducta y su entorno. El binomio acción/ percepción está extensamente documentado. De tal forma que la experiencia de un accidente laboral por parte del trabajador condicionará la percepción de riesgo que maneje. De ahí, la consideración de esta variable como primaria en la configuración de

los grupos de discusión. Nos interesa la interacción de miembros del grupo diferencialmente dependiendo de esta variable.

Variables secundarias: que contienen fronteras inclusivas, para favorecer la comunicación entre los miembros a través de relaciones de intersección. Esta variables son la edad, sexo, ámbito laboral: unidades de cuidados de referencia, contexto social: cargas familiares y rol de cuidador.

Captación de la muestra:

La selección de los participantes de los grupos de discusión: se recurrirá a la utilización de redes de relaciones establecidas dentro de un programa de información de protocolos de actuación ante accidentes biológicos y no biológicos en el hospital de Fuenlabrada, desarrollado por un delegado de prevención de riesgos laborales durante las dos primeras semanas del mes de noviembre. La información se realizarán con una metodología acción-participativa en sesiones de no más de 20 minutos, rotando por todas cada una de las unidades de hospitalización, consultas, urgencias, UCI, quirófano y Reanimación del hospital de Fuenlabrada. A partir de esas sesiones se realizará el contacto topológico captando voluntariamente a enfermeras/os que verbalicen su experiencia de accidente laboral y se presten voluntariamente a formar parte del grupo de discusión.

Funcionamiento del grupo de discusión:

Las sesiones de cada grupo de discusión serán moderadas por un investigador distinto al que reclutó al grupo, para evitar relaciones de dependencia entre el moderador y el participante. El moderador suscitará el deseo de discutir del tema entre los participantes del grupo mediante la transferencia/contratransferencia. Su posición debe reflejar el discurso del grupo sin juzgarlo, sólo interviene a dos modos: reformulando e interpretando. Se grabarán las sesiones íntegras, previo consentimiento de los participantes, a quienes, al final de la misma, se obsequiará con un "cheque regalo" que dependerá del presupuesto existente, como agradecimiento por su tiempo, esfuerzo y disponibilidad para participar en el estudio. La sesiones no tendrán una duración mayor de dos horas.

Interpretación y análisis de los datos:

Pretendemos responder a nuestros objetivos mediante el posterior análisis textual (sintagmático y paradigmático) y contextual (del micro y macro contexto) de los discursos producidos en estos grupos de discusión, para encontrar así las principales representaciones relacionadas con la seguridad y salud laboral y la importancia concedida por los trabajadores a la gestión del riesgo en su ámbito laboral. El análisis del discurso permitirá la obtención de categorías conceptuales. Posteriormente con el desarrollo de las entrevistas en profundidad se conseguirá profundizar en los conceptos emergentes en los grupos de discusión y permitirá la triangulación de los datos a través de las confrontaciones de unidades de significado y actores sociales.

Limitaciones:

La captación de los participantes de grupo de discusión (GD) estará muy condicionada a la posibilidad de identificar la variable primaria de selección de los mismos, si bien se suscita el tema a través de la realización de un programa de divulgación y fomento de conocimiento sobre protocolos de actuación ante accidentes laborales, queda especialmente determinado por el poder evocador del mismo para que el trabajador nos cuente voluntariamente su experiencia previa de accidente laboral.

Conocimiento entre sí de los participantes del GD: aunque se intentará que sean de unidades diferentes y contextos geográficos y sociales diferentes, se presume la limitación de esta premisa por la pertenencia a un mismo ámbito laboral con dimensiones concretas de su personal de enfermería.

Utilidad práctica de los resultados:

Los resultados de este estudio pueden arrojar luz a varios niveles:

- 1. Orientar la práctica clínica hacia medidas de prevención de los accidentes laborales.
- 2. Orientar programas y políticas sociosanitarias que se dirijan a promocionar y proteger la salud laboral
- 3. Describir aquellos aspectos en los que se puede y debe mejorar para una adecuada actuación en la gestión del riesgo y salud laboral de los equipos sanitarios.
- 4. Fomentar la formación de los profesionales sanitarios para una mejor protección de su salud en el ámbito laboral.
- 5. Profundizar en las experiencias de los trabajadores en sus propios términos, palabras y visiones en relación a la cultura de seguridad y salud laboral, este entendimiento nos permitirá adecuar la planificación, organización del trabajo y la introducción de nuevas tecnologías en todo lo relacionado con las consecuencias que estas pudieran tener para la seguridad y salud laboral desde sus propias vivencias, aumentado su aceptabilidad.
- 6. Fomentar la sensibilización de los distintos profesionales sanitarios hacia la seguridad laboral, tema en el que todos podemos ser partícipes.
- 7. Permitirán el desarrollo de procedimientos para sistematizar la participación del trabajador favoreciendo el dialogo sobre prevención entre los trabajadores y la empresa.

Cronograma:

La duración del proyecto será de dos años. A continuación se detalla el proceso:

MESES						
TAREAS	1-3	3-6	6-9	9-12	12-18	18-24
Selección de participantes grupo discusión (GD)	Х					
Configuración y desarrollo de los GD		х				
Trascripción y análisis del discurso de GD.		X	х			
Selección informantes claves entrevistas en profundidad enfermeras				х		
Selección informantes claves entrevistas en profundidad miembros Comité Seguridad y Salud				х		
Desarrollo de las entrevistas en profundidad					x	
Triangulación de los datos y redacción informe						х
Presentación final de resultados						x

Medios disponibles:

Dispondríamos de las estructuras que posee el Hospital de Fuenlabrada: aulas para reuniones, salas de entrevista, biblioteca con acceso a las principales bases de datos, recursos informáticos, así como, asesoramiento de personal, como técnico investigación, cuyo apoyo puntual pueda ser necesario en algún momento de la investigación.

Cuestiones éticas:

- 1. Un aspecto imprescindible en este punto lo constituye el mantenimiento de la confidencialidad de los participantes en el estudio.
- 2. Los riesgos para los participantes del estudio, son prácticamente nulos y son totalmente proporcionales a los beneficios y conocimientos previstos.
- 3. Los datos se controlan para garantizar la seguridad de los participantes.
- 4. El principio de respeto a las personas que van a formar parte de nuestro estudio exige que éstas otorguen su consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación. Dicho consentimiento revelará información adecuada para que el individuo pueda tomar la decisión de participar o no. Anexo II correspondiente a modelo de consentimiento informado.

Anexos I: Ficha técnica de los grupos de discusión.

GD1: Participante con historia de accidente laboral. Formado por 8 miembros, tres varones y 5 mujeres. La edad se distribuirá entre personas menores o mayores de 32 años. A continuación se detalla la estimación distributiva del resto de las variables secundaria.

Α	В	С	D	E	F	G	Н	I
GD1.1	Varón	+32	Si	10	5	Básica Hospital	Reanimación	Fijo
GD1.2	Varón	-32	No	2	2	Ninguna	UCI	Eventual
GD1.3	Mujer	+32	Si	8	6	Básica Hospital +Máster PRL	Urgencias adulto	Fijo
GD1.4	Mujer	-32	No	3	1	Básica Hospital	Urgencias pediátricas	Eventual
GD1.5	Mujer	+32	Si	15	15	Básica Hospital	Obstetricia	Fijo
GD1.6	Varón	-32	No	6	3	Básica Hospital	Hosp. Medicina Interna	Fijo
GD1.7	Mujer	-32	No	9	9	Básica Hospital	Hosp. quirúrgica	Fijo
GD1.8	Mujer	+32	Si	12	1	Ninguna	Quirófano	Eventual

GD2: Participante sin historia de accidente laboral. Formado por 8 miembros, tres varones y 5 mujeres. La edad se distribuirá entre personas menores o mayores de 32 años. A continuación se detalla la estimación distributiva del resto de las variables secundaria.

Α	В	С	D	Е	F	G	Н	I
GD1.1	Varón	+32	Si	10	5	Básica Hospital	Reanimación	Fijo
GD1.2	Varón	-32	No	2	2	Ninguna	UCI	Eventual
GD1.3	Mujer	+32	Si	8	6	Básica Hospital +Máster PRL	Urgencias adulto	Fijo
GD1.4	Mujer	-32	No	3	1	Básica Hospital	Neonatos	Eventual
GD1.5	Mujer	+32	Si	15	15	Básica Hospital	Obstetricia	Fijo
GD1.6	Varón	-32	No	6	3	Básica Hospital	Hosp. Medicina Interna	Fijo
GD1.7	Mujer	-32	No	9	9	Básica Hospital	Hosp. quirúrgica	Fijo
GD1.8	Mujer	+32	Si	12	1	Ninguna	Quirófano	Eventual

A: Miembros del GD; B: Sexo; C: Edad; D: Cargas familiares; E: Años de experiencia Laboral. F: Años de experiencia laboral en el servicio de procedencia actual (incluyéndose experiencia en otros hospitales); G: Formación en prevención de riesgos laborales; H: Unidades de referencia; I: relación contractual.

Anexo II: Hoja informativa y consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Estudio sobre Percepción de Riesgo en el Personal de Enfermería

Esta es la Hoja de Información del estudio trata de averiguar la percepción social del riesgo del personal de enfermería en el ámbito de cuidados hospitalarios. Este estudio se realiza conjuntamente por personal de enfermería y delegados de prevención del hospital de Fuenlabrada, así como, técnicos en prevención de riesgos laborales perteneciente a la conserjería de educación de la Comunidad de Madrid. Además esta hoja de información del consentimiento informado y el documento de consentimiento informado han sido aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica de su hospital.

Le rogamos que lea con atención la hoja de información. No es necesario que responda ahora mismo. Puede llevarse los documentos a casa para consultarlo con sus familiares o amigos/as. En caso de que tenga cualquier duda puede ponerse en contacto con Verónica Díaz Sánchez responsable del estudio en el teléfono.......

INVESTIGADORES:

Verónica Díaz Sánchez¹; Macarena Álvaro Noguera².

- Enfermera clínica Urgencias obstétrico-ginecológicas Hospital de Fuenlabrada. Licenciada en Antropología. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales.
- Enfermera clínica hospitalización quirúrgica del Hospital de Fuenlabrada.
 Delegada de prevención de riesgos laborales por SATSE en Hospital de Fuenlabrada. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales.

OBJETIVO Y ANTECEDENTES:

Con esta investigación se pretende estudiar la percepción social del riesgo en profesionales enfermeros que desarrollan su labor asistencial en el ámbito hospitalario. Además de atender a los riesgos relevantes para los trabajadores en este ámbito, se pretende introducir aspectos innovadores en el diseño de la investigación que permitan superar y/o aportar nueva información desde la visión del trabajador para entender y predecir de alguna manera la respuesta de los enfermeras/os ante dichos riesgos.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento participar en este estudio sucederá lo siguiente:

- Participará en una sesión de no más de 2 horas de duración, formada por trabajadores de su hospital y un moderador perteneciente al grupo de investigación. Durante el desarrollo de la sesión se le instará a que converse y plantee sus puntos de vista sobre la salud laboral y la prevención de riesgos laborales en su ámbito.
- En el caso de ser seleccionado, se le realizará una entrevista a posteriori, de no más de 1 horas de duración, en un lugar acordado por usted.

BENEFICIOS:

Los beneficios que pueden derivarse de su participación en este estudio tienen que ver con la posibilidad de poder expresar sus vivencias, sentimientos y expectativas sobre cómo gestionar el riesgo laboral. De tal modo, que se considerarán para la adecuación y mejora continua de las condiciones laborales en nuestro hospital.

RIESGOS:

No supone ningún tipo de riesgos físico, psíquicos el formar parte de este estudio. Es más, existen publicaciones que recomiendan la incorporación de las percepciones y experiencias del trabajador en la gestión de las organizaciones para favorecer su mayor rendimiento y adecuación a las necesidades de sus clientes.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información obtenida a través de la observación participante y la entrevista en profundidad, se comentará con usted. En todo momento, la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida confidencial en la medida en que la ley lo permita. (L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y por la ley 8/2001, de 13 de julio, de protección de datos de la CM)

PREGUNTAS:
nvestigación, ha discutido esta información conmigo y se ha ofrecido a esponder a mis preguntas. Si tengo más preguntas, puedo ponerme en ontacto con ella en el teléfono

DERECHO A REHUSAR O A ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o abandonar en cualquier momento, sin afectar ni poder en peligro mi atención sanitaria futura.

El equipo investigador quiere darle las gracias de antemano por su interés y participación en el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio sobre Percepción de Riesgo en el Personal de Enfermería

Yo
con DNI/Tarjeta de Residente/Pasaporte (táchese lo que no proceda) he
entendido la información contenida en la hoja de información de Percepción
de Riesgo en el Personal de Enfermería, que me ha sido entregada y que he
tenido la posibilidad de resolver todas las dudas que se me hubieran planteado
acerca de la participación en dicho estudio.

Los datos personales que se recojan en el estudio van a ser utilizados únicamente a efectos de permitir el progreso de la investigación.

Puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin necesidad de alegar una causa objetiva.

Deseo manifestar mi voluntad de participar en el estudio Estudio sobre Percepción de Riesgo en el Personal de Enfermería y para ello firmo por duplicado el presente documento de Consentimiento Informado en Fuenlabrada el de del año 2007, quedándome con una de las copias