

# Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva

ANTONIO LEÓN GARCÍA-IZQUIERDO (ED.)



Cátedra Asturias Prevención



Cátedra Asturias Prevención

# Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva

ANTONIO LEÓN GARCÍA-IZQUIERDO (ED.)



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

INSTITUTO ASTURIANO DE  
**PREVENCIÓN**  
DE RIESGOS LABORALES



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**CÁTEDRA  
ASTURIAS  
PREVENCIÓN**



Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciadore:

García-Izquierdo, A. L. (Ed.). (2020). *Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva*. Universidad de Oviedo.

La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente.



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin obras derivadas – No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2020 Universidad de Oviedo

© Los autores

Editor: Antonio León García-Izquierdo

Corrección de textos: Ángela Palos

Ilustración portada: Rodrigo de Miguel Martínez de Tejada, "Fisura 061220"

Diseño y maquetación: Chema López Centenero ([www.chem.design](http://www.chem.design))

Algunos derechos reservados. Esta obra ha sido editada bajo una licencia Reconocimiento-No comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons.

Se requiere autorización expresa de los titulares de los derechos para cualquier uso no expresamente previsto en dicha licencia. La ausencia de dicha autorización puede ser constitutiva de delito y está sujeta a responsabilidad.

Consulte las condiciones de la licencia en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo

Edificio de Servicios - Campus de Humanidades

ISNI: 0000 0004 8513 7929

33011 Oviedo - Asturias

985 10 95 03 / 985 10 59 56

[servipub@uniovi.es](mailto:servipub@uniovi.es)

[www.publicaciones.uniovi.es](http://www.publicaciones.uniovi.es)

I.S.B.N.: 978-84-18482-01-4

DL AS 1878-2020

Dedicado a quienes han sufrido las amargas  
consecuencias de la falta de prevención  
en el trabajo

*“Con barajas de espejo nos jugamos la vida”*

Ramón Gómez de la Serna  
(Nuevas Greguerías)



# Índice de contenidos

## Prólogo

María Jesús Otero Aparicio

## Sobre el editor

## Agradecimientos

## Relación de autores

21

- 1. Un acercamiento a la intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva** 27  
Antonio León García-Izquierdo y Mónica Zuazua Vega
- 2. Cultivando organizaciones saludables y resilientes: Metodología HERO en la prevención de riesgos psicosociales** 53  
Marisa Salanova Soria y Carmen Soler Pagán
- 3. Nuevos paradigmas y marcos de referencia para la gestión de la seguridad: la seguridad-II, las Organizaciones de Alta Fiabilidad y el *mindful organizing*** 77  
Francisco Javier Gracia Lerin
- 4. El cambio de las actitudes en los empleados como factor clave en la prevención de riesgos laborales** 107  
Miguel Ángel Mañas Rodríguez y Pedro Antonio Díaz Fúnez

<b>5. Género y prevención de riesgos laborales</b>	<b>129</b>
Eva Cifre Gallego, Pilar Domínguez-Castillo y Ana López Ramos	
<b>6. Gestión de la prevención de riesgos psicosociales y discapacidad</b>	<b>157</b>
Marina Romeo Delgado, Montserrat Yepes-Baldó y Jordi Serra	
<b>7. La prevención de los riesgos laborales en trabajadores migrantes: desafíos e intervención</b>	<b>189</b>
Ana M. Castaño y Antonio León García-Izquierdo	
<b>8. Envejecimiento activo en el trabajo y preparación para la jubilación</b>	<b>213</b>
Carlos María Alcover	
<b>9. Pobreza laboral: factores de riesgo e impacto psicosocial</b>	<b>243</b>
José Antonio Llosa, Sara Menéndez-Espina y Esteban Agulló-Tomás	
<b>10. Contingencias de origen profesional: accidente de trabajo y enfermedad profesional</b>	<b>271</b>
Paz Menéndez Sebastián e Iván Antonio Rodríguez Cardo	
<b>11. La valoración de la incapacidad profesional</b>	<b>295</b>
José Manuel Vicente Pardo, Araceli López-Guillén García, Antonio León García-Izquierdo, Andrés Santiago Saéz y Pilar Pinto Pastor	
<b>Respuestas a las preguntas para la reflexión tipo test</b>	<b>335</b>



# Prólogo



# Prólogo

*“Las fortalezas están en nuestras diferencias,  
no en nuestras similitudes”*

Stephen Covey

El mundo ha cambiado y con él nosotros y nuestro trabajo. La pandemia por COVID-19 ha supuesto un extraordinario acelerador y nos ha colocado sin contemplaciones frente a una realidad descarnada por lo repentina e inesperada y por la imposibilidad de huir de ella o aplazarla. Siempre hemos escuchado que las crisis son oportunidades y que la naturaleza humana se torna propicia para adaptarse y sobrevivir e incluso salir reforzada. Pero para que esto ocurra no podemos actuar de forma pasiva o exclusivamente reactiva. Necesitamos un periodo para asumir y comprender lo que está pasando pero debemos pasar a la acción lo antes posible con una actitud propositiva.

Evidentemente muchos de los cambios en los que estamos inmersos ya habían comenzado antes de la aparición de la pandemia, pero se hace difícil hablar del ámbito laboral -en cualquiera de sus dimensiones durante este último año- sin pensar en las condiciones de trabajo en las que han tenido que desenvolverse las personas dedicadas a actividades consideradas esenciales, en especial todo el sector sanitario. Circunstancias laborales caracterizadas por unas demandas extraordinarias y un escaso control sobre las mismas, además de un déficit importante de recursos para hacerles frente, en un horizonte caracterizado por demasiadas incertidumbres y escasas certezas. En este escenario casi de guerra, la comunidad preventiva está llamada a analizar y paliar en lo posible, los efectos que la literatura científica prevé en situaciones de crisis como la actual, en especial si se prolonga durante mucho más tiempo. Más allá del riesgo biológico evidente, es preciso proteger y anticipar fenómenos esperables como episodios de estrés postraumá-

tico y, en general, un impacto emocional en las personas trabajadoras de proporciones gigantescas. Y es que podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la salud mental de miles de personas está en juego. Es por ello que la contribución de los profesionales de la Psicología se torna esencial en este momento.

En todo caso, no se debe perder de vista que las consecuencias de lo que estamos viviendo afectan a todos los colectivos profesionales en mayor o menor medida, ya que la totalidad de las actividades laborales han visto modificadas sus condiciones de trabajo de manera abrupta, han emergido y se han generalizado de la noche a la mañana nuevas formas de organización del trabajo, con nuevas y/o distintas formas de comunicación y de relación, sin que se haya dispuesto de un periodo de adaptación o de una formación y capacitación básicas, por citar sólo algunas limitaciones. Derivado de todo ello, encontramos nuevas exposiciones laborales y nuevos o distintos factores de riesgo a los que hay que atender, muchos de ellos potenciados por la crisis sanitaria pero, en todo caso, consustanciales a la realidad empresarial presente y futura, frente a la que debemos ofrecer una respuesta en aras de anticipar potenciales consecuencias más graves y/o crónicas. Así, las personas dedicadas a actividades relacionadas con la prevención de riesgos laborales deben (debemos) contribuir más que nunca a dignificar el trabajo de todas las personas y colectivos, a trabajar para que las condiciones en las que se desarrolla cualquier actividad laboral sean las adecuadas y a velar por la seguridad y la salud, especialmente psicosocial, de toda la comunidad de trabajadoras y trabajadores. Ahora, más que nunca, surge una oportunidad de poner en valor el trabajo de multitud de técnicos de prevención, no siempre valorados suficientemente en su entorno laboral y social; de la comunidad académica y científica, llamada a aportar evidencia y ponerla al servicio de todas las personas con responsabilidades en materia de seguridad y salud; de los empresarios y de las líneas jerárquicas que han dirigido su mirada hacia los responsables de prevención de riesgos laborales en estos tiempos tan duros y difíciles y que han comprobado de manera muy directa lo sustantivo de su labor y la importancia de la misma; de los representantes de los trabajadores y trabajadoras, aliados naturales en materia de seguridad y salud en estos momentos y siempre, reivindicando mejoras y avances; de las administraciones públicas, que deben seguir realizando un esfuerzo de acompañamiento y de anticipación para no quedarse atrás y promover medidas para salvaguardar y mejorar el empleo, un empleo de calidad que pasa por garantizar la seguridad, la salud y el bienestar de todas las personas.

El ámbito psicosocial necesita aún dar el gran salto cualitativo hacia la aplicación práctica y efectiva en la realidad empresarial de sus postulados teóricos y de la evidencia empírica en la que sustenta sus intervenciones, para responder equilibradamente a las necesidades actuales y futuras y para ser fundamentalmente útil a las empresas y vital para las personas trabajadoras. En esta época en la que la digitalización, la robotización y, en general, el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) son inherentes a prácticamente cualquier actividad laboral, la pandemia ha demostrado con toda claridad- por si había alguna duda- que las personas son las que marcan la diferencia. Es por esto que la necesidad de situar a las personas en el centro debería ser el punto de partida y de llegada de cualquier gestión empresarial del siglo XXI, una gestión evidentemente apoyada en la tecnología y en los datos (*big data*) pero, sin duda, obligada a virar hacia un humanismo empresarial que no deje a nadie en el camino.

La pandemia ha hecho aflorar lo mejor de las personas y también las fortalezas y debilidades de las organizaciones y de sus gestores para desenvolverse y dar respuesta a los retos que se presentan. Las empresas que dan valor a las personas tienen más capacidad de adaptación y de salir airoso en los momentos difíciles. En este sentido, es preciso que las organizaciones incorporen indicadores que permitan verificar que una empresa o entorno organizativo que invierte en salud psicosocial obtiene mejores resultados y responde mejor a los embates y desafíos en un entorno que se aventura difícil en los próximos años.

La evidencia de que el mundo laboral y los puestos de trabajo han cambiado requiere ahora más que nunca que la gestión preventiva psicosocial de un paso al frente. Cuestiones como la hiperconectividad y el derecho a la desconexión digital, la erradicación de la violencia de cualquier naturaleza del ámbito laboral, la necesidad de políticas de conciliación transversales y garantías de la corresponsabilidad, el trabajo a distancia o el teletrabajo y sus implicaciones para las personas, la erradicación de la discriminación de algunos colectivos y la necesidad de gestionar la diversidad, son grandes palancas sobre las que sustentar una gestión preventiva acorde con las exposiciones actuales y los riesgos que éstas suponen. Se necesita una apuesta decidida por incluir la intervención psicosocial como eje vertebrador de la gestión de personas como la mejor forma de garantizar su seguridad y su salud y de posibilitar la sostenibilidad de los sistemas empresariales y sociales actuales y futuros.

En este camino hacia la excelencia preventiva se sitúa este manual de intervención psicosocial, conformado por las aportaciones de un conjunto de excelentes profesionales y expertos en salud laboral coordinados por el Dr. Antonio León García Izquierdo, alma y promotor de esta obra, que supone una expresión más de su firme compromiso personal y profesional con el ámbito psicosocial, consolidando aún más su labor al frente de la Cátedra Asturias Prevención.

Se inicia este manual enmarcando la intervención psicosocial dentro de los principios teóricos y metodológicos de la Psicología Social, que busca comprender las relaciones entre lo individual y lo colectivo insertándose, en su parte aplicada, en la Psicología del Trabajo y en la Psicología de las Organizaciones, disciplinas que aportan a la intervención psicosocial modelos y metodologías de trabajo diseñados para facilitar soluciones frente a los desafíos y problemas de naturaleza psicosocial. Se pone de relieve lo sustantivo de incorporar la diversidad en la intervención psicosocial haciéndola más inclusiva y eficaz al incorporar el contexto y la participación de los grupos y/o de las personas. La intervención psicosocial considerando la diversidad debería conformar modelos éticos y transparentes que apuntalen el compromiso social de empresas y organizaciones.

La importancia de partir de modelos teóricos con evidencia empírica que amparen las herramientas de evaluación que sirven de base a las intervenciones psicosociales, cuestión que garantiza su aplicabilidad y la consecución de resultados óptimos y verificables, tiene cabida también en esta obra. En este caso, partiendo del Modelo Demandas y Recursos Laborales (DRL), de gran relevancia en la actualidad, se presenta la metodología HERO, que propone una simbiosis entre la salud de las organizaciones y la salud de las personas, preservando de manera especial la salud emocional de estas últimas, cuestión que se torna vital en el mercado laboral actual.

Esta obra nos muestra también una más que interesante aproximación al concepto de seguridad y del denominado “error humano”, que nos hace transitar por una senda evolutiva de ambos conceptos hacia una propuesta para comprender por qué habitualmente las personas desarrollan un desempeño seguro y fiable como base para disminuir la probabilidad de cometer errores, ya que ese bien hacer cotidiano alimenta la capacidad permanente de aprendizaje de las organizaciones. Siguiendo este camino, encontramos también espacio en esta publicación para la consideración de un elemento esencial en las personas y habitualmente ignorado en los análisis: las actitudes. La prevención de riesgos laborales se centra en la aptitud como sinónimo de capacitación y como garante de un alto desempeño, pasando por alto algo consustancial a todas las personas: sus actitudes. En este sentido, se reconoce la importancia de modificar actitudes inadecuadas como elemento de intervención a la hora de preservar un comportamiento seguro y conforme a los estándares requeridos. Se analiza además el papel mediador de las actitudes entre las características individuales y la percepción del contexto, y también como antecedentes del estado motivacional y de los conocimientos sobre prevención, todo ello desde una incipiente investigación científica.

Pero sin duda el cuerpo principal de esta obra es la apuesta por incorporar a la gestión empresarial un liderazgo integrador con capacidad para gestionar la diversidad de manera exitosa. El lector encontrará en este trabajo el resultado de considerar la inclusión como piedra angular de la gestión preventiva y de su eficacia. Se exponen, a lo largo de distintos capítulos dedicados a la perspectiva de género, a la discapacidad, a la edad y el envejecimiento o a la población migrante, las claves para que las empresas puedan responder a esta realidad adecuadamente. Hemos asistido a un desarrollo de la prevención de riesgos laborales muy importante en las últimas décadas pero desde una mirada demasiado inespecífica en no pocas ocasiones. La intervención psicosocial especialmente ha de liderar este viraje hacia la inclusión y la diversidad como seña de identidad de su ámbito de actuación principal, potenciando el tratamiento diferenciado de los distintos colectivos y vulnerabilidades y las lecciones que se extraen de esta publicación suponen una ayuda y un extraordinario acicate para ello. Integrar la diversidad va a suponer para las empresas, mejorar en innovación y creatividad, estar mejor preparadas para enfrentar los cambios, incrementar la posibilidad de atraer talento y retenerlo, fomentar el desarrollo personal y profesional de todas las personas trabajadoras y favorecer la sostenibilidad del sistema y la rentabilidad empresarial.

Contribuir a limitar la denominada pobreza laboral es también motivo de atención en esta publicación, ya que en ese caso la diversidad se traduce en desigualdad y exclusión social, que opera en empleos caracterizados por salarios bajos, elevada incertidumbre y limitados beneficios sociales, lo cual tiene un alto impacto desde el punto de vista psicosocial en las personas y en las familias.

Por último, esta publicación pone el foco en la todavía insuficiente cuantificación de la contribución de los riesgos psicosociales a las cifras de absentismo y siniestralidad. Mientras no seamos capaces de poner en evidencia que una deficiente gestión psicosocial supone incrementar la probabilidad de que las contingencias comunes y profesionales se disparen, seguiremos dependiendo de buenas y nobles voluntades. Y es que el coste- no únicamente económico- de la “no prevención psicosocial” es muy elevado para las empresas y para la sociedad en general.

En definitiva, esta obra aporta con un gran sentido de oportunidad y proyección de futuro, soluciones conceptuales y prácticas para orientar y resolver adecuadamente los diferentes aspectos que posibiliten la materialización de una gestión de la seguridad y la salud verdaderamente inclusiva e integradora. Viene a significar que la salud psicosocial de todas y cada una de las personas trabajadoras y lo que hagamos para preservarla y optimizarla puede marcar la diferencia, posibilitando una sociedad más justa y con mejores oportunidades. Y todo ello para dignificar el trabajo como baluarte de una vida mejor, a la altura de la sociedad y del mundo que debemos dejar a las futuras generaciones. Que así sea.

María Jesús Otero Aparicio

*Responsable Unidad Técnica de Psicología  
Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*





# Sobre el editor

## Antonio León García-Izquierdo

Doctor en Psicología (Universidad de Murcia, 2001), Máster en Ergonomía y Condiciones de Trabajo (Universidad de Oviedo, 1994) y Licenciado en Psicología Industrial y Psicología Social (Universidad Complutense de Madrid, 1991).

Desde 1993 hasta 2011 ha trabajado como profesional de la Prevención de Riesgos Laborales y los Recursos Humanos en diversas organizaciones privadas. Profesor Titular del área de Psicología Social en la Universidad de Oviedo. Colabora de forma estable con las Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Barcelona, Universidad Jaume I de Castellón, Universidad de Murcia Universidad de Santiago de Compostela u Universidad de Zaragoza. Ha sido Profesor Invitado en el *University College of London*, la *Université Sophie Antipolis* en Niza y el *Istituto Superior do Ciencias do Trabalho* de Lisboa. Las principales líneas de investigación que dirige se centran en el estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo, la evaluación de personas en las organizaciones y la igualdad de oportunidades en el empleo. Ha publicado numerosos artículos científicos capítulos de libro en editoriales de prestigio nacional e internacional, de las que también es miembro del consejo editorial y revisor.

Desde el año 2014 dirige la Cátedra Asturias Prevención. Uno de los principales objetivos de esta Cátedra es potenciar la investigación y la divulgación en materia de prevención de riesgos laborales mediante la convocatoria bianual de premios a Trabajos Fin de Grado (TFG) y a Trabajos Fin de Máster (TFM), y el apoyo y fomento de Tesis Doctorales. Asimismo, se realizan colaboraciones en la docencia en diferentes niveles y programas de la educación superior y en el desarrollo de material didáctico. Además, se promueve la divulgación y la difusión del conocimiento a la sociedad mediante la transferencia de resultados de investigación, la celebración y participación en conferencias y jornadas de divulgación técnica, la colaboración en la promoción de eventos científicos y en diversas publicaciones. En este tiempo la Cátedra Asturias Prevención ha publicado: *Ergonomía y Psicosociología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales*, *El Coste de la No Prevención*, *Actas del I Congreso Nacional de Enfermedades Profesionales de los Músicos*, *Guía para investigación de accidentes de trabajo en la empresa*, al que se suma el actual volumen *Intervención Psicosocial para una Prevención de Riesgos Laborales Inclusiva*.

Puede obtener más información sobre la Cátedra Asturias Prevención y su actividad en: <https://catedraprevencion.uniovi.es/>



# Agradecimientos

Esta publicación cuenta con el apoyo del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (IAPRL) perteneciente al Gobierno del Principado de Asturias. El IAPRL tiene como finalidad gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laboral del Principado de Asturias, tendentes a la eliminación y reducción en su origen de las causas de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, a la vez que promueve todas aquellas mejoras para elevar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Queremos expresar un especial agradecimiento a la Directora del IAPRL Dña. Miryam Hernández Fernández, por el gran impulso de la Cátedra Asturias Prevención en todas sus vertientes, y para la publicación de este libro. Asimismo, queremos agradecer a la Universidad de Oviedo, a la Fundación Universidad de Oviedo y al Servicio de Publicaciones por la orientación y el soporte ofrecido a la Cátedra Asturias Prevención en el proceso de edición e impresión de esta publicación.

Finalmente, queremos agradecer el esfuerzo e interés de todos los profesionales y estudiantes vinculados a la prevención de riesgos laborales. Nos seguís aportando el aliento necesario para seguir trabajando con tesón por un mundo más saludable.



# Relación de autores



# Relación de autores

---

**Esteban Agulló Tomás**

Profesor Titular. Departamento de  
Psicología. Universidad de Oviedo.  
*estomas@uniovi.es*

---

**Carlos María Alcover**

Catedrático. Departamento de Psicología.  
Universidad Rey Juan Carlos.  
*carlosmaria.alcover@urjc.es*

---

**Ana María Castaño Pérez**

Profesora asociada. Investigadora  
de la Cátedra Asturias Prevención.  
Departamento de Psicología.  
Universidad de Oviedo.  
*castanoperez.ana@gmail.com*

---

**Eva Cifre Gallego**

Profesora titular. Departamento de  
Psicología Evolutiva, Educativa, Social y  
Metodología. Coordinadora grupo GeST.  
Universidad Jaime I, Castellón.  
*cifre@uji.es*

---

**Pedro Antonio Díaz Fúnez**

Profesor asociado. Departamento de  
Psicología. Universidad de Almería.  
*pfunez@ual.es*

**Pilar Domínguez Castillo**

Profesora asociada. Departamento de Evaluación, Intervención y Tratamientos Psicológicos. Miembro del grupo GeST. Universidad de Valencia.  
*pilardominguezcastillo@gmail.com*

---

**Antonio León García-Izquierdo**

Profesor titular. Director de la Cátedra Asturias Prevención. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.  
*angarcia@uniovi.es*

---

**Francisco Javier Gracia Lerin**

Profesor titular. IDOCAL. Departamento de Psicología Social. Universidad de Valencia.  
*francisco.gracia@uv.es*

---

**José Antonio Llosa Fernández**

Educación Social. Facultad Padre Ossó. Universidad de Oviedo.  
*llosajose@uniovi.es*

---

**Araceli López-Guillén García**

Subdirectora de la Cátedra Internacional de Medicina Evaluadora y Pericial. Universidad Católica San Antonio de Murcia.  
*araceli.lgg@gmail.com*

---

**Ana López Ramos**

Técnica de prevención en riesgos laborales en OTP (Oficina Técnica de Prevención, S.L.) Miembro del grupo GeST.  
*alopezramos@otp.es*

---

**Miguel Ángel Mañas Rodríguez**

Profesor titular. Departamento de Psicología. Universidad de Almería.  
*marodrig@ual.es*



**Sara Menéndez Espina**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Isabel I, Burgos.  
*sara.menendez.espina@ui1.es*

---

**Paz Menéndez Sebastián**

Profesora titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Departamento de Derecho Privado y de la Empresa. Universidad de Oviedo.  
*pazms@uniovi.es*

---

**Pilar Pinto Pastor**

Médico forense IML de Madrid y profesora asociada. Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Universidad Complutense de Madrid.  
*pilarpinto@gmail.com*

---

**Iván Antonio Rodríguez Cardo**

Profesor titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Departamento de Derecho Privado y de la Empresa. Universidad de Oviedo.  
*rodriguezivan@uniovi.es*

---

**Marina Romeo Delgado**

Profesora titular. Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa. Cátedra Universitat de Barcelona –Fundación Adecco para la integración laboral de personas con discapacidad. Universitat de Barcelona.  
*mromeo@ub.edu*

---

**Marisa Salanova Soria**

Catedrática. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Equipo de Investigación WANT Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables. Universitat Jaume I, Castellón.  
*salanova@uji.es*

**Andrés Santiago Saéz**

Jefe de servicio de Medicina Legal  
Intrahospitalaria del Hospital Clínico  
San Carlos de Madrid y profesor asociado  
Departamento de Medicina Legal,  
Psiquiatría y Patología de la Universidad  
Complutense de Madrid.  
*arsantiago@med.ucm.es*

---

**Jordi Serra Pallisa**

Director de Área Psicosociología y  
Formación. Asepeyo Mutua Colaboradora  
de la Seguridad Social nº 151.  
*jserrapallisa@asepeyo.es*

---

**Carmen Soler Pagán**

Técnico Superior PRL. Consultora  
estratégica en Bienestar y Bienser.  
Equipo de Investigación WANT.  
Prevención Psicosocial y Organizaciones  
Saludables. Universitat Jaume I, Castellón.  
*carmen.soler@uji.es*

---

**José Manuel Vicente Pardo**

Director de la Cátedra Internacional  
de Medicina Evaluadora y Pericial  
Universidad Católica San Antonio  
de Murcia.  
*josemanuvicente@gmail.com*

---

**Montserrat Yepes Baldó**

Profesora agregada. Departamento  
de Psicología Social y Psicología  
Cuantitativa. Cátedra Universidad de  
Barcelona –Fundación Adecco para la  
integración laboral de personas con  
discapacidad. Universitat de Barcelona.  
*myepes@ub.edu*

---

**Mónica Zuazua Vega**

Investigadora en la Fundación  
Universidad de Oviedo.  
*monica.zuazua@gmail.com*

# **Un acercamiento a la intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva**

**1**



# Un acercamiento a la intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva

—

Antonio L. García-Izquierdo

Mónica Zuazua Vega

## Objetivos

1. Reflexionar sobre la noción holística de la intervención psicosocial en el campo de la PRL, a partir de un esclarecimiento de los elementos que la constituyen y las disciplinas de las que se nutre.
2. Comprender la relación entre la intervención psicosocial y la prevención de riesgos de riesgos laborales.
3. Diferenciar y situar cada una de las fases de la intervención psicosocial en el campo de la PRL.
4. Identificar los elementos a tomar en cuenta al elaborar una propuesta para la prevención de riesgos psicosociales en una organización.
5. Conocer y diferenciar las tipologías y los niveles de las medidas y las acciones para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo.
6. Comprender en qué consiste la fase de seguimiento, control y rediseño del sistema preventivo y cuál es su importancia.
7. Identificar los principios generales de la perspectiva inclusiva en el campo de la PRL.
8. Distinguir algunos de los grupos de trabajadores que requieren un abordaje particular en la intervención psicosocial en el campo de la PRL.
9. Comprender las premisas para el logro de una intervención psicosocial sistémica y sostenible en las organizaciones.

# Índice

- 1. Definiendo la intervención psicosocial en el ámbito de la prevención de riesgos laborales**
  - 1.1. Es intervención y es psicosocial***
  - 1.2. Se lleva a cabo en las organizaciones***
  - 1.3. Está orientada a la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo***
- 2. Integración de la intervención psicosocial en PRL**
  - 2.1. Delimitación de la intervención***
  - 2.2. Elaboración de la propuesta***
  - 2.3. Recogida de información***
  - 2.4. Análisis de la información***
  - 2.5. Diseño de la propuesta de abordaje***
  - 2.6. Implementación de acciones preventivas***
    - 2.6.1. Según los destinatarios
    - 2.6.2. En relación con los tipos de intervención en prevención
  - 2.7. Seguimiento, control y rediseño del sistema preventivo***
- 3. Intervención psicosocial inclusiva en PRL**
  - 3.1. La problemática de los trabajadores en edad avanzada***
  - 3.2. La cuestión de la migración***
  - 3.3. El género en la prevención***
- 4. Apuntes finales**
- 5. Preguntas para la reflexión**
- 6. Enlace a páginas web**
- 7. Referencias bibliográficas**

## 1. Definiendo la intervención psicosocial en el ámbito de la prevención de riesgos laborales

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales (PRL) no suele hablarse de *intervención psicosocial*, pero sí es común que se denomine *intervención* a la fase de implementación de las medidas preventivas que se deriva de la *evaluación de riesgos*; sin embargo, desde la Psicología Social se ha considerado la intervención desde una perspectiva holística que abarca todo el proceso, desde la delimitación de un objeto de estudio o problema, hasta el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de la estrategia para su abordaje. Desde la identificación de esta discrepancia, nos ha parecido necesario generar una aproximación dialógica entre ambas perspectivas desde la cual aportar una noción integradora de la intervención psicosocial en el ámbito de la PRL en las organizaciones. Asimismo, en consonancia con el objetivo de este libro, hemos considerado indispensable incorporar a esta noción la tan necesaria perspectiva inclusiva.

Para la comprensión de la noción de intervención psicosocial en el ámbito de la PRL, comenzaremos por perfilar de una manera general (esto es, sin abordar los amplios y diversos debates relativos a este campo, ni sus múltiples abordajes teóricos y metodológicos) cada uno de los elementos que la conforman, que son los siguientes: a) intervención psicosocial, b) organizacional y c) preventiva.

### 1.1. *Es intervención y es psicosocial*

En sentido amplio, podemos definir la intervención como un conjunto de acciones que se llevan a cabo con la intención de incidir en un elemento, factor, sistema o proceso para lograr un cambio. El tipo de intervención a implementar dependerá del cambio perseguido, de qué o quienes serán objeto del mismo y de los métodos empleados para lograrlo. Así, hablamos de intervención psicosocial cuando: a) se estudian fenómenos que involucran factores sociales e individuales; y b) se pretende incidir en la relación de las personas con su entorno, en la relación de las personas entre sí, y/o en los procesos grupales. Hay muchas maneras de entender la intervención psicosocial: dependiendo de los marcos conceptuales de partida, de la población o grupo objetivo, de lo que se persigue, de los recursos disponibles, etc., pero, en general, sus acciones se enmarcan dentro de los principios teóricos y metodológicos de la Psicología Social, que busca la comprensión de los fenómenos en los que se entrecruzan lo individual y lo colectivo y a los que denominamos psicosociales.

Si bien no hay un solo enfoque para estudiar y abordar estos fenómenos, ya que las diversas teorías y modelos van conformando una perspectiva particular, sí podemos convenir que todo enfoque psicosocial se basa en la premisa de que las condiciones sociales, organizacionales y/o grupales interactúan con los individuos configurando su experiencia y su comportamiento, es decir, conformando, en conjunto, los fenómenos y procesos psicosociales. También podemos convenir que, desde un enfoque psicosocial, se prioriza el estudio y la intervención de los fenómenos organizacionales y grupales -frente a los individuales- mediante el análisis de: a) el contexto social en el que surgen, b) las formas de interacción (influencia mutua) de las personas con ese contexto y entre sí, y c) las ideas y formas de significación en las que se fundamentan esas interacciones.

## **1.2. *Se lleva a cabo en organizaciones laborales***

Para su aplicación en las organizaciones, la intervención psicosocial orientada a la prevención de riesgos laborales se nutre fundamentalmente de las aportaciones de la Psicología del trabajo y de la Psicología de las organizaciones. La primera aporta marcos conceptuales para comprender el comportamiento laboral y lo relativo a las actividades en el puesto de trabajo, como el diseño y la ejecución de las tareas, los aspectos temporales, de desempeño, esfuerzo y carga de trabajo, el diseño de herramientas, el ambiente laboral etc. y los efectos de todo ello en las personas; también busca incidir en la productividad y la eficacia de las y los trabajadores. Por su parte, la Psicología de las organizaciones ofrece una perspectiva más global, pues estudia el comportamiento de las personas en el contexto de la organización y se centra más en lo relacional, así que estudia fenómenos y procesos como las relaciones de poder, el liderazgo, la comunicación, la participación y la cooperación, la toma de decisiones, el conflicto, la cultura o la estructura organizacional, el cambio en las organizaciones, etc.

Ambas disciplinas aportan a la intervención psicosocial modelos y metodologías de trabajo diseñados para aportar soluciones a diferentes problemáticas que surgen en las organizaciones y que pueden favorecer el bienestar y la calidad de vida de las personas en el trabajo.

## **1.3. *Se orienta a la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo***

En el campo de la PRL, la intervención psicosocial se orienta fundamentalmente a evitar el surgimiento de problemas de salud laboral (es decir, aquellos que tienen origen o causa en el desempeño de la actividad laboral, el contexto y/o las relaciones de trabajo) teniendo en cuenta el marco normativo en esta materia. Dado que su campo es la salud laboral, la intervención psicosocial en este ámbito se nutre de los aportes de disciplinas como la Psicología clínica, la Psicología de la salud, la Salud comunitaria o la Medicina del trabajo, para comprender y atender los fenómenos de índole psicosocial relativos a la salud que surgen en los contextos laborales y de las organizaciones. Asimismo, dado que proponemos que toda intervención psicosocial debe partir de un enfoque holístico y sistémico y de una visión estratégica organizacional, es preciso un abordaje en equipo que incorpore a especialistas de las diferentes disciplinas preventivas (Seguridad, Higiene, Ergonomía y Psicología Aplicada), así como de otros ámbitos íntimamente relacionados, como los Recursos Humanos, las Relaciones Laborales, la Gestión de Calidad, la Responsabilidad Social y la Sostenibilidad.

Con todo lo anterior, podemos decir que la intervención psicosocial en el campo de la prevención de riesgos laborales se refiere a un conjunto sistemático de acciones que, desde una perspectiva interdisciplinar, se diseñan e implementan con el objetivo de eliminar o disminuir la exposición a riesgos psicosociales en el contexto de trabajo, atendiendo especialmente a los factores que intervienen en la generación de dichos riesgos y que amenazan el bienestar y al desempeño de los trabajadores y de la organización. Su objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida y la salud de las y los trabajadores e incrementar el bienestar laboral, además de reducir costes para las organizaciones. Estas



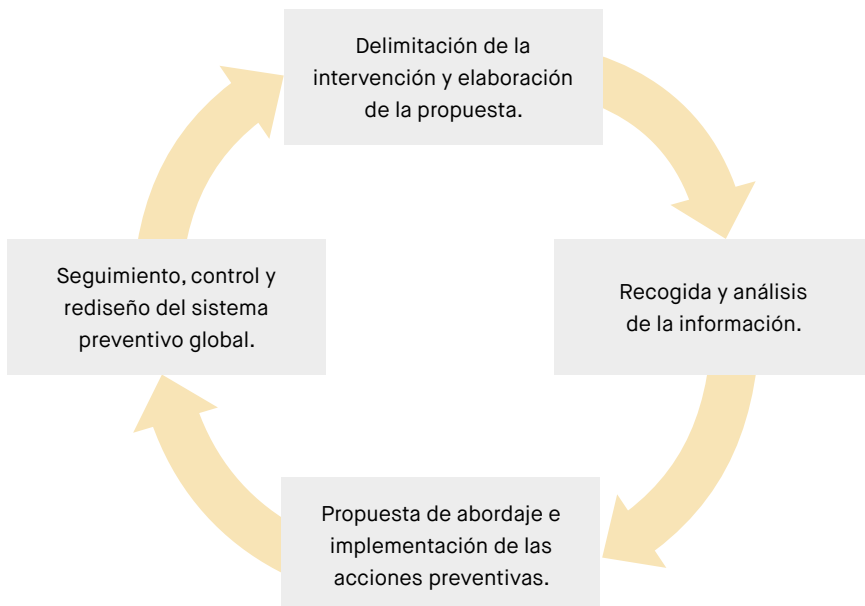
acciones forman parte de un proceso que se compone de diferentes fases que abordaremos en el siguiente apartado.

## 2. Integración de la intervención psicosocial en PRL

En este apartado desarrollamos una propuesta para la integración de la intervención psicosocial en PRL que sigue un modelo circular basado en la investigación-acción participativa (p.ej. Reason y Bradbury, 2008) cuyas fases se puede resumir en: análisis del sistema; evaluación de los problemas y del contexto; diseño, ejecución y supervisión; comunicación de resultados y evaluación de la intervención.

Incorporar este enfoque en la prevención de riesgos laborales favorece, entre otras cosas: a) el desarrollo de intervenciones situadas en contexto y basadas en el vínculo y el compromiso entre las y los responsables de la intervención y el personal participante; b) que sea el colectivo o grupo de trabajadores y trabajadoras quienes planteen propuestas y soluciones; c) que el personal técnico se involucre como agente y parte en el proceso analizado; d) que se tome en cuenta la experiencia y el saber de las y los participantes como elementos fundamentales para el diseño y el desarrollo de la intervención, y e) que los conceptos y las hipótesis sean verificados en el encuentro con los grupos y su experiencia, y por tanto deriven en intervenciones más situadas y más efectivas. Asimismo, este enfoque, al incorporar la experiencia y la perspectiva de diferentes participantes y grupos de trabajadores y trabajadoras, es afín a la perspectiva inclusiva, a la vez que la facilita. A continuación, desarrollamos el modelo de Integración de la Intervención Psicosocial en PRL, siguiendo este esquema.

**Figura 1.** Modelo de Integración de la Intervención Psicosocial en PRL.



## 2.1. *Delimitación de la intervención*

La intervención puede surgir de diferentes tipos de demandas -internas o externas a la organización-, motivaciones e intenciones. Por ejemplo, se puede decidir llevar a cabo una intervención para cumplir con la legislación en materia de salud laboral (por otro lado, algo necesario y obligatorio), porque se ha detectado que un factor psicosocial está afectando o podría afectar la salud o el rendimiento de las y los trabajadores, porque la organización está experimentando un cambio importante y quiere asegurarse de que éste no implique nuevos factores de riesgo, o porque se considera necesario evaluar los daños a la salud que ha tenido algún evento o situación. El tipo de demanda, la motivación y la intención, determinarán la modalidad de intervención que se va a llevar a cabo: su nivel de profundidad, su metodología, su temporalidad, las personas involucradas, etc.; así como sus alcances, de ahí que, antes que nada, sea preciso tener muy claro lo que se demanda, quién lo solicita y con qué fin. A partir de esta información se lleva a cabo el paso inicial que consiste en delimitar el problema u objeto de intervención, determinar los objetivos, y definir las áreas y puestos de trabajo en la organización que participarán en el proceso.

Dado que no es posible incidir en todos los elementos de un sistema y menos aún hacerlo de forma simultánea, una parte fundamental de la intervención será acotar el sub-sistema o la parte del sistema a intervenir y priorizar los elementos del mismo que se habrán de abordar inicialmente, para después hacerlo sobre otros. La intervención así se convierte en un proceso paulatino y gradual, en el que cada etapa se centra en el abordaje (la actuación directa sobre) de una cuestión específica (problema, situación, proceso, factor psicosocial, riesgo psicosocial, etc.) que deberá estar previamente definida y delimitada con claridad (Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo y Trabajadores Inmigrantes del Gobierno de Navarra, 2009). No obstante, al delimitar un ámbito, aspecto de la organización o problema para poder abordarlo en profundidad, no debe olvidarse tener en cuenta la perspectiva de la organización como un sistema en el que todo está interrelacionado, y que, por tanto, los cambios en un componente de dicho sistema van a influir en el resto.

Asimismo, al delimitar el problema u objeto de la intervención, es importante identificar el contexto (tanto a nivel macro -internacional/ estatal, meso- regional, como micro -organizacional y grupal-) en el que éste se sitúa, así como tener en cuenta las características del entorno y las personas que le conforman para construir un planteamiento *ad hoc* que corresponda a la realidad particular que se está abordando. Finalmente, tomar en cuenta las particularidades de los grupos y de las personas que participarán en el proceso permitirá también adoptar una perspectiva inclusiva, considerando variables que puedan incidir en el grado de vulnerabilidad frente a los factores de riesgo, como la edad, el sexo, las condiciones físicas o psicológicas, la formación, el lugar de procedencia, etc. Para ello, se precisará recabar información mediante entrevistas, cuestionarios, observación directa, o análisis documental (revisión de informes e indicadores de la organización).

## **2.2. *Elaboración de la propuesta***

Esta fase consiste en elaborar, de forma consensuada con la dirección de la empresa y con representantes de las y los trabajadores, una propuesta que justifique y describa detalladamente la metodología que se implementará en la siguiente fase (recogida de información). Dicha propuesta deberá indicar con claridad tanto la metodología a emplear (es decir, los instrumentos y las herramientas a través de los cuales se recabará la información, en congruencia con los objetivos que se persiguen) como los grupos y las personas participantes, detallando también sus roles y funciones.

Para elaborar una propuesta comprometida con este enfoque, se requiere tener en cuenta algunas consideraciones, en primer lugar, que los factores psicosociales suelen ser complejos, multidimensionales e interdependientes, así que la intervención psicosocial requiere no solamente de un estudio detallado del entorno que permita ir identificando los distintos elementos que pueden incidir en el surgimiento de los factores de riesgo de carácter psicosocial, sino que deberá también esclarecer las relaciones existentes entre estos elementos y sus formas de interacción. Por ello, al proponer, implementar y hacer seguimiento de las medidas preventivas, se deberá tomar en cuenta su posible impacto o influencia sobre diferentes elementos:

Así, pues, es importante tener una visión sistémica e integrada de las intervenciones organizacionales para la prevención de riesgos psicosociales y no considerarlas como actuaciones aisladas. Siendo esto así, no se puede concebir que los expertos en prevención de riesgos psicosociales actúen de forma independiente, sino que lo han de hacer en coordinación con los expertos de RRHH, los de organización, los de calidad, etc. Los cambios e intervenciones de prevención no pueden ir «por libre»; han de estar integrados en las actuaciones de mejora y en los rediseños y desarrollos organizacionales generales de la empresa. (Peiró, J. M., 2007, p. 74)

En sintonía con lo anterior, una propuesta sostenible y eficaz tratará de impactar en todo el sistema (organización) y no solo modificar un elemento aislado (como puede ser, por ejemplo, un comportamiento inseguro), entendiendo que éstos no surgen de forma aleatoria o espontánea sino dentro de un sistema determinado que muy probablemente los incentiva, los favorece, o al menos los hace viables o posibles y, por ende, es en ese sistema sobre el que se debe actuar para atender el origen, y no solo la manifestación, del problema.

Asimismo, es preciso hacer énfasis en que una intervención eficaz no se orientará sólo al cumplimiento de los requisitos legales, sino que superará estos límites y se desarrollará desde un enfoque sostenible y socialmente responsable que deje entrever una perspectiva humanista, esto es, se centrará en la salud y el bienestar teniendo en cuenta en todo momento las necesidades de las y los trabajadores e incluyendo la participación de los agentes sociales (e.g. Kompier, Cooper y Geurts, 2000) y de todos los sectores que componen la organización. De acuerdo con la Agencia Europea, esto constituye una de las estrategias necesarias para lograr que la prevención sea efectiva.

Finalmente, se recomienda considerar también en esta fase las pautas que ofrece la norma ISO 10667 para una evaluación de personas en las organizaciones desde una perspectiva basada en evidencias que genere confianza y equidad en el proceso de evalua-

ción; y que aporta recomendaciones, tanto para el solicitante del servicio de evaluación (sea interno o externo) como para los proveedores del mismo, a tomar en cuenta antes, durante y después del proceso de evaluación, y directrices para todas las partes implicadas durante todo el ciclo de la vida laboral, a escala individual, grupal y organizacional.

### **2.3. *Recogida de información***

En esta fase se llevará a cabo, previa planificación de los detalles logísticos, la recogida de toda la información necesaria para llegar a un conocimiento exhaustivo y detallado de los factores objeto del estudio. Los datos pueden provenir de diferentes fuentes como datos de archivo, documentos, procedimientos de trabajo, sistemas de indicadores, etc., así como de informantes implicados en la intervención. Es conveniente partir de una combinación de las metodologías cualitativa y cuantitativa para la aplicación de técnicas e instrumentos validados y fiables de obtención de la información, como la observación, entrevistas o cuestionarios.

Es preciso insistir aquí en que todos los datos que se recojan deben ser tratados con el máximo cuidado, ya que son datos sensibles. Para ello, se sugiere incorporar las recomendaciones de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), que pone especial énfasis en el anonimato de los datos recopilados, la confidencialidad y la no discriminación de las y los participantes, así como en facilitar que la participación sea voluntaria y anónima; y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, ya que es muy probable que se utilicen dispositivos electrónicos e Internet para agilizar la recogida de información, de manera que, siguiendo el artículo 28 de la citada Ley se cumplan las obligaciones del responsable y encargado del tratamiento de la información, y se tengan en cuenta, entre otras consideraciones, el secreto profesional, el principio de transparencia y la cesión de los datos bajo consentimiento. Asimismo, se debe cuidar que este proceso no dañe la imagen o los derechos de las y los trabajadores y de la organización.

### **2.4. *Análisis de la información***

Esta fase consiste en llevar a cabo un examen detallado de toda la información recabada, que permita identificar las causas de los problemas estudiados. El análisis deberá esclarecer de forma precisa las condiciones organizacionales, del puesto de trabajo y relacionales que están afectando o pueden afectar negativamente la salud de los trabajadores (en este caso con especial atención a los riesgos psicosociales) y para cuya prevención, erradicación o control se implementará un programa preventivo. Incluirá los diferentes tipos de problemáticas, deficiencias o debilidades detectadas (p.ej. cargas de trabajo, fallos en la comunicación, errores de comprensión, incumplimientos) y abarcará tanto los factores organizativos y referentes a la ejecución de las tareas, como los ambientales, del lugar de trabajo, de la maquinaria y el equipo, etc. Asimismo, mostrará los efectos de dichas condiciones tanto en la organización, como en los grupos y las personas participantes, probando las relaciones entre ambos. Se recomienda no sólo hacer referencia a los efectos detectados sino también a su potencial dañino, es decir, las consecuencias que pueden generar de no ser atendidos adecuadamente. Asimismo, es

deseable que el análisis aporte también información sobre las condiciones que son o que pueden ser favorables para la salud y el bienestar de los trabajadores y que, por tanto, se habrán de mantener, promover, implementar, ampliar o potenciar.

Es importante tener en cuenta no solo los elementos más evidentes o inmediatos vinculados con el problema, sino también aquellos que afectan a las condiciones de trabajo e incrementan las probabilidades de que surjan problemas, y sobre todo los aspectos más básicos que suelen referirse a procesos del sistema u organización y a formas de gestionar el trabajo y las relaciones.

## **2.5. *Diseño de la propuesta de abordaje***

En esta fase el objetivo consiste en diseñar, a partir de las conclusiones obtenidas en las fases anteriores, una propuesta, para mejorar la situación, para corregir los problemas y carencias que se han detectado, y en definitiva incorporar una perspectiva preventiva transversal integrada en toda la organización que esté en la base de la gestión cotidiana. En su elaboración sugerimos tener en cuenta lo siguiente:

- Las medidas preventivas que se propongan serán *ad hoc*, es decir, específicas a la organización en cuestión y a su sistema de gestión de la prevención, al momento en que se encuentra, y a las particularidades tanto de los factores de riesgo detectados como de los puestos de trabajo evaluados y de los grupos y personas involucrados. De esta manera, se logrará proponer medidas viables, congruentes con las características y la estrategia de la organización y, por supuesto, que estén en consonancia con esta perspectiva integrada de la prevención.
- La intervención psicosocial en la PRL considera que los problemas de salud que experimentan las personas (en este caso las y los trabajadores) no responden solo a sus características individuales, físicas, psicológicas, hábitos o estilo de vida, si no que se vinculan también con la dimensión social y colectiva, determinante en los procesos de salud y enfermedad, y por tanto, es en esta dimensión en la que se deberá intervenir de forma prioritaria en las organizaciones. Partiendo de esta premisa, podemos decir que, si bien cualquier medida preventiva puede ser valiosa, no todas tienen el mismo nivel de profundidad y de efectividad, y que una medida será más efectiva cuando: a) incida en esta dimensión colectiva (para trabajar los problemas desde su raíz), b) beneficie al conjunto de la organización y c) tenga efectos sostenibles en el tiempo.
- Las medidas preventivas deberán regirse por estos tres principios orientadores: mantener lo excelente, mejorar lo mejorable y subsanar lo inadecuado.
- Se deberá promover la participación de las y los trabajadores en el diseño de la propuesta, y definir las acciones a implementar teniendo en cuenta las demandas y expectativas de los diferentes grupos de interés, así como las necesidades específicas de los grupos y las personas cuyas características incrementan su vulnerabilidad ante determinados riesgos.

- Asimismo, es indispensable al proponer las medidas preventivas, planificar y organizar los recursos disponibles y tener en cuenta las limitaciones existentes en relación con los espacios físicos, plazos, recursos, personal, etc.

Considerando todos estos elementos se podrá elaborar un programa de prevención completo que incluya:

- Objetivos bien definidos, realistas, y medibles.
- Procedimientos claros y sistemáticos, que incluyan acciones concretas y bien definidas en las que se detalle cómo, cuándo, dónde, por quién y con quiénes serán puestos en práctica.
- Medidas y acciones que aborden: a) los diferentes niveles de intervención: organización, grupo, persona y espacios y equipo de trabajo; b) una planificación a corto, medio y largo plazo; y c) los diferentes niveles de la prevención: primaria, secundaria y terciaria.
- Una descripción de los recursos y el personal que serán necesarios para la implementación de las acciones propuestas, así como una descripción de los roles y las funciones de las personas que participarán en la puesta en marcha de las medidas preventivas.
- Un sistema de seguimiento y control basado en indicadores que permitan valorar el impacto de las medidas implantadas, el logro de los objetivos, y, en su caso, llevar a cabo las reorientaciones necesarias.
- Una propuesta sobre las vías y formas de comunicación de las personas implicadas durante todo el proceso.

Finalmente, queremos recordar que, desde el ámbito legislativo, el reglamento de los Servicios de Prevención Art.1 del R.D 39/1997 de 17 de enero dispone que la PRL es una actuación a desarrollar en el seno de la empresa integrada en su sistema general de gestión, comprendiendo el conjunto de las actividades a desarrollar y todos sus niveles jerárquicos y que debe proyectarse en los procesos técnicos, en la organización del trabajo y en las condiciones en que éste se preste. Asimismo, según el texto consolidado de la Ley 31/95, en su artículo 14:

El empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos, en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, con las especialidades que se recogen en los artículos siguientes en materia de plan de prevención de riesgos laborales, evaluación de riesgos, información, consulta y participación y formación de los trabajadores, actuación en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente, vigilancia de la salud, y mediante la constitución de una organización y de los medios necesarios.

## 2.6. *Implementación de acciones preventivas*

Esta fase se refiere a la puesta en marcha de las medidas preventivas que se han propuesto siguiendo las acciones que marca el programa acordado y avalado por los órganos de decisión responsables de la prevención. En este apartado abordamos brevemente de las diferentes tipologías en que se clasifican dichas medidas y acciones.

### 2.6.1. Según los destinatarios

Las intervenciones pueden dirigirse a toda la organización en general (organizativas), a un grupo dentro de ella (grupales) y a las personas en particular (individuales), así como a las condiciones del medio físico o del equipo de trabajo. Veamos en que se enfoca cada una de ellas.

Las **medidas organizativas**, por su carácter estructural, suelen ser más complejas, tener un alcance mucho mayor y aportar beneficios más duraderos. Sus líneas generales de actuación versan sobre las condiciones de trabajo, como pueden ser:

- Fomento de la participación.
- Optimización de los sistemas y procesos de comunicación.
- Desarrollo de estilos de liderazgo, dirección y supervisión, así como cualquier herramienta de gestión, como puede ser el cuadro de mando integral (Kaplan y Norton, 1996), o las estrategias de cambio y desarrollo organizacional (p. ej. Blake, Mouton y McCaense 1991) que funcionen como reductores y amortiguadores para la presencia y los efectos de los factores de riesgo.
- Mejoras en la cultura organizacional y el clima laboral mediante la implementación de modelos para la resolución pacífica de conflictos, la integración y el apoyo social.
- Optimización de procedimientos, tecnologías y sistemas de producción.
- Mejoras en el diseño de los puestos de trabajo mediante la definición de roles, adaptaciones del puesto a la persona y ajustes en la carga de trabajo. También es importante abordar la gestión del tiempo mediante el análisis y la mejora de horarios, turnos y descansos, y la incorporación de medidas que favorezcan la conciliación (para este aspecto habrá que considerar la Ley 39/1999, que promueve la conciliación entre la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras).
- Mejoras en el diseño de los espacios de trabajo como, por ejemplo, la iluminación, el ruido (Real Decreto 286/2006), las condiciones de confort térmico (temperatura, humedad), hacinamiento, etc. Destacamos aquí el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo y el Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización de los equipos de trabajo por parte de los trabajadores.

- Buenas prácticas de incorporación y acogida, formación y evaluación del desempeño.
- Fomento de la estabilidad en el empleo.

Es importante que en este nivel las medidas incluyan un enfoque inclusivo y que se incorporen acciones que integren a todos los colectivos y personas, que protegen a los más vulnerables ante ciertos riesgos (como pueden ser un programa de prevención del acoso o la discriminación) y que fomenten la participación de todos los grupos de interés.

Las **medidas grupales** son aquellas que se dirigen hacia un conjunto de personas en el marco de la organización, como puede ser un equipo de trabajo o un área, un tipo de trabajador (por ejemplo, eventual) o un puesto en particular que está expuesto a factores de riesgo específicos o que presenta problemáticas o características concretas que requieren de acciones diferenciadas del resto. Aquí, debemos tener cuenta la consideración de las y los trabajadores que presenten factores de vulnerabilidad al riesgo. A este respecto, la ley 31/1995 en su artículo 25 hace referencia a aquellos trabajadores que por sus propias características personales o estado biológico conocido -incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial- sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. Eso hace necesaria una perspectiva inclusiva en las intervenciones, que permita brindar una especial atención a estos colectivos.

Asimismo, es común que en las medidas a nivel grupal se desarrollen actuaciones para abordar temas como:

- La cohesión grupal.
- El trabajo cooperativo.
- La creación y desarrollo de equipos de trabajo.
- El apoyo social con una perspectiva preventiva.

Por su parte las **medidas individuales**, es decir, las que se dirigen hacia las personas en particular, son consideradas como complementarias a las anteriores, esto no quiere decir que no sean importantes o necesarias, pero sí que por sí solas son insuficientes. Suelen estar orientadas hacia el desarrollo de habilidades y recursos que permitan a los trabajadores detectar a tiempo las señales de alguna afección, afrontar desafíos o situaciones adversas, identificar, desarrollar y gestionar mejor sus recursos (intelectuales, emocionales, cognitivos, sociales) y habilidades, reducir los efectos de los riesgos psicosociales, fomentar el autocuidado, ganar autonomía, etc. Por ello, sus pautas de actuación generales suelen versar sobre:

- Habilidades socioemocionales, relacionales, comunicativas (asertividad, gestión de conflictos).
- Gestión del tiempo.
- Resolución de problemas.
- Afrontamiento.
- Desarrollo de competencias profesionales.
- Fomento de estilos de vida saludable (alimentación, actividad física, relajación).



Desde una perspectiva preventiva inclusiva, también pueden incorporarse en este nivel algunas medidas dirigidas a personas con necesidades específicas o especialmente vulnerables (al final de este capítulo incluimos algunos ejemplos), no obstante, un abordaje grupal y organizacional será deseable e incluso necesario para ofrecerle una atención adecuada a su situación particular.

### 2.6.2. En relación con los tipos de intervención en prevención

Las medidas pueden estar enfocadas al abordaje de los tres niveles de la prevención:

1. **Prevención primaria.** Abarca todas aquellas actuaciones preventivas que buscan identificar y eliminar los riesgos antes de que surjan y afecten a las personas, y que se dirigen a la organización en su conjunto.
2. **Prevención secundaria.** Se dirige hacia el control o la reducción de la magnitud de los riesgos que no pueden evitarse.
3. **Prevención terciaria.** Es de carácter correctivo, pues su objetivo es reducir la gravedad de los daños. Sus acciones están dirigidas a quienes han sufrido algún daño (p. ej. tratar, evitar recaídas, rehabilitar, reincorporar al trabajo en mejores condiciones, etc.).

En sentido estricto, se considera la prevención primaria como la medida de prevención auténtica, y siendo las demás, el resultado de una prevención primaria insuficiente o escasa.

## 2.7. *Seguimiento, control y rediseño del sistema preventivo*

La intervención psicosocial debe constituirse como un proceso continuo. Para ello es indispensable contar con instrumentos adecuados e indicadores que permitan registrar los cambios y las formas de adaptación a ellos, los efectos de las acciones implementadas y la manera en que estos efectos evolucionan, así como ir haciendo los ajustes o las reorientaciones pertinentes. Por todo ello, entre otras cosas, no se recomienda ver las intervenciones psicosociales como acciones puntuales a realizar solo a corto plazo.

Así, esta fase se refiere a analizar y evaluar la eficacia del programa implementado, su impacto (los efectos que ha tenido, tanto los esperados como los que no), así como hacer una valoración sobre el cumplimiento de los tiempos establecidos, el uso de los recursos, los costes, etc. Principalmente interesa en este punto saber si se están logrando los objetivos de la intervención en función de los indicadores establecidos en la fase de planificación, y, dependiendo de ello, tomar las decisiones necesarias.

Para llevar a cabo este seguimiento se recomienda también contar con la participación de las y los trabajadores, quienes pueden aportar información complementaria a la que arrojen los instrumentos que se estén empleando.

No debemos olvidar que el Art. 6 del Reglamento de los Servicios de Prevención (1997) establece que las evaluaciones de riesgos deben revisarse “cuando se hayan detectado daños a la salud de los trabajadores o se haya apreciado a través de los controles

periódicos, incluidos los relativos a la vigilancia de la salud, que las actividades de prevención pueden ser inadecuadas o insuficientes” y que “deberá revisarse igualmente la evaluación inicial con la periodicidad que se acuerde entre la empresa y los representantes de los trabajadores, teniendo en cuenta, en particular, el deterioro por el transcurso del tiempo de los elementos que integran el proceso productivo”. Asimismo, a raíz de la Ley 54/2003 de Integración de la actividad preventiva, se establece que el empresario desarrollará una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de identificación, evaluación y control de los riesgos que no se hayan podido evitar y los niveles de protección existentes y dispondrá lo necesario para la adaptación de las medidas de prevención a las modificaciones que puedan experimentar las circunstancias que incidan en la realización del trabajo.

### 3. Intervención psicosocial inclusiva en PRL

En este apartado abordamos algunos aspectos generales para la incorporación del enfoque inclusivo en la intervención psicosocial que se lleva a cabo en el marco de la PRL. Para ello, es preciso aclarar el uso del término *inclusión* en el ámbito laboral. El enfoque de la inclusión implica, en primera instancia, un reconocimiento de la diversidad de las personas (que puede ser de índole biológica, funcional, sexual, cultural, lingüística, etc.) como una realidad y como un derecho humano (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948); y, en segundo lugar, una lectura de esa diversidad como algo valioso. Así, en el ámbito de las organizaciones, la inclusión se entiende como un enfoque desde el que se promueve la aceptación, el respeto y el reconocimiento de la diversidad como un valor, desde el que se trabaja para reducir las desventajas que experimentan determinados grupos o personas, equiparar las oportunidades, aprovechar y potenciar las diferentes capacidades de todos sus miembros y establecer condiciones de trabajo adecuadas a las características específicas de cada uno. Cuando estas consideraciones y objetivos se traducen en adecuaciones a las condiciones de trabajo dirigidas hacia mejoras en la seguridad y el cuidado de la salud, hablamos de una prevención de riesgos inclusiva. El INSST (2014, p. 2) se refiere a la prevención inclusiva como sigue:

(...) el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo, incluyendo criterios que engloben trabajadores especialmente sensibles, así como de accesibilidad global del entorno. Así pues, no debería hablarse de “diseño para personas con discapacidad”. Bastaría la expresión “diseño ergonómico” ya que éste debe perseguir el diseño de puestos, entornos y sistemas de trabajo compatibles con las capacidades y limitaciones de las personas, buscando la eficacia del sistema y la seguridad de las personas.

Es obvio que las actuaciones deben basarse en el estudio individualizado del puesto de trabajo. El sistema más comúnmente utilizado es partir de la evaluación inicial de riesgos y complementarla con un análisis de tareas. Ello permite contrastar las exigencias del trabajo con las capacidades de las personas que ocupan el puesto. De

esta manera se puede identificar qué características individuales y qué exigencias de la tarea están interactuando a fin de determinar: el posible incremento en el nivel de riesgo al que se está expuesto, los posibles riesgos añadidos, y qué medidas adicionales deberán adoptarse.

Como vemos, se hace referencia a los Trabajadores Especialmente Sensibles (TES), sobre los cuales habla la Ley 31/1995 de PRL, que también hace referencia a los siguientes grupos poblacionales:

- Trabajadores sensibles a determinados riesgos (por ejemplo, riesgos químicos o biológicos).
- Mujeres embarazadas o en período de lactancia.
- Trabajadores menores.
- Trabajadores discapacitados.
- Trabajadores con empleos temporales.

Es decir, la normativa española incluye leyes que protegen a estos grupos de trabajadores, así como recomendaciones y aspectos a tener en cuenta para la implementación de medidas preventivas para el cuidado de su salud, pero este listado no es exhaustivo ya que no aborda otros grupos de trabajadores que pueden encontrarse también en situación de vulnerabilidad en relación con alguna característica como la condición de migrante o expatriado, la diversidad cultural, u otros fenómenos emergentes.

En España, la PRL con enfoque inclusivo que se está desarrollando se centra principalmente en la protección de las personas que padecen algún tipo discapacidad (física, intelectual, sensorial), tanto en lo referente al acceso al trabajo y la prevención de la discriminación, como al cuidado de la salud, la accesibilidad y la adaptación de los espacios y los equipos de trabajo; así, en muchas ocasiones, las referencia a la *intervención inclusiva* o a la *prevención inclusiva* se refieren únicamente a este ámbito, como ejemplo tomamos la *Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones* de la Comunidad de Madrid (2010), en el que se define a la PRL inclusiva como sigue:

Un sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales inclusivo, implica que dicho sistema debe haberse estructurado de forma que estará preparado para incluir a toda persona trabajadora, sea cual fuere si situación física, por lo tanto, no partiendo de la consideración que todas las personas son “iguales” sino que todas son diferentes. Desde esta perspectiva, la persona con discapacidad se integrará en un lugar preparado para ella, que responde a sus necesidades. Así podemos entender que la prevención inclusiva será aquella que desarrollando e implementando políticas de prevención de riesgos laborales y gestionando los riesgos para la seguridad y salud de las personas trabajadoras logra, al mismo tiempo, la accesibilidad global del entorno. (p. 8)

No obstante, la prevención inclusiva sería aquella que tome en cuenta las características particulares de todos los grupos y las personas (trabajadores) que conforman la organización y que lleve a cabo, en todos los procesos vinculados con la prevención, acciones que se adecúen a esas condiciones particulares y necesidades. Esto implica también

equiparar las oportunidades y generar condiciones de trabajo adecuadas para los grupos o personas que se encuentren en situación de desventaja o que presenten condiciones de mayor vulnerabilidad ante riesgos laborales (en el sentido de ser más vulnerables que el resto a determinados riesgos o de ser vulnerables a riesgos diferentes): mujeres, trabajadores con algún padecimiento o condición física particular, los trabajadores muy jóvenes o en edad avanzada, la población migrante, las personas con empleos precarios o de alto riesgo, los trabajadores pobres, las personas con poca formación o los trabajadores que puedan ser objeto de discriminación o acoso por cualquier motivo (una condición física, pertenencia a un grupo étnico, identidad de género, orientación sexual, política o religiosa, etc.).

Así, una intervención psicosocial inclusiva toma en cuenta estas condiciones particulares de los trabajadores en todas las fases y en todos los niveles preventivos que hemos abordado anteriormente. Es decir, hablamos de acciones que van desde implementar políticas igualitarias de selección y retención del personal, transformar la cultura organizacional en favor de la inclusión, contar con programas de prevención de la discriminación y/o el acoso, adecuar los espacios físicos y los equipos de trabajo tomando en cuenta las necesidades de todos los trabajadores, mejorar el acceso de todos los miembros a la información, ofrecer formación específica a quienes lo requieran, contar con vías de comunicación accesibles y que promuevan la participación de los diferentes grupos y personas (en este punto, es de destacar la conocida como Directiva *Whistleblower* para la protección de denunciantes de octubre de 2019 que entrará en vigor en diciembre de 2021 para proteger a quienes denuncien irregularidades o actividades ilícitas en las organizaciones), aprovechar y potenciar las diferentes capacidades de las personas, así como adaptar los puestos de trabajo, las tareas y los horarios a los trabajadores con discapacidad, altamente sensibles o vulnerables.

En España, en los últimos años se han logrado avances significativos respecto a la atención de las personas con algún tipo de discapacidad, las mujeres embarazadas y en período de lactancia y los TES, favorecidos por la normativa dirigida a la protección de estos grupos; desafortunadamente estos avances no son proporcionales en favor de otros grupos y personas. No podemos abordar aquí todos los temas que requieren atención, pero mencionaremos algunos ejemplos de problemáticas que requieren un mayor esfuerzo por parte del Estado y las organizaciones y de cómo se está planteando esta necesidad por diferentes autores.

### **3.1. *La problemática de los trabajadores de edad avanzada***

Según Urrutikoetxea (2011), los trabajadores de más edad o maduros no gozan de una protección legal específica en materia preventiva, pese a que el envejecimiento conlleva pérdidas en las capacidades físicas, dificultades en la recuperación y en la sanación, que pueden llevar consigo un incremento de los riesgos laborales, o la generación de ciertos riesgos específicos. Es decir, hay una necesidad de introducir la edad como una variable a tener en cuenta en la protección de la seguridad y salud de los trabajadores, en tanto que es un factor que condiciona la actividad y la interacción con el medio laboral. Este autor alerta también sobre un aspecto importante: este factor (edad avanzada) no debe usarse como motivo *per se* para la expulsión del trabajo o para la precarización de las condiciones laborales, si no como un factor que potencie las medidas realmente preventivas que permitan conciliar la preservación de los trabajadores veteranos con el mantenimiento de su actividad laboral. Menciona también que introducir la edad como condicionante de la prevención, puede evitar también la degradación prematura de los trabajadores más jóvenes.

### **3.2. *La cuestión de la migración***

Si bien la emigración por sí sola no constituye necesariamente un factor de riesgo en el trabajo, sí lo es cuando se conjuga con otros factores como la discriminación, la desprotección legal, las dificultades con el idioma, las diferencias culturales y las formas de concebir y experimentar el trabajo, o bien con el padecimiento de condiciones o padecimientos que afectan específicamente a esta población -como el denominado Síndrome de Ulises-, que pueden generar una mayor vulnerabilidad y exposición ante los riesgos laborales, o bien, la exposición a otros tipos de riesgo diferentes de los trabajadores locales; por lo tanto, es un factor que debe tomarse en cuenta en la intervención y en la prevención de riesgos. En palabras de Sanchís-Ruiz, A. *at all* (2013):

Los especialistas en salud laboral se encuentran de acuerdo en que la migración es sólo un factor de riesgo psicosocial cuando se acompaña de situaciones sobreañadidas como la propia vulnerabilidad de la persona y/o un medio de acogida hostil. Así pues, para comprender la relación que existe entre el proceso de migración, la exposición a sus factores de riesgo y el desarrollo de un problema de salud mental, es necesario tener presente una diversidad de dimensiones que componen el marco sociolaboral de los inmigrantes y que incluyen características de la persona, condiciones previas a la migración, características propias del proceso de migración y condiciones en la nueva sociedad donde se llega a residir.

### **3.3. *El género en la prevención***

De acuerdo con el estudio de OSALAN y la Universidad Politécnica de Cataluña (2010) sobre la perspectiva de género en la PRL, a pesar de que el ámbito laboral y las actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST) juegan un papel determinante en la lucha por la igualdad de género, las mujeres no están suficientemente representadas en la toma de decisiones relativas a este campo. Esto deriva en prácticas que contribuyen a: a) ocultar o ignorar las diferencias de género en el trabajo y en la prevención; b) prestar menos atención a algunos ámbitos de investigación más relacionados con las mujeres; c) subestimar la magnitud de los riesgos que afectan a las mujeres; y d) reducir la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones en materia de SST. Por todo lo anterior, estos autores recalcan la importancia de realizar estudios de PRL con enfoque de género que involucren en mayor medida y de forma más directa a las mujeres en la formulación y puesta en práctica de los programas y las estrategias preventivas.

## **4. Apuntes finales**

Como hemos comentado anteriormente, toda intervención produce cambios, estos cambios se pueden llevar a cabo de muchas maneras, pero en general, se refieren a interferir en una fuerza, una relación, una dinámica o un proceso y alterarlo para modificar lo que produce o puede producir en las personas, es decir, para ayudar a construir una nueva forma de hacer que funcione mejor para todos los involucrados. Estos cambios se gestan en el interior de la propia organización, de ahí que quien interviene tiene el papel de guiarla en la gestión de su propio cambio, y para ello requerirá favorecer la construcción de una nueva perspectiva en congruencia con el cambio esperado, que realmente derive en un compromiso con las nuevas prácticas, roles, formas de vinculación, etc. que permitirán sostener ese cambio.

Así, cada intervención constituye en sí misma un proceso de aprendizaje para la organización, aprendizaje que muchas veces requiere llevar a cabo una labor de deconstrucción de: modelos de trabajo, hábitos, formas de vincularse, formas de pensar lo que se hace y cómo se hace y de creación de nuevas formas de pensar y de hacer, que requerirán tiempo y esfuerzo para ser asimiladas y convertirse en habituales. Siguiendo a Nelson y Prilleltensky (2005, p. 163-164), son procesos intencionalmente diseñados [planificados metódicamente y ejecutados con precisión] para influir sobre el bienestar [en los niveles personal, relacional y comunitario] de la población por medio de cambios en valores, políticas, programas, distribución de recursos, diferencias de poder y normas culturales.

Las acciones propuestas e implementadas en una intervención psicosocial no son neutras o ajenas al mundo de las ideas, sino que parten justamente de él: de mandatos sociales y normativos, tendencias, valores, de formas de entender el trabajo, los roles, las organizaciones, a las y los trabajadores, etc. Por tanto, la intervención tiene una dimensión ideológica y ética, deriva de un posicionamiento político (en el amplio sentido de la palabra) y forma parte de una estructura ideológica que va más allá de la organización: está suscrita a un proyecto social más amplio. Por tanto, es importante que los involucrados tomen conciencia del “proyecto social” en el que se inscribe la intervención de la que son partícipes, reconociéndose como elementos activos (actores) en el mismo. Podemos

destacar en este sentido, el importante papel orientativo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas de (2015), un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, donde cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años, que involucran a los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil.

Las organizaciones, las formas de trabajo y las formas de relación entre las personas están arraigadas en modelos conceptuales (formas de representación de la realidad), de ahí que una intervención exitosa será aquella que no incida solo en la superficie, modificando comportamientos específicos sin darle un sentido y una motivación a esos cambios, si no aquella que logre incidir en el origen de dichos comportamientos, que se encuentra vinculado a esas formas de representación de la realidad. Es decir, una intervención profunda y sostenible permite a las organizaciones mirarse, pensarse, cuestionarse y reorientar sus prácticas de una forma consciente y con convicción; una intervención efectiva incide no solo en las prácticas sino también en las ideas que sustentan esas prácticas.

Desde este enfoque, intervenir es nombrar y ordenar los elementos conceptuales que dan sentido (más allá de lo evidente) y que configuran la experiencia del trabajo en la organización. También es fomentar espacios de diálogo que permitan generar nuevos sentidos, nuevas perspectivas y nuevas formas de hacer que sean congruentes con los valores que se busca promover, entre los cuales destacamos la inclusión.

Dada esta dimensión ideológica y ética de la intervención, que implica un posicionamiento frente al mundo del trabajo y sus vicisitudes, se presentarán resistencias. Estas resistencias son objeto mismo de intervención y pueden constituir ejes fundamentales en el proceso de cambio, por lo que, para intervenir de forma exitosa, se requiere contar con herramientas que permitan incluir de forma idónea, e incluso aprovechar, dichas resistencias.

Este tipo de procesos de intervención busca facilitar que las organizaciones, sus grupos y sus miembros, puedan identificar el surgimiento de los riesgos, así como detectar y gestionar adecuadamente los que surjan; es decir, incentivan en las organizaciones un proceso de comprensión (de los factores y fenómenos psicosociales que experimentan) que derive en su fortalecimiento y en el logro de una mayor autonomía para gestionar la prevención. Es decir, se trabaja con la organización y con las personas, no sobre ellas. En este sentido intervenir no es imponer (un sentido a lo que sucede, medidas preventivas, procedimientos, etc.) sino aprovechar el saber, la experiencia, el potencial y los recursos de todo el personal de la organización y encauzarlos hacia el logro de sus objetivos (características de la investigación participativa). En palabras de Landsbergis, P. (2008):

La naturaleza del cambio no es predeterminada, sino que surge del proceso de colaboración. Este proceso ayuda a trabajadores y empleadores a desarrollar sus propias habilidades para resolver sus problemas. También pone en tela de juicio la idea de que sólo los expertos pueden aportar respuestas a los problemas. (...) Esta dinámica atribuye poderes a los trabajadores y ayuda a fortalecer sus conocimientos, su confianza y capacidad de acción. (p. 3).

Esto va de la mano de una premisa básica de la intervención psicosocial: el logro de los objetivos solo es posible con la implicación de los miembros de la organización, que son quienes constituyen los agentes del cambio. Por ello, una intervención exitosa requiere motivar y lograr la participación y el compromiso de todos los agentes implicados. Ello dependerá en buena medida de la percepción que tengan acerca del objetivo y del proceso mismo de la intervención. Para que esta percepción sea favorable, es importante incluir a los trabajadores y la dirección en todas las fases de la intervención, informar con claridad de lo que se está haciendo y habilitar vías para la consulta, la comunicación y participación para que sean adoptadas como propias y apoyadas por todos los miembros de la organización (Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo y Trabajadores Inmigrantes del Gobierno de Navarra, 2009). De esta forma, la intervención es de tipo psicosocial pero sus efectos nos son sólo psicosociales, sino que influyen en otros aspectos de la salud, en el desarrollo de las personas y en otros resultados de la organización, como la reducción de costes, la rentabilidad o el cumplimiento de estándares de gestión de la calidad y los criterios legales. Por lo que no planteamos la intervención solo como una medida para influir en los factores vinculados con riesgos psicosociales como hace por ejemplo la NTP 860 del INSHT (2010), sino que planteamos una intervención de tipo psicosocial que, teniendo en cuenta las condiciones de trabajo y su relación con los trabajadores, tenga efectos sistémicos y a largo plazo en el conjunto de la organización.



## 5. Preguntas para la reflexión

1. ¿Qué fenómenos estudia la intervención psicosocial?
2. ¿De qué disciplinas se nutre la intervención psicosocial orientada a la prevención de riesgos laborales?
3. ¿Cuál es el objetivo de la intervención psicosocial en el campo de la PRL?
4. ¿Cuáles son las fases de la intervención psicosocial en el campo de la PRL?
5. ¿Qué aspectos debemos tener en cuenta para la delimitación inicial del estudio?
6. ¿Qué elementos debe contener una propuesta de trabajo?
7. ¿Cuál es el objetivo de la recogida de información?
8. ¿Qué debe esclarecer el análisis de resultados?
9. ¿Qué elementos deberá incluir un programa de prevención completo?
10. ¿Cuáles son los tres tipos de acciones preventivas según los destinatarios?
11. ¿En qué se diferencian los tres niveles de la prevención: primaria, secundaria y terciaria?
12. ¿Cuáles son las premisas básicas del enfoque inclusivo en PRL?
13. ¿A qué grupos de trabajadores protege la norma española en la Ley de PRL?
14. ¿Qué otros grupos de trabajadores requieren un abordaje especial en la intervención psicosocial en el campo de la PRL?
15. ¿En qué aspectos de las organizaciones debe impactar una intervención psicosocial para ser profunda y sostenible?
16. ¿Por qué es importante la participación de todos en la intervención psicosocial?

## 6. Referencias bibliográficas

- Asociación Médica Mundial (2013) Declaración de Helsinki. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Blake, R., Mounon, J., y McCanse, A. (1991) La estrategia para el cambio organizacional. Wilmington, Delaware: Addison-Wesley Iberoamericana 69-87.
- Comunidad de Madrid (2010). *Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCMo10763.pdf>
- Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo y Trabajadores Inmigrantes del Gobierno de Navarra (2009). *Principios comunes de la intervención psicosocial en Prevención de Riesgos Laborales*. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/76DF548D-769E-4DBF-A18E-8419F3A9A5FB/145897/IntervencionPsychosocialMayo09.pdf>
- INSST (2014). NTP 1004. *Diseño de puestos ocupados por personas con discapacidad*. <https://www.insst.es/documents/94886/327695/ntp-1004+w.pdf/a96b2d49-1d0a-4df1-8442-c526a46coedb>
- INSHT (2010). NTP 860. Intervención psicosocial: Guía del INRS para agentes de prevención. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/860w.pdf>
- Robert S., Kaplan, R.S. y Norton, D. P (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*, 39 (1), 53-79. <https://doi.org/10.2307/41165876>
- Kompier, M.A.J., Cooper, C.L., y Geurts, S.A.E. (2000). A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9:3, 371-400, DOI: 10.1080/135943200417975.
- Landsbergis, P. (2008). ¿Qué se debe hacer para prevenir los riesgos psicosociales en el trabajo? *Archivos de prevención de riesgos laborales* 11 (1), 36-44. [https://archivosdeprevencion.eu/view\\_document.php?tpd=2&i=1832](https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1832)
- Nelson, G., y Prilleltensky, I. (2005). *Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-Being*. Palgrave Macmillan.
- OSALAN y Universidad Politécnica de Cataluña (2010). *La perspectiva de género en la Prevención de riesgos laborales*. [https://www.osalan.euskadi.eus/s94-contresu/es/contenidos/informacion/info2011\\_perspectivagenero/es\\_informe/informe.html](https://www.osalan.euskadi.eus/s94-contresu/es/contenidos/informacion/info2011_perspectivagenero/es_informe/informe.html)
- Peiró, J. M. (2007) La intervención en riesgos psicosociales como cambio organizacional, en *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales - Medidas preventivas*. Foment del Treball Nacional. [https://www.diba.cat/documents/467843/106587019/perspectivas\\_intervencion\\_r\\_psicosociales.pdf/33e60b54-3cfd-4125-bba4-44a7ededd9e4](https://www.diba.cat/documents/467843/106587019/perspectivas_intervencion_r_psicosociales.pdf/33e60b54-3cfd-4125-bba4-44a7ededd9e4)
- Reason, P., y Bradbury, H. (2008). *The Sage handbook of action research : participative inquiry and practice*. Londres, Reino Unido: SAGE Publicaciones.
- Sanchis-Ruiz, A., Varela-Hall, C., Martins-Muñoz, G. y Díaz-Sotero, M. (2013). Riesgo psicosocial de los trabajadores inmigrantes en España. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 59 (232) <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000300005>
- Sánchez, A. (1988). Técnicas de intervención y evaluación psicosocial. En M. P Valcárcel y J. L. Meliá, (Ed.) *Métodos y técnicas de intervención* (Vol. II, Ed. 1, pp. 143-162). PPU Barcelona.
- Urrutikoetxea, M. (2011). Envejecimiento y Prevención de riesgos laborales. *Lan Harremanak* 24 (2011-I), 17-54.

## 7. Referencias Normativas

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292&tn=1&p=20141229>

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853>

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-21568>

Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-4414>

Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-22861>

Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-8669>

Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-17824>



**Cultivando  
organizaciones  
saludables y  
resilientes:  
Metodología HERO  
en la prevención de  
riesgos psicosociales**



# **Cultivando organizaciones saludables y resilientes: Metodología HERO en la prevención de riesgos psicosociales<sup>1</sup>**

---

Marisa Salanova  
Carmen Soler

## **Objetivos**

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Discriminar entre diferentes enfoques teóricos que estudian las organizaciones saludables.
2. Conocer el marco teórico del modelo HERO para el abordaje de evaluación e intervención del riesgo psicosocial.
3. Identificar las ventajas competitivas de la aplicación de la metodología HERO como instrumento de evaluación e intervención en riesgos psicosociales.
4. Reflexionar sobre la importancia de incorporar en PRL nuevas metodologías de evaluación e intervención desde la Psicología Organizacional Positiva.

---

<sup>1</sup> Este estudio está subvencionado por la Generalitat Valenciana (#PROMETEU/2020/030) para grupos de investigación de excelencia.

# Índice

- 1. Introducción**
- 2. ¿Qué es una organización saludable? Diferentes aproximaciones**
- 3. El modelo HERO de organización saludable: Marco teórico y metodología para evaluar e intervenir en riesgos psicosociales**
  - 3.1. Fase de identificación**
  - 3.2. Fase de evaluación**
  - 3.3. Fase de análisis de los resultados**
  - 3.4. Fase de retroalimentación**
  - 3.5. Fase de intervención**
- 4. Ventajas competitivas de la metodología HERO**
- 5. La PRL y las nuevas metodologías de evaluación e intervención psicosocial**
- 6. Resumen y conclusiones**
- 7. Preguntas para la reflexión**
- 8. Referencias bibliográficas**



## 1. Introducción

Los procesos psicosociales en la prevención de riesgos laborales y las técnicas de intervención en las organizaciones es un tema de actualidad. La situación de adversidad generada por el virus SARS-CoV-2 hace más que nunca necesario trabajar para velar por la salud y el bienestar de las personas.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) presentó el 8 de mayo de 2020 los resultados de la Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER) correspondientes a 2019. Entre los principales factores de riesgo declarados por los encuestados, se encuentran los riesgos psicosociales. El Comisario de Empleo y Derechos sociales de la UE, Nicolas Schmit, señala:

Proteger y promover la seguridad y la salud laboral de los trabajadores, las empresas y la sociedad se ha vuelto aún más vital durante los últimos meses. No hay duda de que los problemas que este estudio pone de manifiesto se han visto exacerbados por la crisis de la Covid19. Necesitamos redoblar nuestros esfuerzos para abordar los asuntos relativos a la salud mental de los trabajadores y ocuparnos de los retos que plantea la digitalización, dado el reciente y brusco aumento del teletrabajo. El próximo marco estratégico de la SST ofrecerá la oportunidad de abordar estos asuntos.

Frente a las crisis podemos esperar diferentes patrones de adaptación organizacional que hemos ya comprobado que se dan en otros contextos adversos, y que hemos estudiado desde el Modelo HERO –Healthy & Resilient Organizations– (Salanova, 2008, 2009; Salanova et al., 2012, 2019), con el que entendimos que las organizaciones saludables son “resilientes” porque pueden seguir funcionando bien en situaciones adversas, afrontar cambios de manera proactiva, y crecer con las crisis.

Desde el Equipo WANT Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables venimos trabajando más de 25 años desde la Psicología Organizacional Positiva para proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de la población trabajadora. Nos basamos en la idea de que la salud no es la mera ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida de forma más positiva, como un proceso por el cual la persona desarrolla al máximo sus competencias y fortalezas, según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.

Por ello entendemos que, desde la Psicología Organizacional Positiva, que tiene por objetivo describir, explicar y potenciar el bienestar psicosocial y la calidad de vida laboral y organizacional podremos conseguir a distintos niveles, individual, interindividual, grupal, organizacional y social, empleados más saludables trabajando en organizaciones más saludables, sostenibles y solidarias.

Por otra parte, el tercer objetivo de desarrollo sostenible pone foco en garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal. También lo hace la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2015-2020), que recoge líneas de actuación para promoción de la salud y el fomento de la cultura potenciando hábitos saludables en el entorno laboral, impulsando la Red Española de Empresas Saludables.

En este nuevo marco, pensamos que la metodología HEROModel®, que ha ocupado en los últimos años nuestro trabajo de investigación y transferencia del conocimiento en múltiples organizaciones de gran parte de los sectores socio-económicos y tamaños, puede dar respuesta a las necesidades actuales. La Psicología Organizacional Positiva puede convertirse en un buen complemento de las metodologías psicosociales tradicionales ya que evalúa no solo los factores de riesgos psicosociales sino también la organización saludable y cubre las necesidades de las empresas que tienen ya implantados modelos de bienestar organizacional o necesitan su diagnóstico previo para implementarlos, pudiendo monitorizar la eficacia de los mismos.

El objetivo del presente capítulo es analizar el Modelo HERO (Healthy & Resilient Organizations) tanto desde su marco teórico, como de metodología de evaluación e intervención psicosocial, y sobre todo reflexionar sobre sus ventajas competitivas como metodología innovadora en la PRL.

## 2. ¿Qué es una organización saludable? Diferentes aproximaciones

Ya en la década de los 50 y 60 encontramos las primeras definiciones de lo que hoy conocemos como “organización saludable”. Así por ejemplo Argyris (1958) señaló que este tipo de organizaciones permiten que surja un funcionamiento humano óptimo atendiendo a la necesidad humanista de tener en consideración la mejora del ser. También Schein en 1965 identificó cinco características de una organización saludable tales como un 1) sentido de cambio ambiental; 2) información que llega a los lugares adecuados; 3) procesar y usar información; 4) adaptación y transformación sin destrucción; y 5) obtener información sobre las consecuencias de la transformación. Estas características hacen referencia al tipo de prácticas “saludables” o positivas dentro de una organización tal como podríamos definir las hoy día. Además, se tiene en cuenta efectos de estas prácticas como bajo absentismo, alta productividad, seguridad industrial, lealtad y fidelidad de los clientes y consumidores, así como también las emociones y el bienestar positivo de los trabajadores.

Actualmente, la aproximación desde la mejora de la productividad propio de las organizaciones saludables ha guiado la investigación posterior desde el campo de los Recursos Humanos, centrándose en identificar las características de organizaciones saludables que generan alto desempeño laboral y bajos costos relacionados con la seguridad en el trabajo (Ostroff y Bowen, 2000). Desde esta perspectiva, es interesante la hipótesis del trabajador feliz y productivo (“*happy-and-productive worker*”). Cuando nos sentimos bien, haciendo una tarea o trabajando en un proyecto, damos el máximo de nuestro potencial y sentimos que están en juego nuestras fortalezas como hemos constatado en este libro. En definitiva, esta tesis viene a señalar que los trabajadores que son más felices en el trabajo (presentan mayor satisfacción laboral, más bienestar psicológico, mayor afecto positivo, etc.), serán más productivos (mejor desempeño), que aquellos que son menos felices (Ayala et al, 2017; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Wright, Cropanzano & Bonett, 2007). Esta tesis también se ha validado a nivel de equipos de trabajo desde una perspectiva colectiva y social, demostrando que en términos generales los grupos más felices son también más productivos (ver una revisión reciente sobre esta temática en Peñalver, Salanova, Martínez & Schaufeli, 2019).

Una segunda aproximación al estudio de las organizaciones saludables se centra en un enfoque desde la “sostenibilidad” desarrollado por Di Fabio y colaboradores. La psicología de la sostenibilidad cubre el tema del desarrollo organizacional sostenible positivo en un mundo culturalmente diverso (Di Fabio, 2017). Aquí la atención se centra tanto en el bienestar hedónico centrado más en la búsqueda de emociones positivas y evaluación cognitiva de satisfacción vital (Watson et al., 1988 ) como en el bienestar eudaimónico (Ryan & Deci, 2001; Waterman et al., 2010) desde el funcionamiento óptimo y la autorrealización personal y profesional, el significado y propósito de la vida y funcionamiento positivo. Debido a que la significación es parte integral de la sostenibilidad (Di Fabio & Blustein, 2016 ), los empleados necesitan experimentar un bienestar hedónico y especialmente un bienestar eudaimónico para reconocer los significados más profundos y los aspectos auténticos del Ser, lo que puede conducir a un sentido de plena autorrealización como formas principales de bienestar. La significación representa la energía motivacional intrínseca que promueve la sostenibilidad real para los empleados y sus proyectos, actuaciones, desarrollos y elecciones (Di Fabio, 2017 ). Las organizaciones saludables necesitan encontrar el equilibrio adecuado entre su situación, sector y cultura particulares, destacando la importancia del bienestar y la sostenibilidad. Esta contribución analiza también la sostenibilidad de los proyectos vida-trabajo y el significado del trabajo en organizaciones saludables, destacando la importancia de reconocer, respetar y utilizar el significado del trabajo como clave para el crecimiento y el éxito.

Finalmente, otro enfoque ha venido de la mano de la Psicología de la Salud Ocupacional y considera los factores organizacionales y contextuales que generan malestar en las organizaciones, como el estrés laboral y sus consecuencias en el deterioro de organizaciones “saludables” que dejan de serlo para convertirse en organizaciones tóxicas (Cartwright, Cooper & Murphy, 1995; Peterson & Wilson, 2002; Sparks, Faragher & Cooper, 2001). Desde esta perspectiva, las organizaciones empiezan a ser vistas como una fuente de salud y enfermedad, y sus condiciones laborales comienzan a evaluarse en que pueden influir positiva o negativamente en la salud de los empleados. Nuevos enfoques de esta disciplina se han centrado en una perspectiva más “positiva” de la salud ocupacional y específicamente, la Psicología Ocupacional Positiva (POP) se enfoca en el estudio para conocer las fortalezas de los empleados y el comportamiento óptimo de las personas dentro de las organizaciones (Salanova, Martínez & Llorens, 2005), y así el concepto de “organizaciones saludables” se ha abordado utilizando diferentes aproximaciones.

Por ejemplo, Bruhn (2001) analizó la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugiere que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Este autor toma esta definición y postula que la salud de una organización es: 1) cuerpo, refiriéndose a su estructura, diseño organizacional, procesos de comunicación y distribución del trabajo; 2) mente, refiriéndose a la creencias, objetivos, políticas y procedimientos subyacentes que se implementan; y 3) espíritu, es decir, el núcleo de una organización o lo que la hace fuerte. Otro ejemplo es la contribución de Corbett (2004), que afirma que una organización saludable se deriva del comportamiento de la empresa a través de una misión compartida y liderazgo eficaz; logrando un equilibrio en las relaciones entre empleados, clientes y la organización en sí misma, lo que luego resulta en su compromiso a la responsabilidad social tanto en sus valores como en sus resultados.

Desde nuestra perspectiva el bienestar físico, mental y el bienestar social pertenece a la organización, es decir, al sistema en su conjunto y no a sus partes. Esta es la visión “integral” de considerar la organización saludable como un complejo fenómeno social que aúna no solo la salud física, mental de los individuos que integran la organización, sino también los grupos o equipos de trabajo de esas organizaciones y la organización en su conjunto como un sistema complejo de relaciones tanto internas como externas con la comunidad social en la que se integran. En este contexto cobra sentido la definición de Bienestar Organizacional entendido como “una construcción psicosocial multinivel (IGLO: Individual, Grupal, Lider y Organización) que incluye el bienestar integral considerando el bienestar físico, psicológico/mental y social, en una relación recíproca, nutritiva y sostenible a lo largo del tiempo” (Salanova, 2020, p. 9).

Desde este enfoque macro y de interacción de sistemas y subsistemas, surgieron estudios que proponen un modelo integral de salud organizaciones (DeJoy, Wilson, Vandenberg, McGrath-Higgins & Griffin-Blake, 2010; Wilson et al., 2004). Estos autores consideran que una organización es saludable cuando los empleados son también saludables. De esta manera, pueden distinguirse entre sistemas de organizaciones sanos y enfermos desde un punto de vista integrador (DeJoy & Wilson, 2003). Se podría definir como aquella organización caracterizada por invertir esfuerzos de colaboración, sistemáticos e intencionales, para maximizar el bienestar de los empleados y la productividad, mediante la generación de puestos bien diseñados y significativos, de ambientes sociales de apoyo y, finalmente, mediante las oportunidades equitativas y accesibles para el desarrollo de carrera y del balance trabajo-vida privada (DeJoy, et al., 2010).

Los hallazgos de la investigación refuerzan el rol fundamental del ambiente social y en concreto del clima organizacional en el desarrollo de la efectividad de una organización. Desde esta perspectiva, se insiste en la importancia de los aspectos interpersonales en el trabajo y se enfatiza cómo estos aspectos influyen en la naturaleza del trabajo y en las relaciones de empleo. Además, estos estudios intentan probar el modelo heurístico de organizaciones saludables que integran la salud de los empleados y sus variables refiriéndose al contexto de la organización (como demandas laborales, herramientas y tecnologías y el entorno social) y desempeño. Suponen un avance en la comprensión de cómo se relacionan las prácticas de una organización con la salud de sus empleados.

Gran parte de las aproximaciones a la definición de “organización saludable” se centran en la “salud” de los empleados, ya que esto representa una ventaja competitiva para las organizaciones y el “cuidado de los empleados” tiene consecuencias positivas en su bienestar en términos de desempeño organizacional y salud financiera de la organización (Cooper & Cartwright, 1994; Salanova & Schaufeli, 2009). Además, algunas de ellas han resaltado la importancia del ambiente organizacional y sus circunstancias. En este sentido, ya Cooper y Cartwright en 1994 propusieron también que una organización saludable se caracteriza por tener éxito financiero y también una fuerza laboral física y psicológicamente sana, que es capaz de mantener un ambiente de trabajo y una cultura organizacional saludable y satisfactoria, “particularmente” durante períodos de turbulencias y cambios. Volveremos más adelante a este enfoque basado en la “resiliencia”.

Sin embargo, la validación de estos modelos de organizaciones saludables (DeJoy et al., 2010; Wilson et al., 2004) mostró varias limitaciones: 1) los datos se recopilaron utilizando la misma fuente de información (empleados) con los mismos instrumentos de medición, convirtiendo la variación común en el sesgo potencial en los datos; y 2) los constructos se probaron a nivel de análisis individual, aunque las premisas subyacentes al concepto de organización saludable requieren que estos modelos sean examinados a nivel colectivo de análisis. Además, es fundamental considerar el contexto o ambiente organizacional en el que existe esa organización saludable, por ejemplo, el contexto de cambio y crisis abruptas en las que viven las organizaciones hoy día.

Desde nuestro punto de vista, es esta situación de turbulencias, crisis y cambios abruptos donde las organizaciones saludables se muestran en toda su complejidad. Basada en este contexto de crisis a nivel económico, social y de valores que estamos viviendo en todo el mundo, surge otra conceptualización de Organizaciones Saludables que amplía las definiciones anteriores. Salanova y colegas (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012; Salanova, Llorens & Martínez, 2016, 2019; Salanova, Martínez & Llorens, 2014) definen una organización saludable como aquella que combina dos elementos básicos: es saludable, pero a la vez es resiliente. Estas organizaciones están preocupadas por la salud integral, pero a la vez son capaces no solo de sobrevivir en estos periodos críticos, sino de aprender y salir incluso más fortalecidas de dichas situaciones (Elliot & Macpherson, 2010). En este contexto surge el concepto de Organización Saludable y Resiliente o HERO (HEalthy & Resilient Organization) que desarrollamos en el siguiente apartado.

### **3. El modelo HERO de Organización Saludable: marco teórico y metodología para evaluar e intervenir en riesgos psicosociales**

Una HERO la hemos definido como aquella organización que “pone en marcha prácticas sistemáticas, planificadas y proactivas para mejorar la salud de las personas y la salud financiera de la organización, mediante buenas prácticas relacionadas con la mejora de las tareas (ej. diseño y rediseño de puestos), el ambiente social de la organización (ej. canales de comunicación abierta) y la organización (ej. estrategias de conciliación trabajo/vida privada) y además genera resultados relacionados con la excelencia organizacional así como relaciones positivas con el entorno organizacional y la comunidad” (Salanova et al., 2012, p. 788).

Lo opuesto a una HERO sería una organización tóxica que es aquella donde la interacción de las personas con su trabajo y con los demás colegas tiene efectos psicosociales nocivos y perjudiciales, tanto sobre la propia organización como sobre las personas que la integran, afectando negativamente al bienestar de las personas y la productividad de la organización (Salanova et al., 2019).<sup>2</sup>

Una HERO se caracteriza por tres factores fundamentales que son independientes, pero están relacionados; de manera que un cambio en uno de ellos puede producir un efecto en los demás. Estos bloques son (Ver Figura 1):

---

2 Para más información sobre el modelo HERO, se puede consultar el reciente libro de M. Salanova, S. Llorens, S & I. Martínez: *Organizaciones Saludables: una mirada desde la Psicología Positiva*. Navarra: Aranzadi, Thomson Reuters (2019).

**Figura 1:** Modelo heurístico HERO (Salanova et al., 2012, 2016, 2019).



- Recursos (ej. autonomía, trabajo en equipo) y prácticas organizacionales saludables (ej. prácticas de conciliación trabajo-vida privada). Los recursos son aspectos de la tarea, sociales y organizacionales que favorecen la consecución de las metas, reducen las demandas laborales y estimulan el crecimiento, así como el desarrollo personal y profesional. Por su parte, las prácticas son estrategias puestas en marcha por la organización que favorecen la promoción de la salud, el bienestar de las personas y el desempeño. Adicionalmente, también se tienen en cuenta las demandas laborales (ej. sobrecarga cuantitativa) o aspectos de las tareas sociales y organizacionales que requieren, por parte de los trabajadores, un esfuerzo mantenido y que están asociados a un coste psicológico mental o emocional. Las demandas pueden derivar en procesos de estrés, no obstante, pueden ser también retadoras, cuando se perciben como motivadoras para las personas de la organización y tienen una relación positiva con los indicadores de bienestar psicológico.
- Empleados/as saludables. Hacen referencia a estados positivos de bienestar psicológico que se generan debido a un ajuste entre recursos y demandas laborales en las personas de la organización, haciendo que se sientan bien, con alto grado de control y que tengan un impacto positivo en el trabajo en términos de resultados económicos o de calidad (ej. creencias de eficacia, resiliencia).
- Resultados organizacionales saludables. Son elementos que tienen que ver con el nivel de desempeño y de excelencia de los productos/servicios (ej. desempeño in-rol y extra-rol).

La relación entre estos tres grandes factores que componen una HERO (Recursos y prácticas organizacionales saludables, empleados/as saludables y resultados organizacionales saludables) es recíproca puesto que aquellas organizaciones que optimizan sus recursos y desarrollan prácticas organizacionales saludables dan lugar a personas más saludables, dotadas de grandes potencialidades y bienestar. Esto redundará en unos resultados organizacionales extraordinarios, ya sean relativos al desempeño de las personas, como de los equipos y de la organización en su conjunto.

En este contexto, y dado el marcado carácter grupal del trabajo en la actualidad, es importante considerar la perspectiva colectiva que es inherente al modelo HERO. De esta forma, partiendo de percepciones y experiencias grupales, se establecen relaciones causales en relación con los tres bloques de variables del modelo HERO. Esta propuesta se ha fundamentado con investigación empírica que justifica la consideración de dichas variables a nivel colectivo (Gil, Llorens & Torrente, 2015; Salanova et al., 2012, 2019; Torrente, Salanova & Llorens, 2013). En línea con esto, se considera que las intervenciones positivas derivadas de la evaluación y diagnóstico HERO, son también colectivas siendo sus efectos más potentes (Whitman, Van Rooy & Viswesvaran, 2010).

La validación del modelo HERO (HEROModel®) se llevó a cabo con 303 equipos y sus supervisores/as inmediatos (Salanova et al., 2012) y otorgaron validez al modelo por cuanto muestran que cuando las organizaciones ponen en marcha recursos y prácticas organizacionales saludables (ej. autonomía, feedback, clima de apoyo, trabajo en equipo, coordinación, liderazgo transformacional), los equipos se sienten más saludables (más eficaces, *engaged*, y resilientes frente a la adversidad). Esto lleva a su vez, a resultados organizacionales más saludables tanto en lo que se refiere al rendimiento intra-rol (conductas propias del puesto de trabajo que desempeña la persona, aquellas que están prescritas en su contrato de trabajo) y extra-rol (conductas que benefician a la organización, espontáneas, voluntarias, intencionales, positivas y desinteresadas y que van más allá de las expectativas de rol) del equipo percibido por la persona que supervisa. Además, el desempeño laboral excelente de los empleados/as, también predice positivamente la lealtad de los clientes/as y su satisfacción con la empresa.

En Salanova, Llorens y Martínez (2019) describimos el Modelo HERO con mayor detalle, atendiendo no solo al modelo en su globalidad, sino también a cada uno de sus factores y sub-dimensiones por separado, aportando lo que conocemos hasta el momento de la evidencia empírica a favor de construir y cultivar organizaciones saludables y resilientes. Remitimos al lector a este libro y en este capítulo nos focalizaremos con más detalle en los siguientes apartados de este capítulo, esto es, en cuáles son sus ventajas competitivas como metodología de evaluación e intervención psicosocial, así como algunas reflexiones sobre la PRL y la innovación de nuevas metodologías basadas en la Psicología Organizacional Positiva.

Por último, hay que señalar que la metodología seguida en la aplicación del HERO-Model® se integra en un proceso con una serie de fases<sup>3</sup> que comienzan con la demanda de una actuación concreta por parte de una organización y finaliza con la elaboración de un informe de la evaluación realizada. A su vez, y en función de los resultados obtenidos en la evaluación, se propone una “guía” de intervenciones correctivas, preventivas y/o

---

3 Para más detalle sobre las fases consultar el Manual HERO (Salanova, Llorens, Martínez & Meneghel, en preparación).

de mejora continua, adaptadas a la organización en particular. En concreto, las fases de evaluación de la metodología HERO son las siguientes:

### **3.1. Fase de identificación**

Se recoge la información a partir de diferentes instrumentos como son las entrevistas a personas o grupos “diana”, y análisis de datos administrativos e información documental. En esta primera fase de *Identificación* se utilizarían las entrevistas #HERO-Check, que aportan información cualitativa.

### **3.2. Fase de evaluación**

En esta fase, se puede optar por dos tipos de cuestionarios, 1) cuestionario de evaluación en profundidad HEROEnPositivo, recomendable la primera vez que se realiza una evaluación psicosocial en la organización y recomendada cada 3-5 años; 2) cuestionario de análisis exprés HEROCheck® derivado del proceso de identificación. Ambos instrumentos se pueden utilizar en su versión en papel o bien en formato electrónico *online*, a elección de la organización. Los cuestionarios los contestan tanto los trabajadores/as (pensando en su propia situación) como los supervisores/as (pensando en la situación del grupo de trabajo que supervisa). De este modo, tenemos una visión más panorámica de la situación de la organización en cuanto a los factores psicosociales que comentamos anteriormente que es una ventaja competitiva de la Metodología HERO comparada con otras metodologías tradicionales. También existe una versión para clientes/as en que evalúan a la organización en cuanto a calidad del servicio/producto, satisfacción con el servicio/producto y lealtad.

### **3.3. Fase de análisis de los resultados**

La información recogida de los cuestionarios y la información documental y/o entrevistas es sometida a un proceso de análisis, valoración e interpretación. Se utilizan en esta fase técnicas cuantitativas y cualitativas de análisis y de valoración de datos en función su origen. Se identifican los factores psicosociales más importantes, así como sus consecuencias psicosociales. Los análisis se realizan a nivel de la organización en su conjunto (global) como a nivel de los diferentes grupos de trabajo considerados (sub-grupos). Los datos de la organización en su conjunto se comparan con los datos obtenidos en una muestra normativa (*benchmarking externo*). Finalmente, se describen las principales recomendaciones tanto a nivel general, como más detalladamente para cada grupo evaluado en particular.

### **3.4. Fase de retroalimentación**

Toda la información analizada, tanto mediante *benchmarking* interno como externo y las recomendaciones de mejora, se mantienen a través de entrevistas informativas con los responsables de la organización y con el comité de seguridad y salud laboral (*feedback*



*survey*). Con ello, se cumple con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que obliga a las organizaciones a dar información sobre los riesgos potenciales de los puestos de trabajo. Tras estas sesiones de *survey feedback*, se entrega el informe final de evaluación de riesgos psicosociales a la organización, donde se especifican las estrategias, propuestas de mejora o intervención priorizadas en cada grupo/unidad de la organización (prevención primaria, secundaria y/o terciaria-optimización), así como la urgencia de su aplicación (estrategias a corto, medio y largo plazo).

### 3.5. *Fase de intervención*

Complementamos en esta fase las intervenciones tradicionales con las intervenciones positivas en el contexto más amplio de la Psicología Positiva. Son estrategias implementadas en personas, equipos y organizaciones para mejorar (más que remediar) su desempeño y el bienestar con el objetivo final de promover la salud, la calidad de vida laboral y la excelencia organizacional. Estas intervenciones pretenden que las organizaciones motiven y den oportunidades a los trabajadores para el desarrollo personal y profesional dentro y fuera de la empresa (incrementando así sus niveles de empleabilidad) mediante programas específicos y a medida de desarrollo personal y profesional para los empleados/as de la organización que suele conllevar el uso de técnicas de cambio y desarrollo organizacional (Llorens et al., 2013; Salanova et al., 2013). De esta manera, las intervenciones positivas irán orientadas a optimizar las *best practices* en términos de prácticas organizacionales, recursos de tarea y sociales, y a optimizar los recursos personales, las emociones y experiencias positivas. Además, existe evidencia sobre la existencia de diferentes estrategias primarias y secundarias (ej. atracción, reclutamiento y selección, estilo de liderazgo positivo, *coaching* y *mentoring*, *workshop* sobre creencias de eficacia, *workshop* sobre *engagement*) y terciaria o seguimiento (ej. monitorización de las mejoras conseguidas) (Llorens, Salanova & Martínez, 2008; Llorens et al., 2013; Page, Govindji, Carter & Linley, 2008; Salanova & Schaufeli, 2009; Salanova et al., 2013).

Una vez realizada la intervención es muy importante que se hagan mediciones de seguimiento y monitorización de los efectos conseguidos con las intervenciones. La evaluación de la eficacia de las intervenciones se realiza primero, inmediatamente después de concluida la intervención (postintervención), y aproximadamente entre 6 meses y 1 año después de la intervención (seguimiento o *follow up*), con el fin de comprobar la eficacia del proyecto.<sup>4</sup>

---

4 En el equipo WANT seguimos diseñando, implementando y evaluando la eficacia de las intervenciones para mejorar la salud mental en el trabajo, con nuevas intervenciones psicológicas positivas en el marco de proyectos competitivos a nivel nacional y contratos de I+D+i+d con organizaciones del entorno. Además, en los años 2020-2022 llevaremos a cabo un proyecto europeo en el marco de HORIZON2020 (<https://h-work.eu/>) justamente sobre intervenciones multinivel para mejorar la salud mental en el trabajo (línea prioritaria de la unión europea) en donde participamos nueve países europeos y 14 instituciones de esos países. Todo un gran reto que viene a demostrar la necesidad de investigar en esta temática.

## 4. Ventajas competitivas de la Metodología HERO

El grado en que una organización se considera una HERO se puede evaluar de manera sistemática y fiable a través de la metodología HERO desarrollada en el equipo de investigación WANT – Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables ([www.want.uji.es](http://www.want.uji.es)).

Esta metodología HERO presenta una serie de ventajas competitivas que en algunas ocasiones son innovaciones y, en otras, complementan las propuestas más tradicionales en materia de PRL. Estas ventajas se presentan a continuación y configuran la idiosincrasia de la metodología (ver Llorens, Salanova & Rodríguez-Sánchez., 2013; Salanova, Llorens, Torrente & Acosta, 2013; Salanova et al., 2019):

1. *Participación de los diferentes “actores” de la organización.* La percepción de la dirección, de los grupos de trabajadores, de sus supervisores/as y de los propios clientes/as son claves para identificar y evaluar cómo de saludable es una organización. Esto es, las percepciones de los diferentes *stakeholders* (agentes clave, personas diana) de la organización es crucial para tener una visión más ágil y global de qué está ocurriendo en la organización en materia de riesgos psicosociales y sus consecuencias en la salud de los trabajadores. Se da cumplimiento de esta manera a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, tal y como hacen también las metodologías tradicionales, si bien HEROModel© se complementa con la técnica Survey Feedback Appreciativo (SFA) al dar feedback sobre sus resultados a distintos estamentos de la organización, pero de una manera apreciativa, considerando las fortalezas y recursos que ya existen en la organización. Esto sería una innovación respecto a metodologías tradicionales en la ERP. Es una estrategia de intervención organizacional en sí misma, basada en la comunicación bidireccional entre los facilitadores (o evaluadores) y las personas sobre las que se ha realizado la evaluación. A grandes rasgos, a través de la comunicación oral y bidireccional se llega a conocer más a fondo las áreas susceptibles de mejorar y se plantean estrategias de mejora y optimización que estén, en gran parte, bajo el control de las personas que las llevarán a cabo.
2. *Combinación de múltiples técnicas.* Concretamente, se utiliza una combinación de técnicas tanto cualitativas mediante entrevistas semiestructuradas a los stakeholders de la organización, así como técnicas cuantitativas mediante la administración de cuestionarios a empleados/as (que contestan pensando en sí mismos, en el grupo de trabajo y en la organización), sus supervisores/as (que contestan pensando en sí mismos, en el grupo de trabajo que supervisan y en la organización) y a las personas clientes/usuarioas (que contestan pensando en la organización). Esta combinación otorga más impacto en el momento de interpretar los resultados de la evaluación psicosocial. En Salanova *et al.*, (2019) se describen con mayor detalle las técnicas cualitativas (ej. entrevistas, *focus group*, *survey feedback*) y cuantitativas (ej. HEROEnPositivo, HEROCheck©, HEROGeGe, y HEROHos).  
HEROModel© presenta una innovación a los modelos tradicionales, en las metodologías cuantitativas, en dos aspectos fundamentales. En primer lugar, al

introducir la visión de los/as supervisores/as así como de clientes/usuarios, nos permite triangular la información obtenida de los diferentes *stakeholders* y ver la relación que existe entre la salud y el bienestar con la calidad del servicio/producto percibido por los clientes. En segundo lugar, en cuanto a las dimensiones que evalúa, dado que las metodologías tradicionales se centran en demandas (ej. carga de trabajo, ambigüedad de rol, conflicto de rol, rutina, sobrecarga mental, sobrecarga emocional, *mobbing*, disonancia emocional) versus recursos (ej. autonomía, *feedback*, clima de apoyo, coordinación, empatía, competencia mental y emocional, y liderazgo) y HEROModel© amplia incluyendo bienestar (ej. eficacia, resiliencia, *engagement*) versus malestar (estrés, *burnout*, autoestima) y una gran batería de prácticas organizacionales y resultados organizacionales. En este sentido, nos parece importante señalar en el apartado de recursos, el análisis del liderazgo bajo escalas de liderazgo transformacional y positivo, propios de modelos de organización saludable. Así como también en prácticas la introducción de variables de igualdad en diversidad, RSE y conciliación, y en resultados organizacionales, el desempeño in-rol y extra-rol, así como la calidad de servicio/producto y lealtad del cliente.

3. *Acercamiento multinivel a la organización.* Integra en una misma evaluación diferentes niveles de análisis (organizacional, grupal e individual) y al estudio de fenómenos organizacionales que no sería posible hacerlo de esta perspectiva comprensiva. Esto supone un enfoque novedoso y pragmático para el estudio de la salud ocupacional teniendo en cuenta otras metodologías más tradicionales que se centran únicamente en la perspectiva individual. Esto favorece el análisis y tratamiento de los datos siguiendo una perspectiva multinivel; esto es, considerar la percepción que las personas tienen de sus equipos de trabajo, de sus supervisores/as y de la organización como un todo. De esa manera, permite ofrecer resultados más cercanos a la realidad laboral puesto que no solo se consideran los aspectos ideográficos o subjetivos, sino también las interacciones que se establecen con las personas con las que se trabaja. Esta ventaja es una innovación en materia de PRL porque permite un robusto análisis de los datos, donde además de la comparativa con el *benchmarking* externo propia en la metodología tradicional, se abunda en el análisis de *benchmarking* interno. La exhaustiva recogida de datos a nivel demográfico y de dimensiones evaluadas nos permite hacer robustos tratamientos estadísticos a través de diversos paquetes de análisis de datos, para hallar las respuestas a los procesos psicológicos mediante técnicas avanzadas multinivel por ejemplo.

Que el método disponga de *copyright* y su uso este restringido a prescriptores autorizados por el equipo WANT que cuenten con una formación específica, pueda parecer un inconveniente, pero se convierte en una fortaleza al garantizar la cualificación, conocimiento y experiencia del equipo, dado que por todos es sabido que el estar habilitado legalmente como técnico de prevención en ergonomía y psicología aplicada no siempre garantiza los conocimientos necesarios en los complejos procesos psicológicos para realizar evaluaciones que realmente aporten valor a las organizaciones.

4. *Metodología flexible, dinámica, amigable y sectorial.* Esto permite adaptaciones a diferentes situaciones y contextos, facilitando el ajuste “a la carta” en cada organización. Por tanto, cada bloque del modelo HERO presenta unas variables claves que siempre son evaluadas. Sin embargo, dependiendo del contexto y de las necesidades específicas de cada organización, es posible incluir variables adicionales para una mejor adaptación. Para ello contamos con tres herramientas: 1) el cuestionario #HEROEnPositivo para la evaluación psicosocial en profundidad por parte de empleados/as, supervisores/as y personas clientas/usuarioas; 2) las entrevistas #HERO que se administran a *stakeholders* de la organización incluidos *managers*, trabajadores/as y supervisores/as, y 3) el cuestionario #HEROCheck que se aplica a trabajadores/as para realizar un análisis inicial y exprés de la organización (actualmente en proceso de validación). Las herramientas #HEROCheck (versión entrevista y cuestionario), debido a su fácil y rápido uso, podrán utilizarse para realizar análisis periódicos y frecuentes sobre el grado en que una empresa es saludable en un momento concreto. Estas herramientas son especialmente útiles para pequeñas empresas, pero también para grandes empresas en su evaluación anual que se pueden combinar con otras encuestas que ya estén administrando la organización como encuestas de clima laboral. En este sentido esta metodología presenta una innovación a los modelos tradicionales, en tres aspectos fundamentales. En primer lugar, al contar con una batería de instrumentos, adaptados a sectores específicos –por ejemplo, HERO-Hos, o HEROEdu– en los que podemos evaluar sectorialmente –en el caso de los ejemplos al sector sociosanitario o sector de la educación– y donde introducimos ítems específicos de equidad, optimismo, justicia y compasión. En segundo lugar, al disponer de una herramienta de identificación de factores psicosociales y organizaciones saludables HEROCheck, cuya aplicación permite obtener información de forma rápida, sobre cómo de saludable es una organización en un momento puntual y detectar los factores psicosociales relevantes en esa organización. Resulta muy interesante como instrumento de seguimiento y monitorización durante el proceso de gestión psicosocial en la compañía actuando de termómetro y facilitando su administración, a nivel de tiempo y coste, al ser una versión reducida de aproximadamente 25 ítems. En tercer lugar, disponemos de un método *online* para cumplimentar el cuestionario que permite a empresas con distintas delegaciones que pueden hacerlo simultáneamente en la misma base de datos, a diferencia de otros métodos de evaluación psicosocial tradicionalmente más extendidos.
5. *Potencialidad para realizar intervenciones derivadas de la evaluación.* La metodología HERO, permite no solo evaluar el grado en el que la organización y sus equipos son saludables y resilientes, sino que además es una fuente de propuestas de intervención. A partir de los resultados de la evaluación, permite diseñar estrategias de intervención psicológicas positivas a la carta; esto es, en función de los resultados obtenidos por la organización y los grupos en la fase de evaluación. Además, una vez diseñadas y aplicadas las intervenciones, la metodología HERO permite realizar una auditoría para comprobar el impacto de la intervención a corto, medio y/o largo plazo y clasificar las empresas HERO

TOP. Aquí medimos el efecto de las intervenciones en relación con su impacto esperado en reducir el malestar psicosocial, pero también en incrementar el bienestar emocional y la salud mental de los trabajadores, objetivo *sine qua non* de la PRL.

En este sentido, HEROModel© (HEalthy and Resilient Organizations) presenta una innovación a los modelos tradicionales, al presentar una batería de intervenciones desde la psicología organizacional positiva, que se aleja de las planificaciones tradicionales que contemplan medidas organizativas y de recursos personales muy básicas y genéricas, donde la mayoría de las ocasiones no existe un control sobre su ejecución ni seguimiento alguno de la eficacia de esas intervenciones en el caso que se realicen. A destacar algunos aspectos donde la metodología HERO en intervención aporta gran valor añadido a la prevención tradicional como 1) nuestras sesiones de Survey Feedback Appreciativo como fase inicial de la intervención; 2) programas de compasión en el trabajo; 3) liderazgo positivo; 4) *mindfulness* basado en fortalezas; 5) programas de cultivo del buen trato versus la gestión tradicional del acoso laboral; y 6) programas de fomento de los recursos personales positivos, entre otros.

## 5. La PRL y las nuevas metodologías de evaluación e intervención psicosocial

Los riesgos psicosociales están reconocidos en la actualidad como un problema global que afecta a todas las profesiones y a todos los trabajadores máxime tras la crisis de salud pública que nos ha azotado en 2020.

Sabemos que esto no ha sido la tónica general en estos últimos 25 años de promulgación de la Ley de Prevención y sus reglamentos de desarrollo, donde nos hemos encontrado una ralentización en el cumplimiento de la obligación de evaluar e intervenir sobre los factores de riesgo psicosocial, todavía hoy un porcentaje importante de organizaciones no cuentan con estas evaluaciones, y muchas otras la realizaron a reacción a requerimiento de inspección o una vez aflorado daño psicosocial en supuestos de *burnout*, estrés o acoso. Lo cierto es que muy pocas organizaciones han trabajado de manera proactiva, y como estrategia organizacional la gestión del riesgo psicosocial.

Encontramos que aquellas organizaciones que abordaron la evaluación como mero cumplimiento de norma han ido a metodologías tradicionales frente a las las organizaciones que han puesto su mirada en metodologías más innovadoras, con un abordaje de la evaluación e intervención psicosocial como puede ser la metodología HEROModel© (HEalthy and Resilient Organizations).

HEROModel© bebe de las fuentes de nuestra metodología RED (Recursos, Experiencias y Demandas) un instrumento de evaluación y prevención de riesgos laborales desarrollado por nuestro equipo que cumple con los requerimientos jurídicos previstos en los artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del Reglamento de los Servicios de Prevención, y además se complementa con técnicas de recursos humanos y de psicología ocupacional positiva. Todo ello nos permite dar respuesta a esas organizaciones que además de cumplimiento de norma, quieren dar un paso más hacia el bienestar, el compromiso de sus colaboradores/as y la calidad de servicio del usuario/producto desarrollado.

Por eso podemos decir, que las organizaciones que optan por HEROModel© (HEalthy and Resilient Organizations), y quieren convertirse en HEROínas, requieren cierto grado de madurez y una estrategia clara donde la salud y el bienestar tienen un especial protagonismo, porque las personas importan y se sitúan en el centro de las acciones de la compañía.

La demanda del servicio de evaluación e intervención desde HEROModel© nos suele llegar por la acción del servicio de prevención propio coordinado con recursos humanos, directamente desde recursos humanos o a través del CEO de la compañía. Y aunque dicho esto, pudiera parecer que es una metodología que se aplica tan solo a empresas grandes, no es así, se hace en grandes empresas, que son todas aquellas que quieren hacer las cosas de manera diferente, con independencia del tamaño y sector de actividad.

Para consolidar esta afirmación nos gustaría acercar a los lectores de este capítulo en los siguientes apartados a ejemplos de organizaciones que eligieron HEROModel© como modelo para la evaluación e intervención para conseguir organizaciones más saludables y resilientes

**Ausolan:** una cooperativa del Grupo Mondragón desde el 2009 hasta hoy, la cooperativa sigue utilizando los indicadores de evaluación psicosocial entre los KPI para marcar el rumbo de la compañía siendo consciente que su negocio consiste en personas que atienden a personas, por lo que sitúan como prioridad estratégica la gestión de entornos saludables.

**Vygon:** una empresa de 50 trabajadores dedicada a la venta de material médico-quirúrgico que cuenta en España con un centro de 37 trabajadores. Desde el 2015 evalúa con HEROModel© (HEalthy and Resilient Organizations) una fórmula de estructurar y poner en valor todas las acciones inspiradas en la Psicología Organizacional Positiva que se habían aplicado en los últimos diez años. Diseñó el primer edificio optimista de España y generó un entorno y conjunto de medidas para fomentar las emociones positivas y el compromiso organizacional. Además HERO proporcionan a la empresa la trazabilidad de datos con prácticas, como por ejemplo la conciliación, siendo la empresa EFR en su nivel A+ de excelencia. Le resulta de gran interés conocer el impacto de estas prácticas en el bienestar y el desempeño, valores que desde las metodologías tradicionales no podrían obtener.

**Suavizantes y Plastificantes Bituminosos S.L. (SPB):** cuenta con unas 600 personas en sus centros de Valencia y Sevilla. Desde el año 2016 utiliza la metodología HERO, habiendo hecho participe a su cadena de valor, a través del movimiento Personas que Brillan Organizaciones Saludables y Solidarias, donde las empresas participantes, también utilizan para su diagnóstico HEROCheck para conocer la situación de partida de las organizaciones y su evolución a lo largo del proyecto.

**Universidad Jaume I:** universidad pública situada en Castellón, con una población de más de 14.000 estudiantes, y con 1400 personas como personal docente e investigador y unas 600 personas de administración y servicios. Ha realizado diferentes evaluaciones de riesgos psicosociales desde su creación con metodología WANT y además resulta de interés reseñar que se ha trabajado con programas específicos para la evaluación del bienestar emocional de sus estudiantes, en el marco del proyecto UJI Saludable, acciones que también tenía como objeto incrementar el bienestar y el nivel de desempeño académico de los estudiantes.

**Hospital de Manises:** centro sanitario público de gestión privada que atiende las necesidades asistenciales de más de 195.000 personas en la provincia de Valencia. Cuenta con 1500 profesionales. Desde el 2014 se han apoyado en HERO\_HOS para la evaluación e intervención.

Además, señalar que actualmente la **Fundación Hospital Optimista** utiliza la metodología HERO-HOS para el fomento y desarrollo de organizaciones sanitarias saludables, habiendo alcanzado la evaluación a fecha de hoy a cerca de 30.000 profesionales de la sanidad.

Tal y como hemos señalado, la metodología HERO se presenta como herramienta de evaluación e intervención, pudiendo destacarse hoy en día las siguientes intervenciones por la eficacia:

- *Mindfulness y Gestión Positiva del Estrés.* Es un programa breve de formación enfocado en la gestión consciente de las experiencias de estrés cotidianas desde la perspectiva de la psicología positiva y el *mindfulness*. Su finalidad es mejorar la capacidad de afrontamiento del estrés, promover el bienestar y optimizar el desempeño individual y colectivo.
- *Intervención en Compasión Organizacional.* Programa de intervención positiva centrada en la compasión, entendiendo esta como una habilidad formada por tres componentes: *mindfulness*, amabilidad y humanidad compartida. Su finalidad es la de potenciar la atención, la comprensión y la acción compasiva en las organizaciones, con el objetivo de mejorar el bienestar personal y organizacional.
- *Líder TOP.* Programa de desarrollo y optimización de estilos de liderazgo positivos y saludables, basado en evaluación psicosocial pre-post, entrevistas individuales líder-colaborador/a y sesión grupal de *survey feedback* Apreciativo con el fin de establecer acciones de mejora a nivel individual y grupal.
- *Liderazgo Positivo y Saludable.* Programa de desarrollo y optimización de estilos de liderazgo positivos y saludables, basado en evaluación psicosocial en tres tiempos (pre-post-follow-up), sesión de devolución de resultados de evaluación y sesiones individuales de *micro-coaching* positivo con el fin de planificar acciones para la mejora profesional.

- *Recursos Psicológicos Positivos (RP+)*. Taller práctico para mejorar el bienestar y el desempeño en el trabajo. Enfocado al desarrollo del capital psicológico, el manejo del estrés, el uso de fortalezas personales y la capacidad de atención plena (*mindfulness*). Diseñado para la rápida transferencia de lo aprendido a la actividad laboral diaria.
- *Interacción Social Positiva (ISP) – Buen Trato*. Programa breve de intervención enfocado en desarrollar habilidades prácticas orientadas a mejorar la capacidad de interacción social efectiva. Fundado en los últimos avances de la Psicología de la Salud Ocupacional y la Psicología Positiva, destaca por su simpleza, profundidad y por ser un programa altamente práctico y experiencial.

## 6. Resumen y conclusiones

A lo largo de este capítulo hemos introducido la Psicología Organizacional Positiva y en concreto el Modelo HERO como complemento e incluso innovación a la prevención de riesgo psicosocial tradicional y a distintos enfoques teóricos y aproximaciones al estudio de las organizaciones saludables.

En primer lugar, destacamos esas aproximaciones al estudio de las organizaciones saludables destacando en todas ellas el tema de la salud de los empleados y la salud de la organización en su conjunto como tema común a todas ellas. A continuación, desarrollamos en mayor detalle el Modelo HERO como marco teórico, conociendo las dimensiones del modelo recursos y prácticas organizacionales saludables, empleados saludables y los resultados de las organizacionales saludables, y cuáles son a *grosso modo* las fases en el proceso de evaluación e intervención psicosocial. Hemos conocido las ventajas competitivas del HEROModel® validado científicamente, en sus diferentes herramientas de identificación y evaluación psicosocial y de organización saludable.

La herramienta HERO nos permite evaluar los riesgos psicosociales, pero además cómo de saludable y resiliente es nuestra organización, midiendo recursos versus demandas –como las metodologías tradicionales– y otras dimensiones propias del modelo –como bienestar/malestar, prácticas organizacionales y resultados organizacionales– con lo cual las empresas que han adoptado modelos de bienestar organizacional pueden extraer con este diagnóstico (#HEROCheck) o evaluación (#HEROenPositivo) los KPI necesarios para seguir mejorando. Y finalmente, hemos presentado casos de éxito de empresas que han optado por HEROModel como estrategia organizativa.

En definitiva, hemos presentado HERO como modelo y herramienta de evaluación e intervención eficaz en este momento actual donde los procesos psicosociales en prevención psicosocial adquieren una especial relevancia para velar por el bienestar emocional, consiguiendo organizaciones positivas con personas más positivas. Consiguiendo organizaciones y personas HEROínas.



De lo expuesto en este capítulo, podemos decir que las organizaciones que quieren ser HEROÍnas se caracterizan por:

- Tener un alto grado de madurez en el cuidado de la salud y las personas, posicionando estratégicamente este binomio en su estrategia.
- Su propósito trasciende a los meros resultados de la compañía, preocupándose y ocupándose de la sociedad.
- Son colaborativas y comparten con su cadena de valor y otras empresas sus buenas prácticas generando espirales positivas de contagio.
- No buscan meramente el cumplimiento de normas y encuentran en HEROModel® un marco desde la innovación y el rigor para desarrollarse y seguir mejorando.
- Ven en la evaluación la oportunidad de tener KPI de control que les permita seguir transformándose en positivo.
- Cuentan con personas “troyanas” que se convierten en el agente de cambio en su interior, confiando que se puede gestionar la salud y las personas de manera diferente, en ocasiones el impulso viene de RRHH, en otras del CEO y siempre alineados con las personas responsables de prevención.
- Son organizaciones y personas, que en momento de adversidad salen fortalecidas, son resilientes.

Los prevenicionistas podemos y debemos convertirnos en verdaderos agentes de cambio, en “troyanos”, capaces de nadar contra corriente y ayudar a transformar las organizaciones. Somos personas de acción que trabajamos por convicción. En ocasiones nos ha faltado estrategia para conseguir nuestras metas por lo que tenemos que ser capaces de aprender de lo vivido, reciclarnos y aprender nuevas técnicas o disciplinas como la psicología ocupacional positiva, que puede ser clave y complemento perfecto para transformar las organizaciones.

Ahora más que nunca trabajar por conseguir organizaciones seguras, saludables, sostenibles y solidarias. Tras esta crisis de salud pública, lo único cierto es que estamos en una crisis humanitaria sin precedentes, donde la economía ha caído y donde muchas personas van a verse sujetas a nuevas demandas. Nuestra obligación es poder dotar de más recursos a las organizaciones y a las personas para hacerle frente a esta situación y pensamos que desde la metodología HERO podemos dar soluciones que complementen la prevención tradicional.

## 7. Preguntas para la reflexión

1. ¿Qué aproximaciones existen al estudio de las organizaciones saludables? Destaca sus similitudes y diferencias.
2. ¿Qué aportaciones puede introducir la POP a la PRL tradicional?
3. ¿Crees que HERO puede aportar valor añadido a aquellas empresas que han implantado modelos de bienestar frente a las metodologías tradicionales? ¿En qué sentido? Argumenta tus respuestas.
4. ¿Qué papel juega la intervención en la metodología HERO?
5. ¿Qué características tienen en común las empresas HEROínas?

## 8. Referencias bibliográficas

- Argyris, C. (1958). The organization: What makes it healthy? *Harvard Business Review*, 36, 107-116.
- Ayala, Y., Peiró, J.M., Tordera, N., Lorente, L. & Yeves, J. (2017). Job Satisfaction and Innovative Performance in Young Spanish Employees: Testing New Patterns in the Happy-Productive Worker Thesis—A Discriminant Study. *Journal of Happiness Studies*, 18, 1377-1401. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-016-9778-1>
- Bruhn, J. (2001). *Trust and the Health of organizations*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cartwright, S., Cooper, C. L., y Murphy, L. R. (1995). Diagnosing a healthy organization: A proactive approach to stress in the workplace. In L. R. Murphy, J. J. Hurrell Jr., S. L. Sauter, y G. P. Keita (Eds.), *Job stress interventions* (pp. 217-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coo, C., y Salanova, M. (2018). Mindfulness Can Make You Happy-and-Productive: A Mindfulness Controlled Trial and Its Effects on Happiness, Work Engagement and Performance. *Journal of Happiness Studies*, 19, 1691-1711. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-017-9892-8>
- Cooper, C. L., y Cartwright, S. (1994). Healthy mind; Healthy organization—A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 455-471. <http://dx.doi.org/10.1177/001872679404700405>
- Corbett, D. (2004). Excellence in Canada: Healthy organizations? Achieve results by acting responsibly. *Journal of Business Ethics*, 55, 125-133. <http://dx.doi.org/10.1007/s10551-004-1896-8>
- DeJoy, D. M., Wilson, M. G., Vandenberg, R. J., McGrath-Higgins, A. L., y Griffin Blake, C. S. (2010). Assessing the impact of healthy work organization intervention. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 139-165. <http://dx.doi.org/10.1348/096317908X398773>
- Di Fabio, A. (2017). Positive Healthy Organizations: Promoting Well-Being, Meaningfulness, and Sustainability in Organizations. *Frontiers in Psychology*, 8, 1938. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01938>
- Di Fabio, A., y Blustein, D. L. (eds). (2016). *Ebook Research Topic From Meaning of Working to Meaningful Lives: The Challenges of Expanding Decent Work*. Lausanne: Frontiers Media.
- Gil, E., Llorens, S., y Torrente, P. (2015). Compartiendo efectos positivos en el trabajo: el rol de la similitud en los equipos. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 93-103.
- Llorens, S., Salanova, M., y Martínez, I.M. (2008). Psicología Ocupacional Positiva: concepto y metodología para su evaluación. En J. Tous, M. A. Carrión y López, F. (eds), *Promoción de la salud ocupacional. Colección Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 88-108). Mollet del Vallés, Barcelona: AEPA. ISBN: 978-84-612-3624-4. Depósito legal B-27319-2008 U.E.
- Llorens, S., Salanova, M., y Rodríguez-Sánchez, A.M. (2013). How is Flow Experienced and by whom? Testing Flow among Occupations. *Stress & Health*, 29(2), 125-137. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.2436>
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Ostroff, C., y Bowen, D. E. (2000). Moving HR to a higher level: HR practices and organizational effectiveness. In K. J. Klein & S. W. J. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions, and new directions* (pp. 211-266). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
- Page, N., Govindji, R., Carter, D., y Linley, P.A. (2008). Gestión Positiva de los recursos humanos: aplicaciones de la Psicología Positiva a lo largo del ciclo vital del trabajador. En C. Vázquez, y G. Hervás, *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 430-458). Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Peñalver, J., Salanova, M., Martínez, I. M., y Schaufeli, W. B. (2019). Happy productive groups: How positive affect links to performance through social resources. *The Journal of Positive Psychology*, 14(3), 377-392. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2017.1402076>
- Peterson, M., y Wilson, J. F. (2002). The culture-work-health model and work stress. *American Journal of Health Behavior*, 26, 16-24. <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.26.1.2>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). "To be happy or to be self-fulfilled: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being", in *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, ed. S. Fiske (Palo Alto, CA: Annual Reviews), 141-166.
- Salanova, M. (2020). Cultivar el Bienestar Organizacional (BO). *Capital Humano*, 356, 8-11.
- Salanova, M., et al., (en preparación). Validación del HEROCheck como herramienta de Identificación y Evaluación de Factores Psicosociales en el Trabajo

- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I.M., y Schaufeli, W.B. (2003). Perceived Collective Efficacy, Subjective Well-Being and Task Performance among Electronic Work Groups: An Experimental Study. *Small Groups Research*, 34(1), 43-73. <http://dx.doi.org/10.1177/1046496402239577>
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2012). We need a HERO! Towards a validation of the Healthy & Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management*, 37(6), 785-822. <http://dx.doi.org/10.1177/1059601112470405>
- Salanova, M., Llorens, S., Torrente, P., y Acosta, H. (2013). Positive Interventions in Positive Organizations. *Terapia Psicológica*, 31(1), 101-113. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100010>
- Salanova, M., Llorens, S., y M. Martínez, I.M. (2019). *Organizaciones Saludables. Una mirada desde la psicología positiva*. España: Aranzadi.
- Salanova, M., Llorens, S., y Martínez, I.M. (2016). Aportaciones desde la Psicología Organizacional Positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 161-164.
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2014). A more "positive" look occupational health from positive organizational psychology during crisis times: contributions from the WoNT research time. *Papeles de Psicólogo*, 35(1), 22-30.
- Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2009). *El engagement en el trabajo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización* (pp. 349-376). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Grawitch, MJ y Ballard, DW (2016). *El lugar de trabajo psicológicamente saludable: creación de un entorno beneficioso para las organizaciones y los empleados*. Washington, DC: Asociación Americana de Psicología.
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sin, N.L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Sparks, K., Faragher, B., y Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489-509. <http://dx.doi.org/10.1348/096317901167497>
- Torrente, P., Salanova, M., y Llorens, S. (2013). Spreading engagement: On the role of similarity in the positive contagion of teamwork engagement. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29, 153-159. <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a21>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Whitman, D.S., Van Rooy, D., y Viswesvaran, C. (2010). Satisfaction, Citizenship behaviours, and performance in work units: A meta-analysis of collective constructs relations. *Personnel Psychology*, 63, 41-81. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2009.01162.x>
- Wright, T.A., Cropanzano, R., y Bonett, D.G. (2007). The moderating role of employee positive well-being on the relation between job satisfaction and job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 93-104. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.12.2.93>

**Nuevos paradigmas  
y marcos de  
referencia para  
la gestión de  
la seguridad:  
la seguridad-II,  
las organizaciones  
de alta fiabilidad y  
el *mindful organizing***

**3**



# Nuevos paradigmas y marcos de referencia para la gestión de la seguridad: la seguridad-II, las Organizaciones de Alta Fiabilidad y el *mindful organizing*

—  
Francisco J. Gracia

## Objetivos

Después de la lectura del capítulo usted deberá ser capaz de:

1. Definir seguridad, y diferenciar entre la seguridad personal y la seguridad de procesos.
2. Explicar el “dilema del error humano”.
3. Señalar al menos una limitación de las filosofías de Visión Cero.
4. Diferenciar entre la seguridad modernista y la nueva era de la seguridad.
5. Explicar las principales diferencias entre Seguridad-I y Seguridad-II.
6. Explicar qué son los sistemas de alto riesgo, y la relación que mantienen con los conceptos de complejidad interactiva y fuerte acoplamiento, además de ser capaz de definir ambos conceptos.
7. Explicar qué se entiende por accidente normal.
8. Definir Organizaciones de Alta Fiabilidad y poner algún ejemplo de industrias en las que a menudo se encuentran este tipo de organizaciones.
9. Ser capaz de explicar cinco principios característicos de las Organizaciones de Alta Fiabilidad y de clasificarlos en función de si tienen que ver con la capacidad para anticipar eventos inesperados o con la contención de los mismos una vez se desencadenan.
10. Definir *mindful organizing* y explicar por qué es relevante para la gestión de la seguridad.
11. Explicar la conexión entre la seguridad-II y el *mindful organizing*.

# Índice

1. **Introducción**
2. **Concepto de seguridad**
3. **Seguridad personal y seguridad del proceso**
4. **El error humano: ¿principal causa de accidentes?**
5. **Nuevos paradigmas en la gestión de seguridad**
  - 5.1. *Seguridad de forma diferente*
  - 5.2. *De la Seguridad-I a la Seguridad-II*
    - 5.2.1. Seguridad-I
    - 5.2.2. Seguridad-II
6. **Sistemas de alto riesgo**
7. **Teoría de los accidentes normales**
8. **Teoría de las Organizaciones de Alta Fiabilidad**
9. **Principios fundamentales de las Organizaciones de Alta Fiabilidad**
  - 9.1. *Preocupación por el error*
  - 9.2. *Resistencia a simplificar*
  - 9.3. *Sensibilidad a las operaciones*
  - 9.4. *Compromiso con la resiliencia*
  - 9.5. *Deferencia al conocimiento experto*
10. **Mindful organizing: anticipación y contención**
11. **Seguridad-II y *mindful organizing***
12. **Resumen y conclusiones**
13. **Preguntas para la reflexión**
14. **Referencias bibliográficas**



## 1. Introducción

Nos han dicho que las personas somos el problema cuando hablamos de seguridad. ¡Y nos lo hemos creído! ¿Y por qué no lo íbamos a creer? Las estadísticas de forma consistente indican que la mayoría de accidentes tienen detrás un error humano. Pero ¿y si empezáramos a pensar que quizás no somos el problema, sino la solución? ¿Cómo cambiaría ese planteamiento la gestión que se hace en las organizaciones de la seguridad? En los últimos años han surgido algunas voces que comienzan a cuestionar que las personas sean el problema en la gestión de la seguridad, y que plantean que más bien son la solución. Estos planteamientos van tan a contracorriente, tan en contra de la sabiduría establecida, tan en contra de los lugares comunes, que me atrevo a sugerir que suponen un cambio de paradigma en la gestión de la seguridad.

Para llegar a ellos, nos acercaremos en primer lugar al concepto de seguridad y distinguiremos entre seguridad personal y seguridad de procesos u operacional. Posteriormente, abordaremos el tema del error humano, un clásico a la hora de explicar los accidentes. En el último apartado veremos las limitaciones de dicho enfoque y plantaremos lo que hemos denominado nuevos paradigmas en la gestión de la seguridad, deteniéndonos especialmente en las aportaciones de los profesores Sidney Dekker y Eric Hollnagel. Este último plantea el paso de la Seguridad-I a la Seguridad-II, que abordaremos con mayor detalle. Un nuevo paradigma en la gestión de la seguridad que entiende que, para mejorar dicha gestión, debemos comenzar a prestar atención no tanto a lo que ocasionalmente falla (ej.: la ocurrencia de un accidente puntual), sino a todos aquellos factores, procesos y comportamientos que hacen que normalmente las cosas funcionen bien.

En línea con ese cambio de paradigma, en lo que resta de capítulo nos centraremos en comprender las Organizaciones de Alta Fiabilidad, organizaciones que, a pesar de operar en entornos de gran complejidad y alto nivel de riesgo, funcionan de forma consistentemente segura y fiable a lo largo del tiempo. Para su conceptualización, en primer lugar, partiremos de la explicación de los sistemas de alto riesgo y de la Teoría de los Accidentes Normales de Charles Perrow. Después, entraremos a definir qué se entiende por Organizaciones de Alta Fiabilidad, distinguiendo entre definiciones que ponen el énfasis en los resultados que consiguen dichas organizaciones, y otras que se centran en los procesos, o en lo que hacen estas organizaciones para conseguir dichos resultados. En línea con este segundo bloque de definiciones, veremos brevemente algunos de los modelos que se han planteado indicando lo que es característico de este tipo de organizaciones. A continuación, nos detendremos en uno de estos modelos, el de Weick y Sutcliffe, probablemente el más conocido y el que ha logrado una gran popularidad en los últimos tiempos, con la propuesta del concepto de *mindful organizing*. Veremos con cierto detalle los cinco principios que caracterizan a las Organizaciones de Alta Fiabilidad y que de forma conjunta constituyen el *mindful organizing*, una capacidad colectiva para anticipar eventos inesperados y responder a los mismos si finalmente acaban desencadenándose. Terminaremos destacando las semejanzas entre la seguridad-II y el *mindful organizing* en la gestión de la seguridad.

## 2. Concepto de seguridad

Hollnagel (2014) comienza su inspirador libro “Seguridad-I y Seguridad-II: El pasado y el futuro de la gestión de la seguridad” proporcionando dos definiciones de seguridad. Una primera definición, sencilla y probablemente la más extendida, entiende la seguridad como la “ausencia de resultados indeseados, tales como accidentes o incidentes” (p. 1). Una segunda definición, algo más detallada, entiende que la seguridad es una “propiedad o cualidad del sistema que es necesaria y suficiente para asegurar que el número de eventos que podrían producir daño a los trabajadores, al público, o al entorno es aceptablemente bajo” (p. 1-2).

Esta segunda definición aporta dos novedades. Por una parte, concreta quién o qué podría ser afectado por las consecuencias de esos resultados no deseados, al indicar que podrían producir daño no sólo a los trabajadores, sino también al público o al entorno. Por otra parte, hace más realista el objetivo de la seguridad al sustituir la ausencia de resultados no deseados por su mantenimiento en niveles aceptablemente bajos. Sin embargo, dicha definición es todavía algo vaga y sujeta a interpretaciones, dado que no concreta cuál sería un número de eventos “aceptablemente bajo”. En todo caso, aunque estas son las dos definiciones más extendidas de seguridad, reflejan, como veremos más adelante, la manera de entender la seguridad en el paradigma tradicional en la gestión de la seguridad. El propio concepto de seguridad va a ser cuestionado en el nuevo paradigma.

## 3. Seguridad personal y seguridad del proceso

Con el fin de evitar confusiones, cuando se habla de seguridad conviene diferenciar y, sin embargo, muy pocas veces se hace, entre seguridad personal y seguridad del proceso.

La seguridad personal (también llamada seguridad ocupacional) se refiere a cualquier daño potencial a los trabajadores en el contexto de realizar su trabajo, independientemente de si el daño se deriva de la realización de las tareas básicas (ej.: el riesgo de una enfermera a ser contagiada mientras atiende a un paciente o el de un bombero al inhalar humo mientras trata de apagar un incendio), del entorno laboral (ej.: tener que trabajar en un entorno muy ruidoso, o muy hacinado, o sometido a un alto nivel de estrés), o incluso de actividades no directamente relacionadas con la tarea (ej.: una caída mientras se baja por las escaleras dentro de las propias instalaciones). La protección contra estos riesgos es una tarea secundaria que, en algunos casos, hasta podría interferir en el desempeño de la tarea principal (ej.: el uso de protectores auditivos puede impedir la detección de señales relevantes para la tarea como ruidos de la máquina inusuales o puede entorpecer la comunicación entre compañeros de trabajo).

En la seguridad del proceso, los riesgos a gestionar están directamente vinculados con la tarea principal de la organización (ej.: la generación de energía eléctrica en una central nuclear, el transporte de personas en la aviación comercial, la curación de pacientes en un hospital). Otra diferencia frente a la seguridad personal es que violaciones, infracciones, o desviaciones voluntarias o involuntarias de la seguridad del proceso no necesariamente causarán daño a los trabajadores implicados (ej.: muerte de un paciente por un error en la medicación).

Sin embargo, en otras ocasiones, fallos en la seguridad de procesos pueden tener también repercusiones en la seguridad personal. Los pilotos ponen en riesgo sus vidas al mismo tiempo que la de sus pasajeros cuando pilotan un avión (por tanto, un fallo en la seguridad de procesos de la compañía aérea podría tener repercusiones al mismo tiempo para la seguridad personal). Sin embargo, no ocurre lo mismo con el personal de la torre de control. Un fallo de un controlador aéreo (seguridad del proceso) podría tener repercusiones para un montón de personas (piloto, tripulación, pasajeros...), e incluso para el medio ambiente, sin tener implicaciones en su seguridad personal o en la de sus compañeros de trabajo, más allá del estrés postraumático u otras consecuencias psicológicas que pudiera experimentar el controlador que cometió el error, o la remota posibilidad de que la aeronave se estrellase contra la propia torre de control.

Por otra parte, los mecanismos causales implicados en garantizar la seguridad del proceso y la seguridad personal pueden ser muy diferentes. A lo largo del capítulo, el énfasis se pondrá sobre todo en la seguridad del proceso, que en diferentes industrias de riesgo recibe diferentes nombres como seguridad nuclear (en centrales nucleares), seguridad operacional (en aviación y transporte en general) o seguridad del paciente (en hospitales). Además, el acento se pondrá en la seguridad del proceso de industrias de alto riesgo y en las que las consecuencias de un fallo en la seguridad del mismo pueden tener consecuencias catastróficas, como la explosión de un reactor nuclear, la caída de un avión en medio del océano, el descarrilamiento de un tren, o la propagación de una epidemia entre la población. En estos sistemas de alto riesgo se encuentran, a menudo, Organizaciones de Alta Fiabilidad, de las que pueden derivarse grandes aprendizajes para la gestión de la seguridad, tanto personal como de procesos, a otras organizaciones en las que los riesgos no son tan altos.

#### **4. El error humano: ¿principal causa de accidentes?**

A pesar de la evolución histórica en la explicación de los accidentes (desde un fallo en la tecnología, pasando por el error humano, hasta un fallo en la interacción entre el sistema social y el tecnológico, y finalmente en la cultura organizacional), todavía hoy se sigue considerando al factor humano como el responsable de la mayor parte de los accidentes, con números que oscilan de unos sectores a otros entre un 70% y un 90%. Si, por ejemplo, el 75% de los accidentes de aviación tienen como causa principal al piloto (Aircraft Owners and Pilots Association, 2015), el 90% de los accidentes de tráfico se atribuyen al error humano según un estudio del Centro de Experimentación y Seguridad Vial MAPFRE (Clavero, 2016). De igual forma, el error médico se considera ya la tercera causa principal de muerte en Estados Unidos (Makary y Daniel, 2016).

Hollnagel se refiere a la tendencia a atribuir la causa de los accidentes al error humano y a terminar el análisis de accidentes una vez se ha encontrado a la persona que no ha hecho el trabajo como debía, como “el dilema del error humano”. Hollnagel argumenta que, cuando algo va mal (ej.: 1 evento de cada 100.000), se asume que las personas son responsables en el 80-90% de los casos. El 10%-20% restante se atribuye a otros factores (ej.: la tecnología, la meteorología adversa, las catástrofes naturales, etc.). En estos casos, en ese evento entre 100.000 en el que las cosas han ido mal, se considera que investigar lo que ha ocurrido (el fallo) es importante y se destinan multitud de recursos para tratar de

determinar las causas, con la intención de aprender del pasado, y de poner remedio para que no vuelva a suceder en el futuro.

Pero ¿qué pasa con el resto de eventos, esos 99.999 eventos de cada 100.000 en los que las cosas han ido bien? ¿Son también las personas responsables en el 80%-90% de los casos? ¿Y quién o qué es el responsable en el 10%-20% restante? En estos casos, rara vez se lleva a cabo una investigación sobre por qué se tiene éxito, sobre por qué las cosas normalmente van bien, y quién o qué es responsable de que las cosas funcionen bien de manera habitual, y si el factor humano puede estar también detrás cuando las cosas salen bien.

## **5. Nuevos paradigmas en la gestión de la seguridad**

Una vez planteado “el dilema del error humano”, creemos que empieza a verse que sólo el hecho de lanzar estas preguntas es en sí ya muy revolucionario, al menos en el ámbito aplicado de la gestión de la seguridad. Sin embargo, no es la única voz que se ha elevado para plantear lo que podríamos ver como un cambio de paradigma en la gestión de la seguridad. En este capítulo vamos a sintetizar dos propuestas que se recogen en dos libros que aparecieron en el mismo año, 2014: *Safety differently: Human factors for a new era* (‘Seguridad de forma diferente: Factores humanos para una nueva era’), del piloto de aviación y profesor Sidney Dekker, y *Safety-I and Safety-II: The past and future of safety management*, del profesor Erik Hollnagel.

### **5.1. Seguridad de forma diferente**

Para Dekker (2014), la gestión tradicional de la seguridad tiene una fuerte influencia del movimiento de la Ilustración, del Modernismo y de la imagen del mundo cartesiano-newtoniana que heredamos del siglo XVII. La Ilustración sugirió que, si usamos la razón, si pensamos más sobre un determinado problema, podemos hacer un mundo mejor y contribuir a su constante mejora. El Modernismo y la concepción del mundo basada en la filosofía de Descartes y la física de Newton entienden que la racionalidad científico-técnica puede crear ese mundo mejor, más seguro, predecible y controlable. Aplicado a la gestión de la seguridad, una promesa que se deriva del Modernismo es que podemos lograr lugares de trabajo sin lesiones, incidentes o accidentes. Si, por ejemplo, planeamos el trabajo cuidadosamente, si lo diseñamos bien y, posteriormente, formamos, disciplinamos y monitorizamos a la gente que va a desempeñar el trabajo (como recomendaba la Dirección Científica de Taylor), podremos llegar a vivir en un mundo sin error humano.

Este compromiso con la mejora constante se refleja en las Visiones Cero de muchas industrias y organizaciones alrededor del mundo, desde el tráfico de carreteras a la construcción. En Finlandia, por ejemplo, más de 280 empresas forman parte del Forum Cero Accidentes, lo que supone aproximadamente un 10% de la fuerza laboral. Dekker se muestra bastante crítico con este tipo de iniciativas. El problema es que estos programas a veces conllevan la supresión de evidencia acerca de incidentes, lesiones u otros aspectos de seguridad. A este respecto, distingue entre programas de incentivos de seguridad basados en indicadores de seguridad y programas de incentivos de seguridad basados

en conductas. Premiar a la gente por tener pocos incidentes de seguridad puede llevar a que no se reporten incidentes que tienen lugar y, en ese sentido, ser absolutamente perjudicial. El problema de los programas de Visión Cero es que se definen por su variable dependiente y no por las variables a manipular para conseguir seguridad. Manipular una variable dependiente es algo que la ciencia considera imposible o poco ético profesionalmente. La honestidad y el aprendizaje pueden sufrir y, a la larga, hacerlo la seguridad. De hecho, existe evidencia de una correlación inversa entre el número de incidentes y el riesgo de fatalidad (de sufrir un accidente mortal). Un estudio finlandés llevado a cabo en construcción y en producción desde 1977 hasta 1991 reveló que existía una fuerte correlación negativa entre el reporte de incidentes y las muertes (Saloniemi y Oksanen, 1998). Cuanto menor es el número de incidentes registrados, mayor es la probabilidad de experimentar un accidente fatal. Filosofías como la Visión Cero pueden llevar a la gente a ocultar y no reportar incidentes que han tenido lugar, y crear así una falsa sensación de seguridad. Se pueden ocultar incidentes o lesiones, pero lo que no se puede ocultar son las muertes. Otro estudio reciente con una muestra de 16000 trabajadores reveló un amplio cinismo hacia la Visión Cero (Donaldson, 2013).

Por otra parte, argumenta Dekker que, si actualmente los accidentes están vinculados a la complejidad tecnológica e interactiva de los procesos que tratamos de gestionar (ej.: la fabricación de la electricidad a partir de la fisión nuclear), como explica la Teoría de los Accidentes Normales (Perrow, 1984) que veremos más adelante, no llegaremos muy lejos si pensamos en términos de componentes Newtonianos y de relaciones causa-efecto. Modelos lineales y reduccionistas siempre se equivocarán cuando traten de predecir un mundo donde la seguridad y el riesgo son emergentes y no lineales. Junto a ello, los modelos dualistas Cartesianos siempre errarán en un mundo donde la frontera entre lo que está en la cabeza y lo que está en el mundo exterior no pueda separarse de forma precisa. Ambas concepciones no son de gran utilidad cuando confrontamos un mundo que se caracteriza por el cambio, la complejidad y la diversidad.

Para Dekker, el enfoque tradicional en seguridad, que denomina “seguridad modernista”, ha llevado a mejoras significativas en la gestión de la seguridad, pero en muchas industrias no será capaz de ofrecer mucho más que el mero mantenimiento de los niveles actuales de seguridad. Para que exista un progreso real deben producirse una serie de transiciones clave desde lo que denomina la “seguridad modernista” a la “nueva era de la seguridad” y que pueden verse resumidas en la Tabla 1.

Dekker sintetiza los puntos clave de su propuesta para una nueva era en seguridad:

- No debería verse a la gente como un problema que controlar sino como una solución que se puede aprovechar.
- No debería definirse la seguridad como la ausencia de negativos, sino como la presencia de capacidades positivas.
- Se debería confiar en la gente más de lo que se hace en la burocracia, los protocolos y los procesos.
- La “Visión Cero” en seguridad (tratar de tener cero accidentes, incidentes, etc.) es una meta modernista poco realista que puede tener consecuencias negativas, como la inhibición a la hora de reportar eventos negativos y malas noticias, la

estigmatización de la gente implicada en accidentes, y un uso ineficiente de recursos de investigación.

- La deferencia al conocimiento experto es clave para una buena gestión de la seguridad. Es coherente con la idea de que las personas no son un problema que controlar sino una oportunidad que se puede aprovechar. A menudo en el trabajo surgen sorpresas (ej.: cosas que nadie fue capaz de anticipar, para las que no existe un procedimiento o en las que no hemos sido formados). Surgirán situaciones no previstas, bien por incertidumbre, por recursos limitados o por múltiples metas que entran en conflicto. En esas ocasiones, los trabajadores, a menudo aquellos que se encuentran en la primera línea, deben ser capaces de aplicar sus habilidades y conocimientos para responder a esas situaciones y evitar que lleguen a mayores. La deferencia al conocimiento experto significa implicar o hacer partícipe a aquellos que tienen práctica en reconocer riesgos y anomalías en procesos operativos. Como veremos en el próximo capítulo, las Organizaciones de Alta Fiabilidad son expertas en este punto.

**Tabla 1.** Seguridad modernista y nueva era de seguridad (adaptado de Dekker, 2014).

SEGURIDAD MODERNISTA	NUEVA ERA DE SEGURIDAD
La gente es un problema que controlar.	La gente es una solución que se puede aprovechar.
La seguridad se define como la ausencia de negativos (lesiones, incidentes) que revelan cuándo van mal las cosas.	La seguridad se define como la presencia de capacidades, habilidades y competencias que hacen que las cosas vayan bien.
La seguridad es un reporte burocrático de responsabilidades hacia arriba en la organización.	La seguridad es una responsabilidad ética dirigida hacia abajo en la organización.
Las relaciones causa-efecto son lineales y no problemáticas.	Las relaciones causa-efecto son complejas y no lineales.
Vocabulario de control, restricciones y déficit humano.	Vocabulario de empoderamiento, diversidad y oportunidad humana.

- La ingeniería de la resiliencia proporciona un nuevo marco para comprender a la gente como una solución que se puede aprovechar. La resiliencia se define como la capacidad de un sistema para reconocer, absorber y adaptarse a alteraciones no previstas (Hollnagel et al., 2013). La ingeniería de la resiliencia tiene que ver con desarrollar la capacidad adaptativa de las personas, los equipos y las organizaciones de manera que puedan reconocer, absorber, adaptarse y recuperarse de influencias dañinas que pueden implicar una pérdida del control.

Como veremos a continuación, muchas de estas ideas son comunes a la propuesta de Hollnagel para el futuro de la gestión de la seguridad.

## **5.2. De la Seguridad-I a la Seguridad-II**

Hollnagel (2014) compara el enfoque clásico en la gestión de la seguridad, al que se refiere como seguridad-I, con un nuevo enfoque, al que se refiere como seguridad-II, teniendo en cuenta cinco criterios diferenciales: la definición de seguridad, el enfoque reactivo/proactivo en la gestión de la seguridad, la explicación que se hace de los accidentes, la actitud hacia el factor humano y el rol de la variabilidad del desempeño. Nos hemos permitido añadir un último criterio en el que ambos enfoques diferirían también: la estrategia que ponen en marcha para la gestión de la incertidumbre (Grote, 2016). Las principales diferencias se muestran resumidas en la Tabla 2.

### **5.2.1. Seguridad-I**

Las principales características de esta aproximación son las siguientes:

- La seguridad se define como aquella condición en la que el número de cosas que van mal sea tan bajo como sea posible. La seguridad es “si nada va mal” o “si estamos libres de riesgos inaceptables”. La seguridad es la ausencia de accidentes y/o incidentes o, como veíamos antes, mantenerlos en un nivel aceptable.
- En este enfoque predomina una gestión reactiva de la seguridad, es decir, se da respuesta cuando ocurre un evento inesperado (ej.: un accidente), o cuando algo es categorizado como un riesgo inaceptable. Podría contraargumentarse que en el enfoque de la gestión clásica de la seguridad se realizan análisis de riesgos que tratan de mirar a posibles eventos futuros que podrían suponer un riesgo para la salud de los trabajadores y que, en ese sentido, sería proactiva. Efectivamente, podría ser así. Sin embargo, la realidad nos indica que estos análisis de riesgos en la mayoría de los casos se hacen sólo una vez (ej.: al comienzo del ciclo de vida de un sistema). De forma excepcional, en algunas industrias en las que la seguridad es crítica se exige que dicho análisis se repita cada ciertos años. Sin embargo, para poder entender esta práctica como proactiva, estos análisis de riesgos deberían realizarse de forma sistemática y continua a lo largo del tiempo, lo que muy pocas veces ocurre.

- Se entiende que los accidentes son causados por fallos, errores, averías, y/o anomalías. Junto a ello, se cree que todo efecto tiene su causa y que siempre es posible llegar a identificar y a comprender estas causas. Por ello, se dedican muchos recursos a investigar los accidentes, para averiguar las causas y poner los medios necesarios para que no vuelva a ocurrir en un futuro. Esto se conoce como acercamiento de *find and fix* ('encontrar y reparar').
- Las personas son vistas predominantemente como un pasivo o como un riesgo. De hecho, la investigación de accidentes a menudo concluye que la causa principal ha sido un error humano.
- Se entiende que la variabilidad humana en el desempeño es perjudicial, y que debe ser impedida en la medida de lo posible. Para ello se establecen normas, reglas y procedimientos, y se espera que las personas los sigan.
- La estrategia, por tanto, de afrontamiento de la incertidumbre es básicamente la de "minimizar, reducir al máximo la incertidumbre", determinando procedimientos y normas de actuación, y controlando a las personas para que se adhieran a las mismas.

En síntesis, el énfasis está en encontrar las cosas que funcionan mal y determinar sus causas, para finalmente eliminarlas o aislarlas al poner más barreras en el caso de no poder eliminarlas, y mitigar así sus consecuencias negativas. Se entiende que todo accidente tiene su causa, que ésta puede ser comprendida, y que las causas de que las cosas funcionen o no son diferentes. Precisamente, la principal causa de que las cosas vayan mal es el error humano, por lo que la variabilidad humana debe ser reducida.

### 5.2.2. Seguridad-II

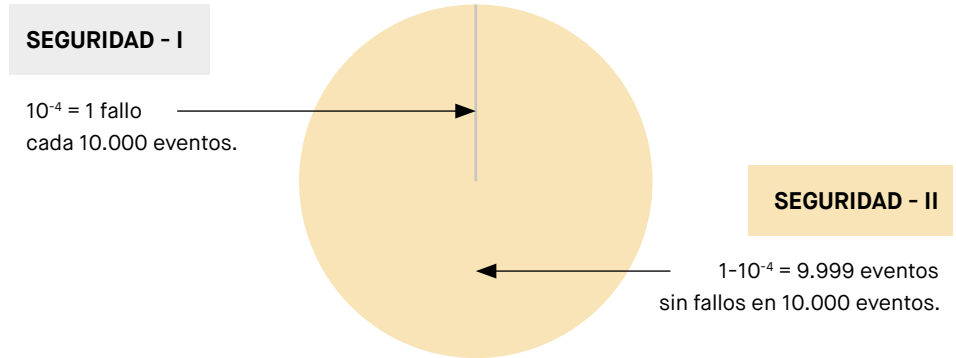
En contraste, la Seguridad-II presenta las siguientes características:

- La seguridad se define como aquella condición en la que el mayor número posible de cosas va bien. Por tanto, el énfasis se pone en lo que funciona bien. Al respecto apunta Hollnagel que, paradójicamente, en la Seguridad-I estamos estudiando la "no seguridad". Dedicamos mucho tiempo a analizar y sabemos mucho sobre por qué una vez de las 10.000 las cosas no fueron bien, pero no nos detenemos a analizar por qué las cosas han ido bien las 9.999 veces restantes, y qué factores son los que hacen que normalmente las cosas funcionen. Y además en esos costosos análisis de accidentes o incidentes estamos asumiendo que esa misma situación que ha fallado en el pasado puede volver a producirse en el futuro, lo que no tiene por qué ser así, de hecho, difícilmente se dará la misma situación exacta. El objeto de estudio en la Seguridad-II pasa a ser la "seguridad", es decir, todas esas situaciones en las que las cosas funcionaron bien (ver Figura 1). Para que nos hagamos una idea de lo que un evento entre 10.000 supone, Hollnagel indica que esa ratio correspondería a un sistema o a una organización donde el énfasis está más en el desempeño o en la eficiencia que en la seguridad, y que la probabilidad de estar en un accidente mortal en un vuelo comercial es de 1 entre siete millones, una ratio 350 veces menor. Desafortunadamente, la



probabilidad de que se extravíe una maleta en un vuelo comercial es bastante mayor: aproximadamente del uno por cien.

**Figura 1.** Objeto de estudio en Seguridad-I y Seguridad-II (adaptado de Hollnagel, 2014).



- La gestión de la seguridad es proactiva, tratando continuamente de anticipar eventos que podrían fallar. Más adelante, veremos la importancia que dan las Organizaciones de Alta Fiabilidad a esta cuestión.
- Respecto a qué causa los accidentes, se entiende que los factores que hacen que las cosas funcionen o no son los mismos. Es decir, que los factores que llevan a que las cosas fallen ocasionalmente son los mismos que hacen que las cosas de manera habitual funcionen. El propósito de una investigación de seguridad debe ser el de llegar a comprender cómo y por qué las cosas normalmente van bien para llegar a comprender también cómo y por qué las cosas ocasionalmente han ido mal. Se entiende además que muchas veces no es posible llegar a determinar las causas debido a la gran complejidad del entorno y al hecho de que muchos de los factores que forman parte del análisis interactúan entre sí.

Un caso muy ilustrativo de esto último es el caso del Boeing 787 Dreamliner, que cuenta también este autor. Las causas nunca llegaron a averiguarse y no fue precisamente por falta de interés ni por no destinar suficientes recursos. Al poco de su esperado lanzamiento mostró problemas de sobrecalentamiento de las baterías de litio, una de sus principales novedades. En enero de 2013, los reguladores ordenaron mantener en tierra la flota de aviones 787 en todo el mundo, después de que las baterías de litio se sobrecalentaran en dos jets en dos incidentes separados en menos de dos semanas (en una incluso llegó a incendiarse). Cada mes en tierra le suponía a Boeing un coste de 200 millones de dólares. Más de 500 ingenieros estuvieron trabajando junto a expertos externos tratando de determinar las causas para encontrar una solución y que se les permitiera volar nuevamente. Tras más de 200.000 horas para averiguar por qué las baterías se sobrecalentaban, la causa principal del sobrecalentamiento de las baterías no fue determinada,

y finalmente tuvieron que reconocer que no sabían el motivo. Boeing modificó el sistema de baterías instalando cajas de acero alrededor de las baterías para contener el fuego en caso de que volvieran a incendiarse e instaló un tubo de ventilación para permitir que el humo pudiera ventilarse fuera de la aeronave. No podían eliminar el riesgo, dado que no habían sido capaces de llegar a determinar la causa, pero sí poner una barrera más. En abril de 2013 (tres meses después), la Administración de Aviación Federal de Estados Unidos permitió que el 787 reanudara sus servicios.

- Las personas o el factor humano se consideran un recurso necesario para la flexibilidad, por una parte, para el buen funcionamiento diario y, por otra, para la resiliencia del sistema, es decir, para seguir funcionando y para recuperar la estabilidad cuando un evento inesperado se desencadena. En el próximo capítulo volveremos al concepto de resiliencia.
- La variabilidad humana en el desempeño es un hecho, pero es absolutamente necesaria para que las cosas funcionen bien. Todos tenemos que hacer pequeños ajustes en el día a día de nuestro trabajo para que las cosas funcionen. El entorno es tan complejo, incierto y dinámico que no podemos prever todos los eventos que pueden ocurrir y la respuesta más adecuada ante los mismos. Por ello, la persona debe hacer ajustes en su desempeño diario para conseguir que las cosas funcionen bien.
- Por último, el método básico ante la incertidumbre es tratar de gestionarla, dando flexibilidad a las personas para adaptar su comportamiento a la situación. La variabilidad humana es inevitable y útil, y simplemente debe ser observada y gestionada. El enfoque de afrontamiento minimizando el riesgo mediante el control del comportamiento humano funciona si la incertidumbre es baja. En los tiempos actuales la incertidumbre sólo puede reducirse parcialmente y, por tanto, gestionar la incertidumbre y dar flexibilidad a los trabajadores es fundamental. Pero los dos enfoques son compatibles: habrá que ver qué incertidumbre debemos reducir y qué incertidumbre hay que aceptar. Grote (2016) habla incluso de que en algunos momentos va a interesar aumentar la incertidumbre, por ejemplo, estimulando la conducta de voz, la comunicación ascendente, de abajo a arriba (*bottom-up*). De la misma manera, el enfoque de la Seguridad-II no es incompatible con el de la Seguridad-I, sino que es un complemento absolutamente necesario en los tiempos actuales. Es evidente que los accidentes no deben dejar de investigarse, pero las miras tienen que ser más amplias.

En síntesis, en el nuevo paradigma el factor humano es fundamental para entender la seguridad, pero no tanto porque sea la principal causa de accidentes, sino porque los ajustes en su comportamiento, absolutamente necesarios, hacen que la mayoría de las veces las cosas funcionen bien, a pesar de estar en entornos complejos, dinámicos y de alta incertidumbre. Este es un elemento común a las novedosas propuestas para el futuro de la gestión de seguridad realizadas por los profesores Sidney Dekker y Erik Hollnagel. Sin embargo, y como matiza este último, aunque deben darse pasos hacia la Seguridad-II, ésta no viene a sustituir sino a complementar el enfoque de la Seguridad-I.

En línea con el enfoque de la Seguridad-II, que enfatiza comprender por qué las cosas funcionan bien, en el próximo apartado vamos a detenernos a estudiar las Organizaciones de Alta Fiabilidad, organizaciones que se distinguen por operar en entornos de gran riesgo y altamente complejos y que, sin embargo, se organizan para conseguir desempeños fiables y seguros de forma consistente a lo largo del tiempo. Por qué la literatura sobre Organizaciones de Alta Fiabilidad ha quedado al margen de la corriente dominante tanto en gestión de seguridad como en el ámbito de la Psicología de las Organizaciones es algo que resulta sorprendente, dado que pueden servir de modelo para otras organizaciones en sus intentos por conseguir mejorar su gestión de la seguridad.

**Tabla 2.** Principales diferencias entre la Seguridad-I y la Seguridad-II (adaptado de Hollnagel, 2014).

	<b>SEGURIDAD - I</b>	<b>SEGURIDAD - II</b>
<b>Definición de seguridad</b>	Que vayan mal el menor número de cosas posibles.	Que vayan bien el mayor número de cosas posibles.
<b>Principio de gestión de la seguridad</b>	Reactiva, responde cuando ocurre algo, o algo es categorizado como un riesgo inaceptable.	Proactiva, continuamente trata de anticipar eventos.
<b>Explicación de los accidentes</b>	Son causados por fallos y anomalías. El propósito de una investigación es identificar las causas (acercamiento <i>find-and-fix</i> ).	Los factores que hacen que las cosas funcionen o no son los mismos. El propósito de una investigación es comprender cómo las cosas normalmente van bien para explicar cómo ocasionalmente van mal.
<b>Actitud hacia el factor humano</b>	Las personas son vistas predominantemente como un pasivo o como un riesgo.	Las personas se consideran un recurso necesario para la flexibilidad y la resiliencia del sistema.
<b>Rol de la variabilidad del desempeño</b>	Perjudicial, debería ser impedida en la medida de lo posible.	Inevitable, pero al mismo tiempo útil. Debe ser observada y gestionada.
<b>Gestión de la incertidumbre</b>	Minimizar, reducir el riesgo: procedimientos y control.	Gestionarla: flexibilidad.

## 6. Sistemas de alto riesgo

Existen toda una serie de sectores industriales y, dentro de estos, organizaciones y equipos de trabajo en los que, por la naturaleza y complejidad de su actividad, el potencial para el error, y no sólo para el error, sino para el desastre, es abrumador. Son conocidos como industrias o sectores empresariales de alto riesgo y en ellos la seguridad es crítica. Algunos ejemplos típicos de sectores de alto riesgo y en los que la seguridad es crítica serían la industria nuclear, la aviación comercial y la gestión del tráfico aéreo, el transporte ferroviario y marítimo, la industria petrolera, la química, o la de la atención a la salud. Se trata de sectores y organizaciones muy diversos, pero que comparten una demanda única: no tienen más opción que funcionar de forma segura y fiable a lo largo del tiempo, porque las consecuencias de no hacerlo pueden ser catastróficas. Pero ¿acaso es posible funcionar de forma segura y fiable consistentemente a lo largo del tiempo? Algunos autores, como el sociólogo de la Universidad de Yale Charles Perrow (1984), y su Teoría de los Accidentes Normales responden negativamente a esta cuestión.

## 7. Teoría de los Accidentes Normales

Bienvenidos a las tecnologías de alto riesgo. Así empezaba el libro *Normal Accidents*, que Perrow publicó en 1984. Su tesis principal es que ciertos accidentes son normales, en el sentido de inevitables, dadas las características estructurales de ciertos sistemas. El autor se refiere a estos accidentes provocados por las propias características del sistema como accidentes sistémicos, y considera que es una cuestión de tiempo que lleguen a producirse.

Para Perrow, el desarrollo tecnológico ha llevado a la aparición de industrias u organizaciones de alto riesgo, sistemas de alto riesgo según su propia terminología. Son dos las características de los sistemas de alto riesgo: la complejidad interactiva y el acoplamiento fuerte. Por complejidad interactiva o interacción compleja se refiere a que las interacciones posibles entre los diferentes elementos o componentes de un sistema son múltiples y difíciles, por no decir imposibles, de predecir. Por acoplamiento fuerte o estrecho (*tight coupling*) se refiere a que los diferentes elementos o componentes del sistema están tan estrechamente interconectados, que lo que ocurre en una de esas partes o unidades necesariamente repercute en el resto (o al menos en algunas otras partes del sistema). Si unimos ambas características, el resultado es que un fallo cualquiera, por pequeño que sea, difícilmente podrá aislarse, y tendrá repercusiones sobre otros elementos del sistema, con el agravante de no saber exactamente sobre cuáles ni de qué manera les puede afectar. En estos sistemas, más tarde o más temprano ocurrirán accidentes. A este tipo de accidentes se refiere Perrow como accidentes sistémicos o normales. No se refiere, por tanto, a su frecuencia. Son accidentes normales en el sentido de que es el resultado lógico de las propiedades inherentes a dichos sistemas. Los accidentes son esperables y predecibles, en el sentido de que la complejidad del sistema, unida a la estrecha relación existente entre los diferentes componentes, facilita el que un pequeño fallo o desviación en un componente interactúe con otros desencadenando una catástrofe. Los accidentes sistémicos son infrecuentes, pero eso no es en absoluto tranquilizador cuando pueden provocar catástrofes.

La mayoría de estos sistemas de alto riesgo (sectores, industrias y organizaciones de alto riesgo) tienen potencial catastrófico, esto es, la posibilidad de poner fin de un solo golpe a las vidas de cientos de personas, y de extender sus consecuencias a miles y millones de personas en un futuro. Curiosa pero lamentablemente, no pudo ser más certera la predicción que Perrow realizó para la industria nuclear: “La probabilidad de que se produzca la fusión del núcleo de un reactor nuclear y se libere material radiactivo a la atmósfera, no es de una vez en un millón de años (*como parecían afirmar expertos del sector*), sino que se aproxima más a una vez en algún momento de la próxima década” (1984, p.20). Dos años después de la publicación de su libro tuvo lugar la fusión del núcleo del reactor n.º 4 de Chernóbil, la mayor catástrofe de la industria nuclear, que se cobró o cobrará directa o indirectamente la vida de más de 4.000 personas según los informes más conservadores (The Chernobyl Forum, 2005), y más de 60.000 personas según otros (Fairlie y Sumner, 2006), y que supuso la evacuación de unas 135.000 personas. Asimismo, con tremendas implicaciones también para el medio ambiente, con un área de casi 40.000 km<sup>2</sup> contaminada, afectando a más de un millón de personas. Además de la exterminación de bosques enteros, a fecha de hoy, dentro de la Unión Europea aún permanecen órdenes de restricción para la producción, transporte y consumo de comida contaminada por la lluvia radiactiva producida por Chernóbil.

En contraste con la Teoría de los Accidentes Normales, y con las predicciones deterministas de Perrow (los accidentes son inevitables), en estos entornos de alto riesgo encontramos una serie de organizaciones que consiguen funcionar de manera fiable a lo largo del tiempo, a pesar de tener “un millón de accidentes esperando ocurrir” (Weick y Sutcliffe, 2015, p.2). Estas organizaciones han recibido el nombre de Organizaciones de Alta Fiabilidad. Hay un reconocimiento dentro de estos entornos de alto riesgo y de seguridad crítica de la importancia de fijarse en las Organizaciones de Alta Fiabilidad y en lo que hacen estas organizaciones como ejemplo a imitar para la mejora de su propia gestión.

## 8. Teoría de las Organizaciones de Alta Fiabilidad

El concepto de Organizaciones de Alta Fiabilidad (en adelante, OAF) fue introducido a finales de la década de los 80 por un grupo de investigadores de la Universidad de Berkeley (California) (LaPorte y Consolini, 1991; Roberts, 1990; Roberts y Rousseau, 1989; Rochlin et al., 1987). En sus primeros escritos, Karlene Roberts afirmaba que una manera de identificar este tipo de organizaciones era respondiendo a la siguiente pregunta: “¿cuántas veces podría esta organización haber fallado resultando en consecuencias catastróficas y no lo hizo? Si la respuesta es del orden de decenas de miles de veces, la organización puede ser considerada una OAF” (Roberts, 1990, p.160). Aunque esta definición no ha estado exenta de críticas, podemos definir las OAF como organizaciones que han tenido éxito en evitar catástrofes en un entorno donde debido a sus características estructurales (complejidad interactiva y fuerte acoplamiento), cabría esperar que tuvieran lugar accidentes con cierta “normalidad”.

Distanciándose de esta perspectiva, Rochlin (1993) argumentó que estas organizaciones no se distinguen por la ratio de accidentes, sino por la forma en la que manejan sus complejas y arriesgadas tecnologías: “Lo que distingue a las OAF no es su ratio de

error o de accidentes absoluto, sino su gestión efectiva en el uso de tecnologías arriesgadas a través del control organizacional tanto del peligro como de su probabilidad...” (Rochlin, 1993, p.17).

Esta frase sugiere que una OAF puede ser entendida con mayor sentido si se la define desde los procesos que utiliza para gestionar con éxito los riesgos implicados en estos sistemas complejos más allá de las meras estadísticas en accidentes. Desde entonces, numerosos expertos han estudiado qué es lo que hacen estas organizaciones, cómo se organizan para poder llegar a conseguir este desempeño seguro y fiable a lo largo del tiempo, a pesar de estar en entornos de tanto riesgo y complejidad, bajo la esperanza de que pueda ser un modelo que imitar por otras organizaciones. Algunos de los modelos más destacados son los de Roberts y Rousseau (1989), Roberts (1990), Bierly y Spender (1995), o Roe y Schulman (2008). Aunque su exposición excede el objetivo de este capítulo, puede encontrarse una explicación más detallada de muchos de ellos en Martínez-Córcoles (2012).

## **9. Principios fundamentales de las Organizaciones de Alta Fiabilidad**

En esta línea, probablemente el modelo más conocido es el de Weick y colaboradores (Weick et al., 1999; Weick y Sutcliffe, 2007; Weick y Sutcliffe, 2015). Estos autores identificaron cinco características o principios fundamentales de las OAF: la preocupación por el error, la resistencia a simplificar, la sensibilidad a las operaciones, el compromiso con la resiliencia y la deferencia al conocimiento experto. Veamos cada uno de ellos con algo más de detalle.

### ***9.1. Preocupación por el error***

El primero es la preocupación por el error, e implica mantener una preocupación constante por los errores, tanto reales como potenciales. Esta preocupación por el error se manifiesta en cuatro características básicas.

En primer lugar, en estas organizaciones las personas son tremendamente conscientes de que encaran entornos muy complejos y en los que el potencial para el error o para el surgimiento de eventos inesperados es enorme. Son muy conscientes de que hay multitud de factores que podrían llevar a un evento inesperado y que las cosas podrían fallar de maneras que nadie ha sido capaz de imaginar. Para reducir las posibilidades de que algo falle, se esfuerzan por poner máxima atención y concentración en la realización de su trabajo. Además, esa misma consciencia les hace ser precavidos ante el éxito (ej: no ha sucedido nada en mucho tiempo), y estar alerta ante los riesgos potenciales del éxito, incluyendo la complacencia y la tentación de reducir márgenes de seguridad.

En segundo lugar, tratan de anticipar cualquier cosa que podría fallar en un momento dado. Es decir, en estas organizaciones y equipos se realiza una búsqueda proactiva de potenciales errores. Se hacen esfuerzos importantes y constantes por anticipar cosas que podrían ir mal, tratan de ir un paso por delante y de pensar en las consecuencias que podrían derivarse de cualquier acción que emprenden. Trabajan duro para identificar

actividades en las que no pueden fallar y para concretar errores que no deben cometer.

En tercer lugar, conceden una gran importancia a detectar y reportar errores. La gente siempre informa de los errores o las desviaciones que observan. No ignoran los errores, fallos, desviaciones, por pequeños o tontos que parezcan. No les quitan importancia cuando ocurren. Al contrario, están atentos a su detección. Se esfuerzan activamente por detectar errores y darles importancia. Además, intentan identificar dichos errores o eventos inesperados en su fase inicial, cuando son todavía pequeños, cuando es difícil detectarlos, pero acabar con ellos es muy sencillo. Pero si todo el mundo está dispuesto a reportar errores o desviaciones sobre lo esperado, es porque estas organizaciones crean condiciones para ello. Estas condiciones incluyen una cultura de “no matar al mensajero” y “la no búsqueda de chivos expiatorios”, el establecimiento de una cultura justa (no se castigan errores involuntarios), y estimular el reporte de errores, como una oportunidad para aprender y una manera de obtener una visión realista de las operaciones. Como afirman Weick et al. (1999, p.40): “(...) el valor de permanecer totalmente informado (del error) y ser consciente de la potencialidad de cada error es mucho mayor que la satisfacción interna o externa al identificar y castigar al individuo y/o la fabricación de un chivo expiatorio para desviar la crítica interna o externa”. En la literatura se encuentran incluso ejemplos de empresas que puntualmente han recompensado el reporte de un error de un operario que, de no haber sido informado, podría haber sido muy costoso para la organización (Landau y Chisholm, 1995; Westrum, 1993). Los errores se ven como oportunidades de aprendizaje de cara al futuro y se trabajará con ellos para extraer “lecciones aprendidas” y emprender acciones para impedir que ese mismo error u otros similares vuelvan a repetirse en un futuro, aunque esto ya forma parte del cuarto principio, el compromiso con la resiliencia, por lo que lo veremos con mayor detalle más adelante.

Finalmente, el mínimo desliz es tratado como síntoma de algo más serio. Tratan cualquier desliz, cualquier incidente, cualquier desviación por mínima que sea, como un síntoma de que algo más serio puede ir mal en el sistema, o de que ese mínimo error podría tener consecuencias severas en un momento dado si varios pequeños errores aislados coincidieran a la vez.

## **9.2. Resistencia a simplificar**

Otra forma en que las OAF gestionan la incertidumbre es resistiéndose a simplificar. Implica que estas organizaciones y los equipos dentro de ellas tratan de forma activa de evitar análisis simples de fenómenos complejos que pudieran conducirles a conclusiones erróneas. Saben que el entorno en el que se mueven es complejo, inestable, desconocido e impredecible, y por ello se posicionan para ver tanto como sea posible. Emprenden pasos deliberados para hacer fotografías más completas y matizadas de lo que encaran en cada momento. La resistencia a simplificar se manifiesta de cuatro formas básicas.

En primer lugar, cuando se está interpretando y diagnosticando lo que sucede en el entorno (ej.: aparición de un evento inesperado), las OAF ponen barreras para evitar asumir demasiado y sacar conclusiones demasiado rápido. Ello implica al menos dos cuestiones. Primero, no quedarse con la primera explicación que parece razonable, a pesar de que la propia naturaleza humana nos impulsa a ello. Queremos tener control sobre

lo que ocurre a nuestro alrededor y, cuando ocurre algo inesperado, buscamos comprender las causas. No saber a qué se debe algo nos pone nerviosos, por lo que a menudo nos aferramos a la primera explicación que encontramos. El problema es que desde el momento en que lo hacemos, ya estamos sesgando el resto de nuestras percepciones. Cualquier información nueva se interpretará desde esa primera explicación razonable, y nos impedirá ver otras explicaciones posibles. Por ello, evitan llegar a conclusiones hasta que un análisis más profundo de la situación ha tenido lugar. Y segundo, evitar realizar análisis demasiado rápidos y simplistas, sin duda el más frecuente de todos: culpar al operador. Por ello, se anima a la gente a dar menos cosas por supuestas, a asumir menos, a tratar de ignorar menos y a tratar de ver más. Complementariamente, se les anima también a desafiar las asunciones realizadas por otros.

En segundo lugar, las OAF se resisten a simplificar prestando atención a nuevas evidencias o a información de que una situación ha cambiado, en lugar de confiar en explicaciones del pasado. Precisamente, una de las asunciones más peligrosas es la de interpretar una situación presente a partir de etiquetas que nos fueron útiles en el pasado. Cuando las OAF reconocen un evento como algo que ya han experimentado y controlado antes, ese reconocimiento, al contrario de lo que ocurriría en la mayoría de organizaciones, es una fuente de preocupación más que de confort. La preocupación tiene que ver con que similitudes superficiales entre el presente y el pasado enmascaren diferencias más profundas que podrían ser a la postre fatales.

Otra asunción muy peligrosa es creer que las etiquetas que usamos para dar nombre a lo que estamos viendo reflejan realmente esa situación. No se trata sólo de que no podemos olvidar que “el mapa no es el territorio”, sino que incluso podemos estar empleando un mapa que no se corresponde con el territorio en cuestión. Las etiquetas son útiles para entender lo que estamos viendo y para comunicarnos con otras personas, y construir una visión compartida de lo que estamos encarando en cada momento. Pero deben usarse con mucha prudencia sabiendo, primero, que dicha etiqueta podría responder a un diagnóstico fallido de la situación, y que debemos estar atentos a cualquier nueva evidencia de que efectivamente el diagnóstico inicial pudo ser erróneo, en lugar de empeñarse en interpretar y hacer encajar las nuevas evidencias dentro del diagnóstico inicial. Segundo, que las situaciones que encaramos en cada momento son dinámicas y, de hecho, se ven influidas también por nuestras propias acciones y decisiones en base a lo que vamos interpretando en cada momento. Ello implica que debemos estar dispuestos a usarlas sólo de forma provisional y tentativa, y que debemos abandonarlas y reemplazarlas en cuanto comenzamos a tener evidencias, o simples indicios, de que no reflejan bien la situación. Por ello, las OAF y los equipos dentro de ellas pasan tiempo analizando una nueva situación en lo que tiene de distinta en lugar de confiar en viejas explicaciones basadas en hechos pasados. Además, cuando tratan de dar sentido a una situación inesperada, no se quedan ancladas en la primera explicación que hicieron de la situación, sino que prestan atención a cualquier nueva evidencia o indicio de que algo ha cambiado.

Una tercera forma de resistir a la simplificación es estimulando ricos intercambios de puntos de vista que permitan tener una visión más completa de lo que está teniendo lugar en el entorno laboral y hacer diagnósticos más completos de los eventos inesperados a los que se está haciendo frente en cada momento. La diversidad (ej: personas con diferentes bagajes formativos, de diferentes áreas de la empresa, con experiencias



laborales diversas, etc.) se entiende como una fuente de riqueza que permite ver más, captar más matices, y huir de explicaciones simplistas. Las OAF dan la bienvenida a las experiencias diversas, a la divergencia de opiniones y puntos de vista, y al intercambio constructivo de esos puntos de vista.

En cuarto lugar, se estimula dentro de la organización y en los equipos una actitud crítica y de cuestionamiento, hasta de escepticismo “hacia la sabiduría recibida”, de duda constante sobre todos los aspectos operacionales, y especialmente cuando se trata de interpretar o dar sentido a lo que está sucediendo en el entorno. Se sabe que hacer preguntas o manifestar dudas de forma abierta ayuda a comprender lo que está ocurriendo en el trabajo, por lo que se estimula una actitud de cuestionamiento en todos los niveles de la organización.

### **9.3. *Sensibilidad a las operaciones***

El tercer principio característico de las OAF es la sensibilidad a las operaciones. Consiste en que las OAF prestan atención a lo que ocurre en la primera línea (*front-line*, *front-end* o *sharp-end*), donde se realiza el trabajo crítico. De esta manera, los equipos y los líderes son conscientes de la realidad de lo que está sucediendo en las operaciones en cualquier momento. Esta sensibilidad hacia las operaciones se pone en práctica fundamentalmente de tres formas.

En primer lugar, la gente se mantiene constantemente consciente de los detalles de las operaciones que están en marcha más allá de su propio trabajo. Tratan de tener una visión comprensiva de las operaciones actuales, una fotografía actualizada de lo que está teniendo lugar en la organización. Para ello, comparten información en tiempo real sobre las operaciones en marcha a través de prácticas diversas (ej: reuniones frecuentes de actualización de las operaciones, amplia difusión de indicadores de desempeño que permiten monitorizar el estado de las operaciones, interacciones cara a cara constantes, reuniones interdepartamentales, etc.).

En segundo lugar, los directivos y mandos de cada uno de los equipos se mantienen en contacto con la realidad de las operaciones que están teniendo lugar en primera línea. Para ello, es muy importante estar en contacto continuo con esos trabajadores de la primera línea, y escuchar lo que tienen que decir, sus puntos de vista, perspectivas, lo que observan, etc. El contacto con esos trabajadores de la primera línea les permite tener una visión realista del estado de la operación y de la seguridad dentro de la organización, clave para tomar buenas decisiones. Por otra parte, permite que las anomalías se detecten cuando todavía se pueden tratar y cuando pueden ser aisladas. Por ejemplo, una enfermera puede detectar rápidamente el empeoramiento del paciente tras la aplicación de una determinada medicación y ponerle remedio antes de que sea más grave. Pero para ello los líderes deben crear las condiciones para que sus colaboradores quieran comunicar hacia arriba (ej: difícilmente se atreverá a hablar alguien si cree que le van a poner en su sitio: “usted es enfermera, límitese a hacer su trabajo”). Además, los líderes deben estar fácilmente accesibles, especialmente en momentos en que pueden estar desarrollándose acontecimientos importantes que puedan requerir su consulta o intervención. Por último, ese contacto con la realidad del día a día es importante para detectar situaciones en las que existen diferencias entre el trabajo como se imaginó (*Work-as-Imagined*) por

parte del *blunt-end*, es decir, del personal directivo e ingenieros encargados de planificar y diseñar el trabajo a ejecutar, y el trabajo como se está realizando en el día a día (*Work-as-Done*) (Hollnagel et al., 2014).

A menudo los trabajadores en primera línea deben adaptar los procedimientos de trabajo a la realidad del día a día. Sin embargo, muchas veces los directivos y mandos, pertrechados en sus despachos o “torres de marfil”, desconocen que es así. La observación de discrepancias entre el “trabajo como se imaginó” por parte del personal *blunt-end* y “el trabajo como se está ejecutando” por parte del personal *sharp-end*, debe llevar a ricas dinámicas conversacionales dentro del equipo, que podrían derivar en la constatación de la necesidad de actualizar dichos procedimientos para ajustarlos a la realidad. Podría incluso constatar la imposibilidad de prever y plasmar por escrito la forma adecuada de proceder ante la multitud de situaciones complejas, dinámicas, e interactivas que se afrontan a diario en sistemas de alto riesgo como los descritos por Perrow (1984), y que la flexibilidad y variabilidad en el desempeño por parte del personal en la primera línea es absolutamente necesaria para que las cosas puedan funcionar (Hollnagel et al., 2014).

Finalmente, la responsabilidad por parte de los líderes de tener una visión realista y actualizada del estado de las operaciones no recae exclusivamente sobre ellos. La comunicación debe ser de doble vía. Ello implica que los miembros de su equipo deben tener un rol activo en comunicar y actualizar a sus líderes sobre el estado de las operaciones en marcha, incluyendo la observación de eventos inesperados y la detección de procedimientos de trabajo que no reflejan la realidad de las operaciones.

#### **9.4. Compromiso con la resiliencia**

El cuarto principio de las OAF es el compromiso con la resiliencia. Porque, a pesar de que las OAF hacen lo imposible como estamos viendo para no cometer errores y para que no haya eventos inesperados, ningún sistema es perfecto, y estos ocurren. De hecho, el verdadero sello de calidad de una OAF no es que no cometa errores, sino que los errores no le incapacitan.

La resiliencia se refiere a la capacidad de las OAF para afrontar los errores o los eventos inesperados, una vez producidos éstos, y reestablecer la operación normal. La resiliencia es una combinación de mantener pequeños los errores y de proporcionar soluciones que permitan mantener o recuperar la estabilidad del sistema para seguir funcionando. Por ejemplo, en el desastre de Fukushima, la ausencia total de electricidad en la central produjo una falta de control y de información sobre las condiciones dentro del reactor. Los operadores idearon un método para permanecer informados sobre los niveles de presión y temperatura en el reactor: recolectaron baterías de automóviles estacionados en los alrededores de la central y las conectaron al equipo de la planta para obtener información crucial sobre el sobrecalentamiento del reactor. La esencia de la resiliencia es, por consiguiente, la capacidad de una organización para mantener o restablecer la estabilidad (una estabilidad, por supuesto, dinámica), que permite continuar con las operaciones después de un percance importante y/o en la presencia de estrés continuo.

Las OAF demuestran ese compromiso con la resiliencia básicamente de dos formas: preparándose para mejorar su capacidad colectiva para ser resiliente y demostrando dicha capacidad cuando se enfrentan a eventos adversos.

Prepararse para la resiliencia implica tratar de expandir los conocimientos y competencias de los miembros de la organización para afrontar eventos inesperados. El objetivo último es ampliar el rango de respuestas que la organización puede dar frente a un evento inesperado. Se estimula la formación y la adquisición de un personal competente con experiencia profunda y variada.

Para ello, es fundamental, por una parte, el aprendizaje de eventos, experiencias y errores pasados ocurridos no sólo en esa misma organización, sino en otras similares. Muchas de estas organizaciones cuentan de hecho con departamentos de experiencia operativa, cuya función es traducir en mejoras de funcionamiento toda la experiencia operativa existente dentro y fuera de la organización (ej: análisis de incidentes o accidentes acontecidos en otras organizaciones del sector para extraer aprendizaje). A menudo, estos análisis llevan incluso a realizar cambios de procedimientos de trabajo o modificaciones de diseño, que también se plasman en cursos de formación.

Por otra parte, resulta de gran importancia también la formación en simuladores, donde se trata no sólo de que pongan en práctica los conocimientos y competencias adquiridas en situaciones lo más semejantes posible a aquellas que encontrarán en su trabajo, sino también de tratar de imaginar múltiples eventos inesperados y situar al personal ante el mayor número de éstos y en imaginar y crear las peores condiciones posibles y analizar conjuntamente cómo las resolverían.

Toda esta preparación pretende garantizar una actuación resiliente por parte de la organización ante eventos inesperados, lo que implica ser capaz de mantener la estabilidad del sistema y recuperarse rápidamente mediante el uso flexible de un amplio rango de respuestas.

## **9.5. Deferencia al conocimiento experto**

El último principio es la deferencia al conocimiento experto. Hace referencia a que cuando la organización afronta un evento inesperado, la toma de decisiones migra hacia aquellas personas dentro de la organización que tienen más conocimiento experto en lugar de a aquellos con mayor nivel jerárquico. Como Weick et al. (1999, p.49) argumentan: "(...) Lo que es distintivo de las OAF es que éstas liberalizan la designación de quién es la persona que debe tomar la decisión para permitir que la toma de decisiones se traslade hacia el problema de forma natural y se ajuste a éste (...) el rango jerárquico queda subordinado a la especialización y a la experiencia".

Durante la operación normal las OAF están caracterizadas por una estructura jerárquica con roles y responsabilidades claramente definidos, en las que cada cual sabe quién es responsable de qué. Sin embargo, bajo operaciones de emergencia, o cuando las cosas no marchan según lo previsto, ante la aparición de un evento inesperado, esta estructura formal y jerárquica se difumina y la toma de decisiones se disgrega para que las personas con los conocimientos especializados puedan hacer frente a los problemas específicos surgidos, independientemente de su estatus dentro de la jerarquía de la organización (Roberts, 1990). Es decir, que cuando las cosas no funcionan según lo previsto, o ante el surgimiento de un problema o evento inesperado, y que no cuenta por tanto con un procedimiento formal de actuación, la autoridad se desplaza a quien tiene el conocimiento experto, independientemente de su rango jerárquico. Para que ello pueda tener lugar, la

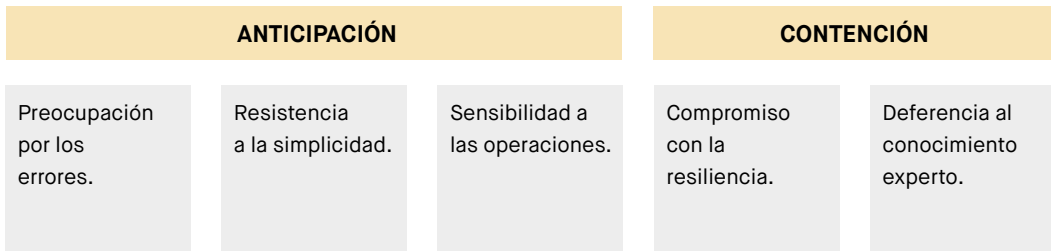
organización necesita tener un mapa de los conocimientos y competencias de las diferentes personas dentro de la organización o, dicho de otra forma, debe saber dónde se localiza el conocimiento experto, lo que al mismo tiempo dependerá del evento en cuestión.

Es importante recalcar que no hay que confundir el conocimiento experto con la experiencia. Algunas veces irá unido, pero no siempre. Otras veces los expertos serán aquellos que están en primera línea y que cuentan con la información más precisa para tomar la decisión adecuada, especialmente cuando se requiere una respuesta rápida ante un evento inesperado. Por último, en sistemas tan complejos interactiva y estrechamente acoplados, a menudo la interpretación de qué está sucediendo y de cómo proceder es un fenómeno de construcción colectiva, donde distintos expertos tienen que poner sobre la mesa su conocimiento experto para tomar una decisión.

## 10. *Mindful organizing*: anticipación y contención

Weick y Sutcliffe (2007) argumentan que las características de preocupación con el fallo/error, la resistencia a simplificar y la sensibilidad a las operaciones se engloban en la capacidad colectiva de las OAF para anticipar problemas y eventos inesperados (anticipación), mientras que los principios de compromiso con la resiliencia y deferencia al conocimiento experto tienen que ver con la capacidad colectiva para contener el problema o problemas una vez desencadenados (contención). Y a todo ello, Weick y colaboradores le dieron el nombre de *mindfulness* colectivo (en inglés, *collective mindfulness* o *mindful organizing*).

**Figura 2.** Las cinco dimensiones que componen el *mindfulness* colectivo o *mindful organizing*.



Aunque los cinco principios pueden caracterizar tanto a la organización como a sus equipos dentro de ella, el *mindfulness* colectivo o *mindful organizing* es un concepto que se emplea principalmente a nivel de equipo. El término que se emplea a nivel organizacional es el de *mindfulness* organizacional (Vogus y Sutcliffe, 2012). El autor de este trabajo prefiere usar la etiqueta de *mindful organizing* que la de *mindfulness* colectivo por dos razones. Por una parte, porque es la que más aceptación ha ganado en la literatura y, por otra, porque la asociación con el concepto de *mindfulness* individual es menor. Hemos visto que el *mindful organizing* implica muchas más cosas que “un estado de conciencia en el que la atención se focaliza sobre fenómenos externos e internos del presente” (Dane, 2011, p.1000), que sería la definición más extendida del *mindfulness* a nivel

individual (ver Goilean et al., 2020 para mayor detalle). El *mindful organizing* tiene poco que ver, o más bien nada, con los ejercicios de meditación y relajación que a menudo se asocian al *mindfulness*.

Aunque probablemente podríamos traducirlo como ‘organizando a plena conciencia’ u ‘organizando de forma muy consciente’, dado que no tiene una traducción sencilla, a lo largo de capítulo seguiremos empleando el término anglosajón, que es el que se encuentra extendido entre la comunidad científica, también en nuestro país. Weick et al. (1999) definen el *mindful organizing* como una capacidad colectiva (típicamente de un equipo o una unidad de trabajo) para percibir leves indicios de posibles problemas que van emergiendo y actuar rápida y contundentemente en respuesta a ellos para evitar que se conviertan en problemas más graves. En definitiva, se trata de una capacidad colectiva para gestionar la incertidumbre e incluye tanto la capacidad colectiva de un equipo para anticipar eventos inesperados como la de contener el problema o recuperarse del mismo lo antes posible una vez se ha desencadenado. El *mindful organizing* y los cinco procesos a los que hemos hecho referencia han sido frecuentemente propuestos como responsables del desempeño seguro y de alta fiabilidad de las OAF (Gracia et al., 2020; Sutcliffe et al., 2016; Vogus y Sutcliffe, 2012; Weick et al. 1999; Weick y Sutcliffe, 2007, 2015).

## 11. Seguridad-II y *mindful organizing*

Al igual que la seguridad-II, la literatura sobre *mindful organizing* recalca precisamente la necesidad de la variabilidad en el desempeño. *Mindful organizing* no es una característica que se tiene, sino algo que se hace. Es una estructura fija de organizarse o de situarse frente al entorno, pero que se traduce en variabilidad en el desempeño. No determina cómo hay que actuar en cada momento, qué respuesta concreta hay que dar ante un evento concreto, sino que habla de la estructura mental colectiva que hay que poner en marcha cuando nos enfrentamos a entornos complejos, inciertos o volátiles, para ofrecer la mejor respuesta en cada momento (variabilidad en el desempeño). Weick y Sutcliffe (2007) se refieren a la necesidad de una infraestructura *mindful* constante para poder dar un desempeño variable.

*Mindful organizing* implica organizarse como colectivo de manera que sean capaces de darse cuenta de lo inesperado más rápidamente, cuando todavía está formándose y por tanto es difícil de detectar, y detener su desarrollo, cuando todavía es sencillo. Si tienen dificultad para detener el desarrollo de lo inesperado, entonces se enfocan en su contención. Si lo inesperado acaba rompiendo la contención, se centra en la resiliencia y en volver a restablecer el funcionamiento del sistema. Los eventos inesperados pueden causar problemas a menos que se cree una infraestructura *mindful* que continuamente rastree pequeños fallos, se resista a la simplificación, sea sensible a lo que ocurre en la primera línea, desarrolle las capacidades para la resiliencia y recurra al conocimiento experto en lugar de a la autoridad cuando se enfrenta a eventos inesperados. Esta infraestructura *mindful* debe aplicarse constantemente, pero las respuestas al entorno serán necesariamente variables.

Sutcliffe y Weick (2013), en uno de los escasos ejemplos que ha tratado de integrar la literatura sobre seguridad-II con la de las OAF y el *mindful organizing*, van un paso más allá al proponer que, junto a la seguridad reactiva (Seguridad-I) y la seguridad proactiva (Seguridad-II), habría una seguridad en acción (Seguridad-III) que tiene que interpretar el entorno y actuar al mismo tiempo en un entorno que es dinámico, es decir, que no se detiene y cambia al mismo tiempo que se da sentido a la realidad y se actúa sobre la misma. *Mindful organizing* es, por tanto, un proceso continuo, de dar sentido y actuar. Este dar sentido y actuar es mucho más rico cuando es el resultado de un colectivo, que es capaz de poner en marcha los principios del *mindful organizing*, para que no se les pase nada, para no perder detalles y llegar a un mejor diagnóstico sobre lo que se están enfrentando en cada momento y de cómo proceder de manera resiliente ante eso que ven.

En estos entornos cambiantes, dinámicos, en movimiento, a menudo surgen problemas complejos que exceden las capacidades de una persona y que requieren múltiples puntos de vista para tratar con ellos. Los sistemas multipersonas potencialmente deberían ser mejores en reconocer y gestionar las complicaciones, aunque dependerá de cómo dicho sistema se organice (Sutcliffe y Weick, 2013). De cómo organizarse colectivamente para poder ofrecer un desempeño seguro y, en nuestro caso, contribuir a la mejora de la seguridad, es de lo que nos hablan los cinco principios que constituyen el *mindful organizing*.

## 12. Resumen y conclusiones

El factor humano es fundamental para entender la seguridad, pero no tanto porque sea la principal causa de accidentes, sino porque los ajustes en su comportamiento, absolutamente necesarios, hacen que la mayoría de las veces las cosas funcionen bien, a pesar de estar en entornos complejos, dinámicos y de alta incertidumbre. Este es un elemento común a las novedosas propuestas para el futuro de la gestión de seguridad realizadas por los profesores Sidney Dekker y Erik Hollnagel. Sin embargo, y como matiza este último, aunque deben darse pasos hacia la Seguridad-II, ésta no viene a sustituir sino a complementar el enfoque de la Seguridad-I. El enfoque clásico en la gestión de la seguridad se ha centrado en la observación, detección y análisis de la ocurrencia de resultados adversos y en encontrar medios de asegurar que el número de eventos adversos se redujera idealmente a cero.

En contraste, la Seguridad-II se centra en observar las prácticas diarias del trabajo y en comprender por qué normalmente las cosas salen bien a pesar de estar en entornos de gran complejidad y altamente cambiantes. Cuando comprendemos por qué las cosas salen bien, aumentamos la probabilidad de que se produzcan resultados aceptables en un futuro y en consecuencia disminuimos la probabilidad de obtener resultados inaceptables, pero no porque impidamos que ciertos tipos de comportamientos tengan lugar (desviaciones, violaciones...), sino porque las organizaciones aprenden a mejorar su funcionamiento diario y como consecuencia tendrán éxito más a menudo (Hollnagel et al., 2019).

En línea con este cambio de paradigma, que enfatiza comprender por qué las cosas funcionan bien, nos hemos acercado a la comprensión de las OAF, organizaciones que se distinguen por operar en entornos de gran riesgo y que, sin embargo, se organizan

para conseguir desempeños fiables y seguros de forma consistente a lo largo del tiempo. Para Weick y colaboradores, el éxito de las OAF está en cinco principios que caracterizan su funcionamiento: la preocupación por el error, la resistencia a simplificar, la sensibilidad a las operaciones, el compromiso con la resiliencia y la deferencia al conocimiento experto. Los tres primeros principios tienen que ver con la capacidad colectiva para anticipar eventos inesperados, mientras que los dos últimos guardan relación con la capacidad colectiva para contener los eventos inesperados y restablecer la normalidad una vez se desencadenan. El conjunto de los cinco principios recibe el nombre de *mindfulness* colectivo o *mindful organizing* y se ha constatado que está a la base del desempeño fiable y seguro de las OAF.

Creemos que los profesionales que se dedican a la prevención de riesgos laborales y/o a la gestión de la seguridad operacional pueden encontrar inspiración en sus intentos por mejorar la gestión de la seguridad aplicando los principios de la seguridad-II y fomentando el *mindful organizing* en los diferentes equipos de la organización. A pesar de la gran relevancia de ambas aproximaciones en la gestión y mejora de la seguridad, se trata de dos marcos teóricos que vienen desarrollándose de forma paralela, sin que hasta el momento se haya planteado la complementariedad de ambos enfoques y la necesidad de su integración para un mayor impacto sobre la gestión de la seguridad. En este capítulo, hemos conciliado e integrado ambas perspectivas.

### 13. Preguntas para la reflexión

1. Explique la diferencia entre seguridad personal y seguridad del proceso.
2. ¿En qué consiste el «dilema del error humano»?
3. Explique en qué consiste la filosofía de Visión Cero y señale sus limitaciones.
4. Enumere las principales diferencias entre la seguridad modernista y la nueva era de la seguridad.
5. Explique las principales diferencias entre la Seguridad-I y la Seguridad-II.
6. Explique la teoría de los accidentes normales de Perrow (1984).
7. ¿Qué son las Organizaciones de Alta Fiabilidad?
8. Explique los cinco principios característicos de las Organizaciones de Alta Fiabilidad.
9. ¿Qué es el *mindful organizing* y por qué es relevante para la gestión de la seguridad?
10. Explique la relación existente entre la seguridad-II y el *mindful organizing*.

## 14. Referencias bibliográficas

- Aircraft Owners and Pilots Association (2015). 27th Joseph T. Nall report. General Aviation Accidents in 2015. <https://www.aopa.org/-/media/files/aopa/home/training-and-safety/nall-report/27thnallreport2018.pdf?la=en>
- Bierly III, P.E., y Spender, J.C. (1995). Culture and high reliability organizations: The case of the nuclear submarine. *Journal of Management*, 21, 639–656.
- Clavero, D. (2016). *El factor humano: culpable del 90% de los accidentes de tráfico*. <https://www.diariomotor.com/2016/03/11/factor-humano-accidente-trafico/>
- Dane, E. (2011). Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace. *Journal of Management*, 37, 997–1018. <https://doi.org/10.1177/0149206310367948>.
- Dekker, S. (2014). *Safety differently: Human factors for a new era*. CRC Press.
- Donaldson, C. (2013). Zero harm: Infallible or ineffectual. *OHS Professional*, March, 22–27.
- Fairlie, I., y Sumner, D. (2006). TORCH The other report on Chernobyl. [www.chernobylreport.org](http://www.chernobylreport.org)
- Goilean, C., Gracia, F.J., Tomás, I., y Subirats, M. (2020). Mindfulness en el ámbito del trabajo y de las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*. <https://doi.org/10.23923/pap.psiacol2020.2929>
- Gracia, F.J., Tomás, I., Martínez-Córcoles, M. & Peiró, J.M. (2020). Empowering leadership, mindful organizing and safety performance in a nuclear power plant: A multilevel structural equation model. *Safety Science*, 123, 104542. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.104542>
- Grote, G. (2016). Managing Uncertainty in High-Risk Environments. En S. Clarke, T.M. Probst, F.W. Guldenmund, and J. Passmore (Eds.), *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health*, pp. 631–658. John Wiley & Sons.
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: The past and future of safety management*. CRC Press.
- Hollnagel, E., Woods, D.D. y Levenson, N. (2013). *Ingeniería de la resiliencia: conceptos y preceptos*. Modus Laborandi, S.L.
- Hollnagel, E., Braithwaite, J. y Wears, R.L. (2019). *Delivering resilient health care*. Routledge.
- Landau, M. y Chisholm, D. (1995). The arrogance of optimism: Notes on failure avoidance management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 3, 67–80.
- LaPorte, T.R., y Consolini, P.M. (1991). Working in practice but not in theory: Theoretical challenges of “high-reliability organizations”. *Journal of Public Administration Research, Theory J-PART 1*, 19–48.
- Makary, M.A. y Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353:i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Martínez-Córcoles, M. (2012). *Liderazgo potenciador y desempeño de seguridad percibido en la industria nuclear. Factores psicosociales intervinientes*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Perrow, C. (1984). *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. Basic Books.
- Roberts, K.H. (1990). Some Characteristics of One Type of High Reliability Organization. *Organization Science*, 1, 160–176. <https://doi.org/10.1287/orsc.1.2.160>
- Roberts, K.H., y Rousseau, D.M. (1989). Research in nearly failure-free, high-reliability organizations: having the bubble. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 36, 132–139. <https://doi.org/10.1109/17.18830>
- Rochlin, G.I. (1993). Defining “high reliability” organizations in practice: A taxonomic prologue. En K.H. Roberts (Ed.), *New Challenges to Understanding Organizations*, pp. 11–32. Macmillan.
- Rochlin, G.I., Laporte, T.R., y Roberts, K.H. (1987). The self-designing high reliability organization: Aircraft carrier flight operation at sea. *Naval War College Review*, 40, 76–90.
- Roe, E., y Schulman, P.R. (2008). *High reliability management: Operating on the edge*. Stanford University Press.
- Salonien, A. y Oksanen, H. (1998). Accidents and fatal accidents: Some paradoxes. *Safety Science*, 29, 59–66.
- Sutcliffe, K.M., Vogus, T.J., y Dane, E. (2016). Mindfulness in Organizations: A Cross-Level Review. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 55–81. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062531>
- Sutcliffe, K. M., y Weick, K. E. (2013). Mindful organizing and resilient health care. In E. Hollnagel, J. Braithwaite, y R. L. Wears (Eds.), *Resilient health care* (pp. 145–156). Ashgate Publishing.
- The Chernobyl Forum (2005). *Chernobyl's legacy: Healthy environmental and socio-economic impacts*. International Atomic Energy Agency.



- Vogus, T.J., y Sutcliffe, K.M. (2012). Organizational Mindfulness and Mindful Organizing: A Reconciliation and Path Forward. *Academy of Management Learning and Education*, 11, 722-735. <https://doi.org/10.5465/amle.2011.0002C>
- Weick, K.E., Sutcliffe, K.M., y Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability: processes of collective mindfulness. En B.M: Staw, y L.L: Cummings (Eds.), *Research in Organizational Behavior*, pp. 81-123. JAI Press.
- Weick, K.E., y Sutcliffe, K.M. (2007). *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty*. Jossey-Bass.
- Weick, K.E., y Sutcliffe, K.M. (2015). *Managing the unexpected: Sustained performance in a complex world (3rd ed)*. Wiley.
- Westrum, R. (1993). Cultures and requisite imagination. En J.A. Wise, D. Hopkin, y P. Stager (Eds.), *Verification and validation of complex systems: human factors issues*, pp. 401-416. Springer-Verlag.



# **El cambio de las actitudes en los empleados como factor clave en la prevención de riesgos laborales**

**4**



# El cambio de las actitudes en los empleados como factor clave en la prevención de riesgos laborales

---

Miguel Ángel Mañas Rodríguez  
Pedro Antonio Díaz Fúnez

## Objetivos

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Identificar los elementos clave que influyen en la ocurrencia de los accidentes e incidentes laborales desde el punto de vista individual.
2. Situar la importancia de las actitudes personales hacia la prevención en la ocurrencia de los accidentes e incidentes laborales.
3. Diferenciar entre antecedentes distales, proximales, actitudes, desempeño de seguridad y resultados de seguridad dentro de un modelo de prevención de riesgos laborales.
4. Conocer como el cambio de actitudes puede suponer un elemento de intervención en la reducción del número de accidentes e incidentes laborales.
5. Identificar cómo la relevancia del *mindfulness*, el capital psicológico y la asertividad impactan en el cambio de actitudes de cara a la reducción de accidentes laborales.
6. Proponer un sistema de intervención basado en el del *mindfulness*, el capital psicológico y la asertividad para la reducción del número de accidentes e incidentes laborales.

# Índice

- 1. Introducción**
- 2. Actitudes, conducta y prevención de riesgos laborales**
- 3. Modelo de predicción de las conductas de seguridad en base a las actitudes**
- 4. Programas de intervención**
- 5. El cambio de actitudes como factor de intervención**
- 6. Discusión y conclusiones**
- 7. Preguntas para la reflexión**
- 8. Páginas web de interés**
- 9. Referencias bibliográficas**

## 1. Introducción

A la hora de estudiar, los factores que afectan a la prevención de riesgos laborales, las características cognitivas de los trabajadores y las actitudes derivadas de estas han sido elementos residuales en la mayoría de los estudios realizados. Las características individuales de los trabajadores a la hora de percibir la prevención son un elemento determinante de lo que podríamos denominar “cultura individual de seguridad”; teoría que nos permitirá enunciar nuevos modelos integrales de prevención de riesgos que proponen el uso de actitudes, percepciones, y patrones de comportamiento a la hora de mejorar las condiciones de seguridad en las organizaciones (ACSN, 1993).

La inclusión de las características individuales es clave en el estudio de la respuesta humana. Aplicado a la prevención de riesgos, aparecen factores individuales claves como la personalidad o las actitudes derivadas de ellas. Han sido varias las líneas de investigación que han propuesto el estudio de la personalidad y las actitudes, no solo en el comportamiento de los empleados hacia la prevención de riesgos en el puesto de trabajo (Robertson, 1993), sino también en otros ámbitos de la vida relacionados con conductas de seguridad y autoprotección, como por ejemplo la asunción de riesgos en otros a la hora de mantener relaciones sexuales (Hoyle, Fejfar, y Miller, 2000), o en los accidentes de tráfico (Mallia et al., 2015).

La evolución del estudio de la relación entre las características individuales, las actitudes y la prevención de riesgos laborales en el trabajo ha estado centrada en tres cuestiones: 1) estudios sobre las características de los empleados y su influencia en la adopción de comportamientos de seguridad (Cox & Cox, 1991); 2) el análisis de las dimensiones de la personalidad y su relación con la exposición a conductas de riesgo (Landeweerd et al., 1990); y 3) la investigación de las evaluaciones subjetivas de riesgo (Howarth, 1987). La mayoría de estos trabajos se ha caracterizado por la escasa base teórica (Dejoy, 1996), siendo uno de sus desafíos hallar resultados confiables y no contradictorios en una misma dirección (Hansen, 1989; Lawton & Parker, 1998). Para ello, el principal obstáculo ha sido el uso de modelos que permitan su análisis desde una unificación de las diferentes taxonomías y teorías (Clarke & Robertson, 2005).

Los trabajos más recientes sobre la influencia de las características individuales –como la personalidad o las actitudes,– sobre los comportamientos de seguridad han centrado su interés en el análisis de las características de los trabajadores, las conductas de seguridad y la modificación del comportamiento relacionado con la seguridad en los mismos (Grotta et al., 2010). A pesar de ello, aún no se han logrado modelos que permitan una comprensión completa sobre los comportamientos de seguridad en el lugar de trabajo y son pocos los estudios realizados sobre las intervenciones que permitan aumentar estas conductas en el lugar de trabajo, que a su vez proporcionen una comprensión sistémica e integradora de la prevención.

Por todo lo anterior, el objetivo de este capítulo es proponer un modelo comprensivo sobre cómo las actitudes individuales son un elemento clave en la prevención de riesgos laborales, así como plantear una intervención desde el punto de vista del cambio de las actitudes. Para ello, amparándonos en el modelo integral para el estudio de la seguridad laboral de Christian et al. (2009), analizaremos la influencia de las características individuales y contextuales sobre las actitudes de los empleados, sobre la motivación de los

empleados por la seguridad, el cumplimiento de las conductas de seguridad y autoprotección.

## 2. Actitudes, conducta y prevención de riesgos laborales

Los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo se han convertido en un elemento central en las políticas mundiales, predominantemente en los países desarrollados (Rahim et al., 2014). Para dar una idea del contexto en el que nos movemos en la actualidad se presentan algunos datos de diferentes países. En España hemos pasado de sufrir 532.977 accidentes laborales con baja en el año 2018 a 562.756 en el año 2019 según las Estadísticas de Accidentes de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Economía Social (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2020), lo que supone un incremento del 5,5%. Sobre el impacto de los accidentes, en un país como Canadá se ha estimado que de las lesiones y accidentes derivadas del trabajo tienen un coste de 19 mil millones de Dólares anuales (Gilks & Logan, 2010).

La idea de que demandas específicas situacionales y características laborales interaccionan con las peculiaridades personales –como las actitudes– para influir sobre los comportamientos de estos en las organizacionales no es nueva (Tett & Burnett, 2003). Estos autores sugieren que las actitudes de los empleados de cara a la prevención de riesgos laborales dependen de los distintos factores personales propios de cada uno, así como de la existencia de determinadas características situacionales en el contexto organizacional (demandas laborales, distractores, restricciones y facilitadores), que a su vez influye en la conducta del individuo. En muchas ocasiones, los profesionales han de enfrentarse a situaciones donde deben tomar decisiones y asumir comportamientos en estados constantes de tensión (Mustika & Jackson, 2016). Este estado de tensión cuando se asocia con la toma de decisiones contrarias a las propias creencias o cuando entra en conflicto con estas, da lugar a lo que se ha denominado “disonancia cognitiva” (Festinger, 1957). Comprender cómo interactúan las características individuales y los factores de situación en los profesionales a la hora de hacer frente a las situaciones de riesgo en el trabajo, puede ser de gran utilidad para crear mejores programas de gestión de riesgos (Nicholson et al., 2005).

A la hora de reducir los factores de riesgo y de trabajar sobre las diferentes actitudes que puedan tener los empleados hacia la prevención de riesgos, resulta esencial dotar a los profesionales de herramientas para promulgar la prevención de estos riesgos y desarrollar su salud. Diversos estudios han demostrado cómo en gran número de los accidentes ocurridos, el factor humano está presente como elemento clave (Shappell & Wiegmann, 2001). Estudios como el desarrollado por Hale y Glendon (1987) profundizaron en el análisis de estos factores mostrando que está asociado con el 80-90% de los incidentes. A pesar de ello, en los últimos años los estudios sobre este ámbito han centrado más su atención en factores organizacionales y ambientales como el clima de seguridad o la influencia de la formación a la hora de combatir los accidentes laborales, dejando de lado el estudio de los factores individuales propios del mismo (Clarke & Robertson, 2005; Kaplan & Tetrick, 2011).

Entre los elementos que proporcionan la variabilidad a las personas y que pueden repercutir en la siniestralidad laboral, hallamos multitud de elementos como la edad,



cultura, nivel educativo, sexo... (Lawton & Parker, 1998). Uno de los más relevantes, por su capacidad explicativa de las diferencias entre individuos, es el de los rasgos de personalidad que dibujan las actitudes de los empleados hacia la prevención (Beus, Dhanani & McCord, 2015; Kaplan & Tetrick, 2011; Lawton & Parker, 1998). Recientes meta-análisis han abordado la relación entre estos y las conductas de seguridad en el puesto de trabajo (Beus et al., 2015; Christian et al., 2009; Clarke & Robertson, 2008). A pesar del importante aumento en el número de estudios sobre esta temática, según estos meta-análisis aún quedan tres cuestiones que no han sido abordadas (Beus et al., 2015).

Al abordar este tipo de investigaciones, la primera cuestión a responder hace referencia a cómo los factores de la personalidad llegan a incidir sobre las actitudes de los empleados y en la ocurrencia de conductas inseguras. Aunque existen diferentes estudios que han hallado asociaciones significativas entre diversos aspectos de la personalidad y la asunción de comportamientos vinculados a la seguridad, no existe un modelo conceptual completo que permita comprender dichas interacciones. En trabajos clásicos como el de Pestonjee y Singh (1980) ya se presentaban correlatos del neuroticismo y la extroversión sobre los accidentes, aunque aún queda mucho a la hora de profundizar en cuanto a los conocimientos sobre la relación de estos rasgos con los comportamientos seguros o inseguros (Dejoy et al., 2000).

Una segunda cuestión a abordar es profundizar en el análisis del proceso general por el cual los rasgos de personalidad influyen en las actitudes y en la ocurrencia del accidente (Kaplan & Tetrick, 2011). Como constructo psicológico, es más probable que la personalidad no afecte de forma directa al número de accidentes, sino que la influencia se realice a través de las actitudes y el comportamiento del sujeto, y esto sea lo que aumente la probabilidad de ocurrencia de accidentes (Christian et al., 2009; Neal & Griffin, 2004). Estas relaciones de mediación no han sido contempladas hasta ahora al analizar los efectos entre estas variables en la investigación, lo que aclarará la forma en la cual las personas acaban adoptando comportamientos de riesgos que derivan en accidentes de trabajo (Beus et al., 2015).

Por último, otro interrogante hace referencia a la influencia que puede suponer el contexto laboral sobre esta relación (Johns, 2006). En este sentido se puede considerar si la personalidad tiene una influencia sobre las actitudes más allá del contexto organizacional o está supeditada a este. Diferentes estudios y teorías han hallado resultados a favor de la hipótesis de que el contexto social y laboral del individuo (líderes, compañeros, características de los puestos de trabajo), afecta a su comportamiento (Nahrgang, Morgeson & Hofmann, 2011; Zohar, 2011). No obstante, existen muy pocos trabajos que hayan incluido factores de personalidad añadidos a estos factores situacionales a la hora de predecir las actitudes de los trabajadores y los comportamientos seguros de los empleados (Beus et al., 2015).

Con el propósito de tratar de profundizar el conocimiento sobre estas preguntas, el siguiente epígrafe plantea, en primer lugar, proponer, en base a la literatura previa, un modelo completo que permita profundizar en las relaciones entre el rasgo de personalidad, las actitudes y las conductas de seguridad en el ámbito laboral. En segundo lugar, plantear las actitudes como elemento clave, mediador entre los rasgos de personalidad, la conducta de los empleados y los accidentes de trabajo. Por último, proponer la relación entre los rasgos de personalidad y el contexto socio-laboral en la predicción del comportamiento de los empleados.

### 3. Modelo de predicción de las conductas de seguridad en base a las actitudes

Desarrollar un modelo comprensivo sobre cómo las situaciones organizacionales y los rasgos de personalidad del individuo pueden afectar a la seguridad en el puesto de trabajo a través de las actitudes y los comportamientos de los empleados no es sencillo. Para ello se toma de base el modelo de seguridad desarrollado por Christian *et al.* (2009), basado en el modelo de Neal y Griffin (2004) sobre seguridad en el lugar de trabajo. Este modelo diferencia entre antecedentes distales y proximales de los resultados de seguridad (accidentes e incidentes) en el puesto de trabajo, postulando que las diferencias en el contexto del individuo tendrán efectos sobre las actitudes del individuo sobre la seguridad y los conocimientos de estos sobre el mismo tema. Estos a su vez influyen directamente en los comportamientos de seguridad, que posteriormente se relacionan con la ocurrencia de resultados de seguridad, como accidentes y lesiones (ver Figura 1).

Figura 1. Modelo integral de seguridad en el trabajo (adaptado de Christian et al., 2009).



Basándonos en este modelo, una propuesta que planteamos se inicia con los factores situacionales (tipo de liderazgo, clima de seguridad...) y las diferencias individuales, como elementos distales o iniciales del proceso actitudinal sobre la prevención, y que, además, se encuentran en relación. La interacción entre estos elementos genera las actitudes hacia la prevención en los individuos, que viene reflejada por ejemplo en la motivación por la seguridad. Son la actitud y la motivación por la seguridad las que inciden

directamente sobre los comportamientos de seguridad, y estos últimos son los únicos directamente relacionados con los resultados de seguridad (ocurrencia del accidente o incidente).

La existencia de un marco teórico no solo es importante a la hora de establecer la revisión de la literatura, sino también para tratar de comprender los procesos a través de los cuales las actitudes y los diferentes elementos inciden en la ocurrencia de accidentes y lesiones en el lugar de trabajo. Así podremos comprobar las relaciones que esperamos observar entre varios antecedentes, lo que nos permitirá proponer diferentes criterios de seguridad.

Ampliando la lente sobre este modelo, desde la opción más distal a los resultados sobre la seguridad se observan los antecedentes relacionados con las características de la situación y del individuo (Christian et al., 2009). Dentro de los primeros se hallan aspectos diferenciales de cada empleado como rasgos de personalidad y diferencias cognitivas. Estos elementos hacen que la realidad del entorno laboral sea percibida de una forma única por cada uno de los miembros de la organización.

Como norma, se espera que de los factores distales se derive la actitud de los empleados hacia la prevención, de donde surgirían los antecedentes proximales (adquisición de conocimientos y motivación por la prevención), con una influencia directa sobre el comportamiento del individuo y, por ende, sobre la ocurrencia de accidentes e incidentes. Además, a partir de las actitudes de los empleados hacia la prevención, el modelo distingue una doble vía de influencia, distinguiendo entre el cumplimiento de la seguridad y la participación en la seguridad (Neal & Griffin, 2004). Estos autores encontraron que el antecedente proximal de la motivación por la seguridad estaba más fuertemente relacionado con la participación en la seguridad, mientras que el conocimiento de seguridad lo estaba respecto al cumplimiento obligatorio de la seguridad. Esto nos dejaría la actitud del empleado sobre la seguridad como elemento de unificación del proceso de influencia contexto-persona en los antecedentes distales, que además provocaría una doble influencia a través de la motivación por la seguridad y del conocimiento de seguridad.

Con objeto de este capítulo, no abordaremos el modelo propuesto en su totalidad, sino que analizaremos cómo las características personales afectan a las actitudes de los empleados hacia la prevención. Del mismo modo, abordaremos las consecuencias de las actitudes hacia la prevención sobre la motivación por la seguridad y el conocimiento de los empleados hacia la seguridad.

#### **4. Programas de intervención**

Los apartados tratados anteriormente en este capítulo proponen la importancia que tiene la percepción de los empleados sobre su contexto laboral a la hora del desarrollo de los riesgos psicosociales, centrando unas propuestas de intervención: *mindfulness*, capital psicológico y asertividad. Con base en lo expuesto anteriormente en este capítulo, se propone un diseño de intervención basado en la orientación de las cogniciones emocionales de los empleados. La intervención consta de diferentes fases:

1. Se desarrollará, en primer lugar, diversas reuniones con la dirección y los responsables de las áreas o departamentos que comprendan la organización. El objetivo de estas es recoger el apoyo de la mayor parte de la dirección hacia la intervención. También se deben incluir en estas primeras reuniones de toma de contacto a los representantes sindicales de los empleados públicos para explicarles el proyecto, sus fases y la importancia para el bienestar y el desempeño de los empleados. Debemos ser conscientes de la importancia de esta primera acción. Todas estas figuras tienen un rol de *stakeholder* dentro del programa, es decir, son elementos críticos que si muestran su apoyo al programa favorecerán una implantación más efectiva y eficaz, pero si muestran disconformidad –aunque no sea manifiesta– pueden suponer una limitación sobre la intervención.
2. El siguiente paso será la comunicación de la intervención al resto de la organización. Para ello, se propone el envío de un *email* con información sobre el proyecto a todos los empleados. En este correo electrónico se pedirá a los empleados que se inscriban voluntariamente en el proyecto. Al tratarse de un cambio individual, sin la motivación necesaria y el empuje del individuo será difícil de alcanzar los objetivos de reducir los riesgos psicosociales. Todos los inscritos se agruparán por áreas y departamentos, en función de la disponibilidad temporal y de horario; y se incluirán en los distintos grupos de intervención.
3. Se realizará una medida pretest de las habilidades de *mindfulness*, capital psicológico y asertividad; así como del resto de riesgos psicosociales que estemos interesados en incluir. El objetivo de esta medición es establecer una línea base para poder determinar el éxito de la modificación de estos parámetros tras la intervención.
4. Posteriormente, se implementará la intervención en base a talleres prácticos. Facilitará el desarrollo de las citadas habilidades, mediante la formación, así como la utilización de programas de *role playing* para la aclaración y el entrenamiento de las estrategias a implementar. La intervención consiste en tres talleres, uno sobre *mindfulness*, otro sobre capital psicológico y, por último, sobre asertividad. Cada taller consta de dos sesiones formativas de cuatro horas para cada uno de los talleres y con un intervalo entre sesiones en un mismo taller de dos semanas. La intervención tiene como objetivo dotar a los empleados de una forma diferente de percibir su ambiente de trabajo, visualizándolo como una constelación de demandas y recursos que pueden ser alterados usando el comportamiento de elaboración de trabajos (Van den Heuvel, Demerouti & Peeters, 2015).

La intervención de *mindfulness*, basada en Workplace Mindfulness Intervention de Kersemaekers *et al.* (2018), es un acercamiento a su práctica orientada a mejorar aspectos relacionados con el trabajo. Se trabajan prácticas de meditación *mindfulness* y ejercicios básicos para desarrollar atención al momento presente con consciencia. Los temas que se tratan en los talleres son: revisión de los efectos del *mindfulness* y ejercicios de meditación formal e informal, atención y enfoque, emociones, felicidad, percepción del tiempo, comunicación social y empatía, colaboración y confianza y autogestión y liderazgo. Las actividades teóricas de introducción al *mindfulness* y colaboración y confianza se

abordan durante una hora del taller. Las actividades más prácticas son tratadas en módulos de una duración de entre 30 y 40 minutos cada una.

Intervención en Asertividad, basado en el trabajo de Yoshinaga *et al.* (2018), se estructura en una primera sesión de cuatro horas donde se presenta la asertividad, se re-educan los patrones cognitivos de los derechos personales en los participantes y posteriormente se pasa directamente al desarrollo de respuestas asertivas desde un punto de vista práctico. Para ello, los asistentes seleccionan problemáticas reales de su día a día en el trabajo. En grupos de tres o cuatro participantes, se tienen que elaborar respuestas asertivas a esas situaciones, que después son compartidas con los compañeros. Para finalizar esta primera sesión de asertividad se le pide a cada uno de los participantes que, durante el tiempo entre sesiones, anoten en una libreta situaciones en las cuales podrían haber sido asertivos y que ensayen con cada una de esas situaciones el guion aprendido, pero sin llegar a utilizarlo aún de forma autónoma. En la segunda sesión de asertividad, se revisan los guiones asertivos descritos en sus libretas por los participantes, se corrigen los posibles errores y se trabaja con nuevas habilidades como la habilidad para dar y recibir elogios y críticas.

Por su parte, la intervención en capital psicológico, basada en el trabajo de Salanova y Ortega-Maldonado (2019), desarrolla en su primera sesión una aproximación al capital psicológico. Esta primera fase es de gran importancia, sobre todo por el desconocimiento general que muestran los participantes por esta variable de reciente desarrollo teórico. A continuación, la primera sesión se centra en cada una de las cuatro habilidades que conforman este constructo: confianza, eficacia, resiliencia y optimismo; en especial se trabajan de forma individual cada una de ellas y se analiza la utilización individual que hacemos de ellas en nuestro día a día. Para finalizar esta primera sesión se diseña, de forma individual, un plan de acción para su aplicación en el día a día durante el periodo entre talleres. En la segunda sesión, se revisa el trabajo desarrollado durante esas dos semanas de “práctica” en los participantes. Posteriormente se implementa un plan de desarrollo individual de las cuatro habilidades en cada uno de los participantes, siempre en función de sus experiencias en estas dos semanas de aplicación. Para concluir se trabaja con las principales piedras en el camino que nos vamos a encontrar en el desarrollo de estas habilidades.

Todo el proceso de intervención se completaría con dos sesiones de seguimiento de dos horas a las dos semanas de concluir el taller principal. Estas dos actividades se realizarán también con un intervalo entre sesión de dos semanas. El objetivo del seguimiento será comprobar el nivel de implantación de la práctica de *mindfulness* en la vida cotidiana de los participantes y revisar los beneficios de su práctica. Se constató que adoptaron una práctica irregular, utilizándola en la mayoría de las ocasiones como una técnica de relajación para aliviar el estrés.

Por último, se llevará a cabo una medición posttest de las variables objeto de intervención y el resto de variables asociadas a riesgo psicosocial utilizadas en el pretest. Con ello se pretende constatar los cambios acontecidos en la valoración de esos factores por parte de los empleados como consecuencia de las habilidades desarrolladas en la intervención.

## 5. El cambio de actitudes como factor de intervención

En el siguiente apartado del capítulo abordaremos los componentes clave en el individuo a la hora de afrontar un programa de intervención orientado hacia el cambio de actitudes hacia la prevención de riesgos laborales, lo que posibilitaría ampliar y completar la intervención organizacional propuesta sobre el liderazgo y las conductas de seguridad en la prevención de riesgos. Para ello dividiremos este punto en dos determinantes de la actitud hacia la seguridad: 1) elementos clave en los antecedentes distales relacionados con la situación, con el liderazgo; y 2) los relacionados con el individuo. Los primeros hacen referencia a factores procedentes de las percepciones del empleado sobre el contexto organizacional, mientras que los segundos derivan de la propia identidad y forma de ser del individuo. En el presente capítulo, centraremos la atención sobre dos elementos distales relacionados con la situación –el clima de seguridad y la conducta del líder hacia la seguridad– y tres elementos distales relacionados con el individuo, que ya han sido tratados en la propuesta de intervención desarrollada en el punto anterior –el *mindfulness*, los recursos de capital psicológico y la conducta asertiva–.

Recordemos que el término clima psicológico se refiere a las percepciones individuales del entorno laboral (James & James, 1989). Cuando estas percepciones son compartidas por individuos dentro de un grupo de trabajo u organización, se les conoce como “clima agregado” o “clima organizacional”. Los aspectos del ambiente de trabajo típicamente evaluados por las medidas de clima incluyen políticas, procedimientos y prácticas organizacionales (Reichers & Schneider, 1990). Una de las líneas de estudio del clima organizacional defiende la existencia de climas específicos que reflejan las percepciones de diferentes facetas del entorno laboral, como el servicio (Schneider, White & Paul 1998), la innovación (Anderson & West, 1998) y la seguridad (Neal, Griffin & Hart, 2000). En tal caso, podemos afirmar que el término clima de seguridad hace referencia a las percepciones de políticas, procedimientos y prácticas relacionadas con la seguridad en el lugar de trabajo.

En uno de los primeros trabajos de investigación sobre clima de seguridad, Zohar (1980) ya señalaba los problemas que tendría este concepto respecto a su importancia frente a otros dominios de tareas competitivos (como la productividad o la reducción de costos). Por lo tanto, el concepto de clima de seguridad debe tomarse como un reflejo de la prioridad que tiene para la organización la salud y seguridad de los empleados en comparación con otras prioridades dentro de la organización (Zohar, 2008). Por lo tanto, una intervención para mejorar el clima de seguridad indicará a los empleados que la salud y la seguridad en el lugar de trabajo son una prioridad en la organización y que desde la organización se esperan comportamientos que mejoren esto. A pesar del hecho de que muchos investigadores siguen la conceptualización de Zohar (1980, 2008) del clima de seguridad, no hay mucho consenso sobre la aclaración del concepto en términos de su operacionalización o dimensionalidad (Zohar & Luria, 2005). Esto hace que sea difícil determinar objetivos de intervención específicos que demuestren la prioridad de la salud y la seguridad sobre otras demandas. Sin embargo, han surgido algunos temas comunes dentro de la literatura (Bronkhorst et al., 2015, 2018), que proporcionan importantes puntos de influencia que pueden utilizarse para mejorar las percepciones climáticas de seguridad. Discutiremos en el presente capítulo principalmente uno de ellos: el compromiso

de los responsables de equipo o superiores inmediatos jerárquicamente con la seguridad.

Los responsables directos de los equipos de trabajo juegan un rol esencial en las conductas de seguridad de los empleados. Los comportamientos de refuerzo o penalización de las conductas, comentarios o pensamientos sobre la seguridad y la prevención de riesgos laborales informan a sus subordinados sobre los tipos de comportamiento que se valoran y respaldan en el lugar de trabajo (Zohar, 2002). Por lo tanto, podemos considerar la interacción diaria entre los empleados y sus superiores jerárquicos uno de los principales cimientos para la elaboración del clima de seguridad. Así, no nos puede sorprender que la mayoría de los estudios de intervención del clima de seguridad se centren principalmente en aumentar las percepciones del compromiso del supervisor con la seguridad. En este sentido, los trabajos desarrollados por Zohar y Polachek (2014), y Kines *et al.* (2010) evaluaron si el comportamiento de proporcionar asesoramiento y retroalimentación positiva por parte de los responsables de equipo mejoraron las percepciones de seguridad de los empleados. Los resultados, en general, mostraron que estas conductas se tradujeron en cambios en el clima de seguridad y otros resultados de seguridad, como el comportamiento de esos a la hora de tomar riesgos y los conocimientos de los empleados sobre las normas de seguridad en las auditorías de seguridad.

Pero este capítulo, pretende centrarse en los factores individuales. Como elementos clave en el cambio de actitudes hacia la seguridad, el presente capítulo destaca el *mindfulness*, los recursos de capital psicológico y la conducta asertiva como antecedentes distales relacionados con el individuo. A pesar de ello, el mayor peso en el cambio de la actitud corresponde al *mindfulness*. Este ha mostrado ser uno de los recursos personales más efectivo a la hora de modificar las actitudes de los empleados, debido, sobre todo, al cambio que genera en la percepción de su contexto organizacional (Taylor & Millier, 2016).

Atención plena o conciencia plena son las traducciones al castellano más consensuadas del término inglés *mindfulness*. Este término implica referencias hacia el aspecto procedimental (la práctica budista de meditación, previamente destacada) como a la experiencia que se deriva de su práctica, la conciencia plena. Debido a la subjetividad de la experiencia resulta difícil encontrar una definición operativa del concepto *mindfulness* (Ruiz-Fernández *et al.*, 2012). Distintos autores han propuesto diferentes definiciones subrayando aspectos centrales de la práctica. Común a todas estas definiciones sería concebirla como un estado de conciencia en la que se enfoca la atención en eventos del momento presente (Sutcliffe, Vogus & Dane, 2016). Se entiende como un proceso de observación no valorativo del continuo de estímulos externos e internos, tal y como se producen (Baer, 2003) o un estado de conciencia y atención abierta a la experiencia y a los acontecimientos que se están produciendo (Brown & Ryan, 2003).

A la hora de analizar el proceso a través del cual el desarrollo de habilidades en *mindfulness* afecta a las actitudes de los empleados, un modelo adecuado es la Teoría del Monitoreo de la Atención y la Aceptación (MAT) (Lindsay & Creswell, 2017). Según esta teoría existen dos habilidades principales que se desarrollan en la práctica del *mindfulness*. El primero de ellos sería el monitoreo de la atención, el cual consiste en mantener la conciencia en el momento presente hacia percepciones y sensaciones tales como sonidos del ambiente, sensaciones corporales, corriente de pensamiento o imágenes mentales. Existe evidencia que afirma que las habilidades de monitoreo de la atención se adquieren antes que las habilidades de aceptación (Desbordes *et al.*, 2015). Serían responsables

de mejorar la conciencia de la experiencia del momento presente y las habilidades de rendimiento cognitivo en contextos afectivamente neutros. Esta mejora de la conciencia hace más patente la percepción tanto de los estados emocionales positivos como los negativos, aumentando la reactividad emocional en estos últimos y modifica la forma en la que estos experimentan las emociones respecto a su entorno (Lindsay & Creswell, 2017).

El segundo mecanismo en actuar durante la práctica de *mindfulness* sería la aceptación. Baer, Smith y Allen (2004) la definen como una actitud mental basada en la apertura, receptividad y la abstención de enjuiciar las experiencias externas e internas. Lindsay y Creswell (2017) conciben la aceptación como un término global formado por distintos aspectos relacionados con una experiencia de no enjuiciamiento, no reactividad, no valorativo, no elaboración y ecuanimidad. Sería la responsable de percibir la experiencia de una forma abierta, sin resistencias y sin apegarse al contenido de la conciencia. La aceptación (en combinación con el monitoreo) regularía la reacción de la experiencia afectiva modificando el tipo de relación que tenemos con la experiencia presente (Lindsay & Creswell, 2017). El funcionamiento auténtico, una forma no defensiva y abierta de relacionarse con uno mismo y con los demás, se ha comprobado que media parcialmente en la relación estática entre el *mindfulness* y el compromiso laboral y totalmente en la relación dinámica (Leroy et al., 2013). Estos resultados sugieren que algunos aspectos de la aceptación van adquiriendo mayor protagonismo a medida que se mantiene la práctica de *mindfulness*. Por lo tanto, las habilidades de aceptación se desarrollarían con una práctica más continuada de *mindfulness*.

Una vez comentadas las teorías de referencia y posibles efectos de la práctica de *mindfulness*, se va a sugerir un modelo de cómo se relacionan estas habilidades y efectos para mejorar las actitudes de los empleados hacia la prevención.

Los efectos de autorregulación se asociarían con la modificación de las actitudes de los empleados, alcanzados por la adquisición de habilidades de monitoreo de la atención. Aunque la teoría de la Monitorización de la Atención y la Aceptación (Lindsay & Creswell, 2017) postula que la aceptación es la responsable de regular la reactividad emocional negativa, existe evidencia que sugiere que el *mindfulness* puede producir una autorregulación comportamental a través de la modificación de actitudes (Taylor & Mi-reault, 2008).

Uno de los posibles mecanismos por el que las habilidades de monitoreo de la atención generan una autorregulación actitudinal es a través de la autoobservación. La autoobservación mejora la conciencia de pensamientos y emociones, promoviendo el uso de una mayor gama de estrategias de afrontamiento (Ruiz-Fernández et al., 2012). Además, la autoobservación facilita reconocer las primeras señales de un problema y permite el afrontamiento con estrategias previamente aprendidas, aumentando la probabilidad de prevenir el problema (Baer, 2003). Por otro lado, la observación facilita identificar consecuencias de nuestra conducta en lugar de realizar juicios globales sobre el yo. Esto permite modificar nuestra actitud a la hora de obtener resultados diferentes (Baer, 2003).

Lindsay y Creswell (2017) advierten que es preciso recordar que, aunque se intente dismantelar el componente de la monitorización de la atención de la aceptación, en la práctica del *mindfulness* la aceptación no se enseña de forma independiente a la autorregulación de la atención. El monitoreo de la aceptación es una base para observar momento a momento a través de una especie de lente de aceptación, por lo que la acepta-



ción acaba produciendo sus efectos a través de su combinación con la atención (Lindsay & Creswell, 2017). La unificación de mecanismos y efectos que se expone a continuación en la intervención planteada en este capítulo, estaría en consonancia con la dirección de este supuesto. Es decir, sería necesario un perfeccionamiento de la práctica y habilidades *mindfulness* para generar una acumulación de efectos, obteniendo cada vez mayores beneficios psicológicos y físicos. De esta forma, la dimensión de despersonalización empezaría a beneficiarse de los efectos de autorregulación y autoexploración.

Un efecto adicional de las habilidades de aceptación y relacionado con los efectos de autoliberación (Shapiro, 1992) es la autocompasión. Consiste en un proceso de estar abierto a los fracasos, el sufrimiento y las carencias personales y responder a ellos con piedad común, atención plena y humanidad (Horan & Taylor, 2018). La autocompasión podría mejorar la autorregulación a través de la liberación de recursos cognitivos y emocionales, ya que protege de sentimientos de culpa, vergüenza o rumia después de errores del comportamiento y genera una actitud positiva hacia el trabajo (Horan & Taylor, 2018).

Por todo ello, al realizarse una intervención de *mindfulness*, se espera que se hayan adquirido habilidades de monitoreo de la atención y consecuentemente se haya producido una mejora de las actitudes de los empleados asociados a efectos de autorregulación y autocomprensión. Sería necesario el desarrollo de un proceso de intervención amplio y completo para desarrollar los componentes de la aceptación. En el siguiente punto del capítulo pasaremos a desarrollar un programa de intervención en la modificación de actitudes basado en el *mindfulness*.

El segundo elemento clave donde intervenir, lo situamos en torno al capital psicológico. Esta variable está caracterizada en el modelo de demandas y recursos laborales como uno de los principales recursos personales, con origen en el propio individuo, para hacer frente a las demandas del contexto y las actitudes que estas generan en los empleados. El capital psicológico se encuentra muy relacionada con los rasgos de personalidad. Próximas a los rasgos podemos encontrar las fortalezas personales, como por ejemplo el optimismo, la esperanza, la autoeficacia o la resiliencia (Peterson & Seligman, 2004), la atención plena o *mindfulness* (Bishop et al., 2004), o las habilidades de afrontamiento del estrés (Folkman, 2010). Estos rasgos se encuentran estrechamente vinculados a la realización de tareas y la consecución de metas: lo que se ha venido a denominar el capital psicológico positivo (Luthans et al., 2015). Se trata de una serie de creencias necesarias para hacer frente exitosamente a tareas retadoras; las atribuciones positivas sobre el éxito en esas tareas (Seligman, 2011); la fuerza de voluntad para superar las posibles dificultades encontradas y la capacidad para generar estrategias de acción para solventar dichas dificultades (Snyder, 2000); y la habilidad de mantener el desempeño e incluso salir fortalecido ante esas adversidades (Masten, 2001).

La literatura relacionada con las intervenciones dirigidas a incrementar el Capital Psicológico demuestra que este recurso es de gran relevancia, tanto para el crecimiento personal como para la regulación en la forma de enfrentarse a las demandas del contexto (Zhang, Li, Ma, Hu, y Jiang, 2014). Pero la implementación de esta intervención no es una ciencia exacta y su aplicación depende de forma sustancial tanto de la motivación y realidad de la organización, como de las características personales, grupales, organizacionales, sociales y culturales que en ella se encuentran (Luthans & Youssef-Morgan, 2017).

El último elemento que abordaremos en el cambio de las actitudes hacia la prevención de riesgos laborales es la asertividad. Se puede considerar esta como una de las habilidades más importantes para una persona en su desempeño laboral, especialmente si tienen que tratar directamente con usuarios o clientes. A través de esta competencia se reduce la tensión derivada de las relaciones interpersonales y posibilita la construcción de equipos de trabajo altamente efectivos (Yoshinaga et al., 2018).

Trabajos recientes han puesto de manifiesto el desafío que supone el estudio de la asertividad interpersonal en la vida organizacional (Ames, 2008). De los pocos trabajos publicados sobre esta temática, Ames y Flynn (2007) abordaron este constructo en un trabajo cualitativo, utilizando las evaluaciones que hicieron los estudiantes de MBA sobre sus excompañeros de trabajo. Como conclusión, la falta de asertividad se vio reflejada en el 52% de las debilidades personales enumeradas, siendo el elemento más destacado. Por el contrario, esta habilidad interpersonal no apareció en ninguno de los comentarios sobre las fortalezas de los sujetos evaluados.

## 6. Resumen y conclusiones

El presente capítulo plantea un programa de intervención a través de una propuesta innovadora que parte de un modelo complejo de interpretación de la ocurrencia de accidentes e incidentes desde el punto de vista cognitivo-conductual. De este modo, parte de los antecedentes distales como las características individuales de los empleados y del contexto organizacional, sobre las actitudes y el comportamiento del individuo en las tareas de seguridad y autoprotección. Y por ello, desde el presente capítulo se plantean tres principales áreas de discusión:

1. La primera implicación tiene que ver con la inclusión de las variables cognitivas propias del individuo, como es la actitud, en el estudio de la prevención de riesgos laborales. Existe poca investigación que haya tenido en cuenta esta variable para comprender cómo se producen los resultados en prevención de los empleados en una organización. Estos resultados son contradictorios debido a la falta de homogeneidad a la hora de abordar el estudio de las diferencias individuales ante una situación demandante (Clarke & Robertson, 2005).
2. La segunda aportación a la discusión del presente capítulo es la inclusión de las actitudes como elemento mediador entre las características individuales y la percepción del contexto, y antecedente al estado motivacional y los conocimientos sobre prevención. Tomando como base el modelo de análisis propuesto por Christian et al. (2009) la inclusión de las actitudes como elemento clave que antecede la respuesta emocional y conductual, permite proponer estrategias de intervención prácticas orientadas a la modificación de las actitudes en los empleados, lo que llevaría a modificar la conducta y los resultados en prevención de riesgos laborales.
3. Como tercer elemento para la discusión, este capítulo plantea una intervención aplicada basada en tres pilares del cambio de actitudes como son el *mindfulness*, el capital psicológico y la asertividad. Poder intervenir en la mejora de estos re-

cursos en los empleados va a permitir a las organizaciones establecer programas de prevención más efectivos debido al aumento de la motivación y los comportamientos hacia la prevención de riesgos laborales, elementos presentes en cerca del 90% de los incidentes o accidentes de trabajo (Hale & Glendon, 1987).

Como conclusión, hemos podido ver a lo largo de este capítulo, cómo los resultados científicos parecen orientar la prevención hacia intervenciones cada vez más orientadas al desarrollo de habilidades individuales en los empleados, su motivación y su conducta. Estos nuevos recursos, complementarán las prácticas y políticas en prevención de riesgos laborales propuestas desde la organización, suponiendo un aumento de la eficacia, efectividad y eficiencia de las mismas. Además, se plantea un diseño de intervención, que desde el Grupo de Investigación en Psicología del Trabajo, de la Organizaciones y los Recursos Humanos de la Universidad de Almería (IPTORA-HUM923) se está aplicando a contextos reales con resultados iniciales muy satisfactorios. Este capítulo, tiene la pretensión de ser el punto de partida para la inclusión más general de este tipo de intervenciones en el día a día de la prevención de riesgos laborales en las organizaciones, pero siempre pensando en la correcta comprobación y certificación empírica de los resultados, utilizando en todo momento metodología científica y el apoyo de las conclusiones de la investigación.

## 7. Preguntas para la reflexión

1. Según el modelo planteado por los autores en el capítulo, las actitudes de los empleados de cara a la prevención dependen de:

- a. Las características personales de cada empleado y las características situacionales del contexto.
- b. La personalidad y los recursos de que dispongan los empleados.
- c. La existencia de determinantes políticas hacia la prevención en la propia organización.

2. Según el modelo integral de seguridad en el trabajo, la motivación por la seguridad se encuadra dentro de:

- a. Los antecedentes proximales.
- b. Los antecedentes distales.
- c. Las conductas de desempeño de seguridad.

3. El clima de seguridad existente en la organización forma parte de:

- a. Los antecedentes distales relacionados con la situación.
- b. Los antecedentes distales relacionados con el individuo.
- c. Los antecedentes cognitivos.

4. Los tres componentes sobre los que el capítulo centra la intervención sobre el cambio de actitudes son:

- a. El *mindfulness*, los recursos de capital psicológico y la conducta asertiva.
- b. La personalidad, las políticas de prevención y la conducta.
- c. La percepción de riesgo, el liderazgo y la personalidad.

5. La traducción de *mindfulness* es:

- a. Atención o conciencia plena.
- b. Mente completa.
- c. Concentración total.

6. Cuando hablamos de la serie de creencias necesarias para hacer frente exitosamente tareas retadoras, hacemos referencia al concepto de:

- a. Capital psicológico.
- b. Actitudes.
- c. Asertividad.

## 8. Páginas web de interés

- <https://res.digital/changing-attitudes-towards-health-and-safety/>  
<https://www.willnevergiveup.com/safety-and-attitude/>  
<http://www.behavioral-safety.com/component/content/article/3-psychology/2-the-psychology-of-behavioral-safety>  
<http://www.roadsafetyforlife.com/index.php/driving-attitudes>

## 9. Referencias bibliográficas

- ACSN (1993) *Third report of the Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations: Organising for Safety*. UK Health and Safety Commission.
- Ames, D. R. (2008). In search of the right touch: Interpersonal assertiveness in organizational life. *Current Directions in Psychological Science*, 17(6), 381-385. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00610.x>
- Ames, D. R., y Flynn, F. J. (2007). What breaks a leader: The curvilinear relation between assertiveness and leadership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 307-324. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.2.307>
- Anderson, N. R., y West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 235-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199805\)19:3<235::AID-JOB837>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199805)19:3<235::AID-JOB837>3.0.CO;2-C)
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Beus, J. M., Dhanani, L. Y., y McCord, M. A. (2015). A meta-analysis of personality and workplace safety: Addressing unanswered questions. *Journal of Applied Psychology*, 100(2), 481-498. <https://doi.org/10.1037/a0037916>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004) Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., y Vijverberg, D. (2015). Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271. <https://doi.org/10.1037/a0037916>
- Bronkhorst, B., Tummers, L., y Steijn, B. (2018). Improving safety climate and behavior through a multifaceted intervention: Results from a field experiment. *Safety Science*, 103, 293-304. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.12.009>
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Christian, M. S., Bradley, J. C., Wallace, J. C., y Burke, M. J. (2009). Workplace safety: a meta-analysis of the roles of person and situation factors. *Journal of Applied Psychology*, 94(5), 1103-1127. <https://doi.org/10.1037/a006172>
- Clarke, S., y Robertson, I. (2005). A meta-analytic review of the Big Five personality factors and accident involvement in occupational and non-occupational settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(3), 355-376. <https://doi.org/10.1348/096317905X26183>
- Clarke, S., y Robertson, I. (2008). An examination of the role of personality in work accidents using meta-analysis. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 94-108. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00267.x>
- Cox, S., y Cox, T. (1991). The structure of employee attitudes to safety: A European example. *Work and Stress*, 5(2), 93-106. <https://doi.org/10.1080/02678379108257007>
- DeJoy, D. M. (1996). Theoretical models of health behavior and workplace self-protection. *Journal of Safety Research*, 27(2), 61-72. [https://doi.org/10.1016/0022-4375\(96\)00007-2](https://doi.org/10.1016/0022-4375(96)00007-2)
- DeJoy, D. M., Searcy, C. A., Murphy, L. R., y Gershon, R. R. (2000). Behavioral-diagnostic analysis of compliance with universal precautions among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 127-141. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.127>
- Desbordes, G., Gard, T., Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Kerr, C., Lazar, S. W., ... & Vago, D. R. (2015). Moving beyond mindfulness: defining equanimity as an outcome measure in meditation and contemplative research. *Mindfulness*, 6, 356-372. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0269-8>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Tavistock Publications.

- Gilks, J., y Logan, R. (2013). Occupational Injuries and Diseases in Canada 1996–2008: Injury Rates and Cost to the Economy. Consultado en [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/rhdcc-hrsdc/HS21-4-2008-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/rhdcc-hrsdc/HS21-4-2008-eng.pdf)
- Grota, P. G., Stone, P.W., Jordan, S., Pogorzelska, M., y Larson, E. (2010). Electronic surveillance systems in infection prevention: organizational support, program characteristics, and user satisfaction. *American Journal of Infection Control*, 38(7), 509-514. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.10.007>
- Hansen, C. P. (1989). A causal model of the relationship among accidents, biodata, personality, and cognitive factors. *Journal of Applied Psychology*, 74(1), 81-90. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.1.81>
- Hale, A. R. & Glendon, A. I. (1987). *Individual Behaviour in the Control of Danger*. Elsevier.
- Howarth, C. I. (1987). Perceived risk and behavioural feedback: Strategies for reducing accidents and increasing efficiency. *Word and Stress*, 1(1), 61-65. <https://doi.org/10.1080/02678378708258483>
- Hoyle, R. H., Fejfar, M. C., y Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk taking: A quantitative review. *Journal of personality*, 68(6), 1203-1231. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00132>
- Horan, K. A., y Taylor, M. B. (2018). Mindfulness and self-compassion as tools in health behavior change: An evaluation of a workplace intervention pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.003>
- James, L. A., y James, L. R. (1989). Integrating work environment perceptions: Exploration into the measurement of meaning. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 739-751. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.5.739>
- Johns, G. (2006). The essential impact of context on organizational behavior. *Academy of Management Review*, 31(2), 386-408. <https://doi.org/10.5465/AMR.2006.20208687>
- Kaplan, S., y Tetrick, L. E. (2011). Workplace safety and accidents: An industrial and organizational psychology perspective. En S. Zedeck (ed.), *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 455-472). American Psychological Association.
- Kersemaekers, W., Rupperecht, S., Wittmann, M., Tamdjidi, C., Falke, P., Donders, R., Speckens, A., y Kohls, N. (2018). A workplace mindfulness intervention may be associated with improved psychological well-being and productivity. A preliminary field study in a company setting. *Frontiers in Psychology*, 9, 195. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00195>
- Kines, P., Andersen, L. P., Spangenberg, S., Mikkelsen, K. L., Dyreborg, J., y Zohar, D. (2010). Improving construction site safety through leader-based verbal safety communication. *Journal of Safety Research*, 41 (5), 399-406. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.06.005>
- Landeweerd, J. A., Urhngs, I. J. M., Dc Jong, A. H. J., Mijhuis, F. J. N., y Bouter, L. M. (1990). Risk taking tendency among construction workers. *Journal of Occupational Accidents*, 11(3), 183-196. [https://doi.org/10.1016/0376-6349\(90\)90028-T](https://doi.org/10.1016/0376-6349(90)90028-T)
- Lawton, R. & Parker, D. (1998). Individual differences in accident liability: A review and integrative approach. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 40(4), 655-671. <https://doi.org/10.1518/001872098779649292>
- Leroy, H., Anseel, F., Dimitrova, N. G., y Sels, L. (2013). Mindfulness, authentic functioning, and work engagement: A growth modeling approach. *Journal of Vocational Behavior*, 82(3), 238-247. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.01.012>
- Lindsay, E. K., y Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.011>
- Luthans, F., y Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological Capital: An Evidence-Based Positive Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 339-366. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113324>
- Luthans, F., Youssef-Morgan, C. M., y Avolio, B. J. (2015). *Psychological Capital and Beyond*. Oxford University Press.
- Mallia, L., Lazuras, L., Violani, C., y Lucidi, F. (2015). Crash risk and aberrant driving behaviors among bus drivers: the role of personality and attitudes towards traffic safety. *Accident Analysis & Prevention*, 79, 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2015.03.034>
- Masten, S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Ministerio de Trabajo y Economía Social de España (2020). *Estadísticas de accidentes de Trabajo año 2019*. Consultado en [http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/eat19/Resumen\\_resultados\\_ATR\\_2019.pdf](http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/eat19/Resumen_resultados_ATR_2019.pdf)
- Mustika, M. D., y Jackson, C. J. (2016). How nurses who are sensation seekers justify their unsafe behaviors. *Personality and Individual Differences*, 100, 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.008>

- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P., y Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 71-94. <https://doi.org/10.1037/a0021484>
- Neal, A., Griffin, M. A., y Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34(1-3), 99-109. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00008-4](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00008-4)
- Neal, A., y Griffin, M. A. (2004). Safety climate and safety at work. En J. Barling & M. R. Frone (eds.), *The psychology of workplace safety* (pp. 15-34). American Psychological Association.
- Nicholson, N., Soane, E., Fenton-O'Creavey, M., y Willman, P. (2005). Personality and domain-specific risk-taking. *Journal of Risk Research*, 8(2), 157-176. <https://doi.org/10.1080/13666987032000123856>
- Pestonjee, D. M., y Singh, U. B. (1980). Neuroticism-extraversion as correlates of accident occurrence. *Accident Analysis and Prevention*, 12(3), 201-204. [https://doi.org/10.1016/0001-4575\(80\)90019-6](https://doi.org/10.1016/0001-4575(80)90019-6)
- Peterson, C., y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues*. Oxford University Press.
- Rahim, N. A., Ng, H. K., Biggs, D., y Boots, K. (2014). Perception of safety, physical working conditions and stress between Malaysia and United Kingdom. *International Journal of Business and Society*, 15(2), 297-309.
- Reichers, A. E. & Schneider, B. (1990). Climate and culture: an evolution of constructs. En B. Schneider (ed.), *Organizational Climate and Culture* (pp. 5-39). Jossey-Bass.
- Robertson, I. T. (1993). Personality assessment and personnel selection. *European Review of Applied Psychology*, 43(3), 187-194.
- Ruiz-Fernández, M. A., Díaz-García, M. I., y Villalobos-Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Salanova, M., y Ortega-Maldonado, A. (2019). Psychological capital development in organizations: an integrative review of evidence-based intervention programs. En L. E. Van Zyl & S. Rothmann Sr. (eds.), *Positive Psychological Intervention Design and Protocols for Multi-Cultural Contexts* (pp. 81-102). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-20020-6\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-20020-6_4)
- Schneider, B., White, S., y Paul, M. (1998). Linking service climate and customer perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83(2), 150-163. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.83.2.150>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. Vintage. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7134.870>
- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23-39.
- Shappell, S., y Wiegmann, D. (2001). Applying Reason: the human factors analysis and classification system (HFACS). *Human Factors and Aerospace Safety*, 1(1), 59-86.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. Academic Press.
- Sutcliffe, K. M., Vogus, T. J., y Dane, E. (2016). Mindfulness in organizations: A cross-level review. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 55-81. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062531>
- Taylor, N. Z., y Milleer, P. M. R. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.005>
- Taylor, D. G., y Mireault, G. C. (2008). Mindfulness and self-regulation: a comparison of long-term to short-term meditators. *Journal of Transpersonal Psychology*, 40(1), 88-99.
- Tett, R. P., y Burnett, D. D. (2003). A personality trait-based interactionist model of job performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(3), 500-517. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.3.500>
- Van den Heuvel, M., Demerouti, E., Bakker, A.B. & Schaufeli, W.B. (2010). Personal resources and work engagement in the face of change. En J. Haudmont, and S. Leka, (eds), *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice* (pp. 124-150). John Wiley & Sons, Ltd.
- Yoshinaga, N., Nakamura, Y., Tanoue, H., MacLiam, F., Aoishi, K., y Shiraishi, Y. (2018). Is modified brief assertiveness training for nurses effective? A single-group study with long-term follow-up. *Journal of nursing management*, 26(1), 59-65. <https://doi.org/10.1111/jonm.12521>
- Zhang, X., Li, Y., Ma, S., Hu, J., y Jiang, L. (2014). A Structured Reading Materials-Based Intervention Program to Develop the Psychological Capital of Chinese Employees. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 42(3), 503-516. <https://doi.org/10.2224/sbp.2014.42.3.503>
- Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 96-102. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.65.1.96>

- Zohar, D. (2002). Modifying supervisory practices to improve subunit safety: A leadershipbased intervention model. *Journal of Applied Psychology*, 87(1), 156-163. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.1.156>
- Zohar, D. (2008). Safety climate and beyond: A multilevel multi-climate framework. *Safety Science*, 46(3), 376-387. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.03.006>
- Zohar, D. (2011). Safety climate: Conceptual and measurement issues. En J. C. Quick & L. E. Tetrick (eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 141-164). American Psychological Association.
- Zohar, D., y Luria, G. (2005). A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group-level climates. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 616-628. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.616>
- Zohar, D., y Polachek, T. (2014). Discourse-based intervention for modifying supervisory communication as leverage for safety climate and performance improvement: A randomized field study. *Journal of Applied Psychology*, 99(1), 113-124. <https://doi.org/10.1037/a0034096>



# **Género y prevención de riesgos laborales**

**5**



# Género y prevención de riesgos laborales

---

Eva Cifre Gallego  
Pilar Domínguez-Castillo  
Ana López Ramos

## Objetivos

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Definir el concepto de perspectiva de género en la seguridad y salud ocupacional.
2. Entender cómo el género subyace, en gran parte, a la diferente exposición de hombres y mujeres a los riesgos laborales.
3. Comprender cómo la categoría de género es una herramienta de análisis, así como una herramienta a incorporar en todo el proceso de prevención de riesgos laborales y promoción de la seguridad y salud ocupacional.
4. Conocer el modelo de salud biopsicosocial de la salud con perspectiva de género, así como los modelos de teoría del rol social de género para poder explicar y diseñar medidas dirigidas a la salud ocupacional y a la prevención de riesgos laborales.
5. Describir y diferenciar buenas prácticas a la hora de realizar una evaluación de riesgos con perspectiva de género.

# Índice

## 1. Introducción

### *1.1. Perspectivas del abordaje de género en relación con la seguridad y la salud ocupacional*

## 2. Aproximaciones teóricas

### *2.1. Conceptos teóricos fundamentales*

#### 2.1.1. Sexo

#### 2.1.2. Género

### *2.2. Modelo biopsicosocial de la salud desde la perspectiva de género*

### *2.3. Teoría del rol social de género y de la congruencia del rol de género*

## 3. Riesgos laborales, salud ocupacional y género

### *3.1. Vigilancia de la salud*

### *3.2. Higiene industrial*

### *3.3. Seguridad en el trabajo*

### *3.4. Ergonomía y Psicología*

#### 3.4.1. Ergonomía

#### 3.4.2. Psicología

##### 3.4.2.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD OCUPACIONAL PSICOSOCIAL DE MUJERES Y HOMBRES

## 4. Propuestas de intervención en Seguridad y Salud Ocupacional con perspectiva de género

### *4.1. Propuestas desde organismos oficiales*

### *4.2. Nuestras propuestas para incrementar la igualdad y disminuir los riesgos laborales con perspectiva de género*

## 5. Resumen y conclusiones

## 6. Preguntas para la reflexión

## 7. Referencias bibliográficas

## 1. Introducción

El trabajo remunerado es el ámbito donde las personas adultas dedican la mayor parte de su día a día. Esto es así tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, quienes suponían en 2018 el 48,5% de la fuerza laboral global (Organización Internacional del Trabajo [OIT]; *International Labour Organization, [ILO]*, 2018) y un 46,51% de afiliación en la Seguridad Social española (Servicio Español Público de Empleo [SEPE], 2019).

Ya que dedicamos una décima parte de nuestra vida a este ámbito, el trabajo ha de ser construido de forma que no dañe la salud de las personas. Por este motivo, nace la Prevención de Riesgos Laborales (PRL). La legislación vigente en nuestro país de Prevención de Riesgos Laborales es la ya conocida Ley 31/1995, donde se expone en el artículo 14 que “los trabajadores (y *trabajadoras*, añadiríamos nosotras) tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”. Es decir, que las personas trabajadoras tienen el derecho de desarrollar su trabajo de forma que este no repercuta negativamente en su salud y bienestar. No obstante, la prevención de riesgos, así como otras ramas del conocimiento, han sido estudiadas y aplicadas desde una perspectiva androcéntrica, donde se estandariza las necesidades de la humanidad desde la perspectiva del varón. Esto tiene graves repercusiones en la salud de las personas trabajadoras y, más concretamente, en la salud y el bienestar de las mujeres.

Tradicionalmente, dado que el trabajo público era desempeñado casi en exclusiva por los hombres, los estudios que evaluaban los riesgos en el trabajo tenían una visión en su mayoría masculina. Esto produce que, ante un mismo trabajo, se adopten estándares o valores que son inocuos para los hombres, pero perjudiciales para las mujeres. A esto lo denominaríamos *diferente vulnerabilidad* y estaría más ligado a las diferencias biológicas o, lo que es lo mismo, al sexo de la persona. Esto ocurre sobre todo respecto a los valores de exposición a químicos o a los riesgos biológicos, cuyos estándares están pensados para varones, sin tener en cuenta la diferente condición física del cuerpo de la mujer. Por otro lado, debido a estos roles de género existentes, es posible que aunque una mujer y un hombre desempeñen el mismo puesto, no realicen las mismas tareas, lo que conocemos como *diferente exposición*. Por este motivo, se requiere la adopción de la perspectiva de género cuando hablamos de riesgos laborales.

En este sentido, y de acuerdo con la Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo ([AESST]; *European Agency for Safety and Health at Work, [EU-OSHA]*, 2020):

Los hombres y las mujeres no son los mismos biológicamente (diferencias de sexo) y los trabajos que realizan, sus condiciones laborales y cómo son tratados por la sociedad no son iguales (diferencias de género) [...]. Dichas diferencias pueden afectar a los riesgos que los hombres y las mujeres se enfrentan en el trabajo y el modo en el que se evalúan y controlan.

Es decir, tanto las diferencias biológicas (sexo) como las diferentes condiciones laborales y el diferente trato ofrecido a hombres y mujeres por la sociedad (género) pueden afectar a los riesgos laborales a los que estos y estas se enfrentan de manera diferencial. De ahí la importancia del análisis, la evaluación y el control de estos riesgos en el ámbito laboral al integrar la perspectiva de género.

## **1.1. Perspectivas del abordaje de género en relación con la seguridad y la salud ocupacional**

De acuerdo con el *European Institute for Gender Equality*, hablar de *perspectiva de género* supone tener en cuenta las diferencias basadas en el género a la hora de analizar cualquier fenómeno, política o proceso social. Como hemos visto, resulta fundamental emplear esta perspectiva a la hora de realizar un acercamiento a la seguridad y salud ocupacional (SSO) en general, y a los riesgos psicosociales en particular. De acuerdo con la AESST (2005), ha habido tradicionalmente cuatro acercamientos al género en SSO:

1. Género estereotipado (*stereotyped gender*), donde las diferencias son aceptadas o exageradas (por ejemplo, las mujeres son vistas como el sexo débil);
2. Género neutro (*gender-neutral*) o ceguera de género (*gender-blind*), donde la igualdad se promueve ignorando las diferencias (puede haber discriminación si el acercamiento se basa en normas masculinas);
3. Sensibilidad al género (*gender sensitivity*), basada en la incorporación de las diferencias, aspectos, y del desequilibrio dentro de las estrategias y acciones de salud.
4. Transversalidad de género (*gender mainstreaming*), que considera la dimensión de igualdad de género en todas las fases (planificación, implantación, y evaluación) de todas las actividades y políticas de salud de la empresa.

La adopción de un acercamiento de *género estereotipado* o un enfoque *neutral a los géneros* puede conllevar el riesgo de que las mujeres trabajadoras sean infravaloradas o incluso ignoradas (AESST, 2003). Por ejemplo, si pensamos en sectores con alto riesgo de accidentalidad o de riesgo físico, es más fácil pensar en sectores como la construcción o la pesca (puestos masculinizados) que en sectores como el sector sanitario y social, donde las mujeres desarrollan su labor en mayor porcentaje. Sin embargo, un cuidadoso examen de las verdaderas circunstancias de trabajo muestra que tanto hombres como mujeres pueden enfrentarse a importantes riesgos laborales. Por ejemplo, el levantamiento de cargas en el tratamiento con pacientes en el sector sanitario o los riesgos de enfrentamientos peligrosos en servicios sociales al tratar, por ejemplo, con agresores por violencia de género.

La *sensibilidad de género* es más que comparar las tasas de enfermedades y lesiones de mujeres y hombres. Es un reexamen de la realidad laboral que impone cambios en la forma habitual de proceder para mejorar la calidad de la información sobre trabajadores y trabajadoras (Messing et al., 2003). Un último paso lo constituye la *transversalidad*, donde el “género” funciona como una categoría analítica que nos permite ver con nuevas “lentes”, que a su vez ayudan a interpretar la complejidad de la realidad. Esto ocurre tanto en el ámbito aplicado como en el de la investigación, donde la salud ocupacional tanto de mujeres como de hombres merece atención científica. Por este motivo, la comunidad científica “necesita considerar los efectos del género en como los aspectos de salud ocupacional son experimentados, expresados, definidos y tratados” (Messing et al., 2003, p.618). Para nosotras, esto es lo que constituye *la perspectiva de género en Seguridad y*

*Salud en el Trabajo*. En el próximo apartado, desarrollaremos la base teórica que sustenta este abordaje.

## **2. Aproximaciones teóricas**

Transversalizar la perspectiva de género es una estrategia aceptada internacionalmente, cuyo objetivo es institucionalizar la igualdad de género en todos los sectores. Debido al impacto que el género tiene en la salud de hombres y mujeres, se considera imperativo que todas las personas profesionales que trabajan en la gestión de la salud ocupacional cuenten con las habilidades y conocimientos necesarios para dar respuesta a las desigualdades basadas en el género (Organización Mundial de la Salud [OMS]; *World Health Organization [WHO]*, 2011).

En el ámbito de la salud ocupacional y PRL es imprescindible que las personas preventivistas puedan dirigir sus esfuerzos a reducir los riesgos, las desigualdades y las vulnerabilidades diferenciales que las personas enfrentan en función no solo de su sexo sino del género (entendido este como construcción y categoría social). Integrar este enfoque transversal de perspectiva de género en todas las fases para una correcta implementación de una estrategia de prevención de riesgos implica entender la complejidad de la construcción del sistema sexo-género en nuestra sociedad. De esta manera se puede visibilizar, poner de manifiesto y hacer presentes riesgos y vulnerabilidades diferenciales no tenidas en cuenta.

Exponemos a continuación un breve acercamiento a los conceptos que nos proporcionan las herramientas conceptuales para poder integrar la perspectiva de género en todo el proceso dirigido a diseñar programas de PRL.

### **2.1. *Conceptos teóricos fundamentales***

#### **2.1.1. Sexo**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), el término “sexo” implica la referencia a características biológicas (dimorfismo cromosómico, gonadal, hormonal, cerebral y genital) e incluye aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad. Es un concepto multidimensional que se convierte en una noción binaria (hombre-mujer), aunque la mayoría de los elementos que lo componen (por ejemplo, diferencias hormonales y cromosómicas) son en realidad un continuo.

Tradicionalmente los programas e intervenciones en PRL se han centrado en la categoría “sexo”, ya que se han enfocado en entender cómo las citadas diferencias biológicas suponen riesgos, exposiciones y vulnerabilidades diferentes para mujeres y hombres.

#### **2.1.2. Género**

A partir de las citadas diferencias anatómicas-sexuales, las sociedades asignan a las personas modos de ser, actuar, pensar, sentir, etc. que, una vez interiorizados, guiarán, entre otras cosas, el tipo de profesiones a las que han de adscribirse y como ha de ser su

comportamiento en general. Por lo tanto, las mujeres y los hombres no solo difieren en biología, sino que también difieren en los roles y responsabilidades que la sociedad les asigna, así como en sus posiciones en la familia y en la comunidad. Todo esto afecta en los riesgos a los que se exponen y es importante que las personas profesionales que trabajan en cualquier área de la salud puedan dar respuesta a las necesidades diferenciales citadas (Matud, 2017).

Marta Lamas (2017) enfatiza que la categoría “género” se refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia anatómica-sexual de los cuerpos, estableciéndose normas y expectativas sociales, roles y atributos sobre las personas en función de la correspondencia con sus cuerpos. El género no es solo “identidad de género” sino que hemos de destacar que el género incluye “normas de género”, “roles y estereotipos de género” y las “relaciones de género”.

La “identidad de género” tiene que ver con el sentimiento de ser hombre o mujer y se produce por un proceso de identificación. A su vez, la identificación realizada influye en sus sentimientos y comportamientos al estructurar la identidad, y es diferente de la orientación sexual (una persona puede tener una identidad femenina y sentirse atraída por hombres, por mujeres, por ambos o por ninguno de los dos).

Los “roles de género” son estándares de comportamiento que el grupo social define como apropiados para hombres y mujeres, e influyen en la vida diaria de las personas: son las reglas sobre cómo sentirse, qué esperar, qué gestos son correctos, cómo vestirse, a qué se puede aspirar, cómo expresarse y cómo relacionarse. Los roles de mujeres y hombres se fundamentan simbólicamente en las expresiones de feminidad y masculinidad y pueden regular el comportamiento hasta tal punto que puede limitar el desarrollo individual cuando estos son rígidos (Sánchez-López y Limiñana-Grass, 2017). Los roles demandados a los hombres se relacionan con la responsabilidad económica en las familias, así como con proveer económicamente a sus hogares. En el ámbito laboral-profesional, los roles que se esperan de ellos tienen que ver con la toma de decisiones, el liderazgo, la autonomía y la aspiración continua hacia el éxito. Por el contrario, los roles demandados a las mujeres se relacionan con la responsabilidad del cuidado y de la felicidad de las personas de la familia y, en el ámbito laboral-profesional, con el desarrollo de cualidades como la expresión emocional, la búsqueda de acuerdos y el priorizar los intereses grupales a los personales. En este sentido, los estudios han puesto de manifiesto que los puestos masculinizados incluyen largas horas de trabajo con disponibilidad casi total (el 32% trabaja más de 10 horas, el 26% trabaja de noche, y el 56% trabaja en sábado), así como un alto presentismo para justificar su valía, que conlleva una baja conciliación familia-trabajo (Cifre y Domínguez-Castillo, 2020). Por otro lado, las mujeres en mayor medida siguen siendo las encargadas de las tareas y de la responsabilidad del hogar (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2011).

Los “estereotipos de género”, en el caso de los hombres, tienen que ver con la agencia (el hacer) y la intelectualidad, mientras que en el caso de las mujeres con la expresividad emocional y la comunalidad. Una vez asumidos estos estereotipos como propios, pasan a formar parte de la identidad. Conocer los estereotipos existentes en la sociedad resulta fundamental, puesto que implican procesos cognitivos, emocionales y conductuales. La *dimensión cognitiva* de los estereotipos hace referencia a los pensamientos, a las ideas y a las creencias globales y generales sobre mujeres y hombres. El *componente emocional* es



el responsable de que pueda haber sentimiento de rechazo, lo que conduciría a los prejuicios. El *componente conductual*, al ser la tendencia a actuar, se expresaría en una posible discriminación. Es importante para las personas que trabajan en PRL ser conscientes de estos procesos, puesto que pueden dificultar realizar diagnósticos sensibles al género: es fácil caer en procesos discriminatorios al asumir que no se promociona a mujeres desde el departamento de recursos humanos “porque a ellas les gusta más trabajar en grupo y no estar al mando” o situar a hombres en puestos de toma de decisiones importantes “porque a los hombres les sale de manera natural”, sin tener en ningún caso en cuenta las diferencias individuales de las personas en cuestión (hay mujeres que quieren ascender y hay hombres que, de no ser por el sueldo extra, preferirían no hacerlo).

Otras de las herramientas teóricas necesarias para realizar diagnósticos y evaluaciones desde la perspectiva de género son las “relaciones de género” que definen cómo las personas deben interactuar con los demás y cómo estos se relacionan con ellos/ellas, dependiendo de su género atribuido. Estas relaciones deben analizarse dentro del contexto cultural en el que se desarrollan, ya que se encuentran mediatizadas por relaciones de poder, desigualdad, etc. y pueden dar lugar, por ejemplo, al acoso sexual en el trabajo (relación de poder del hombre sobre la mujer), que puede estar naturalizado en la organización y producir su invisibilización.

No cabe duda de que el género supone un elemento central en la configuración subjetiva de cada persona al implicar normas sociales a las que se intenta dar respuesta. El género como categoría social influye en el modo de entendernos como personas trabajadoras, de situarnos y de actuar ante los riesgos, vulnerabilidades y discriminaciones en el ámbito laboral, así como nos permite realizar un análisis de las dinámicas relacionales, de los riesgos, etc. que se producen en las organizaciones y que afectan e influyen de modo diferencial en mujeres y hombres.

Una vez expuestas las categorías teóricas proponemos un breve recorrido por los modelos teóricos que nos ofrecen las herramientas necesarias para que la prevención en riesgos laborales tenga transversalizado, en todas sus fases, el enfoque de género. Posteriormente, en el siguiente apartado, recorreremos los diferentes riesgos laborales relacionados con la salud ocupacional desde un abordaje aplicado a la perspectiva de género.

## **2.2. *Modelo biopsicosocial de la salud desde la perspectiva de género***

Durante el siglo xx, el concepto de salud se amplió para considerar no solo relevante el estudio de la enfermedad, sino la promoción del bienestar. La Organización Mundial de la Salud afirmó en 1947 que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo de la ausencia de afecciones o enfermedades.

En 1977, George Engel plantea el modelo biopsicosocial de la salud en el que considera que las esferas biológicas, sociales (el contexto social) y psíquicas (la experiencia subjetiva vivida) han de contemplarse para conocer los procesos de salud-bienestar-malestar de un modo más adaptado a la experiencia de las personas. Consideramos que esta concepción biopsicosocial de la salud es la más apropiada para nuestro enfoque de salud ocupacional y PRL desde la perspectiva de género. Sara Velasco (2009) integra el enfoque de género en el modelo de salud partiendo de que la categoría de género es una

dimensión producida por la interacción entre la *esfera social* (las personas reciben una socialización diferenciada en función de su sexo, instaurándose así la existencia de roles, estereotipos, etc.); y la *esfera psíquica* (donde se produce una interiorización psíquica e individual de los mandatos sociales, convirtiéndose por tanto en deseos propios y determinando aspiraciones profesionales, actitudes, modos de relacionarse y de vivir). La *esfera biológica*, que abarca el cuerpo en toda su extensión y es donde se situaría el sexo biológico es la tercera esfera que interviene tanto en el proceso de construcción identitaria de género como en la experiencia y en la expresión del propio género.

Las personas no somos un libreto en blanco en el que se graban los mandatos sociales de género, sino que existe una adaptación individual, donde cada persona conforma su “masculinidad y feminidad”. La masculinidad y la feminidad elaboradas individualmente supondrán desarrollar determinadas características instrumentales-de agencia como autonomía, liderazgo, decisión, etc. (asociados tradicionalmente a la masculinidad), así como expresivas-comunales (cuidado, emocionalidad, dependencia, etc., asociadas tradicionalmente a la feminidad). La auto-identificación con los roles de género y la posición subjetiva de feminidad-masculinidad que las personas ocupan determinan (Matud, 2017) los modos de posicionarse ante acontecimientos y experiencias laborales, así como la diferente exposición a riesgos y vulnerabilidades específicas (como veremos a lo largo del capítulo).

La salud ocupacional ha de concebirse, desde este paradigma, atendiendo a cómo las tres esferas interactúan constantemente para dar lugar a los propios comportamientos. Tener en cuenta la interrelación de las diferentes esferas se hace imprescindible, puesto que nos hace entender cómo muchos riesgos y vulnerabilidades son fruto de procesos psicosociales (interrelación entre las esferas sociales y psíquicas) que se interactúan con la esfera biológica.

Un ejemplo de esto es que, cuando los hombres que se identifican con normas tradicionales de masculinidad se enfrentan a malestares del estado de ánimo y problemas de estrés y ansiedad relacionados con lo laboral, no son capaces de expresar lo que realmente viven, sienten y experimentan. Al analizar lo que ocurre desde el modelo biopsicosocial de la salud con enfoque de género, podemos comprobar que el modelo de masculinidad tradicional no permite la expresión de las emociones en general, y de las dificultades relacionadas con la depresión en particular, al asociarlos con una supuesta vulnerabilidad que tan solo se asocia a la feminidad tradicional. Es la esfera psíquica la que interioriza la norma de género masculino y regula el comportamiento; si transgrede la norma, el hombre se creará débil y temerá ser considerado alguien de menos valía en su organización: la vergüenza actúa regulando el comportamiento. Esto, a su vez, aumentará los síntomas físicos y se generará una espiral donde se perpetuarán los malestares (Cifre y Domínguez-Castillo, 2020).

A medida que se interiorizan los mandatos de género en la dimensión psíquica y en la subjetividad, en cada persona se producen procesos de regulación para dar respuesta a los ideales de ser hombre y de ser mujer que la sociedad establece. Hacemos referencia a mecanismos como la culpa, la vergüenza, el sentido de inferioridad, etc., que operan en lo intrapsíquico al servicio del cumplimiento de los mandatos sociales y que suelen provocar procesos de malestar biopsicosocial. Otro ejemplo se da en el conflicto trabajo-familia (que veremos más detalladamente), donde la culpa actúa en las mujeres al sentir que no son capaces de desarrollar adecuadamente el ideal de maternidad.

### **2.3. Teoría del rol social de género y de la congruencia del rol de género**

La teoría del rol social en general, o la teoría del rol de género en particular, explica cómo los estereotipos de género influyen en el comportamiento social de hombres y mujeres.

La división sexual del trabajo se encuentra en la base de cómo las mujeres asumieron responsabilidades en el hogar (desarrollando un comportamiento comunal o expresivo, amigable y desinteresado que inhibe su agresión), mientras que los hombres se desarrollaron en el trabajo productivo y en la esfera social (expresando rasgos de independencia, asertividad y competencia e instrumentalidad, así como aprendiendo desde niños a ser más agresivos) (Eagly, 1987).

Las personas aprendemos el comportamiento social del rol de género mediante la socialización, y son los roles integrados en la propia identidad los que determinan las elecciones profesionales, las negociaciones en los conflictos, así como las aspiraciones y los modos de relacionarse de hombres y mujeres en la esfera laboral. Las personas tienden a buscar la congruencia entre la expresión de género y los roles asignados a la propia identidad de género, tal como pusieron de manifiesto Alice Eagly y Steven Karau en 2002 con su teoría sobre la congruencia del rol de género.

Este marco teórico sirve de base para gran parte de la investigación sobre cómo actúan y se desenvuelven mujeres y hombres en el ámbito profesional. Uno de los objetos de estudio ha sido cómo hombres y mujeres se desarrollan en las negociaciones: mientras que los hombres son capaces de realizar la misma intensidad de negociación cuando están en juego tanto beneficios propios como beneficios de otras personas, las mujeres sin embargo realizan una negociación más eficaz (y son capaces de mostrar rasgos estereotípicos de instrumentalidad-agencia) cuando defienden los intereses de los demás que cuando han de defender sus propios intereses (Bear y Babcock, 2015). La teoría de congruencia de rol también explica cómo las personas interpretamos y damos valor a la ejecución de hombres y mujeres en función de esta congruencia de rol. Las mujeres en puestos de liderazgo suelen considerarse menos eficaces que los hombres debido a que no se considera “congruente” el desarrollo de rasgos de liderazgo y toma de decisiones con el hecho de ser mujer (Eagly y Carli, 2007).

Tanto la teoría del rol social como la teoría de congruencia de rol nos ofrecen las herramientas para entender los fenómenos tanto de la segregación vertical como de la horizontal, importantes en la medida que suponen riesgos psicosociales relacionados con la salud ocupacional. La *segregación vertical* pone de manifiesto las dificultades que

tienen las mujeres para acceder a los puestos más elevados de la jerarquía organizacional. Según la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) tan sólo un 10% de las mujeres ocupan cargos de alta dirección (Conde-Ruiz y Marra De Artíñano, 2016). Además, sus puestos se caracterizan por disponer de una menor autonomía, así como escasas oportunidades para el desarrollo profesional (Romero et al., 2008). La *segregación horizontal* hace referencia a cómo hombres y mujeres acceden a diferentes tipos de trabajo aún dentro de la misma categoría profesional: trabajos feminizados (centrados en el cuidado de otras personas) versus masculinizados (centrados en la toma de decisiones, o más técnicos), relacionados con los diferentes atributos estereotipados (Artazcozet al., 2007). Esta segregación es el resultado de un proceso de socialización diferenciada que se inicia desde la niñez y culmina en la edad adulta, cuando la persona ha asimilado estos roles de género como propios y “normales”. El problema ocurre cuando estas normas o roles de género son transgredidos por las personas, por ejemplo, cuando un hombre trata de trabajar en una profesión feminizada o viceversa. Estas personas que transgreden lo establecido para su género tienen muchas dificultades para acceder al empleo (Luis Carnicer et al., 2007) y, las que consiguen acceder, pueden enfrentarse a mayores desafíos y riesgos que sus compañeras o compañeros del otro sexo.

Hemos descrito ambos *procesos de segregación* desde las *barreras estructurales* que desde las organizaciones se implementan; pero, junto a ellas, también se dan las *barreras subjetivas* (Burin, 2008): regulaciones que mujeres y hombres realizan de su propio comportamiento para dar respuesta a los roles, rasgos y estereotipos de género incorporados en su subjetividad y en los productos de los mandatos sociales. Por ejemplo, en el caso del *techo de cristal* (uno de los procesos que se dan en la segregación vertical), denominamos *barrera subjetiva* al hecho de que las mujeres se puedan sentir cohibidas al ocupar puestos de liderazgo. Para ello, necesitarían actuar con rasgos y actitudes estereotípicos de la instrumentalidad-agencia (más vinculados tradicionalmente a la masculinidad) con los que ellas, o bien no se sienten con la capacidad de desarrollarlos, o consideran que pueden tener alguna sanción social en el caso de actuar conforme a ellos.

### 3. Riesgos laborales, salud ocupacional y género

Los aspectos tratados en los apartados anteriores llevan a la conclusión de que existen diferencias en el ámbito laboral (trabajos, tareas...) que suponen una diferente exposición y que, al unirse en algunos casos con diferente vulnerabilidad, pueden afectar a los riesgos a los que las mujeres y los hombres se enfrentan en el trabajo y, por tanto, a su SSO. En concreto, según la página web *Women and safety and health at work*, que pertenece a la AESST (s.f.) estas diferencias se centran principalmente en que las mujeres: trabajan en sectores y en tipos de trabajo específicos; deben equilibrar sus responsabilidades laborales y familiares; están infrarrepresentadas en los niveles de supervisión y dirección, así como son físicamente diferentes a los hombres. Aunque a menudo hay más variación entre mujeres que entre mujeres y hombres, por ejemplo, en fuerza física, ellas desarrollan trabajos que se asumen, a menudo de manera equivocada, como seguros y sencillos.

Estas diferencias se han hecho más evidentes en la reciente pandemia de la COVID-19, puesto que el estado de alarma y el confinamiento en los hogares está suponiendo la adopción en gran medida del teletrabajo como práctica habitual y la teleformación

para todos los niveles educativos. Esto provoca situaciones que han vuelto a poner de manifiesto la necesidad de abordar la SSO con perspectiva de género. De acuerdo con el Instituto de la Mujer (2020), esta crisis ha supuesto una sobrecarga en el trabajo sanitario, donde las mujeres representan el 70% del personal en todo el mundo y en los servicios esenciales. Además, también son mayoría en sectores del comercio de alimentación, en los servicios de limpieza hospitalaria y de residencias, que son esenciales para el mantenimiento de la población. También ha evidenciado que las mujeres siguen realizando los cuidados en el hogar, lo que supone tanto el trabajo doméstico como el cuidado de personas dependientes, lo que las ha llevado a no poder seguir trabajando al encontrarse cerrados los centros escolares. Esto a su vez conduce a las mujeres a sufrir mayor precariedad y pobreza laboral y a estar en un peor lugar para afrontar un nuevo periodo de crisis (especialmente mujeres jóvenes, mujeres con baja cualificación y mujeres migrantes). Además, algunos de los sectores más afectados por la COVID-19 son el comercio, el turismo y la hostelería, altamente feminizados.

Sin embargo, muchas de estas diferencias son frecuentemente ignoradas en la práctica de SSO. Es más, es habitual que los riesgos por sobrecarga y por estrés de las mujeres en el trabajo sean infraestimados. Sin embargo, no es menos cierto que los hombres continúan teniendo riesgos asociados, en muchos de los casos, a su “masculinidad tradicional”. Como consecuencia de ello, los hombres tienen un número muy elevado de accidentes laborales (por cada 100 días de baja, 32 son atribuibles a accidentes del trabajo —el doble que en el caso de las mujeres—), de accidentes de trabajo mortales (473 hombres frente a 23 mujeres) o con partes de baja (361.983 hombres frente a 153.099 mujeres) y, aunque las mujeres tienen más accidentes de trabajo *in itinere* (45.032 mujeres frente a 36.492 hombres), los de los hombres son mortales en mayor proporción (100 hombres frente a 33 mujeres) (Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2015; Estadística de Accidentes del Trabajo, 2017).

Por todo esto, es importante abordar los riesgos siempre con perspectiva de género, dado que hombres y mujeres no se encuentran en la misma situación, ni objetiva ni subjetivamente. A continuación, analizaremos los riesgos laborales con esta perspectiva de género en cada una de las especialidades con las que cuenta la PRL en España: 1) Vigilancia de la salud; 2) Higiene industrial; 3) Seguridad en el trabajo; y 4) Ergonomía y Psicosociología (Ministerio de Asuntos Sociales, 2015), incluyendo las consecuencias para la salud ocupacional psicosocial de todos estos riesgos con perspectiva de género.

### **3.1. Vigilancia de la salud**

La vigilancia de la salud, también conocida como medicina del trabajo, hace referencia al estudio de cómo los riesgos presentes en el entorno de trabajo pueden afectar a la salud, tanto por ser causantes de accidentes laborales como por la aparición de enfermedades profesionales. Además, quienes se especializan en medicina del trabajo también tienen la labor de realizar peritajes sobre la influencia de las condiciones de trabajo en las posteriores incapacidades (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

A pesar de no existir protocolos o pruebas específicas para determinar el estado de salud de las mujeres en los reconocimientos médicos más allá de las pruebas para la determinación del riesgo para el embarazo o la lactancia, sí que existen ciertas enferme-

dades profesionales más prevalentes en mujeres. Algunas de esas enfermedades profesionales feminizadas son las siguientes (Vallejo, 2007):

- *Lesiones musculoesqueléticas*, donde el 73% de los casos son mujeres. En su mayoría se manifiesta como artrosis en las articulaciones, especialmente en mujeres de edad avanzada (mayores de 50 años). Hay que tener en cuenta que la osteoporosis, o la pérdida de densidad ósea, jugará un papel fundamental en el desarrollo de lesiones *musculoesqueléticas* en las mujeres mayores.
- *Afecciones en el sistema locomotor*, que también ocurren mayoritariamente en mujeres de edad avanzada. Los ejemplos más comunes de dichas afecciones son el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren o la esclerosis sistémica progresiva.
- *Dolencias broncopulmonares*. El hecho de estar expuestas a polvos y/o aerosoles las hace más propensas a sufrir asma, bronquiolitis adulta criptogénica o linfangiomiomatosis pulmonar.
- *Enfermedades cardiovasculares* tanto en mujeres jóvenes, donde es predominante la enfermedad de Raynaud, como en mujeres adultas, donde es habitual la arteritis de Horton.

Por último, es interesante advertir de una enfermedad emergente que también se presenta mayoritariamente en las mujeres y que puede generarse o agravarse por las condiciones de trabajo: la *fibromialgia*. Además, la fibromialgia puede dificultar la actividad laboral de la persona trabajadora, incrementando otros riesgos, como los riesgos psicosociales.

### **3.2. Higiene industrial**

La Higiene industrial es la disciplina preventiva que se encarga de controlar las condiciones del entorno laboral, identificando y evaluando los contaminantes que pudiera haber en el medio ambiente (Universitat de València, 2020). Habitualmente, podemos encontrar tres tipos de contaminantes en función de su naturaleza: químicos, físicos o biológicos. Centrándonos en los primeros, los contaminantes químicos, encontramos algunos problemas en su evaluación, derivados de la escasa utilización de la perspectiva de género.

En primer lugar, las mujeres suelen estar más expuestas a profesiones donde existen *contaminantes químicos*. Por ejemplo, en el sector de la limpieza existe un 82,95% de ocupación femenina. En este sector se está expuesto a una gran cantidad de productos químicos (disolventes, lejías, detergentes, productos de control de plagas...) que pueden ser tóxicos en según qué cantidades. Otro ejemplo lo podemos encontrar en los grupos profesionales de peluquería y/u otros especialistas en tratamientos estéticos donde el porcentaje de mujeres ocupadas asciende al 94,7%, mientras que solo un 5,3% de los hombres accede a este tipo de empleos. Además de los peligros por contaminantes químicos que se encuentran en los aerosoles, tintes, cremas, etc..., este sector también está expuesto a contaminantes físicos derivados de formas de energía electromagnética o calorífica, presentes en algunos tratamientos (Servicio Público de Empleo Estatal, 2019).

Otro de los sectores donde cada vez se incorporan más mujeres es la industria agroalimentaria. Este último ejemplo representa uno de los casos más evidentes para explicar el efecto de *diferente exposición*. La diferente exposición hace referencia a que, incluso cuando la categoría laboral o el grupo laboral es el mismo para hombres que para mujeres, las tareas que realizan y, por tanto, los riesgos a los que están expuestos, no lo son. Dentro del sector agroalimentario, los hombres se dedican más a tareas que están relacionadas con el manejo de cargas, mientras que las mujeres realizan, en su mayoría, actividades con productos fitosanitarios, lo que las expone más a los riesgos químicos (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

Además de la afectación individual para la salud que supone la exposición a químicos, esta puede ser doblemente perjudicial en el caso de trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia. Existen muchos químicos que tienen efectos adversos tanto en la fertilidad de las mujeres como en el propio embarazo, produciendo partos prematuros, abortos o bajo peso del niño o la niña al nacer. Estos mismos efectos negativos también pueden transmitirse al lactante a través de la leche materna (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011). Adicionalmente, en países industrializados cada vez aparecen más patologías reproductivas femeninas asociadas a esta sobreexposición a sustancias químicas, como lo son las alteraciones del ciclo menstrual, pubertad precoz, endometriosis, cáncer de ovarios o mamario, o defectos congénitos en la descendencia (Comisiones Obreras, 2012).

Por otro lado, también debemos considerar las diferencias biológicas que existen entre mujeres y hombres para determinar el riesgo. A estas diferencias biológicas en la repercusión de los riesgos se la ha denominado *diferente vulnerabilidad* porque, ante la misma cantidad de contaminante, los efectos negativos para la salud de mujeres y hombres son diferentes. Por ejemplo, generalmente las mujeres tienen mayor cantidad de tejido adiposo que los hombres, lo que las hace más vulnerables a que las sustancias tóxicas liposolubles se absorban y acumulen con más facilidad (Comisiones Obreras, 2012). No obstante, esta diferencia no está contemplada de ningún modo en los valores límites de exposición que se marcan para preservar la salud. Estos límites han sido calculados, en su mayoría, en poblaciones masculinas, y responden a las necesidades de protección del varón.

Todos estos efectos se ven agravados por otro factor: el trabajo doméstico. Como sabemos, la mayor parte del trabajo doméstico es realizado por las mujeres. Según el Informe del Instituto Nacional de Estadística (2015), el 84% de las mujeres españolas realizan tareas de cuidado del hogar diariamente, frente a sólo un 42% de los hombres. Estas tareas de cuidado del hogar, especialmente de limpieza, requieren la utilización de productos sanitarios que también pueden considerarse tóxicos, con el agravante de que el trabajo doméstico no está regulado de ninguna forma ni tiene en cuenta los efectos adversos de estos productos en la salud de las mujeres. Además, en el caso de que sean mujeres que también trabajen de forma remunerada con productos fitosanitarios, la exposición total será aún mayor.

La mayor representación femenina en trabajos con exposición a contaminantes químicos se replica también cuando hablamos de *contaminantes biológicos*. Las mujeres suponen un 84,2% de los profesionales de enfermería, un 64,4% de fisioterapeutas y un 61,6% de personal de biología médica, entre otros. Por otro lado, las personas que se encargan de la limpieza de los hospitales y otros entornos sanitarios también son mujeres

(Instituto Nacional de Estadística, 2018). Por lo tanto, sufren un mayor riesgo de ser infectadas por los contaminantes biológicos presentes en estos entornos de trabajo.

### 3.3. *Seguridad en el trabajo*

La seguridad en el trabajo es la especialidad de PRL que se ocupa de la relación entre la persona trabajadora y su entorno laboral, teniendo en cuenta las tareas que desempeña, el espacio de trabajo, las herramientas, las máquinas, los procesos y las instalaciones. Hace especialmente referencia a cuatro procedimientos de trabajo que pueden suponer riesgo para la persona que los realiza: trabajos en altura, mantenimiento, almacenaje y transporte (Collado Luis, 2008). Estos cuatro procedimientos pueden suponer riesgos físicos para las personas trabajadoras como golpes, atrapamientos, caídas, abrasiones, etc. entendidos como accidentes de trabajo. Además, estos riesgos también pueden provocar las llamadas enfermedades profesionales cuando se está expuesto a estos factores de riesgo durante un tiempo prolongado (Instituto Nacional de Seguridad y Salud, 2015). Aún más si las sustancias que se utilizan durante los procesos son consideradas como peligrosas (productos tóxicos, inflamables, explosivos...).

El ámbito con mayor probabilidad de sufrir dichos riesgos, o donde los riesgos presentados son más severos, es el sector industrial. Este sector está fuertemente masculinizado. Según el estudio realizado por Emakunde (Instituto Vasco de la Mujer) en 2013, la industria del metal está compuesta en un 78,4% por hombres de entre 35 y 49 años, la industria química representada por un 64% de hombres, la industria mobiliaria por un 76% de hombres y la industria agroalimentaria por un 58% de hombres (Instituto Vasco de la Mujer, 2013). Por lo que podemos ver, aunque hay diferentes porcentajes de participación, las mujeres tienen una menor representación en los trabajos industriales donde predominan los riesgos físicos.

Por lo general, los hombres se concentran en trabajos o asumen actividades más peligrosas, violentas o que requieren una mayor capacidad física (Hardy y Jiménez, 2001). Según Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortès (2004), en España la mayoría de los accidentes los sufrieron hombres, siendo un 89% de ellos graves y un 97% mortales. Estos datos tienen una fuerte lectura de género que en muchas ocasiones suele pasar desapercibida y que está ligada al concepto de masculinidad tradicional (y a su asociación con el rol de “proveedor” que hemos visto anteriormente).

La masculinidad tradicional dentro del ámbito laboral, más allá de aglomerar a los hombres en las profesiones más peligrosas, también ayudará a que estos mismos no se preocupen tanto por realizar conductas de seguridad como emplear los equipos de protección individual asegurar los arneses, o comprobar el parado de las máquinas para su mantenimiento. Esto aumentará la probabilidad de sufrir un accidente y, en caso de producirse, de que las consecuencias sean más perjudiciales para su integridad y salud (Faur, 2004; WHO, 1999). En esta misma línea, en un estudio realizado por las investigadoras Courtenay y Keeling (2000) se observó que esta masculinidad tradicional, además de alejar a los hombres de conductas seguras, también impedía la búsqueda de ayuda cuando mostraban señales de cansancio o estrés por el trabajo. Se debía de nuevo a que la identidad masculina heterosexual exigía guardar ciertas apariencias que mostraran la fortaleza o la estoicidad del hombre.



En cuanto a la disciplina de seguridad industrial, es necesario recalcar la importancia de la utilización de los equipos de protección individual (EPI) como una forma de reducir las consecuencias negativas de los riesgos presentes en el entorno laboral. En este punto, vale la pena señalar que dichos EPI han sido creados teniendo en cuenta la fisonomía de los hombres (Ponce Del Castillo, 2016). Esto pudo observarse en una encuesta realizada por la OSHA (2010), donde el 46% de las mujeres respondieron que tenían serias dificultades para encontrar calzado de seguridad de su talla y que un 41% de ellas no podía encontrar guantes. En esta misma encuesta también se evidenció que sólo un 14% de los fabricantes ofrecían protecciones en tallas femeninas (Bukowski, 2014).

Esto no solo supone un riesgo laboral, sino que va en contra de las obligaciones legales respecto a los EPI. Según el RD 773/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, los equipos de protección individuales deben cumplir tres condiciones: 1) responder a las condiciones del lugar de trabajo, 2) tener en cuenta las condiciones anatómicas y fisiológicas y el estado de salud del trabajador/a, y 3) adecuarse al portador tras los ajustes necesarios. Por lo tanto, el hecho de que no se fabriquen o no se proporcionen los EPI adecuados a las mujeres va en contra de los últimos dos preceptos legislativos.

### **3.4. Ergonomía y Psicosociología**

La última de las especialidades preventivas engloba tanto la ergonomía como la llamada psicosociología. Debido a su envergadura, vamos a analizar cada una de estas áreas por separado.

#### **3.4.1. Ergonomía**

La *ergonomía* hace referencia al “conjunto de conocimientos científicos relativos al hombre y necesarios para concebir útiles, máquinas y dispositivos que puedan ser utilizados con la máxima eficacia, seguridad y confort” (Mondelo y Barrau, 1999). Es decir, la ergonomía trata de concebir los elementos del trabajo de forma que se adapten a las condiciones de las personas que los utilizan.

No obstante, tal como ocurría con los equipos de protección individual, las herramientas han sido concebidas contemplando únicamente las características antropométricas del varón. Por lo tanto, pueden suponer un cierto riesgo ergonómico cuando son utilizadas por las mujeres. Por ejemplo, el hecho de manejar una carga por encima del nivel de los hombros incrementa el riesgo ergonómico. En los hombres, al ser por lo general más altos, este riesgo es menos probable; sin embargo, en las mujeres el riesgo se eleva considerablemente.

También en el área de la ergonomía podemos observar situaciones de *diferente exposición*. Por ejemplo, dentro de la industria, mientras los hombres se dedican mayoritariamente al transporte de cargas o al mantenimiento, las mujeres suelen estar dentro de las cadenas de montaje. Por lo tanto, mientras que ellos van a estar expuestos a riesgos derivados de esas exigencias físicas, ellas sufrirán riesgos asociados a los llamados movimientos repetitivos (Messing y Seifert, 2002).

Por otro lado, mientras el sector industrial ha desarrollado multitud de estrategias para evitar dicho riesgo ergonómico, otros sectores, mucho más ocupados por mujeres, no lo han hecho en igual medida. Este es el caso del sector servicios y, en especial, del sector sanitario. Además de los mencionados movimientos repetitivos, el riesgo más común en el personal sanitario está asociado a la manipulación de pacientes, tarea que habitualmente realiza el sector de enfermería. Las mujeres, que en su gran mayoría son quienes se ocupan de la manipulación de personas enfermas, suelen referir molestias en la columna lumbar, la región cervical y dorsal, así como en las rodillas y en las muñecas (Morales, 2016).

### 3.4.2. Psicosociología

Finalmente, la *psicosociología* es la disciplina, dentro de la PRL, encargada de identificar, analizar, evaluar y prevenir los riesgos que se derivan de la interacción entre las personas y los llamados *factores de riesgo psicosocial*. Estos son las “condiciones que están relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen la capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud de las personas trabajadoras” (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2017).

Un aspecto fundamental a la hora de entender los riesgos psicosociales es saber que, aunque van a depender de las condiciones laborales, también están fuertemente influidos por las variables individuales y subjetivas. Entre estas variables, el género va a jugar un importante papel en la aparición o no de dichos riesgos, como apuntamos anteriormente con la explicación de la segregación vertical y horizontal y como seguimos haciendo.

Como riesgos específicos derivados del sexo o el género de la persona, está el claro ejemplo del *acoso sexual* y el *acoso por razón de sexo o género*. Estos dos supuestos cobran importancia con la Ley Orgánica 3/2007 y suponen no solo un riesgo laboral, sino un ataque contra la dignidad y la integridad personal, por lo que se recoge también en el Código Penal (Fundación Mujeres, 2010). La violencia laboral, especialmente aquella que tiene su base en el género de la persona, es uno de los riesgos psicosociales que más afectación tiene para la persona que lo sufre, tanto a nivel psicológico como a nivel emocional y social (Vallejo, 2007).

Por último, otro de los riesgos psicosociales que tienen una fuerte base en el sistema sexo-género es el llamado conocido *conflicto familia-trabajo*. Los roles tradicionales de género asignan a la mujer la responsabilidad, total o mayoritaria, de las tareas del hogar y de los cuidados, mientras que al hombre le otorga el papel de proveedor de recursos, es decir, le hace protagonista del trabajo público y remunerado. Huelga decir que, aunque con algunas diferencias, tanto mujeres como hombres están presentes en el mercado laboral, pero ¿ha revertido esto los roles de los cuidados y las tareas domésticas? Un estudio realizado por Lucia Ciciolla y Suniya Luthar (2019) comprueba que las mujeres siguen considerándose las máximas responsables del hogar, lo que repercute negativamente en su salud física y psicológica, además de que dentro del hogar se siguen realizando las tareas tradicionalmente asignadas a cada género (Cerrato y Cifre, 2018). A este hecho de tener exigencias tanto en el trabajo remunerado como en el doméstico se lo conoce como doble presencia. Visto el problema del conflicto familia-trabajo, muchas organizaciones han puesto en marcha medidas de conciliación como las reducciones de

jornada, la flexibilización de los horarios o el trabajo. El problema principal es que estas medidas son adoptadas, mayoritariamente, por mujeres, por lo que los roles de género se siguen perpetuando. Además, cuando los hombres tratan de acogerse a estos permisos de conciliación suelen ser “castigados” por el entorno social, tal como se muestra en el estudio de Nieto-Cuevas y Cabello (2019).

Otros estresores específicos de las mujeres tendrían que ver con las *diferencias en tareas* (existen muchos trabajos feminizados con tareas repetitivas), la *brecha salarial* (por la que las mujeres siguen teniendo salarios inferiores a sus pares hombres) y el *tokenism* (sufrido por las mujeres que representan una minoría en grupos masculinizados) (Cifre, Vera, y Signani, 2015).

Por su parte, los hombres también sufren estresores específicos, mayoritariamente relacionados con su trabajo en puestos de mayor responsabilidad, tales como el hecho de “trabajar horas extras, el hacer frente a las crisis sin recursos de personal, la falta de colaboración y conflicto con otros departamentos, así como una mayor responsabilidad, sobrecarga y errores” (Garrosa y Gálvez, 2013).

En segundo lugar, además de la exposición diferencial, otra línea de trabajo nos lleva a hablar de la diferente vulnerabilidad de hombres y mujeres a las mismas características de los puestos de trabajo. En esta línea, un trabajo realizado por Cifre, Salanova y Franco (2011) con profesorado universitario mostró que, ante el mismo puesto de trabajo (y las mismas características del puesto, por tanto), a los hombres y a las mujeres les afectaban en su síndrome de desgaste profesional y en su *engagement* las condiciones de trabajo de manera diferencial. Por ejemplo, a las mujeres les afectaba la falta de autonomía y la falta de apoyo social a su síndrome de desgaste profesional. A los hombres les afectaba para incrementar el *engagement*, el bajo *mobbing* y la exigencia de alta competencia mental, mientras que a las mujeres les influía un bajo conflicto de rol, alta sobrecarga mental y emocional, y alta autoeficacia. En esta línea, una revisión realizada por Vera, Cifre y Pastor (2015) encontró que los hombres valoraban especialmente el sueldo, la oportunidad de uso de habilidades y el control del puesto, mientras que las mujeres lo hacían con los aspectos sociales y el enriquecimiento del puesto. La explicación a estas diferencias en vulnerabilidad, según nuestro punto de vista, se alejaría más del punto de vista biologicista (diferencias por sexo) para acercarse más a una explicación social (valores aprendidos e interiorizados relacionados con el género y el tener que dar respuesta a los roles asociados a la masculinidad y feminidad, como hemos visto anteriormente).

#### 3.4.2.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD OCUPACIONAL PSICOSOCIAL DE MUJERES Y HOMBRES

Como hemos visto, independientemente del área de prevención en la que nos detengamos, todas requieren enfoque de género para evitar que el trabajo suponga un riesgo para la seguridad y la salud de las mujeres y los hombres que lo desempeñan. En este apartado nos centraremos en las consecuencias para la salud ocupacional psicosocial. Los resultados de diferentes metaanálisis parecen apuntar a un mayor malestar de las mujeres frente a los hombres. En este sentido, Purvanova y Muros (2010), analizando las diferencias en el síndrome de desgaste profesional en función al género encontradas en 183 estudios, mostraron que las mujeres tenían una puntuación ligeramente superior

a los hombres en el componente de “agotamiento emocional”. Por su parte, Batz-Barbarich, Tay, Kuykendall, y Cheung (2018) encontraron, tras analizar 428 estudios y 545 muestras, que las mujeres, aunque mostraban el mismo nivel de satisfacción con la vida, mostraban niveles inferiores de satisfacción laboral que los hombres. Y también la salud física se resiente. En esta línea, la 6ª Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2015) (sobre una base total de 3,364 personas trabajadoras) señala que su salud es mala o muy mala (4% frente al 2% de hombres), que han tenido problemas específicos de salud (problemas de piel, dolor de espalda, dolor en el cuello y extremidades superiores e inferiores, cefaleas, fatiga visual, ansiedad y cansancio general) en mayor medida que sus pares masculinos. Además, se han sentido en mayor porcentaje exhaustas y con problemas de sueño. Aún así, han ido a trabajar estando enfermas en mayor medida (presentismo) (45% mujeres frente 37% hombres).

La posible explicación a todos estos datos podemos encontrarla analizando los datos desde la perspectiva de género. De este modo, podemos decir que la mayor parte de estos problemas de salud están relacionadas con el conflicto familia-trabajo, especialmente con el estrés, la ansiedad, y el agotamiento que sufren estas mujeres por no poder cumplir con las exigencias que les demandan estos dos ámbitos vitales. La doble presencia también ha demostrado generar síntomas relacionados con la depresión (Ruiz et al., 2018), así como alteraciones físicas relacionadas con el cansancio, problemas gastrointestinales, dolores musculares, cefaleas, palpitaciones... (Álvarez y Gómez, 2011). Por otro lado, sabemos que las mujeres, en mayor proporción que los hombres, se encuentran en situaciones de inseguridad laboral (trabajos precarios, contratos temporales...), lo que también incrementa la probabilidad de sufrir estrés o ansiedad, así como otras alteraciones derivadas de los mismos. Además, muchas mujeres se encuentran desempeñando trabajos que no son los que ellas preferirían desempeñar. En esta línea, Cifre, Vera, Rodríguez-Sánchez y Pastor (2013), en una muestra de 840 trabajadores/as de 29 países, encontraron que no había diferencias entre hombres y mujeres en las características del trabajo al que aspiraban; sin embargo, solo los hombres encontraban ese ajuste persona-puesto, lo que hacía que sintieran mayor *engagement* (compromiso) en su trabajo.

A esto debemos añadirle que, mientras que los hombres utilizan estrategias de afrontamiento del estrés “centradas en el problema”, que resultan más eficaces, las mujeres tienden a emplear estrategias “centrada en la emoción” que, aunque reducen el malestar emocional, parecen ser más paliativas (Cifre et al., 2013). Además, en un estudio con mujeres directivas, se ha encontrado que estas mujeres necesitan hacer uso de su capital psicológico positivo (esperanza, autoeficacia, resiliencia y optimismo) para poder enfrentar las tensiones producidas por el conflicto familia-trabajo (Machín-Rincón, Cifre, Domínguez-Castillo, y Segovia-Pérez, 2020). Todos estos resultados ponen en evidencia la necesidad de seguir investigando posibles variables mediadoras relacionadas con el género que expliquen estos resultados contradictorios en SSO en función al sexo.

## 4. Propuestas de intervención en Seguridad y Salud Ocupacional con perspectiva de género

### 4.1. *Propuestas desde organismos oficiales*

Con el fin de incluir la perspectiva de género en la evaluación, análisis e intervención en PRL y promoción de la salud, diferentes organismos oficiales han desarrollado interesantes guías para tener en cuenta.

La guía de la OIT (*ILO, 2013*) *10 Keys to Gender Sensitive OSH practice-Guidelines for Gender Mainstreaming in Occupational Safety and Health* anima a los gobiernos, a quienes emplean y a quienes trabajan en PRL a subrayar la necesidad de:

- Explorar cuidadosamente los efectos de los roles de género en SSO.
- Analizar los riesgos en ocupaciones tanto dominadas por hombres como por mujeres.
- Desagregar los datos de SSO por sexo.
- Incorporar los resultados de la investigación en SSO tanto en políticas como en las acciones en el trabajo.
- Implicar tanto a las mujeres como a los hombres en las decisiones que afectan a su SSO en todos los niveles.

El objetivo es adoptar un enfoque de género transversal en SSO, dándoles la misma prioridad a las mujeres que a los hombres, teniendo en consideración las diferentes y específicas realidades de género de mujeres y hombres en el diseño de políticas de SSO.

Concretando más estos aspectos en el lugar de trabajo, la AESST (2003) ya explicitaba la necesidad de integrar la perspectiva de género en la PRL en todas sus fases: identificación de riesgos, evaluación de riesgos, puesta en marcha de posibles soluciones, y en la vigilancia de la salud.

Recientemente la AESST (*EU-OSHA, 2020*) ha ampliado estos puntos en el informe *Making women visible in occupational health and safety*, dónde concreta que la persona que emplea debería:

- Recopilar datos separados de salud ocupacional para mujeres y hombres para ayudar a identificar problemas específicos de género e informar de acciones preventivas.
- Asegurar que los aspectos concernientes a la SSO de las mujeres se discutan en las reuniones y consultas de salud y seguridad, alentando y apoyando su participación.
- Proporcionar información, instrucción y formación sobre SSO y género a mujeres.
- Tener en cuenta las diferencias de sexo y género en la evaluación de riesgos de todas las actividades laborales.

- Asegurarse de que el embarazo, la lactancia y la salud reproductiva estén cubiertos y en acción.
- Garantizar que la violencia de género en el lugar de trabajo (como el acoso sexual) se trate como un problema de SSO.
- Reconocer la violencia doméstica y el abuso como un problema de salud y seguridad e implementar políticas que apoyen a las trabajadoras (por ejemplo, ofreciendo bajas laborales), como se indica en el Convenio núm. 190 y la Recomendación no. 206 de la OIT. Este aspecto está recogido en la normativa española en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 21, donde se explicita entre otros que:
  - La trabajadora víctima de violencia de género tendrá derecho, en los términos previstos en el Estatuto de los Trabajadores, a la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo, a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo y a la extinción del contrato de trabajo.
- Tener en cuenta las diferencias de sexo y de género al proporcionar equipos de protección individual (EPI) y uniformes de protección.
- Asegurar que las políticas de baja por enfermedad no discriminen, por ejemplo, en relación con la menopausia, el aborto espontáneo, el embarazo, la menstruación, la osteoporosis y otras afecciones de salud de la mujer.
- Fomentar que todas las personas que trabajan informen de las lesiones y enfermedades laborales, y tomar medidas efectivas en respuesta a sus preocupaciones, incluida la lucha por su reconocimiento a nivel nacional.

## ***4.2. Nuestras propuestas para incrementar la igualdad y disminuir los riesgos laborales con perspectiva de género***

### **4.2.1. Formación en la transversalización de género en la prevención de riesgos laborales**

Creemos que es importante ofrecer una formación a las personas profesionales de PRL sobre igualdad que integre además los modelos teóricos de la salud biopsicosocial y de las teorías de social-congruencia de rol. Esto les dotará de herramientas para que puedan identificar cómo la exposición a riesgos y vulnerabilidad depende igualmente de cómo las personas dan respuesta en sus desempeños laborales a los roles y mandatos de género que la sociedad impone.

Consideramos relevante que este tipo de formaciones puedan tener un carácter experiencial-reflexivo, puesto que desarrollar una mirada sensible a los determinantes de género en los riesgos laborales supone una toma de conciencia de los estereotipos que, inconscientemente, todas las personas tenemos integrados. Hemos de ser capaces de conocer qué procesos basados en las desigualdades de género tenemos interiorizados,

puesto que probablemente no seamos conscientes que obviamos riesgos y situaciones de vulnerabilidad al considerar que son cuestiones “naturalizadas” en hombres y mujeres. Esto es importante porque, si una persona que trabaja en la PRL no es consciente de la existencia de estereotipos de género tanto en la organización como en personas de la misma, puede estar obviando situaciones discriminatorias tan graves como las de acoso sexual, debido por ejemplo a tener (de manera inconsciente) el estereotipo de que “a las mujeres en el fondo les gusta ser piroleadas e insinuadas sexualmente porque las hace sentir más atractivas y con poder sobre los hombres”.

#### 4.2.2. Planes de igualdad, acoso laboral, y seguridad y salud en el trabajo

La revisión personal de las personas que trabajan en PRL es conveniente que vaya acompañada de un diagnóstico y revisión a nivel organizacional: conocer qué modelos identitarios de género son aquellos que se refuerzan desde la organización, qué dinámicas laborales entre los géneros son aquellas que se dan en los espacios de negociación, en los procesos de contratación, y qué se valora de hombres y mujeres que forman parte de las plantillas laborales. La *formación* es fundamental para producir los cambios organizacionales necesarios que aseguren que las empresas y organizaciones tienen un compromiso con la igualdad de género.

Todo ello tiene su marco en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y su desarrollo en los posteriores *Planes de Igualdad* a desarrollar en las empresas, que incluyen este tipo de formación para toda la organización. de hecho, tal y como reza la Herramienta de apoyo nº 10 de la Guía para la implantación de planes de igualdad del Ministerio de Igualdad:

El Plan de Prevención de Riesgos Laborales y el Plan de Igualdad son dos herramientas básicas para garantizar la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la seguridad y la salud laboral, y la coordinación e interrelación entre ambos planes es necesaria para la buena gestión de la prevención.

Además, una de las áreas específicas de estos planes de igualdad debe incluir la prevención de la *violencia de género* (VdG), además de un protocolo de prevención de acoso sexual y por razón de sexo (art. 45 y 46 y 48), dado que el acoso constituye un modo de VdG.

Es relevante recordar además la importancia de la utilización de *lenguaje inclusivo* tanto en la comunicación interna como externa, lenguaje que recomendamos que se extendiera a toda la normativa vigente relacionada con la PRL y promoción de la SSO.

El objetivo general de todo ello es incrementar la cultura de igualdad real en la empresa. Con esta cultura será más sencillo, por ejemplo, que se incremente la conciliación y se potencie la facilitación familia-trabajo.

### 4.2.3. Gestión de la diversidad e interseccionalidad en la prevención de riesgos laborales

La gestión de la diversidad en la organización puede resultar una herramienta muy útil a la hora de gestionar el talento, y darle tanto a mujeres como hombres la oportunidad de acceder a puestos y posiciones no congruentes con su rol de género (Cifre et al., 2015).

También es importante tomar conciencia de la necesidad de tener políticas de género inclusivas que sean conscientes de que no sólo existen dos géneros, sino que la expresión de género y la identidad son procesos más complejos y no binarios que se relacionan con la diversidad identitaria sexual: transexualidad, transgénero y otras expresiones/identidades no heteronormativas. Además, cabría desarrollar una perspectiva interseccional en la intervención en riesgos laborales. La perspectiva de interseccionalidad unifica y tiene en cuenta que existen riesgos y vulnerabilidades que se potencian cuando en las personas se dan ciertas categorías: género (ser mujer), condición socioeconómica (las personas con menos recursos económicos tienen menos posibilidad de formación y mayor probabilidad de puestos con menor remuneración), etnia (discriminación laboral), diversas capacidades (discriminación por tener alguna discapacidad), etc.

### 4.2.4. Diseño de puestos de trabajo

Con el objetivo de prevenir las lesiones, accidentes o enfermedades profesionales derivadas de los riesgos ergonómicos, conviene integrar las características antropométricas y biomecánicas de todas las personas desde la fase de diseño de los puestos de trabajo.

Por otro lado, no sólo tendremos en cuenta las variables sexo/género a la hora de diseñar dichos puestos, sino también otra serie de factores que también pueden influir, como la edad de quien lo desempeña, las capacidades funcionales, al seguir el principio preventivo de anteponer las medidas colectivas a las individuales y, cuando estas no sean posibles, realizar adaptaciones a la persona.

### 4.2.5. Otras acciones dirigidas a la ciudadanía

Además de las acciones específicas a desarrollar en el seno de las organizaciones, consideramos interesante la realización de una serie de acciones dirigidas a la ciudadanía y que actuarían como prevención primaria con el fin de romper con los estereotipos de género que, una vez interiorizados, dificultan que las personas “sean lo que quieran ser”, y por tanto dificultan su autenticidad y felicidad (dentro y fuera del trabajo).

La primera de ellas sería la realización de acciones dirigidas al *empoderamiento de las mujeres*, en concreto al empoderamiento psicológico relacionado con el incremento de recursos personales que incrementa a su vez su nivel de autonomía. Esto es así porque para las mujeres sigue siendo un reto estar presente en el ámbito laboral y aspirar a hacerlo en igualdad de condiciones porque, aún en el ideario social y en su subjetividad identitaria, su rol de cuidadora y de madre es un eje fundamental, lo que supone en muchos casos una barrera subjetiva para su acceso a determinados puestos. Ofrecerles herramientas que les permitan incrementar esa autonomía personal, más allá de los determinantes sociales asociados a su género, supone un incremento en su bienestar per-



sonal, véase estudio piloto en Machín-Rincón y Cifre-Gallego (2020).

Finalmente, en cuanto a los hombres, consideramos un punto clave el comenzar a trabajar con *masculinidades alternativas* debido a múltiples razones. La primera de ellas es favorecer en los hombres una verdadera cultura de la prevención, evitando que se expongan innecesariamente a riesgos que pueden dañar su integridad física y su salud. La segunda, para que reivindicquen y puedan disfrutar de sus derechos de conciliación familiar, lo que redundará a su vez en un menor conflicto familia-trabajo también para las mujeres. Y, la tercera, para dotarles de recursos socio-emocionales que actúen como protectores de los efectos nocivos de los riesgos psicosociales asociados a los roles y modelos de masculinidad tradicional.

Todo ello, en su conjunto, pretende conseguir una sociedad cada vez más justa y más equitativa.

## 5. Resumen y conclusiones

A lo largo de este capítulo hemos planteado la importancia de analizar la prevención de riesgos laborales y la promoción de la seguridad y salud ocupacional desde la perspectiva de género. Para ello se han tenido en cuenta tanto los resultados encontrados por la literatura científica como las normativas y las recomendaciones planteadas por diferentes organismos internacionales. De este modo, se ha descrito y diferenciado sexo y género, y se ha descrito por un lado el modelo de salud biopsicosocial con perspectiva de género (Sara Velasco, 2009), la teoría del rol social (Eagly, 1987) y de la congruencia de rol (Karau y Eagly, 2002), que muestran cómo los roles, los estereotipos, y la identidad de género, así como las relaciones entre géneros, sustentan la diferente exposición (e incluso vulnerabilidad psicológica) a riesgos laborales.

A continuación, se ha hecho una revisión de los riesgos laborales con perspectiva de género diferenciándolos por especialidad (vigilancia de la salud o medicina del trabajo, higiene industrial, seguridad, y ergonomía y psicología), incluyendo sus consecuencias en la seguridad y salud ocupacional. Finalmente, se han descrito algunas de las intervenciones propuestas por organismos oficiales para abordar la prevención de riesgos laborales con perspectiva de género, así como intervenciones relacionadas con la prevención primaria que permitan incrementar la igualdad como base para disminuir los riesgos laborales y promocionar la seguridad y salud laboral. De entre ellas, recalamos la importancia de la formación específica en perspectiva de género para las personas responsables de la SSO y PRL.

## 6. Preguntas para la reflexión

1. ¿Qué significa hacer prevención de riesgos laborales y promoción de la seguridad y salud ocupacional con perspectiva de género?
2. ¿Cuál es la diferencia entre sexo y género?
3. ¿Por qué es importante realizar una evaluación e intervención en riesgos laborales con perspectiva de género?
4. ¿Existe alguna especialidad de PRL donde la perspectiva de género no sea relevante?
5. Pensando en tu trabajo como prevencionista, ¿qué otras propuestas de intervención propondrías?

## 7. Referencias bibliográficas

- Álvarez, A., y Gomez, I. (2011). Conflicto familia-trabajo en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento Psicológico*, 9(16), 89–106.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortes, I., Escriba-Aguir, V., y Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 39–45. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059774>
- Batz-Barbarich, C., Tay, L., Kuykendall, L., y Cheung, H.K. (2018). A Meta-Analysis of Gender Differences in Subjective Well-Being: Estimating Effect Sizes and Associations With Gender Inequality. *Psychological Science*, 29(9), 1491–1503. <https://doi.org/10.1177/0956797618774796>
- Bear, J. B., y Babcock, L. (2015). Negotiating Femininity: Gender-Relevant Primes Improve Women's Economic Performance in Gender Role Incongruent Negotiations. *Psychology of Women Quarterly*, 41(2), 163–174. <https://doi.org/10.1177/0361684316679652>
- Burin, M. (2008). Las “fronteras decristal” en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología*, 39 (1), 75–86. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue1-fulltext-334>
- Bukowski, T. J. (2014). Woman and PPE: Finding the right fit. Safety and Health. <http://www.safetyandhealthmagazine.com/articles/10602-Women-and-PPE-Finding-the-right-fit>
- Cerrato, J. y Cifre, E. (2018). Gender Inequality in Household Chores and Work-family. Conflict. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–11, article 1330. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01330>
- Cifre, E. y Dominguez-Castillo, P. (2020). Identidad masculina y riesgos laborales: Riesgos presentes, avances futuros. *Cadernos de Psicología*, 37, 45–63.
- Cifre, E., Vera, M., Rodriguez-Sanchez, A.M. y Pastor, M.C. (2013). Job-Person Fit and Well-being from a Gender Perspective. *Revista de Ps. del Trabajo y de las Organizaciones. Special Issue on Happiness and Well-Being at Work*, 29 (3), 161–168. <https://doi.org/10.5093/tr2013a22>
- Ciciolla, L., y Luthar, S. S. (2019). Invisible Household Labor and Ramifications for Adjustment: Mothers as Captains of Households. *Sex Roles*, 81, 467–486. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-1001-x>
- Conde-Ruiz, J. I., y Marra De Artíñano, I. (2016). Estudios sobre la Economía Española. Gender Gaps in the Spanish Labor Market. *Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)*. <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-32.pdf>
- Courtenay, W. H., y Keeling, R. P. (2000). Men, gender, and health: Toward an interdisciplinary approach. *Journal of the American College Health Association*, 48(6), 243–246. <https://doi.org/10.1080/07448480009596265>
- de Luis Carnicer, P., Garrido Rubio, A., Urquiza Samper, P., y Vicente Oliva, S. (2007). La oferta de trabajo como fuente de la segregación por sexo: el caso de España. *Aequalitas*, 21, 64–74.
- Eagly, A. H., y Karau, S. J. (2002) Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review*, 109, 573–598.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Lamas, M. (2017). Género. Conceptos clave en los estudios de género. En M. Hortensia y E. Alcantara (coords), *Conceptos clave en los estudios de género*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Machin-Rincon, L.M., Cifre, E., Dominguez-Castillo, M.P. y Segovia-Perez, M. (2020). I Am a Leader, I Am a Mother, I Can Do This! The Moderated Mediation of Psychological Capital, Work-Family Conflict, and Having Children on Well-Being of Women Leaders. *Sustainability*, 12, 2100. <https://doi.org/10.3390/su1205210>
- Matud, M.P. (2017): Gender and Health. En A. Alvinus (Ed.). *Gender Differences in Different Contexts*. London, UK: IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/65410>.
- Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Gobierno de España. (2017). *Estadística de Accidentes de Trabajo*. NIPO: 270-15-018-5 <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>.
- Messing, K., y Seifert, A. M. (2002). La ergonomía y la división sexual del trabajo. *Lan Harremanak*, 133–150.
- Mondelo, E., Barrau, P., y Torada, G. (2001). *Ergonomía I: Fundamentos*. Barcelona: Ediciones UPC.
- Purvanova, R.K. y Muros, J.P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168–185. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>

- Ruiz-López, P., Pullas-Tapia, P., Parra-Parra, C.A., y Zamora-Sánchez, R. (2018). *La doble presencia en las trabajadoras femeninas : equilibrio entre el trabajo y la vida familiar*. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 44, 33-51. <https://doi.org/10.15198/seeci.2017.44.33-51>
- Sánchez-López, M.P. y Liminana-Gras, R. M. (2017). The State of the Art. En M.P. Sánchez-López y R.M. Liminana-Gras (Eds.). *The Psychology of Gender and Health*. San Diego, CA: Elsevier/Academic Press.

# **Gestión de la prevención de riesgos psicosociales y discapacidad**

**6**



# Gestión de la prevención de riesgos psicosociales y discapacidad

—

Marina Romeo  
Montserrat Yepes-Baldó  
Jordi Serra

## Objetivos

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Definir el concepto de discapacidad y sus tipos.
2. Entender las implicaciones de los términos empleados para definir la discapacidad.
3. Conocer los diferentes contextos laborales de inclusión para personas con discapacidad.
4. Conocer el contexto legal y las implicaciones para la prevención de riesgos laborales.
5. Establecer un procedimiento adaptado para la contratación e incorporación de personas con discapacidad.
6. Conocer las medidas preventivas a adoptar para garantizar la plena inclusión y desarrollo de las personas con discapacidad.

# Índice

1. **Introducción**
2. **Delimitación conceptual**
  - 2.1. *Minusvalía, discapacidad y diversidad funcional*
  - 2.2. *Tipos de discapacidad*
  - 2.3. *Contextos de inclusión laboral de las personas con discapacidad*
3. **Contexto legal**
  - 3.1. *La prevención de riesgos laborales y los empleados con discapacidad*
4. **Prevención de riesgos psicosociales y discapacidad**
  - 4.1. *Aspectos a tener en cuenta antes de la contratación*
  - 4.2. *Aspectos a tener en cuenta antes de la incorporación al puesto*
  - 4.3. *Aspectos a tener en cuenta tras la incorporación*
5. **Resumen y conclusiones**
6. **Preguntas para la reflexión**
7. **Referencias bibliográficas**



## 1. Introducción

El presente capítulo tiene por objetivo reflexionar sobre la gestión de los riesgos psicosociales y las personas con discapacidad. Para ello hemos considerado pertinente estructurarlo en tres grandes apartados. En el primero se hace una delimitación conceptual del término discapacidad y de la evolución histórica de este. Además, prestaremos especial atención a los tres contextos en los que las personas con discapacidad pueden desarrollar su actividad laboral: 1) la empresa ordinaria; 2) el centro especial de empleo; y 3) el centro ocupacional. En el segundo apartado se presentan los textos legales, vigentes en España, que tratan sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como aquellos de especial relevancia preventiva y que, a su vez, hacen una mención explícita a las personas con discapacidad en el entorno laboral. En el tercer bloque se presentan tanto las medidas de evaluación como las de prevención de riesgos laborales para personas con discapacidad, atendiendo a las tres grandes fases del proceso de incorporación de un empleado: previa la contratación, previa a la incorporación y tras la incorporación. El capítulo finaliza presentando un resumen y las principales conclusiones alcanzadas por los autores, así como formulando algunas preguntas para la reflexión al lector.

## 2. Delimitación conceptual

### 2.1. *Minusvalía, discapacidad y diversidad funcional*

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) se empezó a desarrollar en los años setenta y fue publicada por la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1980. Dicha clasificación pretendía “la supresión de un viejo hábito segregador que es el de sustantivizar situaciones adjetivas de la persona, lo que conduce a la etiquetación y a la consolidación de la marginación” (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994, p.19).

La OMS, a partir de su clasificación, promovió un cambio de actitud hacia el colectivo, ofreciendo una primera definición de los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994):

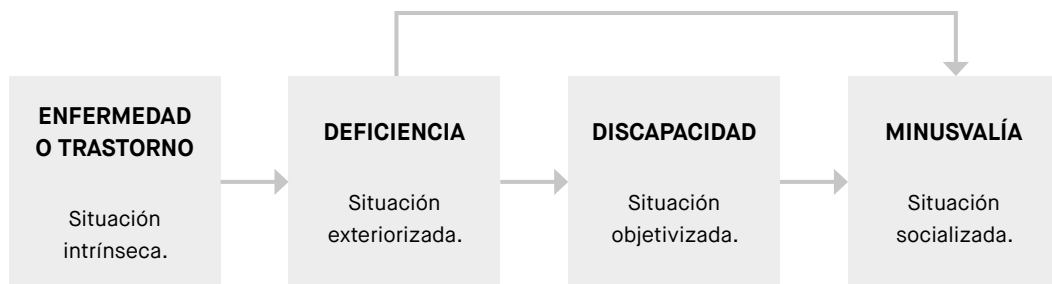
- **Deficiencia:** Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994, p.54).
- **Discapacidad:** Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994, p.56).
- **Minusvalía:** Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales) (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994, p.57).

En nuestro país, la terminología desarrollada por la CIDDIM conllevó diversos cambios legislativos. Así en el año 1986 se procedió a sustituir los términos “subnormalidad” y “subnormal”, contenidos en la legislación vigente hasta ese momento, por los términos “minusvalía” y “persona con minusvalía” respectivamente (Real Decreto 348/1986, de 10 de febrero).

Para la OMS el concepto de minusvalía tenía en cuenta las características personales del individuo, los factores sociales y los factores culturales, así como las desventajas a nivel social experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades. Por ello esta podía considerarse como un fenómeno social resultante de determinadas deficiencias y discapacidades.

En la Figura 1 podemos observar el proceso causal establecido por la OMS (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994) según el cual, por un lado, una deficiencia facilita el desarrollo de una discapacidad. Por otro lado, como una minusvalía puede estar causada tanto por una deficiencia como por una discapacidad.

**Figura 1.** Integración de conceptos CIDDIM. Fuente: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994, p.58.



Desde diversos foros, el modelo propuesto por la OMS (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994) resultó criticado, por lo que la OMS se esforzó en clarificar que también existían minusvalías derivadas directamente de una enfermedad, esto es, sin causar deficiencia ni produciendo discapacidad, como, por ejemplo, un niño que padezca una enfermedad celíaca, que está funcionalmente delimitada, puede ser capaz de llevar una vida bastante normal y no sufrir restricciones en su actividad; sin embargo, podría experimentar una desventaja por no seguir un régimen de comidas normal (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994, p.59).

Incluso apuntó que determinadas minusvalías, como por ejemplo la situación de desventaja social que tiene una persona con determinados trastornos mentales, puedan llegar a causar discapacidades, tales como la limitación en su capacidad para desarrollar un trabajo remunerado.

En respuesta a las limitaciones de la CIDDIM, especialmente las referidas a la connotación negativa de la clasificación de las discapacidades orientada hacia la deficiencia, la OMS propuso la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001).

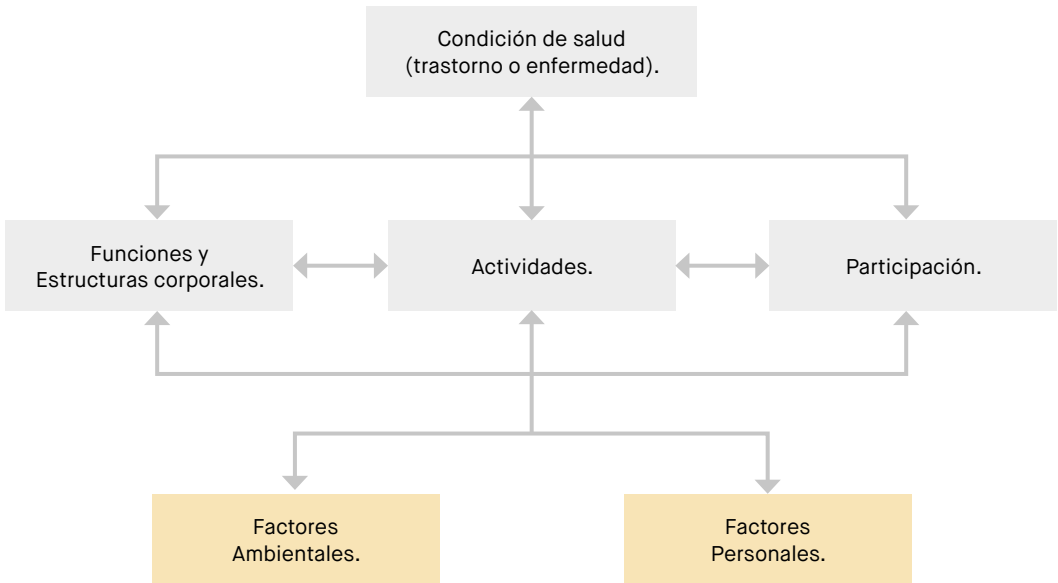
La CIF, en general, resulta más inclusiva y menos estigmatizante que la clasificación anterior, al tener en cuenta tanto las capacidades como las limitaciones de los indivi-

duos. Además, la CIF tiene en cuenta los enfoques sociales y contextuales en los que la persona con discapacidad se encuentra, aspecto no contemplado desde el enfoque individual de la CIDDM. Estos factores contextuales (ambientales y personales) interactúan directamente con el estado de salud (condición de salud) determinando el nivel y la extensión del “funcionamiento” de la persona.

Los factores ambientales externos considerados son, por ejemplo, la legislación del país, los estereotipos que la población tiene con respecto a las personas con discapacidad o la terminología utilizada para referirse a estas. Los factores personales o inherentes a la persona son los referidos al estilo de vida, la salud mental o las estrategias de afrontamiento, si bien estos últimos no están directamente definidos por la CIF.

En la Figura 2 se muestra el modelo resultante a partir de la interacción de todas estas variables.

**Figura 2.** Modelo conceptual de discapacidad de la CIF. Fuente: OMS, 2001, p. 21.



Además de las variables descritas, el modelo tiene en cuenta la interacción de estos factores con los cambios en las funciones (fisiológicos) y estructuras corporales (anatómicas), y la capacidad de participación/realización de tareas en el entorno. En resumen, el modelo implica una interacción dinámica y compleja entre la condición de salud y un conjunto de factores, ya que “la presencia de discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud” (OMS, 2001, p.20).

La aplicación de la CIF conllevó una nueva clasificación y definición terminológica. En la Tabla 1 presentamos una comparativa terminológica entre la clasificación desarrollada por la CIDDM (Ministerio de Asuntos Sociales, 1994) y el CIF (OMS, 2001).

**Tabla 1.** Comparativa terminológica CIDDM. Fuente: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994 y CIF (OMS, 2001).

CIDDM	DEFINICIÓN
Deficiencia.	Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
Discapacidad.	Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
Minusvalía.	Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

CIF	DEFINICIÓN
Deficiencia.	Pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. «Anormalidad» se refiere a una desviación significativa de la norma estadística.
Limitaciones en la actividad.	DISCAPACIDAD Dificultades que una persona puede tener a la hora de realizar sus actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante –en términos de cantidad o calidad– en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.
Restricciones en la participación.	

En España, estos cambios terminológicos provocaron cambios de carácter legislativo. En el año 2003 la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, sustituye el término “discapacitado” por el de “persona con discapacidad”. Según la ley “tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento” (Ley 51/2003, de 2 de diciembre, 2003, capítulo 1, artículo 1, apartado 2).

Este cambio se extendió mediante la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, en la cual podemos ver como en la disposición adicional octava se dice que:

Las referencias que en los textos normativos se efectúan a minusválidos y a personas con minusvalía, se entenderán realizadas a personas con discapacidad. [...] A partir de la entrada en vigor de la presente Ley, las disposiciones normativas elaboradas por las Administraciones Públicas utilizarán los términos persona con discapacidad o personas con discapacidad para denominarlas. (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, DA 8ª).

En los últimos años, diferentes autores (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2010; Romañach y Lobato, 2005) han reflexionado en torno al carácter estereotipante que, a pesar de los esfuerzos, sigue teniendo el término discapacidad. De ahí que se proponga sustituir el término *personas con discapacidad* por *hombres y mujeres con diversidad funcional*. Rodríguez Díaz y Ferreira (2010) afirman que el término:

Ha surgido dentro del propio colectivo de personas con discapacidad como el argumento conceptual con el que esgrimen su derecho a decidir quiénes son por sí mismos/as. A decidir, en primer lugar, no ser lo que el calificativo que se les atribuye pretende denotar: dis-capacitados, personas sin capacidad o capacidades. (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2010, p.152).

A partir de este término se pretende fomentar la libertad, dignidad y derechos de todas las personas, independientemente de su condición. En este sentido, Romañach y Lobato (2005) señalan:

Las mujeres y hombres con diversidad funcional somos diferentes, desde el punto de vista médico o físico, de la mayor parte de la población. Al tener características diferentes, y dadas las condiciones de entorno generadas por la sociedad, nos vemos obligados a realizar las mismas tareas o funciones de una manera diferente, a veces a través de terceras personas [...] misma función, manera diversa [...]. Este término considera la diferencia del individuo y la falta de respeto de las mayorías. (Romañach y Lobato, 2005, p.3).

Rodríguez y Ferreira (2010) concluyen que el concepto muestra una actividad cotidiana diferente a la más habitual, incorporando la idea que “esa funcionalidad diversa implica discriminación y que es, no la peculiaridad fisiológica, sino el entorno social el que la produce” (Rodríguez y Ferreira, 2010, p.153).

Si bien se nos sugiere del todo pertinente la reflexión planteada en torno al concepto, lo cierto es que en la actualidad la conceptualización más generalizada en el ámbito médico, jurídico, psicosocial, empresarial, etc. es el de *discapacidad y persona con discapacidad*, de ahí que hayamos optado por esta última en este capítulo. Entendemos, al igual que Riaño (2011), que la discapacidad se caracteriza por ser variable y evolucionar a lo largo del tiempo, algo que:

Afecta, o que puede afectar, a todos los ciudadanos, a todas las personas y por ende a todas las organizaciones (también las empresariales), por lo que no se trata de situaciones estáticas y controladas para las que puedan establecerse medidas estándar, sino que requieren de una evaluación ad hoc y de recursos creativos e innovadores en permanente evolución. (Riaño, 2011, p.20).

De ahí que podamos considerar que: “Las personas no son discapacitadas, sino que la discapacidad se manifiesta o no para según qué actividades y en según qué circunstancias. No se es discapacitado, sino que se tiene una discapacidad” (Riaño, 2011, p.21).

## **2.2. Tipos de discapacidad**

Si bien para evaluar y reconocer administrativamente el tipo y grado de discapacidad suele usarse la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001), regulada por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, a nivel general existe cierto acuerdo en establecer cuatro tipos de discapacidad: física, sensorial, intelectual, y mental.

La discapacidad física se subdivide a su vez en discapacidad motora, derivada de la pérdida de capacidad de movimiento por diversas causas (malformaciones, accidentes, lesiones cerebrales ...); y no motora, derivada de enfermedades orgánicas, de aparatos o sistemas (cansancio crónico, enfermedades coronarias, renales, pulmonares...).

Del mismo modo, la discapacidad sensorial se subdivide en visual, derivada de una pérdida total o parcial de visión como consecuencia de afecciones o enfermedades oculares y/o neuro-oftalmológicas; y auditiva, derivada de una pérdida total o parcial de audición. Además, la discapacidad sensorial puede ir acompañada de discapacidad de la comunicación y el habla, derivada, a su vez, de limitaciones en la comprensión y/o expresión.

La discapacidad intelectual, por su parte, se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa. Comporta un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales, participación en la comunidad, autogestión, salud y seguridad, aprendizaje, ocio y trabajo.

Por último, la discapacidad mental se caracteriza por una combinación de pensamientos emociones, comportamientos y relaciones con los demás disfuncionales. Algunos ejemplos son la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y los trastornos del estado del ánimo, como la depresión mayor, entre otros.

## **2.3. Contextos de inclusión laboral de las personas con discapacidad**

España es uno de los países de la Unión Europea con las tasas más bajas de empleo entre las personas con discapacidad (Servicio Público de Empleo Estatal-SEPE, 2018). Para intentar paliar esta situación, desde la administración pública se han potenciado diversos contextos laborales que faciliten su inclusión.

En concreto, en España, de forma similar a lo que ocurre en otros países, existen fundamentalmente tres contextos en los que las personas con discapacidad pueden desarrollar una actividad laboral: la empresa ordinaria, el centro especial de empleo, y el centro ocupacional. Ahora bien, tan solo la empresa ordinaria y el centro especial de empleo son concebidos como centros de trabajo, dado que el centro ocupacional constituye un

servicio social cuyo objetivo es el desarrollo personal de las personas con discapacidad en aras a su integración social (Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre).

El siguiente paso en la inclusión laboral de las personas con discapacidad son los centros especiales de empleo (CEE). Los centros especiales de empleo pueden ser de titularidad pública o privada y, además de una actividad productiva, tal y como señala el artículo 43 del Real Decreto Legislativo 1/2013, los CEE han de tener también un objetivo social orientado a la inclusión de las personas con discapacidad, lo que podría equipararlas con empresas de la “economía social” (Baker y McKenzie, 2014). El RDL 1/2013 señala que: “La plantilla de los centros especiales de empleo estará constituida por el mayor número de personas trabajadoras con discapacidad que permita la naturaleza del proceso productivo y, en todo caso, por el 70 por 100 de aquélla” (RDL 1/2013, Art. 43.2).

Muestra del importante papel que tienen los CEE en España es que, del total de contratos realizados en 2015 a personas con discapacidad, 95.238, el 72% se efectuaron en dichos centros (ODISMET, 2016). En este sentido:

Los CEE se convierten en el destino final como mínimo de la tercera parte de las personas con discapacidad que trabajan en ellos, ya que los dos tercios restantes transitan a la empresa ordinaria y, de esos dos tercios, [una cifra que] no llega al 12 por ciento fracasa y retorna de nuevo al CEE. (Calderón y Calderón, 2012, p. 236)

Ahora bien, es importante tener en cuenta que, para garantizar una inclusión plena de las personas con discapacidad, el objetivo ha de ser poder acceder al mercado ordinario de trabajo. Con objeto de facilitar el tránsito entre los CEE y el mercado ordinario, el Real Decreto 290/2004 establece una modalidad laboral denominada enclave laboral, que consiste en el traslado temporal de trabajadores/as del CEE a una empresa del mercado ordinario. Para ello se firma un contrato de obra y servicio entre el CEE y la empresa.

La inclusión plena se consigue en el marco del empleo ordinario y, con objeto de facilitar este tránsito, en ocasiones se ofrece al empleado la posibilidad de empleo con apoyo, que se caracteriza por la presencia de un preparador laboral experto acompañando y orientando al empleado/a con discapacidad.

### **3. Contexto legal**

Las tres leyes genéricas de discapacidad vigentes en España hasta 2013 (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido, LISMI, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, LIONDAU, y la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, LISOS) fueron refundidas en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.

Este Texto Refundido, consensuado con las principales entidades y asociaciones del ámbito de la discapacidad, garantiza la igualdad de oportunidades, la atención sanitaria, educación y empleo de este colectivo (Villamarín, Berdullas, y de Vicente, 2014).

Hay que apuntar que esta ley, en cuanto a su contenido, no ha cambiado sustancialmente en relación a las anteriores regulaciones que la integran. En este sentido se constata que el régimen sancionador de esta proviene de la antigua LISOS del año 2000 (Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto), las cuotas de reserva del Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, y las medidas alternativas al cumplimiento de las cuotas de reserva establecidas son las ya aprobadas en el Real Decreto 364/2005, de 8 de abril.

No obstante, el texto refundido actual tiene como referente la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y que entró en vigor en España el 3 de mayo de 2008 (Instrumento de ratificación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, 2008), lo que supone un cambio a nivel conceptual, más que a nivel estrictamente legal, dado que entiende a las personas con discapacidad como ciudadanos libres titulares de derechos, que se ven garantizados por los poderes públicos, superándose así el concepto asistencial en que se asentaba la legislación anterior.

### **3.1. *La prevención de riesgos laborales y los empleados con discapacidad***

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) constituye el texto legal referente en prevención en España y proviene de la transposición de la Directiva 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, que contiene el marco jurídico general en el que opera la política de prevención comunitaria.

La LPRL, ya en su artículo 15 “Principios de la acción preventiva” establece la obligación del empresario de:

Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.

Por otro lado, en su artículo 25 establece los principios para la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, donde se incluyen las personas con discapacidad. En este sentido, la ley establece que:

El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de estas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

Además, el mismo artículo, apartado 2, manifiesta que:

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física,



psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Existen otros dos textos legales de especial relevancia preventiva que mencionan explícitamente a las personas con discapacidad en el entorno laboral. El primero de ellos es el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Este establece en su Anexo I que los lugares de trabajo y, en particular, las puertas, vías de circulación, escaleras, servicios higiénicos y puestos de trabajo ocupados por personas con discapacidad deberán estar acondicionados para que estos trabajadores puedan utilizarlos.

El segundo es el Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo. En el artículo 3 “Obligaciones generales del empresario” se indica que para la elección de los equipos de trabajo el empresario deberá tener en cuenta, entre otros factores, las adaptaciones necesarias para su utilización por trabajadores con discapacidad.

A estos dos, cabe añadir, aunque no pertenece al ámbito de la prevención, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, que en su artículo 10 reconoce el derecho a la protección de la salud en los siguientes términos:

Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva. (RDL 1/2013, art. 10, punto 1)

A esta normativa, aplicable en cualquier contexto laboral, se añade la recogida en el Real Decreto 1368/1985, que regula la relación laboral “de carácter especial” de los empleados con discapacidad que trabajan en CEE. Si bien esta establece un marco legislativo lo más similar posible a las relaciones laborales comunes, se atiende a la situación de especial dificultad de acceso al mercado laboral de las personas con discapacidad, estableciéndose una serie de condiciones especiales que generan un marco de protección para la persona empleada en el CEE, entre las que podemos destacar:

- Establecer un límite máximo de ocho horas de trabajo diario, y la imposibilidad de hacer horas extras, salvo que estas sean consideradas como fuerza mayor.
- En caso necesario, establecer un periodo de adaptación al puesto de trabajo que equivaldrá al periodo de prueba. La decisión la tomará el equipo multiprofesional<sup>1</sup> y la duración máxima dependerá de lo establecido en el convenio colectivo de aplicación, no pudiendo exceder en ningún caso de seis meses.

---

1 El Real Decreto 496/2006 en su artículo 1 indica que: Los equipos multiprofesionales ayudan a superar las barreras, obstáculos o dificultades que los trabajadores con discapacidad de dichos Centros tienen en el proceso de incorporación a un puesto de trabajo, así como la permanencia y progresión en el mismo.

- En el ámbito de la movilidad funcional y geográfica, no hay más limitaciones que la aptitud del propio trabajador. En este sentido, se señala que habrá que recabar un informe del equipo multiprofesional, si bien han de primar:
  - Los intereses psicofísicos del trabajador, [...] se entiende que tal informe ha de ser positivo para que la medida sea válida y que caso de que no haya informe o este sea desfavorable a la medida, no es legal la misma (Iturri, 2010, p.23).
- Posibilitar la realización de un contrato especial a bajo rendimiento. En el caso que una persona con discapacidad tenga un rendimiento de un 25% por debajo del estándar durante una jornada de trabajo en un CEE, constatado por el equipo multiprofesional correspondiente, su consecuente afectación al salario no podrá exceder del porcentaje anteriormente citado.
- Establecer el derecho a ausentarse del trabajo, con preaviso, para asistir a tratamientos de rehabilitación médico-funcionales o para participar en actividades de orientación, formación y readaptación profesional, sin perder el derecho a remuneración.
- Incluir aspectos referentes al despido objetivo. Por ejemplo, no se permite el despido objetivo por ineptitud una vez finalizado el periodo de adaptación o de prueba, si esta ya se había evidenciado en dichos periodos.

#### **4. Prevención de riesgos psicosociales y discapacidad**

Las personas con discapacidad deben recibir un tratamiento equitativo en el trabajo, en particular en materia de prevención de riesgos laborales. La prevención no debería utilizarse como pretexto para no contratar a personas con discapacidad, ya que un lugar de trabajo accesible y seguro para personas con discapacidad también resulta más seguro y accesible para todos los trabajadores. Las personas con discapacidad están protegidas tanto por la legislación en materia de lucha contra la discriminación como por la legislación sobre prevención, como ya hemos visto anteriormente.

Por tanto, como para cualquier otro trabajador deben tenerse presentes, también, las obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales que afectan a su puesto de trabajo, independientemente de las adecuaciones que se hayan hecho para mejorar la adaptación de la persona con discapacidad. En este sentido, cabe recordar la obligación del empresario de realizar la evaluación de riesgos de los puestos de trabajo, tal y como señala el Reglamento de los Servicios de Prevención (Real Decreto 39/1997, art. 5.1).

La evaluación de riesgos es un proceso dirigido a estimar la magnitud de los riesgos que no han podido ser evitados, a través del cual obtenemos la información necesaria para tomar la decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas, y si es necesario, sobre qué tipo de medidas: eliminación o reducción del riesgo, control periódico de las condiciones, sistemas de organización, métodos de trabajo y el estado de salud de los trabajadores.

La finalidad, por tanto, es determinar si es necesario tomar medidas preventivas debido a la existencia de peligros, que, si no son controlados, puedan ser en un futuro causa de accidente o enfermedad profesional.

El proceso de establecimiento de medidas destinadas a los trabajadores con discapacidad debe coordinarse entre todos los que participan en la gestión preventiva y, particularmente, en la evaluación de riesgos, a fin de que se cumplan las obligaciones en virtud de la legislación sobre seguridad y salud y la legislación en materia de lucha contra la discriminación. Todas las etapas del proceso de gestión de riesgos deben tener en cuenta, además, los planteamientos de lucha contra la discriminación, con el objeto de modificar o adaptar, si hace falta, el entorno de trabajo, los equipos de trabajo y la organización del trabajo, y garantizar que los riesgos y la discriminación sean eliminados o, al menos, minimizados.

Las evaluaciones de riesgo deberán también tener en cuenta las diferencias individuales de los trabajadores. Es importante no concluir que todos los trabajadores son iguales, ni formular hipótesis sobre los riesgos para la salud y la seguridad asociados a una discapacidad determinada.

Por ello, será necesario adoptar las medidas adecuadas en función de las particularidades y del tipo de discapacidad que presente la persona. Las medidas preventivas, diseñadas para proteger a las personas de los riesgos, no deberían utilizarse de forma discriminatoria para excluir a las personas con discapacidad del puesto de trabajo o para tratarlas de forma menos favorable. Por ejemplo, que un trabajador en silla de ruedas no pueda abandonar el edificio en caso de emergencia o que un trabajador con discapacidad auditiva no pueda reaccionar ante una alarma de incendios.

Cuando un trabajador con discapacidad corre un riesgo determinado, no debería suponerse que todas las personas con esa discapacidad corren el mismo riesgo, ni establecer restricciones automáticas relativas a su trabajo. Por todo ello, es muy recomendable a la hora de hacer una evaluación de riesgos consultar a los propios empleados con discapacidad, al personal de apoyo, si lo hubiera, a los expertos en salud y prevención de riesgos y a las asociaciones de personas con discapacidad.

A continuación, analizaremos la gestión de la prevención de riesgos laborales para personas con discapacidad. Con objeto de dotar de mayor claridad expositiva a las fases a tener en cuenta, este apartado atiende a las tres grandes fases del proceso de incorporación de un empleado: previa la contratación, previa a la incorporación y tras la incorporación (Figura 3).

**Figura 3.** Fases del proceso de incorporación de un empleado.



#### ***4.1. Aspectos a tener en cuenta antes de la contratación***

Nuestra propuesta parte de la conceptualización de la organización como sistema abierto en relación e influencia recíproca con su entorno. Entre los diversos aspectos del entorno al que la organización se halla sometida (económico, político, social...), el entorno legal toma un papel clave dado que a partir de él se establecen los límites legales sobre los que toda organización debe regirse. Además, tal y como señalan Quijano y colaboradores (2008, p.93), "las organizaciones no solo se adaptan al entorno y reaccionan ante él, sino que actúan sobre él y contribuyen a conformarlo de uno u otro modo".

En relación al contexto en que se halla la organización y su efecto sobre la inclusión laboral de personas con discapacidad, la crisis económica y financiera de los últimos años ha expulsado a una importante cantidad de personas con discapacidad del contexto ordinario. Como respuesta, los CEE se han visto obligados a generar un cambio en la dinámica de contratación.

En este sentido, en el año 2006, previamente a la crisis, se observaba cierta paridad entre la contratación desarrollada por parte de la empresa ordinaria (52,5%) con respecto a la realizada por los CEE (47,5%). Sin embargo, a medida que la tasa de paro aumentaba, las contrataciones de personas con discapacidad disminuyeron paulatinamente en la empresa ordinaria y se vieron cubiertas por el paraguas del empleo protegido. Más recientemente, el descenso de la tasa de paro general se ha visto reflejada en un ligero aumento de las contrataciones en empresa ordinaria (28%), si bien la contratación en CEE no se ha visto afectada (72%) (ODISMET, 2016).

En respuesta a este entorno VUCA (volátil, incierto, complejo y ambiguo, en sus siglas en inglés) (Baumann, 2006), la organización debe desarrollar sus políticas que, junto a su cultura, representan la dimensión estratégica, es decir, aquellos aspectos vinculados al "hacia dónde va la organización". Además, para conseguir sus objetivos, la

organización desarrolla operativamente sus sistemas de gestión y activa la acción de los facilitadores, o *stakeholders*, que contribuyen a la consecución de los mismos. Ambos aspectos, estratégicos y operativos, resultan fundamentales a la hora de facilitar la inclusión laboral de personas con discapacidad.

Recientemente, diversos autores han señalado que para garantizar la plena inclusión laboral de este colectivo debe desarrollarse una cultura organizacional inclusiva (Cortés Díaz y Cisterna, 2016). Para ello, las organizaciones deben definir una hoja de ruta inclusiva en la que den a conocer su compromiso social promoviendo entre sus colaboradores el cumplimiento de ciertos estándares de responsabilidad (Munduata et al., 2013). Tal y como señalan Tetraault Sirsly y Lvina (2019), la cultura inclusiva es clave para que se garanticen el respeto, la dignidad y los derechos fundamentales.

Si nos centramos en el contexto laboral de los CEE, en el estudio desarrollado en el marco de la Cátedra Universitat de Barcelona–Fundación Adecco para la integración laboral de personas con discapacidad (Romeo et al., 2017), se hizo patente que una de sus principales limitaciones era la existencia de culturas organizativas basadas en relaciones convencionales-dependientes (Cooke y Lafferty, 1983). Este estilo cultural se caracteriza por favorecer el acatamiento de órdenes sin cuestionamiento alguno, las relaciones interpersonales convencionales, atendiendo al orden establecido y las relaciones en las que se busca deben “estar de acuerdo con”, “obtener la aprobación de”, y “ser queridos por los demás”. El principal riesgo que conlleva este estilo cultural es que facilita la insatisfacción de los empleados, y, además, la generación de conflictos, al inhibir el comportamiento no deseado en vez de reforzar el deseado (Royo, 2005).

Además de desarrollar una cultura organizacional inclusiva, con objeto de garantizar la salud y el bienestar de los empleados, tengan o no discapacidad, se debe promover una cultura orientada a la seguridad que esté alineada con la primera. La cultura de seguridad se define como “la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad” (Mir-Abellán, Falcó-Pegueroles, y de la Puente-Martorell, 2017, p.145).

La cultura de seguridad tiene en cuenta diversos aspectos organizativos, como son el trabajo en equipo, la presión y ritmo de trabajo, el aprendizaje organizativo –mejoras continuas, la respuesta a los errores, apoyo de los gerentes y supervisores para la seguridad, comunicación acerca de los riesgos, errores y receptividad, transferencia e intercambio de información.

Como puede observarse, en muchas ocasiones las dimensiones atienden a factores de riesgo psicosocial, por lo que se les deberá prestar especial atención a la hora de diseñar y adaptar los puestos de trabajo a las necesidades y particularidades de los empleados, e implementar los sistemas de gestión, especialmente los de formación, comunicación, evaluación del rendimiento, desarrollo y plan de carrera y, obviamente, en el de prevención de riesgos.

#### **4.2. Aspectos a tener en cuenta antes de la incorporación al puesto**

La cultura inclusiva es fruto del esfuerzo colectivo de cada uno de los miembros que configuran la organización, así como reflejo de sus concepciones y toma de decisiones.

Por todo ello, resulta del todo necesario analizar a nivel individual cuales son las actitudes, entendidas estas como “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas” (Briñol, Falces, y Becerra, 2007, p.459).

Con objeto de promoverla y eliminar las posibles barreras que dificultan la inclusión laboral, la organización debe poner en marcha una serie de acciones tales como el fomento de la educación inclusiva, la formación a mandos intermedios en diversidad y liderazgo inclusivo, así como la realización de jornadas de sensibilización que permitan derribar prejuicios, estereotipos y atenuar determinados sesgos inconscientes que se encuentren entre los miembros de la organización (Carrington, 1999; Valle y Connor, 2010; Zollers, Ramanathan, y Yu, 1999).

Por todo ello, en esta fase previa a la incorporación al puesto deben potenciarse los sistemas de gestión de comunicación y formación, además de alinearlos con la cultura inclusiva y de prevención, en aras de facilitar el reclutamiento y la selección de empleados/as con discapacidad. En este sentido es preciso que el sistema de gestión de la comunicación interna esté alineado con el objetivo estratégico orientado a la consecución de una cultura inclusiva. Para ello, el contenido comunicacional debe transmitirse a partir de un conjunto de procedimientos que faciliten que fluya en todos los niveles (vertical ascendente y descendente, y a nivel horizontal), en aras de facilitar una visión compartida favorable a la inclusión entre todos los miembros de la organización.

En relación al sistema de gestión de la formación, es necesario que los responsables de reclutamiento, selección e incorporación estén preparados para atender las necesidades de personas con discapacidad. En un estudio previo (Romeo y Yepes-Baldó, 2019), responsables de RR. HH. indicaron que el desconocimiento, tanto a nivel conceptual de lo que es discapacidad, de pautas de interacción con personas con discapacidad e incluso de políticas de RR. HH. orientadas hacia la inclusión, era una de las principales barreras para su contratación. Tal desconocimiento facilitaba sentimientos de miedo y rechazo, más o menos explícito, hacia este colectivo.

En cuanto al sistema de selección –entendido como el conjunto de procesos sistematizados mediante los cuales las organizaciones incorporan nuevos empleados, en este caso con discapacidad– se tendrán que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Análisis y descripción de los puestos y elaboración de perfiles de competencias, tal y como señalan Quijano y Blasco (2006, p.340): En muchas empresas el perfil de los empleados a un puesto no recibe más atención que la reflexión rápida e intuitiva del jefe responsable del futuro contratado, quien repasa lo que cree que son las competencias requeridas sin distinguir mucho si realmente tales competencias son necesarias o si responden más a estereotipos y referentes comunes genéricos.

De ahí, la importancia de una especificación detallada y precisa de las tareas a ejecutar, así como de las competencias y habilidades requeridas. Evidentemente deberán tenerse en cuenta los aspectos preventivos del puesto de trabajo, es decir cuáles son los riesgos asociados y sus medidas preventivas. Asimismo, tal y como indica Fomento del Trabajo (2009), el servicio de prevención de la empresa debe valorar los requisitos psicosociales del puesto que vaya a ocupar la persona con discapacidad, con objeto de garantizar un adecuado ajuste persona-puesto. Por ello es importante tener en cuenta las

posibles diferencias existentes en cuanto a los factores psicosociales que suelen tenerse en consideración entre personas con y sin discapacidad (Fomento del Trabajo, 2009).

- **Reclutamiento:** Constituye la fase orientada a contactar con posibles candidatos que cumplan con los requisitos descritos en la fase anterior. En este sentido, resulta fundamental una estrecha colaboración con entidades y portales de empleo especializados en selección de personas con discapacidad.
- **Proceso de selección:** Es importante garantizar que las técnicas utilizadas, además de cubrir el objetivo evaluador, se escojan teniendo en cuenta las particularidades de los candidatos, consiguiendo así que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones. Desde el punto de vista preventivo, la selección es la primera medida a implementar, ya que permite evitar introducir en el puesto de trabajo peligros con carácter permanente, además de reducir los índices de absentismo y rotación de personal.
- **Evaluación del proceso de selección:** Como en cualquier proceso organizacional, es importante evaluar el funcionamiento del proceso de selección con objeto de establecer las medidas necesarias para su mejora. En este sentido, cuando hablamos de selección de personas con discapacidad resulta especialmente importante atender a indicadores como la tasa de abandono de dichos candidatos y su valoración del nivel de ajuste del proceso de selección a sus necesidades y requerimientos.

Para finalizar es importante tener en cuenta que el sistema de selección e incorporación es el que en mayor medida se relaciona con el resto de sistemas de gestión, lo que comporta que cuando este sistema está adaptado a las necesidades de las personas con discapacidad se facilita la adaptación del resto de sistemas. De ello se deduce la importancia que tiene un buen diseño y desarrollo de dicho sistema, dado su impacto en el funcionamiento global de la organización (Romeo et al., 2013).

### **4.3. Aspectos a tener en cuenta tras la incorporación**

Tras la incorporación de las personas con discapacidad a su puesto es fundamental tener en cuenta cómo se va a garantizar su desarrollo y plan de carrera, cómo se va a evaluar su rendimiento y, en términos generales, cómo aseguraremos la prevención de riesgos y la calidad de vida laboral.

En cuanto al desarrollo profesional y plan de carrera, los autores apuntan que el despliegue de un estilo cultural orientado a la autorrealización de los empleados debe venir acompañado por el desarrollo de dos de los sistemas de gestión señalados como menos desplegados, tanto por los CEE como en las empresas ordinarias (Romeo et al., 2013): el sistema de gestión de la formación y el sistema de gestión correspondiente al desarrollo profesional. El hecho que tengan un bajo nivel de despliegue en el contexto de la empresa ordinaria comporta que esta no desarrolla en sus trabajadores nuevos conocimientos y habilidades para desempeñar el trabajo, ni les facilita una carrera profesional. Resulta clave tener en cuenta ambos aspectos, dado que diversos autores señalan su impacto en los niveles de satisfacción y motivación de los empleados (Ventura, 2012), en el absentismo y en la rotación laboral (Gan y Berbel, 2012).

Por su parte, la evaluación del rendimiento es un factor crítico señalado por profesionales del ámbito de RR. HH., dado que suele asociarse la discapacidad a un menor rendimiento laboral (Romeo y Yepes-Baldó, 2019). Además, en ocasiones los directivos perciben la integración como un coste adicional debido a los recursos que requieren la adaptación de los puestos y las instalaciones. Por todo ello resulta necesario establecer indicadores de evaluación del rendimiento adaptados a las características de los empleados y evitar centrarse exclusivamente en la productividad de los mismos. En este sentido, tal y como verbalizaba una responsable de RR. HH. en el estudio desarrollado por Romeo y Yepes-Baldó (2019):

En mi caso, la mayor conducta discriminatoria con prejuicio que encuentro, que tengo que luchar más, es con el tema de la productividad, sobre todo, siempre tienen que ser pocos y muy buenos. Y ahora, por ejemplo, que se tenía que hacer un cambio, nosotros que tenemos un enclave por tema de escáner de documentos, hicimos el cambio a estos, pero también a otra empresa porque iba más rápido. Entonces lo que me encuentro es que la gente que está en contacto con las personas, con los usuarios, están encantados. O sea, la gente a la que normalmente le dan los documentos, encantados, muy tolerantes, entienden muchas cosas, los ayudan y crean un ambiente y una relación muy buena. Y en cambio, a veces es el manager o director de más arriba, que no conoce tanto, este desconocimiento, hace que esto, él lo pierde, no llega lo que se genera, el trato que ellos dan y esto, hace que a veces en horas de la productividad, de rapidez... [...] Ellos escanean 10.000 folios en una hora, y estos menos. Bueno, pero ¿tú tienes prisa para escanearlo? También tienes otras cosas que ganas, que los otros no.

Por último, en relación a la prevención de riesgos laborales y el desarrollo de la calidad de vida de los empleados, debe garantizarse que los procesos están adaptados a las características y necesidades de las personas con discapacidad, así como que los puestos de trabajo y las instalaciones de la empresa sean accesibles para que puedan desempeñar las funciones y tareas laborales personas con discapacidad, o que existan mecanismos y procesos que faciliten la adaptación. Para ello es recomendable la realización un plan de adecuación de las condiciones del puesto de trabajo para las personas con discapacidad que desarrollen su tarea en él.

Este plan de adecuación constará de tres fases:

- A. Análisis de necesidades. Realización de un estudio específico de necesidades que tiene como punto de partida un adecuado conocimiento de la realidad de estos trabajadores, para así poder adecuar el entorno de trabajo, tanto de su puesto, como de las instalaciones de la empresa. Para ello se analizará el tipo de discapacidad, el puesto de trabajo y el entorno de trabajo (instalaciones).
- B. Ajuste entre las discapacidades y las condiciones del puesto de trabajo. Consiste en intervenir adaptando los posibles desajustes que impiden que el trabajador pueda ocupar un determinado puesto, que su discapacidad pueda ser agravada o incluso se produzca otra nueva.



- C. Definición y establecimiento de medidas. Con la finalidad de conseguir la adaptación del puesto de trabajo y la accesibilidad de las instalaciones de la empresa se establecerán las medidas correctivas con respecto al acceso y movilidad del trabajador en el entorno de trabajo. Los aspectos fundamentales sobre los que deberán establecerse medidas de adecuación son:
- Entorno de trabajo. Locales e instalaciones, espacio de trabajo y equipos de trabajo.
  - Señalización. Adaptar las señales (visuales y acústicas) a las personas con discapacidad.
  - Organización del trabajo. Ritmo de trabajo, pausas y descansos, comunicación, horarios de trabajo, definición de funciones, etc.
  - Emergencias. Disponer de equipos especiales de evacuación, tanto humanos como materiales.

Las personas con discapacidad están sometidas a los mismos riesgos que el resto de personal de cualquier empresa, aunque teniendo en cuenta las particularidades de su situación, tal y como se ha mencionado anteriormente. Por tanto, están también expuestas a los riesgos psicosociales, es decir al estrés laboral, la fatiga derivada del tiempo de trabajo y a la violencia laboral (acoso psicológico y violencia en el trabajo).

No entraremos a profundizar en cada uno de estos riesgos que afectan de forma similar a todo el personal de la empresa, sin embargo, es necesario destacar el acoso, ya que puede tener un componente diferencial para el colectivo de empleados/as con discapacidad al incrementar las posibilidades de discriminación en razón de sus condiciones físicas e intelectuales.

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, incluye en su artículo 2 “Definiciones”, apartado f, el concepto de acoso, que se define: “Toda conducta relacionada con la discapacidad de una persona, que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra su dignidad o crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo” (RDL 1/2013, art. 2).

Cuando este acoso se desarrolle en el entorno laboral tendrá la consideración de acoso psicológico en el trabajo o *mobbing* y por tanto deberá ser evaluado en el marco de la prevención de riesgos laborales, tal y como indica el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2009, p.3):

Aquella exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas por parte de otra/s que actúa/n frente a aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquico). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud.

Cabe señalar que, en ocasiones, coexiste a la discapacidad otras discriminaciones vinculadas al género, origen étnico, orientación sexual, ...que operan de manera concurrente, y suponiendo un agravamiento de la situación de hostigamiento. En todos los casos, el acoso se considera una infracción muy grave (RDL 1/2013, art. 81), penalizado con hasta 1.000.000€ de sanción.

## 5. Resumen y conclusiones

El empleo de las personas con discapacidad requiere de un entorno de cultura inclusiva normalizada. Si bien en diferentes países, como España, se han promulgado leyes para promover su empleo (Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre), incluso en países como Corea del Sur y Japón, las políticas de obligación de empleo a partir de cuotas de reserva para personas con discapacidad tienen un efecto limitado en la mejora de sus tasas de empleo (Lee y Lee, 2016). Por este motivo, está claro que la ley no puede ser la única acción para el acceso y la calidad de vida laboral de este colectivo.

El despliegue de planes estratégicos es esencial para promover la inclusión en el lugar de trabajo, no condicionado exclusivamente por la ley, sino creando una “cultura de diversidad más inclusiva” (Chávez y Weisinger, 2008, p.331). La cultura organizacional determina el comportamiento individual y colectivo de los miembros de una organización, y constituye el conjunto de supuestos, creencias, valores y normas que comparten (Newstrom y Davis, 1986; Schein, 1986). Por lo tanto, el desarrollo de una cultura organizativa inclusiva implica que el conjunto de procedimientos, creencias y valores compartidos se articulen en torno al empleo de las personas con discapacidad.

Es importante señalar que, a pesar de que el punto de vista estratégico es la clave para la inclusión laboral de las personas con discapacidades, la gestión de la diversidad debe implicar a la alta dirección y los mandos intermedios, así como a los empleados y sus supervisores directos. Esto supone un proceso de cambio cultural y organizativo que tiene un efecto sobre la visión, el liderazgo, la estrategia, las políticas, las prácticas, y las comunicaciones de la empresa (Riccò y Guerri, 2014).

Sin embargo, la cultura de inclusión es fruto del esfuerzo colectivo de cada uno de los miembros que la configuran, así como reflejo de sus concepciones y toma de decisiones. Por todo ello, resulta del todo necesario analizar a nivel individual cuáles son las actitudes, entendidas estas como “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas” (Briñol, Falces, y Becerra, 2007, p.459).

Partiendo de esta concepción, desde la Cátedra Universitat de Barcelona-Fundación Adecco se ha desarrollado el Modelo clasificatorio del grado de desarrollo de las políticas y estrategias de integración laboral de personas con discapacidad (MDI-D) y el cuestionario Actitudes hacia la diversidad y no discriminación de las personas con discapacidad (ADND-D).

El Modelo clasificatorio del grado de desarrollo de las políticas y estrategias de integración laboral de personas con discapacidad (MDI-D) se estructura en dos grandes dimensiones: dimensión estratégica y dimensión operativa. La dimensión estratégica incluye las políticas y la cultura, y la dimensión operativa los facilitadores y los sistemas de gestión.

En la Tabla 2 se presenta el modelo clasificatorio atendiendo al grado de despliegue de las políticas y estrategias de integración laboral de personas con discapacidad.

El modelo se concretiza en cuatro niveles de despliegue, denominados: AA, AB, BA, BB. Según el nivel obtenido, se plantean diversos tipos de recomendaciones a la organización, tal y como se presenta en la Tabla 3.

La cultura organizacional inclusiva es construida por todos los miembros de la organización, tal y como ya hemos mencionado, lo que supone poder evidenciar los prejuicios y discriminaciones y generar pautas de intervención necesarias para paliar sus

**Tabla 2.** Modelo clasificatorio del grado de despliegue de las políticas y estrategias de integración laboral de personas con discapacidad (MDI-D). (Romeo et al., 2013)

	ESTRATÉGICA		OPERATIVA	
NIVEL	Cultura	Políticas	Facilitadores	Sistemas de gestión
<b>AA</b>	Orientada a la integración laboral de personas con discapacidad.	Nivel medio o alto de desarrollo.	Alta implicación de los directivos.	Nivel medio o alto de implementación.
<b>AB</b>	Orientada a la integración laboral de personas con discapacidad.	Nivel medio o alto de desarrollo.	Baja implicación de los directivos.	Nivel bajo de implementación.
<b>BA</b>	No orientada a la integración laboral de personas con discapacidad.	Nivel bajo de desarrollo.	Alta implicación de los directivos.	Nivel medio o alto de implementación.
<b>BB</b>	No orientada a la integración laboral de personas con discapacidad.	Nivel bajo de desarrollo.	Baja implicación de los directivos.	Nivel bajo de implementación.

efectos. En la actualidad resulta difícil que las personas expliciten abiertamente sus prejuicios, dado que producto de la presión social “no solo es políticamente incorrecto, sino que es ilegal y puede ser objeto de sanción” (Molero Alonso, 2007, p.593).

Sin embargo, el hecho de que no se expliciten no implica que estos hayan desaparecido, tal y como constatan diversos autores (Brown, 1988; Vanman et al., 1997), sino que este ha adoptado “formas más sutiles, disminuyendo significativamente sus expresiones más extremas y abiertas, sobre todo en situaciones públicas y en personas con un nivel de educación elevado” (Espelt, Javaloy, y Cornejo, 2006, p.81).

Meertens y Pettigrew (1997; Pettigrew y Meertens, 1995), desarrollaron una aproximación teórica al prejuicio en el que distinguen el prejuicio manifiesto, es decir, el expresado de un modo “caliente, cercano y directo”, frente al prejuicio sutil, caracterizado por ser “frío, distante e indirecto” (Molero, Cuadrado, y Navas, 2003, p.93). Para diversos autores, mientras el prejuicio manifiesto opera a un nivel consciente, el prejuicio sutil lo hace a un nivel inconsciente y automático. En ambos casos se trata de un “comportamiento sesgado que incluye no solo acciones que pueden dañar a otros grupos, sino

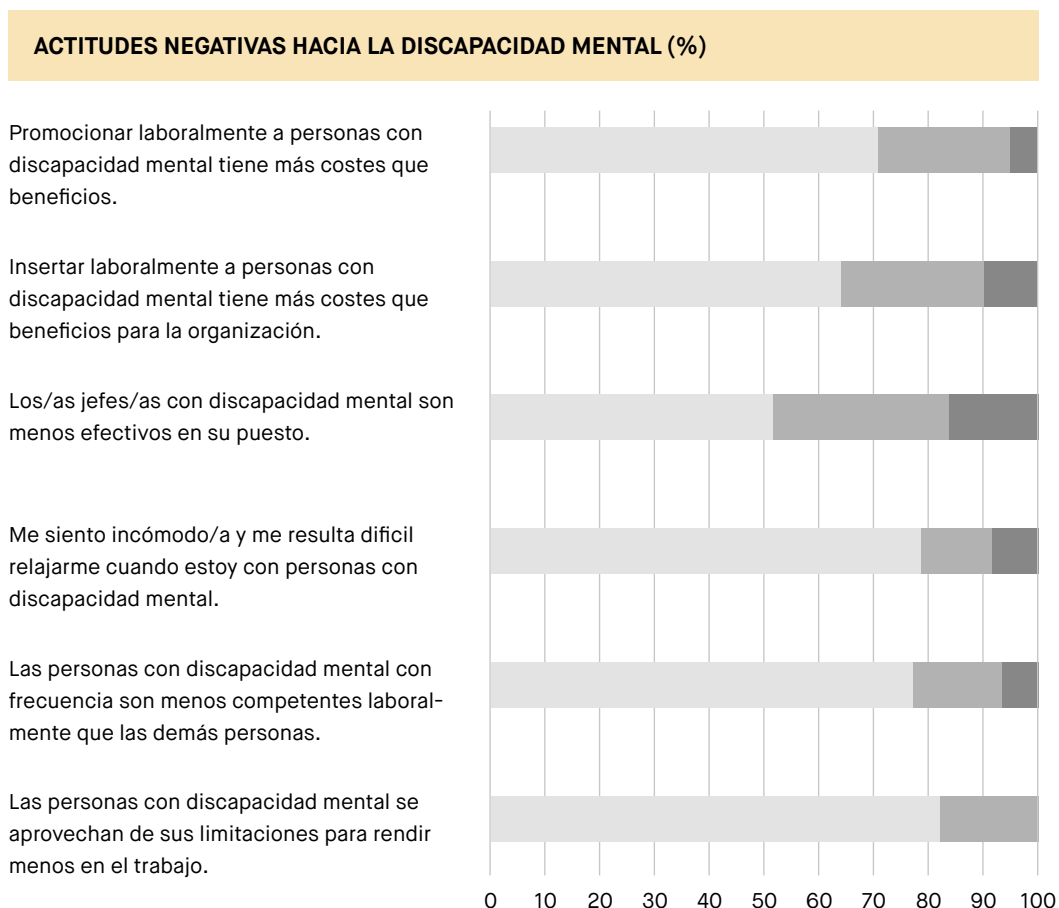
también acciones que tienden al favorecimiento injusto de miembros del propio grupo” (Ungaretti, Etchezahar, y Simkin, 2012, p.18).

De un modo específico, aquellos sesgos que afectan el modo en el que percibimos, evaluamos o interaccionamos con personas de grupos estigmatizados en nuestra sociedad, y de los cuales no tenemos conciencia, forman parte de los sesgos inconscientes del sujeto (Saul, 2013).

**Tabla 3.** Recomendaciones derivadas del modelo MDI-D. (Romeo et al., 2013)

NIVEL	ESTRATÉGICA		OPERATIVA		RECOMENDACIONES
	Cultura	Políticas	Facilitadores	Sistemas de gestión	
AA	✓	✓	✓	✓	Es importante mantener los niveles de desarrollo alcanzados y monitorizar cualquier desviación.
AB	✓	✓	✗	✗	Operacionalizar la estrategia dotándola de acciones de intervención concreta que fomenten la implicación de todos los <i>stakeholders</i> .
BA	✗	✗	✓	✓	Las acciones que desarrollan no están alineadas con la visión de la organización, por lo que se perciben como acciones de marketing poco estables y poco creíbles.
BB	✗	✗	✗	✗	Si bien la organización cumple con los requerimientos legales, no está comprometida con la integración de las personas con discapacidad. Deberán desarrollarse acciones de consultoría de procesos (Morgan, 1989) que facilitaran una incorporación progresiva a partir de la gestión cultural.

**Figura 4.** Ejemplo gráfico de resultados para las actitudes negativas hacia la inclusión laboral de personas con discapacidad mental.



Partiendo de esta conceptualización, desde la Càtedra Universitat de Barcelona-Fundación Adecco se ha desarrollado el cuestionario Actitudes hacia la diversidad y no discriminación de las personas con discapacidad (ADND-D).<sup>2</sup> Este cuestionario ha sido validado psicométricamente y a nivel de contenido. Se caracteriza por controlar las posibles distorsiones derivadas de la deseabilidad social (Ferrando y Chico, 2000), así como por su exhaustividad, al incluir información relativa a las actitudes hacia los compañeros, los supervisores, y hacia la contratación y plan de carrera. Por último, la herramienta está configurada por ítems que resultan idóneos para medir la actitud en función del tipo de discapacidad del colaborador/a a incorporar. De ahí que se pregunte por los cuatro tipos de discapacidad (física, sensorial, mental e intelectual) de un modo independiente.

2 Si desea más información sobre el instrumento puede solicitarlo a [catedrainlab@ub.edu](mailto:catedrainlab@ub.edu)

Un ejemplo de informe de resultados del Cuestionario ADND-D puede verse en la Figura 4. El criterio de interpretación de los resultados considera favorable porcentajes por encima del 60% en las respuestas que muestran una baja actitud negativa o una alta actitud positiva. En cuanto a las actitudes ambivalentes, se consideran de especial atención porcentajes por encima del 20% y de atención inmediata en el caso que se sitúen por encima del 60%. Por último, en el caso de actitudes altamente desfavorables (altas en el caso de la actitud negativa y bajas en el caso de la actitud positiva) deben ser tenidas en cuenta a partir de un 15% de participantes.

Para finalizar este capítulo, no debemos olvidar que en la cultura inclusiva debe constar, de forma clara e indeleble, la integración de la prevención en todos los ámbitos de la empresa, y por supuesto esto implica tener en cuenta las características propias de las personas con discapacidad para conseguir la mejor y más segura adaptación a los puestos de trabajo en las empresas.

Un accidente de trabajo o una enfermedad profesional pueden cambiar la vida de una persona, tanto en el ámbito laboral, como en el económico o familiar. En las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social se es muy consciente de ello. Por eso en Asepeyo, como una de las principales del sector, se ofrece a las empresas y sus trabajadores atención sanitaria personalizada y de calidad. Se ayuda a gestionar la prevención y a controlar los riesgos laborales a través de una amplia organización de consultores y mediante la aplicación de las últimas tecnologías, y se proporcionan prestaciones sociales para ayudar la adaptación de los medios esenciales para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria a personas con discapacidad como consecuencia de accidentes o enfermedades profesionales.

## 6. Preguntas para la reflexión

1. ¿Cuáles son las diferencias entre los términos de deficiencia, minusvalía y discapacidad?
2. ¿Cuáles son las principales características de los diferentes tipos de discapacidad?
3. ¿Cuáles son los diferentes contextos laborales de inclusión para personas con discapacidad?
4. ¿Las evaluaciones del riesgo deberán también tener en cuenta única y principalmente, en el caso de las personas con discapacidad, el tipo de discapacidad que presente la persona? Justifique su respuesta.
5. Previa a la incorporación al puesto de un empleado con discapacidad, ¿qué sistemas de gestión deben potenciarse?
6. ¿Qué es y qué caracteriza una cultura inclusiva?
7. Tras la incorporación de las personas con discapacidad a su puesto ¿cómo aseguraremos la prevención de riesgos y la calidad de vida laboral de estos?
8. ¿Cuáles son y qué características tienen las tres fases que configuran la puesta en marcha de un plan de adecuación de las condiciones del puesto de trabajo para las personas con discapacidad?

## 7. Referencias bibliográficas

- Baker y McKenzie. (2014). *Las políticas de inserción laboral de las personas con discapacidad a través del mercado de trabajo protegido*. <http://conacee.org/wp-content/uploads/2014/07/2014-01-BMcK-INFORME-MERCADO-PROTEGIDO.pdf>
- Baumann, Z. (2006). *Liquid times: Living in an age of uncertainty*. Polity.
- Briñol, P., Falces, C., y Becerra, A. (2007). Actitudes. En J. F. Morales, M. C. Moya, E. Gaviria, y I. Cuadrado (Coord.), *Psicología social (3a. Ed.)* (pp. 457-490). McGraw-Hill.
- Brown, R. (1988). *Group processes: Dynamics within and between groups*. Basil Blackwell.
- Calderón, M. J., y Calderón, B. (2012). Los Centros Especiales de Empleo como mecanismo de tránsito hacia el mercado de trabajo ordinario. *CIRIEC-España*, 75, 223-249.
- Carrington, S. (1999). Inclusion needs a different school culture. *International Journal of Inclusive Education*, 3(3), 257-268. <https://doi.org/10.1080/136031199285039>
- Chávez, C. I., y Weisinger, J. Y. (2008). Beyond diversity training: A social infusion for cultural inclusion. *Human Resource Management*, 47(2), 331-350. <https://doi.org/10.1002/hrm.20215>
- Cooke, R. A., y Lafferty, J. C. (1983). *Level V: Organizational Culture Inventory (Form I)*. Human Synergistics.
- Cortés Díaz, I., y Cisterna, K. (2016). Beneficios de la inclusión: una perspectiva organizacional. En A. A. Ocampo González, *Experiencias y desafíos sobre Educación Superior Inclusiva* (pp. 100-117). Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5610321.pdf>
- Directiva 89/391/CEE. Medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, DOCE, núm. L183, 29 junio 1989, p. 1-8. (1989). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:31989L0391>
- Espelt, E., Javaloy, F., y Cornejo, J. M. (2006). Las escalas de prejuicio manifiesto y sutil: ¿una o dos dimensiones? *Anales de Psicología*, 22(1), 81-88. [https://www.um.es/analesps/v22/v22\\_1/11-22\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v22/v22_1/11-22_1.pdf)
- Ferrando, P. J., y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12(3), 383-389. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712309.pdf>
- Fomento del Trabajo (2009). *Guía para la gestión de la prevención de riesgos laborales de trabajadores con discapacidad intelectual*. Fomento del Trabajo
- Gan, F., y Berbel, G. (2012). *Manual de recursos humanos: 10 programas para la gestión y el desarrollo del factor humano en las organizaciones actuales*. Barcelona: UOC.
- INSST (2009). NTP-854. Acoso psicológico en el trabajo: definición. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. <https://www.insst.es/documents/94886/328096/854+web.pdf/f4aa95ee-cd21-4c73-9842-769589a526fb>
- Instrumento de ratificación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6996>
- Iturri, J. C. (2010). La relación laboral especial de las personas con discapacidad. *Cuadernos Digitales de Formación*, 59, 1-28.
- Lee, S., y Lee, S. (2016). Comparing employment quota systems for disabled people between Korea and Japan. *Asian Journal of Human Services*, 10, 83-92. <https://doi.org/10.14391/ajhs.10.83>
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido. BOE. núm. 103, de 30 abril 1982, p. 11106-11112. (1982). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPR). BOE. núm. 269, 10 noviembre 1995, p. 1-40. (1995). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE. núm. 299, 15 diciembre 2006, p. 1-30. (2006). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. BOE. núm. 310, 27 diciembre 2007, p. 1-14. (2007). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-22293>
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. BOE. núm. 289, de 03 diciembre 2003, p. 1-18. (2003). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>



- Meertens, R., y Pettigrew, T. (1997). Is subtle prejudice really prejudice? *Public Opinion Quarterly*, 61(1), 54-71. <https://www.jstor.org/stable/2749511>
- Ministerio de Asuntos Sociales (1994). *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Introducción a la versión española*. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Mir-Abellán, R., Falcó-Pegueroles, A., y de la Puente-Martorell, M. L. (2017). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gaceta Sanitaria*, 31, 145-149. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>
- Molero Alonso, F. (2007). El estudio del prejuicio en la psicología social: definición y causas. En F. Morales (Ed.), *Psicología social* (pp. 591-617). McGraw-Hill.
- Molero, F., Cuadrado, I., y Navas, M. (2003). Las nuevas expresiones del prejuicio racial: aspectos teóricos y empíricos. En J. Morales, y C. Huici (Dir.), *Estudios de psicología social* (pp. 83-113). UNED.
- Morgan, G. (1989). *Creative organization theory: a resourcebook*. Sage.
- Munduate, L., Di Marco, D., Martínez-Corts, I., Arenas, A., y Gamero, N. (2013). Rebuilding the social dialogue and promoting inclusive organizations. A tool for social innovation in times of crisis. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 122-129. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2363.pdf>
- Newstrom, J. W., y Davis, K. (1986). *Human behavior at work*. McGraw-Hill.
- ODISMET. (2016). *Informe uno. Informe general. La situación de las personas con discapacidad en el mercado laboral*. <http://www.odismet.es/es/informes/informe-1-del-observatorio-sobre-discapacidad-y-mercado-de-trabajo-de-la-fundacion-once/20/>
- OMS. (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*. Organización Mundial de la Salud
- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Pettigrew, T., y Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 57-75. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420250106>
- Quijano, S. y Blasco, R. D. (2006). La calidad del sistema de selección e incorporación del personal a la empresa. En S. Quijano (Ed.), *Dirección de Recursos Humanos y Consultoría en las Organizaciones. El ASH (Auditoría del Sistema Humano)* (pp. 339-348). Icaria.
- Quijano, S., Navarro, J., Yepes-Baldó, M., Berger, R., y Romeo, M. (2008). Human System Audit (HSA) for the analysis of human behaviour in organizations. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 92-106.
- Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 en favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores. BOE. núm. 22, 26 enero 2000, p. 3410-3412. (2000). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-1547>
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE. núm. 27, 31 enero 1997, p. 1-38. (1997) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853>
- Real Decreto 290/2004, de 20 de febrero, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad. BOE. núm. 45, 21 febrero 2004, p. 8386-8391. (2004). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-3277>
- Real Decreto 348/1986, de 10 de febrero, por el que se sustituyen los términos subnormalidad y subnormal contenidos en las disposiciones reglamentarias vigentes. BOE. núm. 138, 10 febrero 1986, p. 20918-20918. (1986). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-14955>
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. BOE. núm. 97, 23 abril 1997, p. 12918-12926, (1997). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-8669>
- Real Decreto 1215/1997, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo. BOE. núm. 188, 7 agosto 1997, p. 24063-24070. (1997). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-17824>

- Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los Centros Especiales de Empleo. BOE, núm. 189, 8 agosto 1985, p. 1-13. (1985). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1985-16663>
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE, núm. 22, 26 enero 2000, p. 1-145. (1999). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-1546>
- Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad. BOE, núm. 94, 20 abril 2005, p. 13466-13469. (2005) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-6308>
- Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, por el que se regulan los Centros Ocupacionales para minusválidos. BOE, núm. 294, 9 diciembre 1985, p. 38812-38814. (1985). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-25592>
- Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, BOE, núm. 289, 3 diciembre 2013, p. 1-44. (2013). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>
- Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. BOE, núm. 189, 8 agosto 2000, p. 1-46. (2000). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-15060>
- Riño, F. (2011). *Manual práctico de implantación de políticas de políticas de RSE- discapacidad en las empresas*. Ediciones Cinca.
- Riccò, R., y Guerci, M. (2014). Diversity challenge: An integrated process to bridge the 'implementation gap'. *Business Horizons*, 57(2), 235-245. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2013.11.007>
- Rodríguez Díaz, S., y Ferreira, M. A. (2010). Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28(1), 151-172.
- Romañach, L., y Lobato, M. (2005). *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*, *Foro de Vida Independiente*. [http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/pdf/diversidad\\_funcional.pdf](http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/pdf/diversidad_funcional.pdf)
- Romeo, M., Yepes-Baldó, M., Bòria, S., Pascual, C., Berger, R., Barbancho, F., y Torres, L. (2013). *Proyecto DIL-D: Grado de Desarrollo de políticas y estrategias de Integración Laboral de las personas con Discapacidad en las organizaciones que operan en territorio nacional. Presentación resultados del primer año*. <http://hdl.handle.net/11181/4573>
- Romeo, M., Yepes-Baldó, M., Pascual, C., Barbancho, F., Posada, D. M., y Bòria, S. (2017). *Proyecto DIL-D CEE: Desarrollo de políticas y estrategias de integración laboral de personas con discapacidad en Centros Especiales de Empleo. (Informe final)*. [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/112046/1/Reporte%20final\\_28Julio2017\\_29.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/112046/1/Reporte%20final_28Julio2017_29.pdf)
- Romeo, M. y Yepes-Baldó, M. (2019). *Fundamentación conceptual y empírica del Cuestionario ADND-D*. Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/149261/1/Fundamentaci%c3%b3n%20conceptual%20y%20emp%c3%adrica%20%20%28SHORT%20VERSION%29.pdf>
- Royo, C. (2005). *Las competencias como herramienta para el cambio cultural en una organización bancaria [Tesis Doctoral]*. Universitat de Barcelona.
- Saul, J. (2013). Implicit bias, stereotype threat and women in philosophy. en F. Jenkins, y K. Hutchison (Eds.), *Women in philosophy: what needs to change?* (pp. 39-60). Oxford University Press.
- Schein, E. H. (1986). What you need to know about organizational culture. *Training & Development Journal*, 40(1), 30-33.
- Servicio Público de Empleo Estatal - SEPE. (2018). *Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad Estatal. Datos 2017*. [http://www.sepe.es/contenidos/que\\_es\\_el\\_sepe/publicaciones/pdf/pdf\\_mercado\\_trabajo/imt2018\\_datos2017\\_estatal\\_discapacidad.pdf](http://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/publicaciones/pdf/pdf_mercado_trabajo/imt2018_datos2017_estatal_discapacidad.pdf)
- Tetrault Sirsly, C. A., y Lvina, E. (2019). From doing good to looking even better: The dynamics of CSR and reputation. *Business & Society*, 58(6), 1234-1266. <https://doi.org/10.1177/0007650315627996>
- Ungaretti, J., Etchezahar, E., y Simkin, H. (2012). El estudio del prejuicio desde una perspectiva psicológica: cuatro períodos histórico-conceptuales para la comprensión del fenómeno. *Calidad de Vida y Salud*, 5(2), 13-30. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/79/77>
- Valle, J., y Connor, D. J. (2010). *Rethinking disability: a disability studies guide to inclusive practices*. McGraw-Hill.

- Vanman, E., Paul, B., Ito, T., y Miller, N. (1997). The modern face of prejudice and structural features that moderate the effect of cooperation on affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 941-959. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.941>
- Ventura, B. (2012). *Operaciones administrativas de recursos humanos*. Paraninfo.
- Villamarín, S., Berdullas, S., y de Vicente, A. (2014). Pasado y presente de la discapacidad: Nueva Ley de discapacidad. *Infocop*, 64, 4-7.
- Zollers, N. J., Ramanathan, A. K., y Yu, M. (1999). The relationship between school culture and inclusion: how an inclusive culture supports inclusive education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 12(2), 157-174. <https://doi.org/10.1080/095183999236231>



# **La prevención de los riesgos laborales en trabajadores migrantes: desafíos e intervención**

**7**



# La prevención de los riesgos laborales en trabajadores migrantes: desafíos e intervención

---

Ana M. Castaño

Antonio L. García-Izquierdo

## Objetivos

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Comprender los desafíos que los flujos migratorios suponen para la gestión de la prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud.
2. Analizar los factores de accidentabilidad en la población trabajadora inmigrante.
3. Conocer los factores y riesgos psicosociales que afectan a la población trabajadora inmigrante.
4. Definir el proceso de expatriación laboral así como los factores y riesgos laborales asociados.
5. Describir las medidas más adecuadas para la gestión de la prevención de los riesgos laborales con la población trabajadora inmigrante y expatriada.

# Índice

- 1. Introducción**
- 2. Los desafíos para la prevención de los riesgos laborales en la población inmigrante**
  - 2.1. Los accidentes laborales y factores antecedentes***
    - 2.1.1. La prevención de accidentes en la población trabajadora inmigrante
  - 2.2. Los riesgos psicosociales***
    - 2.2.1. La prevención de los riesgos psicosociales en la población trabajadora inmigrante
- 3. El proceso de expatriación**
  - 3.1. La prevención de los riesgos laborales asociados al proceso de expatriación***
- 4. Resumen y conclusiones**
- 5. Preguntas para la reflexión**
- 6. Referencias bibliográficas**



## 1. Introducción

La globalización de la economía y las facilidades que ofrecen las tecnologías de la información y la comunicación para la deslocalización han contribuido al crecimiento de los flujos migratorios laborales. De hecho, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estos flujos migratorios se han incrementado notablemente en los últimos años y se estima que hay unos 164 millones de trabajadores migrantes en el mundo. Según Eurostat (2020), 2,4 millones de inmigrantes llegaron a la Unión Europea (UE) procedentes de países no pertenecientes a la misma en 2018. En enero de 2019 vivían en ella 21,8 millones de personas procedentes de países de fuera de la UE, y fueron Alemania, Italia, Francia y España los países donde se registró el mayor número de inmigrantes. En el caso de España, durante el año 2019 llegaron 395.168 extranjeros, y la cifra total de extranjeros fue de 5.235.375 en enero de 2020 según el Instituto Nacional de Estadística. Además, había un millón de trabajadores expatriados (desplazados temporalmente por sus empleadores para prestar sus servicios en otro país) en la UE en 2013. En la UE en 2015 había aproximadamente 2,05 millones de trabajadores desplazados y el número de desplazamientos aumentó en un 41 % entre 2010 y 2015. En muchos casos se debe a problemas de personal que son cubiertos temporalmente con trabajadores cualificados de otros estados miembro en sectores como el transporte, la información o la agricultura. Pero en otros, la UE ha identificado situaciones en las que las empresas abren sedes en diferentes países para sortear la legislación laboral nacional, dejando a los trabajadores con niveles reducidos de protección laboral y social.

Vemos pues que estamos ante un fenómeno de gran relevancia social en la actualidad. Estos movimientos migratorios generan riqueza económica y cultural, aunque precisamente el hecho de que se genere una sociedad más diversa y multicultural también plantea desafíos para empleadores, trabajadores y gobiernos, especialmente en lo relativo a la prevención de riesgos laborales (PRL). La promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores forma parte de la Agenda para el Trabajo Decente de la OIT y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que buscan fomentar organizaciones saludables a través del bienestar de sus empleados y de la diversidad organizacional (Castaño et al., 2019). En este sentido, los convenios de la OIT número 97 y 143 establecen que los inmigrantes no serán discriminados sobre los autóctonos y que se les ayudará en el ejercicio de sus derechos y en su protección. La Convención internacional de las Naciones Unidas sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migrantes y de sus familiares (resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990) establece en su artículo 25 que los trabajadores migrantes gozarán de un trato similar al de los nacionales del Estado en lo tocante a remuneración y seguridad. También, el artículo primero de la Directiva Europea 2018/957 sobre desplazamiento de trabajadores efectuado en el marco de una prestación de servicios indica que se “garantizará la protección de los trabajadores desplazados [...], estableciendo disposiciones obligatorias sobre las condiciones de trabajo y la protección de la salud y la seguridad”.

Sin embargo, la gestión de la PRL y la promoción de la salud laboral se complica en el caso de los trabajadores inmigrantes (TI) ya que están expuestos a numerosos factores de riesgo y en mayor medida que los trabajadores autóctonos (Moyce & Schenker, 2018), entre los cuales destacamos los factores ambientales (*v. g.* toxinas ambientales, pesticidas y productos químicos, temperaturas extremas), de carga física (*v. g.* ocupación en sectores que incluyen trabajos físicamente exigentes) y psicosociales (*v. g.* menor regulación de las condiciones de trabajo, mayor exposición al abuso, a la trata y al trabajo forzoso). No obstante, es habitual que en el caso de los TI se dé prioridad a la necesidad antes que a las condiciones de trabajo aunque sean precarias (García et al., 2009), por lo que los TI son, en general, más susceptibles de ocupar sectores laborales de riesgo caracterizados por una gran incertidumbre y subempleo, en puestos de poco prestigio, con malas condiciones de trabajo y con bajos salarios (Fellini, 2018). Por otro lado, los flujos migratorios incrementan la diversidad en las organizaciones en todas sus vertientes (*v. g.* cultura, valores, idioma, personalidad) y esto puede suponer una dificultad añadida para la PRL (Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo, 2018).

En concreto, los TI pueden sufrir las consecuencias derivadas de problemáticas vinculadas a los siguientes aspectos: 1) una mayor vulnerabilidad y un mayor desconocimiento de la legislación, la cultura y el idioma del país receptor, especialmente en quienes tienen una situación irregular al no disponer de visados y/o permisos de residencia; 2) una amplia existencia de acuerdos de trabajo informales, irregulares y/o indocumentados; y 3) un gran volumen de subcontratación en los sectores en los que se suelen ubicar estos trabajadores (*v. g.* construcción, limpieza), lo que dificulta el cumplimiento de la normativa de salud laboral.

Todas estas particularidades de los TI y de su situación pueden hacerlos más propensos a sufrir accidentes laborales que los trabajadores autóctonos, así como a estar expuestos a determinados riesgos psicosociales que impactan negativamente en su salud mental (*v. g.* Font et al., 2012). Para tratar de arrojar luz sobre los desafíos que esta situación supone para la prevención e intervención en el ámbito de la salud laboral, en este capítulo abordaremos, por una parte, las causas de los accidentes laborales y los riesgos psicosociales de los TI, y revisaremos las medidas de intervención más adecuadas para cada caso. Además, por otra parte, también dedicaremos una sección diferenciada a la problemática asociada al caso de los trabajadores expatriados, cuya situación particular, como veremos, también requiere de especial atención a la hora de gestionar la PRL.

## **2. Los desafíos para la prevención de los riesgos laborales en la población inmigrante**

En esta sección analizaremos en primer lugar las causas de la elevada tasa de accidentalidad y en segundo lugar, analizaremos los factores de riesgo y los riesgos psicosociales como los principales desafíos para la PRL en la población trabajadora inmigrante. Asimismo, presentaremos las correspondientes medidas de prevención para cada desafío teniendo en consideración los resultados de las investigaciones más recientes al respecto.

## 2.1. *Los accidentes laborales y factores antecedentes*

Los accidentes laborales de los TI son uno de los principales problemas para la PRL. En concreto, diversos estudios (v. g. Mucci et al. 2019) han puesto de relieve la elevada tasa de accidentalidad de los TI respecto a los autóctonos. Por ejemplo, Hargreaves et al. (2019) han encontrado en su reciente metaanálisis una prevalencia de accidentalidad laboral en los TI del 22%. Estos datos pueden deberse a que ocupan los denominados trabajos de las tres “d”: sucios, exigentes y peligrosos –del inglés *dirty*, *demanding* y *dangerous*– (Qin et al., 2019). No obstante, los resultados de investigaciones recientes sugieren que los valores culturales y determinadas características endógenas de la población trabajadora inmigrante también juegan un papel importante en esta explicación. García-Arroyo y Osca (2020) encontraron que los valores culturales del modelo de Hofstede (2001) fueron mejores predictores de los accidentes laborales de los inmigrantes que las diferencias culturales (por ejemplo, hablar un idioma distinto y la distancia cultural entre países). En concreto, encontraron que los perfiles culturales que se asociaron con una mayor accidentalidad fueron los de aquellos TI con las siguientes puntuaciones: bajas en orientación a largo plazo (v. g. cómo las sociedades se enfrentan al paso del tiempo), medias en evitación de la incertidumbre (v. g. grado en que los miembros de una sociedad se sienten incómodos con la ambigüedad y el futuro), medio-altas en distancia de poder (v. g. grado en que las personas aceptan un reparto de poder desigual), y medio-altas en masculinidad (v. g. grado en que las sociedades diferencian fuertemente la división de los roles de género).

También debe mencionarse aquí lo apuntado por Skiba (2020) quien afirma que cuando un TI, con una percepción del riesgo ya creada al estar acostumbrado a trabajar con determinados requisitos de salud y seguridad en su país de origen, se incorpora a una organización diferente deberá modificar sus valores, actitudes, creencias y comportamientos para integrarse en la nueva cultura de seguridad. El problema es que este trabajador podría desarrollar una menor percepción del riesgo al pasar de una cultura de seguridad subdesarrollada a otra con mayores requisitos. Siguiendo el modelo secuencial de cómo se produce un accidente descrito por Osca y López-Araujo (2017), el trabajador con una menor percepción del riesgo no es capaz de percibir el peligro y por lo tanto esto resulta en una valoración de no peligrosidad. Esto, a su vez, implica que el trabajador puede tener mayores dificultades para adoptar comportamientos seguros que supongan su integración en la cultura de seguridad de la nueva organización en el país de acogida, lo que hace que sea más susceptible de sufrir accidentes laborales.

Por su parte, otros investigadores se han centrado en estudiar la implicación de las características endógenas de la población trabajadora inmigrante como factores de accidentabilidad. Ramos-Villagrasa y García-Izquierdo (2018) analizaron la influencia de los Cinco Factores de Personalidad y encontraron que puntuaciones altas en inestabilidad emocional y en apertura a la experiencia suponían una mayor probabilidad de sufrir accidentes laborales por parte de los TI. Además, hallaron que el estrés por aculturación de los TI estaba relacionado con una mayor probabilidad de sufrir accidentes laborales, mientras que una mayor percepción de la existencia del clima de seguridad (entendido como el compromiso compartido de la organización respecto a las políticas, procedimientos y prácticas de seguridad) actuaba como un factor de protección.

### 2.1.1. La prevención de accidentes en la población trabajadora inmigrante

Tomando en consideración lo expuesto sobre la causalidad de los accidentes de la población trabajadora inmigrante y con la finalidad de prevenirlos, sería de utilidad implementar medidas organizativas, de integración y de formación como las siguientes (v. g. Skiba, 2020): 1) no asignar tareas que tengan mayor riesgo a los TI; 2) asegurar que los TI entienden sus derechos y deberes en materia de PRL; 3) diseñar un plan de formación e información comprensible y adaptado a los TI, para lo cual es fundamental que la información proporcionada sea clara, adaptada a su idioma, sin ambigüedad y que se tenga en consideración sus expectativas y estilos de aprendizaje; y, finalmente, 4) implementar prácticas destinadas a fomentar una cultura de seguridad en la organización en la que los TI se integren. De esta forma, los TI no se limitarían a adoptar comportamientos seguros de una manera superficial y dependiente del ejercicio de un control constante del cumplimiento de las normas de seguridad de la organización, sino que se podría lograr un cambio duradero de valores, actitudes, creencias y comportamientos en torno a la PRL y la promoción de la salud laboral. En concreto, si los trabajadores perciben un buen clima de seguridad estarán más comprometidos con su organización, más satisfechos y se comportarán de forma más segura (Clarke, 2010).

Para lograr esta percepción de un buen clima de seguridad, los líderes de la organización deben transmitir esta cultura de seguridad a los trabajadores desde un enfoque que combine tanto el liderazgo transaccional y correctivo de las conductas poco seguras, como el liderazgo transformacional centrado en animar y promover el cambio hacia los comportamientos seguros. En este sentido, Peiró et al. (2015) han apuntado que las características de los líderes que influirían positivamente en el desarrollo del clima de seguridad, entre otras, serían: liderar con el ejemplo, promover la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y proporcionar información rigurosa, por ejemplo, sobre las normas de seguridad y sobre el rol que debe desempeñar cada trabajador.

Los programas de intervención para la prevención de accidentes deberían centrarse en los valores culturales. García-Arroyo y Osca (2020) apuntan a que, si para reducir los accidentes se busca únicamente disminuir las diferencias culturales entre los TI y los autóctonos, lo que se logrará es equiparar el número de accidentes de ambos colectivos. Esto supone que se podría, o bien reducir los accidentes de los TI pero solo hasta el nivel de los trabajadores autóctonos ya que estos también sufren accidentes, o bien aumentarlos si provienen de países con tasas de accidentalidad más bajas que las del país de acogida. Por el contrario, si la intervención se centra en los valores culturales que se asocian con los accidentes, se facilitará la reducción de la tasa de accidentalidad, independientemente de la tasa previa de la población autóctona. Por todo esto, estos autores proponen que la gestión de la PRL parta de medidas para prevenir los factores de accidentabilidad muy relacionadas con la gestión de la diversidad y que se enmarcan en el ámbito de la sostenibilidad organizacional, como son las prácticas de evaluación rigurosas e inclusivas (v. g. Salgado et al., 2017). En este sentido, se podría realizar una asignación al puesto de trabajo tras una evaluación basada en un completo ajuste persona-puesto-organización que minimice el riesgo de accidentes.

Para finalizar este apartado, en la Tabla 1 se resumen los principales factores de accidentabilidad en la población trabajadora inmigrante y las medidas preventivas asociadas.

**Tabla 1.** Factores de accidentabilidad en la población trabajadora inmigrante y medidas preventivas.

<b>FACTORES DE ACCIDENTABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Valores culturales (puntuaciones según el modelo de Hofstede, 2001):<ul style="list-style-type: none"><li>• Bajas en orientación a largo plazo.</li><li>• Medias en evitación de la incertidumbre.</li><li>• Medio-altas en distancia de poder.</li><li>• Medio-altas en masculinidad.</li></ul></li><li>• Personalidad (puntuaciones según el modelo de los Cinco Factores de Personalidad): altas en inestabilidad emocional y en apertura a la experiencia.</li><li>• Factores de riesgo:<ul style="list-style-type: none"><li>• Aculturación.</li><li>• Mayor precariedad y peores condiciones de trabajo.</li><li>• Mayor desconocimiento de la legislación, la cultura de seguridad y el idioma.</li></ul></li></ul>
<b>MEDIDAS PREVENTIVAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No asignar tareas de mayor riesgo a los TI.</li><li>• Formar e informar en materia de PRL.</li><li>• Fomentar una cultura de seguridad.</li><li>• Combinar el liderazgo transaccional y el liderazgo transformacional.</li><li>• Realizar una evaluación del perfil profesional de los trabajadores.</li></ul>

## 2.2. *Los riesgos psicosociales*

Siguiendo a García-Izquierdo (2017), podemos considerar los factores psicosociales de riesgo como aquellas condiciones de trabajo que están directamente relacionadas con la organización y desarrollo de las tareas y que tienen una alta probabilidad de provocar un deterioro grave de la salud; mientras que los riesgos psicosociales son consecuencia de esa falta de ajuste entre las condiciones de trabajo de la organización y las competencias individuales de los trabajadores. La evaluación de riesgos psicosociales consiste en determinar la magnitud de esos daños a la salud. Para ello, hay varios aspectos a tener en cuenta: el tiempo de exposición al riesgo, la vulnerabilidad del trabajador (especial sensibilidad a las condiciones del entorno) y el ajuste entre las características del individuo y las tareas y responsabilidades asignadas.

Los procesos migratorios pueden suponer una situación de vulnerabilidad debido a que los TI necesitan reelaborar los vínculos con su país de origen a la vez que establecen nuevos vínculos con el país de acogida (Gálvez et al., 2011). Esta reelaboración de vínculos se dificulta debido a diversos factores de riesgo (v. g. Ramos-Villagrasa y García-Izquierdo, 2007) como son: 1) las dificultades en la comunicación por el desconocimiento del idioma; 2) las diferencias culturales entre la sociedad de origen y la de acogida que se pueden ver acentuadas en el lugar de trabajo al tener sistemas de valores y reforzadores sociales desconocidos; 3) los problemas relacionados con la vida cotidiana, como la situación legal en el país y la falta de recursos económicos y sociales para afrontar las necesidades diarias; 4) las dificultades para las relaciones con la familia y los compañeros, pudiendo haber problemas legales para la reunificación familiar; 5) los problemas financieros que dificultan el acceso a una vivienda y que suponen inseguridad, desigualdad e insatisfacción salarial; 6) la mayor dificultad para encontrar trabajo y las peores condiciones laborales en caso de encontrarlo; y 7) los prejuicios hacia la población inmigrante, que pueden acentuarse por el tratamiento que los medios de comunicación y las políticas de migración hacen respecto de los flujos migratorios, favoreciendo la desigualdad social y la discriminación al presentarse la inmigración como una invasión en lugar de como una oportunidad económica y social (v.g. López-Rodríguez et al., 2020).

Este último factor de riesgo psicosocial se puede explicar desde la teoría de la identidad social (Tajfel & Turner, 2004). Según esta teoría, la categorización en grupos de trabajadores autóctonos e inmigrantes pone de relieve los prejuicios y la discriminación intergrupala hacia el grupo que no forma parte de la identidad propia, siendo generalmente estos prejuicios más acentuados desde el grupo dominante, que en este caso sería el de trabajadores autóctonos frente al grupo de TI. En concreto, el estrés por los recursos disponibles (v.g. el empleo) y la presencia de un exogrupo competitivo por esos recursos (v.g. los TI) puede hacer que se adopten creencias de suma cero, en las que el grupo dominante percibe que lo que los inmigrantes reciben es a costa de su grupo. Y es esta percepción de identidad y de competencia la que según el modelo de conflicto grupal de Esses et al. (2001) determinaría las actitudes discriminatorias hacia la población trabajadora inmigrante.

Por todo ello, la persona inmigrante se ve envuelta en un proceso de transición que exige un cambio de roles en diversos ámbitos de su vida (v.g. personal, familiar, social, jurídico, laboral) por el contraste entre la cultura de origen y la receptora. Este proceso

de cambio y adaptación denominado *aculturación*, puede desencadenar *estrés por aculturación* (Berry, 1997), un riesgo psicosocial caracterizado por los siguientes elementos: 1) el sentimiento de pérdida por el desarraigo cultural; 2) la reducción significativa en la red de apoyo social; 3) el incremento de la tensión psicobiológica por el esfuerzo de adaptación; 4) el sentimiento de pérdida de identidad; 5) la confusión de roles; 6) la percepción de rechazo de la sociedad receptora y el rechazo del propio inmigrante hacia dicha sociedad; 7) las dificultades para predecir el entorno y para desenvolverse de forma efectiva por falta de competencias; y 8) finalmente, los sentimientos de impotencia por las dificultades antes descritas.

En este punto, y por su relevancia para el contexto laboral actual, conviene realizar un análisis más detallado del fenómeno de *desclasamiento*, que está en estrecha relación con los elementos del estrés por aculturación mencionados anteriormente. El desclasamiento se produce cuando los TI viven en un contexto laboral precario a pesar de poseer formación cualificada. Esta mayor presencia de inmigrantes en sectores precarios se podría explicar porque estos trabajadores comparan su situación laboral con la de sus compatriotas y no con la de los trabajadores autóctonos. De esta forma, incluso aunque su situación laboral en el país de origen fuera de mayor estatus, los TI aceptarían la precariedad laboral como el precio a pagar por una mejora de calidad de vida general en el país de acogida (Moreno-Jiménez et al., 2010).

Este desclasamiento implica que los TI quedan relegados a puestos poco cualificados, lo que les haría estar más expuestos a sufrir acoso laboral, discriminación, racismo y xenofobia (v.g. Sterud et al., 2018). Todo ello, a su vez, puede hacer que los TI se sientan rechazados por la sociedad (que dejaría de ser percibida como una sociedad de acogida) y sin una red de apoyo social consistente, incrementando así las probabilidades de desarrollar el estrés por aculturación antes descrito.

Además, la mayor informalidad en el empleo de los TI y la discriminación percibida en cuanto a remuneración, tareas, tipo de trabajo y horarios contribuye a una situación de mayor ansiedad, preocupación e inseguridad, que conlleva una peor salud autopercibida, mayor estrés, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayor riesgo de desarrollar otros trastornos psicológicos (v.g. Mera-Lemp et al., 2019).

Toda esta problemática puede verse especialmente acentuada en el caso de la mujer inmigrante, que puede haber cambiado el rol de trabajadora fuera del hogar en su país de origen a un rol social más centrado en el cuidado de la familia en el país de acogida. A todo ello hay que añadir que aún están por verse los efectos de la pandemia provocada por la COVID-19 sobre la situación de los TI. Lo que sí parece quedar claro es que los primeros análisis sobre la situación apuntan a que los TI están encontrando más barreras en el acceso al cuidado de su salud y que sus condiciones laborales empeorarán. Este empeoramiento supondrá un riesgo mayor de discriminación precisamente por la marginalización en la que algunos TI ya suelen vivir (v.g. Kumar et al., 2020), como ocurre con los denominados *flex-workers*, que viven en barracones o campamentos cerca de su lugar de trabajo para estar más fácilmente disponibles.

Todas estas exigencias adaptativas del proceso de aculturación tienen su importancia en la medida en la que, cuando la exigencia de adaptación de la persona es muy alta, facilitan la aparición del trastorno conocido como el síndrome de Ulises o síndrome del inmigrante. Este se caracteriza por estrés crónico y múltiple, que incluye un conjunto de

síntomas depresivos, ansiosos, somáticos y confusionales (Achotegui, 2005).

Precisamente, para tratar de analizar e intervenir sobre el proceso de aculturación, Berry (1997; 2001) propuso un modelo explicativo en el que consideró cuatro estrategias en función del deseo del TI y del autóctono de relacionarse con la otra cultura, y del deseo de mantener la identidad y la cultura originales. Como se puede apreciar en la Figura 1, desde la perspectiva del TI las estrategias posibles son las siguientes: 1) la asimilación, que supone un rechazo de la cultura de origen y el intento de integrarse en la nueva cultura; 2) la separación, que se refiere a mantener la cultura de origen y la separación de la cultura receptora; 3) la marginación, que implica distanciarse de la cultura de origen, pero sin relacionarse con la cultura del receptor; y 4) la estrategia de integración, que conlleva un deseo de mantener la cultura de origen y, al mismo tiempo, incorporar la cultura receptora. En el caso de la perspectiva del autóctono, las estrategias son las mismas que hemos tratado antes, pero debido a su forma de afrontar este proceso, son las denominadas respectivamente: crisol, segregación, exclusión y multiculturalismo.

**Figura 1.** Estrategias de aculturación de trabajadores inmigrantes y autóctonos según el modelo de Berry (1997; 2001).

		TRABAJADORES INMIGRANTES		TRABAJADORES AUTÓCTONOS	
		Deseo de mantener la cultura e identidad originales.			
		+	-	+	-
Deseo de relacionarse con la otra cultura.	+	Integración.	Asimilación.	Multiculturalismo.	Crisol.
	-	Separación.	Marginación.	Segregación.	Exclusión.

Este modelo de aculturación de Berry fue ampliamente desarrollado después en el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa –MAAR– (Navas et al., 2005; 2010), que distingue entre las estrategias de aculturación preferidas por inmigrantes y autóctonos si pudieran elegir libremente y las estrategias finalmente adoptadas. Así pues, el modelo ampliado diferencia entre el plano ideal y el real de aculturación en ambas poblaciones; y como ambos planos no siempre coincidirán, se producirá una distancia tanto a nivel intragrupal como intergrupala que puede conllevar frustración, conflictividad e incluso actitudes de rechazo por parte de los autóctonos hacia los inmigrantes. Por el contrario, cuanto menor sea la distancia, mayores serán las posibilidades de acuerdo y adaptación para autóctonos e inmigrantes. Además, desde el MAAR se predice que el proceso de adaptación de los inmigrantes al país de acogida será complejo y relativo, de forma que no se seguirá una única estrategia adaptativa aunque exista una opción predominante.



Esta adopción de diversas estrategias dependerá de varios factores, como el ámbito en el que se produzca la interacción, la realidad socioeconómica de los inmigrantes, y las actitudes y las estrategias adaptativas de otros grupos; y tanto inmigrantes como autóctonos modificarán sus estrategias adaptativas en función de sus interacciones.

Investigaciones como la de Daly et al. (2019) encontraron diferencias en la experiencia migratoria dependiendo del grupo migrante considerado. En este sentido, cabe mencionar la existencia de estudios que apuntan a una menor incidencia de bajas laborales y un mayor presentismo laboral (v.g. Agudelo-Suárez et al., 2010), así como una mayor puntuación en la autopercepción de bienestar (Bretones et al., 2020; Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo, 2018) en la población inmigrante frente a la autóctona. Todo ello podría explicarse porque cualquier interrupción en el proceso de adaptación del TI (como en el caso de una baja laboral) supondría la ruptura del proceso migratorio propio y de su familia (Gálvez et al., 2011), mientras que los trabajadores autóctonos no se verían sometidos a estos condicionantes. Por lo anterior, se evidencia que el proceso de adaptación a una nueva sociedad de acogida es diferente en función del origen étnico y de las circunstancias que rodean al TI, y estos aspectos deben tenerse en cuenta para establecer en consecuencia la intervención más adecuada.

En definitiva, las peores condiciones laborales en las que se encuentran los inmigrantes (v.g. exposición a altas temperaturas, productos químicos, ruido, posturas forzadas y movimientos repetitivos, horario extenso, falta de estabilidad en el empleo, tareas repetitivas, monotonía), terminan por implicar mayores niveles de agotamiento emocional y menores niveles de eficacia profesional (Vallejo-Martín, 2017). Además, el impacto de la aculturación no solo depende del propio individuo, sino también del ambiente y la diversidad cultural en los que está inmerso, por lo que estos aspectos deberán considerarse para gestionar adecuadamente la PRL.

### 2.2.1. La prevención de los riesgos psicosociales en la población trabajadora inmigrante

A continuación, se presentan algunas medidas para prevenir el estrés por aculturación y promover la salud psicosocial de los TI (v.g. Gálvez et al., 2011):

1. El cumplimiento de la legislación laboral en el ámbito de la seguridad y salud, la selección, la contratación y el desarrollo de la carrera profesional –v.g. Directiva 2009/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 18 de junio de 2009 por la que se establecen normas mínimas sobre las sanciones y medidas aplicables a los empleadores de nacionales de terceros países en situación irregular; Directiva 2014/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de febrero de 2014 sobre las condiciones de entrada y estancia de nacionales de terceros países para fines de empleo como trabajadores temporeros; Reglamento (CE) n° 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social; Ley 31/95 sobre PRL–, así como la colaboración con agentes sociales para la gestión de los flujos migratorios, velando para que cualquier conducta racista o xenófoba en el ámbito laboral tenga sanción legal; y proporcionando información a los TI sobre los

recursos sociales que tienen a su disposición en la organización y en el país de acogida.

2. La información y formación específica de los TI para desempeñar el trabajo en condiciones seguras, teniendo en consideración aspectos como el idioma y la concepción cultural de la enfermedad, la seguridad y la salud laboral. En este mismo sentido, también se debe hacer una correcta asignación de tareas para los TI en función de su diferente cualificación, de forma que se minimice el fenómeno de desclasamiento.
3. La elaboración de protocolos inclusivos e integradores para la acogida de nuevos trabajadores. Así pues, sería recomendable crear equipos compuestos por TI y autóctonos con conocimientos en seguridad y salud laboral, y desarrollar estrategias integradoras de adaptación para que estos equipos interactúen de forma continua y se puedan retroalimentar. Para formar estos equipos con éxito y que no se produzcan los fenómenos de categorización social y de discriminación, es esencial que exista igualdad de estatus entre inmigrantes y autóctonos para que no se perciban agravios comparativos. También es importante partir de una cultura organizacional de inclusión y promoción de la salud laboral que propicie las relaciones de colaboración entre autóctonos e inmigrantes.
4. Muy relacionado con lo anterior, el fomento de una cultura organizacional inclusiva, con políticas explícitas de no discriminación personal ni profesional. Mediante, por ejemplo: 1) la elaboración de códigos de conducta que impliquen a toda la organización para facilitar la integración; 2) la implementación de protocolos para evitar la discriminación y/o el acoso; 3) la adaptación de turnos para facilitar la conciliación familiar; y 4) la inclusión de indicadores de gestión de la diversidad. El desarrollo de programas para reducir prejuicios entre grupos y fomentar la inclusión en igualdad y la cultura de seguridad y el autocuidado, así como la creación de un servicio de mediación intercultural, son herramientas de gran utilidad para que las situaciones de discriminación y/o acoso no deriven en situaciones más conflictivas, como en los casos de manifestaciones explícitas de odio. De esta forma, se favorecerá que tanto autóctonos como inmigrantes se inclinen por estrategias de aculturación de integración y multiculturalismo. Además, la negociación colectiva entre el comité de empresa y la dirección de la organización, así como las campañas de formación y sensibilización, podrían ser de utilidad en este sentido.

A modo de cierre del apartado, en la Tabla 2 se resumen los principales antecedentes de los riesgos psicosociales en la población trabajadora inmigrante y las medidas preventivas asociadas a los mismos.

**Tabla 2.** Factores antecedentes y prevención de los riesgos psicosociales en la población trabajadora inmigrante.

### **FACTORES ANTECEDENTES DEL ESTRÉS POR ACULTURACIÓN Y EL SÍNDROME DE ULISES**

- Dificultades en la comunicación.
- Diferencias culturales.
- Problemas relacionados con la vida cotidiana.
- Dificultades para las relaciones con los compañeros y para la reunificación familiar.
- Problemas financieros.
- Dificultad para encontrar trabajo y peores condiciones laborales en caso de encontrarlo.
- Prejuicios hacia la población inmigrante.
- Desclasamiento en sectores precarios.
- Barreras en el acceso al cuidado de su salud.

### **MEDIDAS PREVENTIVAS**

- Vigilar el cumplimiento de la legislación laboral.
- Colaborar con los agentes sociales para la gestión de los flujos migratorios.
- Proporcionar información a los TI sobre los recursos sociales.
- Formar a los TI para desempeñar el trabajo en condiciones seguras.
- Asignar tareas para los TI en función de su cualificación.
- Elaborar protocolos inclusivos e integradores para la acogida de nuevos trabajadores.
- Crear equipos compuestos por TI y autóctonos con conocimientos en seguridad y salud laboral.
- Establecer políticas organizacionales de no discriminación personal ni profesional.
- Elaborar códigos de conducta que impliquen a toda la organización.
- Implementar protocolos para evitar la discriminación y/o el acoso.
- Adaptar los turnos para la conciliación familiar y laboral.
- Incorporar indicadores de gestión de la diversidad organizacional para su monitorización constante.
- Desarrollar programas para reducir prejuicios entre grupos mediante campañas de formación y sensibilización.
- Fomentar la cultura de seguridad en la organización.
- Crear un servicio de mediación intercultural en la organización para resolver conflictos.
- Adoptar medidas de inclusión en la negociación colectiva entre el comité de empresa y la dirección de la organización.

### 3. El proceso de expatriación

Una situación distinta, aunque relacionada, es la expatriación, que se produce cuando un trabajador se desplaza para ir a trabajar a otro país por un período temporal de entre uno y cinco años, teniendo un contrato en el país de origen (o de residencia). La expatriación es cada vez más común entre las organizaciones que están internacionalizadas y que desean disponer de empleados de confianza en las actividades que desarrollan en el extranjero. La principal diferencia con el proceso de inmigración es que en la expatriación el objetivo final no es la búsqueda de empleo, sino que esta se desarrolla dentro del propio ámbito laboral del trabajador. En este caso hablamos de trabajadores expatriados y su perfil más habitual es el de un varón de entre 31 y 40 años de edad, con responsabilidades familiares, titulación universitaria y que ocupa puestos directivos. No obstante, este perfil se va ampliando cada vez más debido a la generalización del proceso de expatriación a diversos sectores y tareas, y a la incorporación cada vez mayor de la mujer al mercado de trabajo.

Los procesos de expatriación conllevan numerosos beneficios para la organización (como las ventajas competitivas y las garantías de cumplimiento de objetivos), pero también implican que los trabajadores expatriados están expuestos a determinados factores de riesgo para su seguridad y salud. Ello puede suponer dificultades para la organización a la hora de gestionar la PRL. A continuación, revisaremos esta problemática, que puede darse a lo largo de las fases que componen el proceso de expatriación.

La primera fase del proceso de expatriación es la previa a la salida del país e incluye la selección del trabajador, la comunicación, el asesoramiento y la información al candidato sobre la retribución durante la futura expatriación. En esta fase, el trabajador puede tener dudas e incertidumbre sobre temas socioeconómicos (v.g. sobre la adaptación familiar, los beneficios sociales, los asuntos fiscales). Además, los trabajadores expatriados mayoritariamente se van a países con peores condiciones laborales, lo que puede generar también cierta incertidumbre sobre su protección en materia de PRL. Es importante tener en cuenta que el hecho de que el trabajador perciba el proceso de expatriación como una oportunidad profesional atractiva va a depender, en gran medida, de la información que reciba sobre el proceso de expatriación en esta fase.

La segunda fase es la correspondiente al desarrollo de la expatriación, ya en el país de destino, que incluye la adaptación y el cumplimiento (o no) de las expectativas (para las cuales se realizó el proceso de expatriación) y del desarrollo profesional. En este momento puede existir un cierto desajuste entre las expectativas de la organización, más centrada en aspectos retributivos y de productividad; y las del expatriado, que suele estar más centrado en la experiencia profesional y en la dimensión familiar y cultural del proceso de expatriación. Esto es, el trabajador puede encontrarse con las dificultades de adaptación propias de la incorporación a un nuevo contexto cultural y organizacional, tal y como ya se ha descrito en el apartado 2.2. de este capítulo sobre los antecedentes de los riesgos psicosociales para los TI. Es la organización de origen del trabajador expatriado la responsable de su adecuada gestión. Si finalmente se produce un desajuste adaptativo puede generar riesgos psicosociales y una mayor exposición a factores de accidentabilidad. Además, este desajuste podría suponer el retorno prematuro del trabajador expatriado, implicando la ruptura del proceso de expatriación y, muy probablemente,

teniendo consecuencias a nivel psicosocial para el trabajador como el sentimiento de fracaso y la desmotivación para participar en futuros procesos de expatriación, e incluso la pérdida de confianza en la organización que no ha gestionado adecuadamente su situación en materia de PRL.

Por último, la tercera fase es la de repatriación que consiste en el regreso y readaptación al país y a la organización de origen. En esta fase también se puede producir un choque de adaptación cultural inverso, que desafortunadamente no capta tanta atención y planificación por parte de la organización como las fases anteriores. Hay que añadir que habitualmente los trabajadores repatriados dejan de recibir los beneficios que disfrutaban en el extranjero (v.g. coche y teléfono de empresa, pluses), e incluso pueden pasar a ocupar posiciones de menor prestigio que cuando eran expatriados, lo que se convierte en un factor de riesgo psicosocial y facilita la rotación externa durante o poco tiempo después de la repatriación.

### ***3.1. La prevención de los riesgos laborales asociados al proceso de expatriación***

Una gestión profesional de todas las fases descritas del proceso de expatriación es imprescindible para prevenir los costos económicos y psicosociales derivados de un proceso fallido. Para ello, es esencial una adecuada planificación y desarrollo del proceso en el que la salud y seguridad de los trabajadores ocupen una posición central (Polanco, 2013). Así pues, en la primera fase del proceso se debería realizar una cuidadosa selección del personal susceptible de participar en la expatriación. En este sentido, además de considerar aspectos más técnicos, también deberían tenerse en cuenta las competencias del posible candidato y su sensibilidad hacia la cultura del país de destino, así como las facilidades o dificultades para la expatriación según su situación familiar, por ejemplo, se debería seleccionar a trabajadores con mayor tolerancia a la frustración y a la ambigüedad, y mayor apertura mental y adaptabilidad, entre otros.

También en esta fase inicial debería proporcionarse al trabajador información suficiente sobre todo el proceso de expatriación, de forma que este pueda despejar todas las dudas sobre su futuro, disminuyendo la presión de la incertidumbre tanto propia como de su familia, si es el caso. Esta información debería versar sobre el desarrollo de la expatriación, siendo recomendable que también se resuelvan todas las dudas jurídicas que pueda tener el trabajador respecto a los permisos de trabajo y residencia, el contrato laboral, la cotización y cobertura de la seguridad social, y la fiscalidad. También, la información debería versar sobre la fase final de repatriación, de forma que se faciliten unas expectativas realistas del expatriado y su familia sobre la vuelta al país de origen. Por último, pero no menos importante, en esta fase se deberían resolver las dudas relativas a la seguridad y la salud laboral, especialmente cuando la expatriación se produce hacia países con peores condiciones laborales que las del país de origen. Para todo ello, sería especialmente útil que la organización elabore una guía que se proporcione a los futuros expatriados en la primera comunicación sobre la posibilidad de realizar dicho proceso. En esta guía se deberán detallar las fases del proceso de expatriación, de forma que el trabajador pueda resolver muchas de sus dudas y se reduzcan notablemente la incertidumbre laboral y personal.

En la segunda fase, en la que la persona expatriada ya estará en contacto con su nuevo entorno laboral y social en el país de acogida, es fundamental la gestión del choque cultural para el trabajador y su familia. Para evitar que el trabajador desarrolle estrés laboral, se debería proporcionar un acompañamiento adecuado que facilite la integración de todo su núcleo familiar desplazado. Para ello, por ejemplo, se podrían planificar visitas para conocer el país de acogida y formación en habilidades e idiomas. También, y de forma similar a lo explicado en el apartado 2.2.1. para la prevención de los riesgos psicosociales en la población trabajadora inmigrante, convendría diseñar protocolos inclusivos e integradores para la acogida de los trabajadores expatriados en el nuevo contexto laboral. Sería útil fomentar una cultura organizacional inclusiva de no discriminación personal ni profesional desde la empresa matriz hacia las sedes en las que se realiza la expatriación, especialmente para que el proceso de expatriación de las mujeres no se vea dificultado por estereotipos sobre su desempeño que puedan existir en la organización y/o en el país de acogida.

Además, en esta segunda fase debe tenerse en cuenta que los trabajadores desplazados al extranjero se rigen por la legislación en materia de PRL más restrictiva y favorable para su seguridad y salud. Su regulación reside, entre otras, en la Directiva 96/71 de 16 de diciembre sobre el desplazamiento de trabajadores efectuado en el marco de una prestación de servicios y en la Directiva 2009/50/CE del Consejo de 25 de mayo de 2009, relativa a las condiciones de entrada y residencia de nacionales de terceros países para fines de empleo altamente cualificado, si el desplazamiento se produce dentro del marco de la UE. De este modo, por ejemplo, si la organización matriz de los trabajadores expatriados está en España, se debería aplicar la normativa en prevención de riesgos laborales de España, además de cumplir con la normativa del país de destino, por lo que la seguridad y salud del trabajador expatriado debe ser garantizada durante todo el proceso; esto es: “Nada impide –incluso todo obliga– [...] a mantener vigentes las obligaciones empresariales en materia de formación, información periódica, evaluación de riesgos, coordinación de actividades empresariales, en su caso, vigilancia periódica de la salud, etc.” (López, 2018, p. 347). Además, según el artículo 5 de la Directiva 2014/67/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de mayo de 2014 relativa a la garantía de cumplimiento de la Directiva 96/71/CE, sobre el desplazamiento de trabajadores efectuado en el marco de una prestación de servicios, los Estados miembro adoptarán las medidas oportunas para proporcionar información relativa a la seguridad y salud en el trabajo a los trabajadores desplazados de forma accesible y sencilla. Por ello, la organización matriz es la que debe gestionar y velar por la seguridad y salud de sus trabajadores expatriados tomando en especial consideración las particularidades de la situación debidas a su desplazamiento.

En la tercera y última fase del proceso se producirá la repatriación con el regreso del trabajador a su país de origen. En esta fase puede volver a ocurrir un choque cultural, por lo que sería necesario establecer una política de repatriación clara desde el inicio del proceso, en la que se considere la recolocación del trabajador en un área de la organización donde pueda aplicar la experiencia adquirida durante la expatriación. De esta forma, la expatriación se percibiría como una ventaja competitiva (por ejemplo mediante una política organizacional que establezca que para la promoción a ciertos puestos de carácter directivo se debería haber pasado con éxito por un proceso de expatriación).

**Tabla 3.** Problemática relativa a la seguridad y salud asociada al proceso de expatriación y medidas preventivas.

FASE I: PREVIA A LA SALIDA DEL PAÍS	FASE II: EXPATRIACIÓN	FASE III: REPATRIACIÓN
<b>Problemática asociada a las fases del proceso de expatriación.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dudas e incertidumbre sobre temas socioeconómicos.</li> <li>• Peores condiciones laborales e incertidumbre sobre la protección en PRL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desajuste entre las expectativas de la organización y las del expatriado.</li> <li>• Dificultades de adaptación al nuevo contexto cultural.</li> <li>• Mayor exposición a factores de accidentabilidad.</li> <li>• Retorno prematuro del expatriado y sentimiento de fracaso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choque de adaptación cultural inverso.</li> <li>• Abandono de la organización durante o poco tiempo después de la repatriación.</li> </ul>
<b>Medidas preventivas.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar trabajadores con mayor tolerancia a la frustración y a la ambigüedad, y mayor apertura mental y adaptabilidad.</li> <li>• Resolver las dudas jurídicas y sobre seguridad y salud laboral del trabajador expatriado.</li> <li>• Proporcionar información sobre la fase final de repatriación.</li> <li>• Elaborar y facilitar una guía sobre las fases del proceso de expatriación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar el choque cultural para el trabajador y su familia.</li> <li>• Diseñar protocolos de acogida de los expatriados en el nuevo contexto laboral.</li> <li>• Fomentar una cultura organizacional inclusiva de no discriminación personal ni profesional desde la empresa matriz hacia las sedes en las que se realiza la expatriación.</li> <li>• Velar desde la empresa matriz por el cumplimiento con la legislación en materia en PRL más restrictiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicar al trabajador en un área de la organización donde pueda aplicar la experiencia adquirida durante la expatriación.</li> <li>• Facilitar con suficiente anticipación la fecha de regreso.</li> <li>• Proporcionar apoyo al trabajador y a su familia para promover su reinserción.</li> <li>• Promover una fase de revisión del proceso de expatriación con el trabajador expatriado y su familia.</li> </ul>

Además, el proceso de repatriación debería ser ordenado, facilitando con suficiente anticipación la fecha de regreso, para que el trabajador expatriado pueda organizar el retorno, que debería ser también transparente en cuanto a la situación laboral en la que el trabajador se va a encontrar cuando regrese a su organización de origen. También en esta fase sería conveniente proporcionar apoyo a la familia para promover su reinserción, por ejemplo, mediante programas de ayuda para el conocimiento del nuevo el mercado laboral y para la inserción escolar.

Por último, sería aconsejable promover una fase de revisión del proceso de expatriación con el trabajador expatriado y su familia para poder introducir mejoras en los futuros procesos de expatriación que se lleven a cabo en la organización.

Para finalizar este apartado, en la Tabla 3 se resume la problemática relativa a la seguridad y salud asociada a las fases del proceso de expatriación y sus correspondientes medidas preventivas.

#### **4. Resumen y conclusiones**

A lo largo del capítulo hemos descrito los principales desafíos que se presentan para la PRL y la promoción de la salud en el caso de la población trabajadora migrante: tanto la que llega a un país, como la población que se va en un proceso de expatriación. En concreto, hemos explicado: 1) por qué los TI presentan a una mayor tasa de accidentalidad laboral; 2) cuál es el esfuerzo adaptativo que los TI deben realizar para reelaborar los vínculos con su país de origen y el país de acogida y las implicaciones psicosociales que trae consigo; y 3) en qué consisten las particularidades del proceso de expatriación laboral, que hacen que dicho proceso sea susceptible de constituir una fuente de factores de riesgo para el trabajador expatriado.

En general, podemos concluir que el proceso de adaptación al país de acogida en el que se ve envuelto el TI supone un esfuerzo personal importante que se ve dificultado por todas las condiciones que rodean al propio trabajador. Esto es, tanto las condiciones físicas como las condiciones psicosociales en las que se encuentran inmersos los TI suponen todo un reto adaptativo que puede impactar directamente en su salud física y psicosocial (*v. g.* accidentes, estrés por aculturación, síndrome de Ulises, estrés laboral). Por todo ello, no sería adecuado utilizar las mismas estrategias para la PRL que se aplican a la población trabajadora autóctona, sino que, si queremos establecer medidas de PRL que sean efectivas tanto para TI como para trabajadores autóctonos, es fundamental partir del enfoque de la diversidad organizacional, de forma que ambos grupos acaben siendo partícipes de una misma cultura organizativa en la que estén plenamente integrados. Así pues, las medidas preventivas que se han propuesto en este capítulo, han versado precisamente sobre la implementación de medidas organizativas de integración que parten de la gestión de la diversidad y que incluyen prácticas para el fomento de un clima de seguridad y de una cultura organizacional inclusiva.

Además, sobre el proceso de expatriación debe destacarse que las condiciones en las que se realiza no son tan extremas como en un proceso de inmigración, en el que el desplazamiento no tiene fecha de retorno y tampoco se dispone de seguridad laboral ni económica en muchos casos. No obstante, hemos expuesto la problemática asociada a las fases del proceso de expatriación que puede suponer el fracaso del mismo, condicio-



nando la salud del trabajador. En concreto, el trabajador expatriado se puede enfrentar a la incertidumbre sobre las condiciones laborales y sobre la protección de su seguridad y salud laboral, a una falta de adaptación al nuevo contexto laboral, e incluso a una falta de adaptación en el retorno. Por ello, la adecuada selección de los candidatos para la expatriación, el cumplimiento normativo en materia de seguridad y salud en el trabajo y una adecuada gestión de las fases del proceso de expatriación por parte de la organización matriz son esenciales para garantizar la protección de los trabajadores expatriados y asegurar el éxito del proceso.

Otra cuestión importante a destacar de entre lo expuesto en este capítulo es que las medidas de prevención para cada uno de los desafíos para la PRL se han propuesto en secciones separadas. Sin embargo, debe aclararse que las medidas preventivas están interrelacionadas. En este sentido, cabe mencionar el modelo multipredictor del estrés-accidentabilidad laboral de Goldenhar et al. (2003), según el cual los síntomas psicológicos (como los derivados del estrés por aculturación) se consideran también variables mediadoras entre los factores antecedentes y los accidentes, añadiendo complejidad a esta relación. Esto es, lo que sirve para evitar los factores de riesgo psicosocial también contribuiría a evitar los accidentes laborales. Asimismo, la ausencia de factores para la accidentabilidad supondría mayores beneficios en el proceso de adaptación del TI al país de acogida, facilitando la creación de vínculos y su integración. En este sentido, la mejor forma de planificar la actividad preventiva, para el caso concreto de los TI y expatriados, es partir de una perspectiva global que tenga en cuenta la estrecha interrelación entre todas las variables antecedentes de los accidentes laborales y los riesgos psicosociales.

Como conclusión final y mirando hacia el futuro, donde previsiblemente los flujos migratorios de carácter laboral seguirán creciendo, la gestión de la diversidad cultural de los recursos humanos es un reto que las organizaciones deben abordar e incluir en las políticas de responsabilidad social y también en la gestión de PRL. Solo de esta forma se podrá garantizar que el desarrollo económico y social se produzca en condiciones de seguridad y de garantía y promoción de la salud para todos los trabajadores.

## **5. Preguntas para la reflexión**

- 1. ¿Qué implicaciones tienen los flujos migratorios para la prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud?**
- 2. ¿Qué factores preceden a los accidentes laborales de la población trabajadora inmigrante?**
- 3. ¿Qué es el proceso de aculturación?**
- 4. ¿Cuáles son las medidas más adecuadas para prevenir y/o reducir los factores de riesgo de la población trabajadora inmigrante?**
- 5. ¿Cuáles son las fases del proceso de expatriación y cuáles son sus desafíos para la prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud?**

## 6. Referencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2005). Emigration in hard conditions: the Immigrant Syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses' Syndrome). *Vertex*, 16(60), 105-113. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15912217/>
- Agudelo-Suárez, A. A., Benavides, F. G., Felt, E., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C., y García, A. M. (2010). Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 10(1), 791. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-791>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An international review*, 46(1), 5-68. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
- Berry, J. W. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*, 57(3), 615-631. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00231>
- Bretones, F. D., Jain, A., Leka, S., y García-López, P. A. (2020). Psychosocial Working Conditions and Well-Being of Migrant Workers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2547. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072547>
- Castaño, A. M., Fontanil, Y., y García-Izquierdo, A. L. (2019). Why Can't I Become a Manager?—A Systematic Review of Gender Stereotypes and Organizational Discrimination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1813. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101813>
- Clarke, S. (2010). An integrative model of safety climate: Linking psychological climate and work attitudes to individual safety outcomes using meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 553-578. <https://doi.org/10.1348/096317909X452122>
- Daly, A., Carey, R. N., Darcey, E., Chih, H., LaMontagne, A. D., Milner, A., y Reid, A. (2019). Using Three Cross-Sectional Surveys to Compare Workplace Psychosocial Stressors and Associated Mental Health Status in Six Migrant Groups Working in Australia Compared with Australian-Born Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050735>
- Esses, V. M., Dovidio, J. F., Jackson, L. M., y Armstrong, T. L. (2001). The immigration dilemma: The role of perceived group competition, ethnic prejudice, and national identity. *Journal of Social Issues*, 57(3), 389-412. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00220>
- Eurostat. (2020). *Estadísticas de migración y población migrante*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/es#Flujos\\_migratorios:\\_En\\_2018.2C\\_la\\_inmigraci.C3.B3n\\_en\\_la\\_EU-27\\_desde\\_terceros\\_pa.C3.ADses\\_fue\\_de\\_2.2C4\\_millones](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/es#Flujos_migratorios:_En_2018.2C_la_inmigraci.C3.B3n_en_la_EU-27_desde_terceros_pa.C3.ADses_fue_de_2.2C4_millones)
- Fellini, I. (2018). Immigrants' labour market outcomes in Italy and Spain: Has the Southern European model disrupted during the crisis? *Migration Studies*, 6(1), 53-78. <https://doi.org/10.1093/migration/mnx029>
- Gálvez, M., Gutiérrez, M. D., y Zapico, N. (2011). Salud laboral y salud mental en población trabajadora inmigrante. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57(1), 127-144. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500009>
- García-Izquierdo, A. L. (2017). Introducción. En A. L. García-Izquierdo (Ed.), *Ergonomía y Psicología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- García-Arroyo, J. A., y Osca, A. (2020). Occupational accidents in immigrant workers in Spain: The complex role of culture. *Safety Science*, 121, 507-515. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.09.027>
- García, A. M., López-Jacob, M. J., Agudelo-Suárez, A. A., Ruiz-Frutos, C., Ahonen, E. Q., y Porthé, V. (2009). Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): Entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 91-97. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112009000200002&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112009000200002&script=sci_abstract&tlng=es)
- Goldenhar, L. M., Williams, L. J., y Swanson, N. G. (2003). Modelling relationships between job stressors and injury and near-miss outcomes for construction labourers. *Work & Stress*, 17(3), 218-240. <https://doi.org/10.1080/02678370310001616144>
- Hargreaves, S., Rustage, K., Nellums, L. B., McAlpine, A., Pocock, N., Devakumar, D., Aldridge, R. W., Abubakar, I., Kristensen, K. L., Himmels, J. W., Friedland, J. S., y Zimmerman, C. (2019). Occupational health outcomes among international migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(7), e872-e882. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30204-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30204-9)
- Hofstede, G. (2001). *Cultures Consequences. Comparing Values, Behaviours, Institutions and Organizations Across Nations*. Sage Publications Inc.

- Kumar, K., Mehra, A., Sahoo, S., Nehra, R., y Grover, S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic and lockdown on the migrant workers: A cross-sectional survey. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102252. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102252>
- López, L. (2018). Prevención laboral y protección social de los trabajadores expatriados. *Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social*, 138, 335-364. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/17360>
- López-Rodríguez, L., Vázquez, A., Cuadrado, I., Brambilla, M., Rodrigo, M., y Dovidio, J. F. (2020). Immigration: An invasion or an opportunity to the country. The effect of real news frames of immigration on ethnic attitudes. *International Journal of Social Psychology/Revista de Psicología Social*, 35, 452-491. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783834>
- Mera-Lemp, M. J., Ramírez-Vielma, R., Bilbao, M. A., y Nazar, G. (2019). La discriminación percibida, la empleabilidad y el bienestar psicológico en los inmigrantes latinoamericanos en Chile. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 35(3), 227-236. <https://doi.org/10.5093/jwop2019a24>
- Moreno-Jiménez, M. P., Ríos-Rodríguez, M. L., Canto-Ortiz, J., San Martín-García, J., y Perles-Nova, F. (2010). Satisfacción laboral y burnout en trabajos poco cualificados: Diferencias entre sexos en población inmigrante. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 255-265. <https://doi.org/10.5093/tr2010v26n3a8>
- Moyce, S. C., y Schenker, M. (2018). Migrant workers and their occupational health and safety. *Annual Review of Public Health*, 39(1), 351-365. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013714>
- Mucci, N., Traversini, V., Giorgi, G., Garzaro, G., Fiz-Perez, J., Campagna, M., Rapisarda, V., Tommasi, E., Montalti, M., y Arcangeli, G. (2019). Migrant workers and physical health: An umbrella review. *Sustainability*, 11(1), 232. <https://doi.org/10.3390/su11010232>
- Navas, M., García, M. C., Sánchez, J., Rojas, A. J., Pumares, P., y Fernández, J. S. (2005). Relative Acculturation Extended Model (RAEM): New contributions with regard to the study of acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(1), 21-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.04.001>
- Navas, M., Rojas, A. J., Pumares, P., Lozano, O. M., y Cuadrado, I. (2010). Perfiles de aculturación según el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa: Autóctonos, inmigrantes rumanos y ecuatorianos. *Revista de Psicología Social*, 25(3), 295-312. <https://doi.org/10.1174/021347410792675624>
- Osca, A., y López-Araujo, B. (2017). Accidentabilidad laboral: Variables personales y de la organización. En A. L. García-Izquierdo (Ed.), *Ergonomía y Psicología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales* (pp. 328-352). Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Peiró, J. M., Gracia, F. J., y Martínez-Córcoles, M. (2015). Desarrollos recientes en el estudio de la cultura de seguridad y sus correlatos: el papel del liderazgo. *Nuclear España. Revista de los Profesionales del Sector Nuclear*, 359, 43-47. [https://www.researchgate.net/publication/276173368\\_Desarrollos\\_recientes\\_en\\_el\\_estudio\\_de\\_la\\_cultura\\_de\\_seguridad\\_y\\_sus\\_correlatos\\_el\\_papel\\_del\\_liderazgo](https://www.researchgate.net/publication/276173368_Desarrollos_recientes_en_el_estudio_de_la_cultura_de_seguridad_y_sus_correlatos_el_papel_del_liderazgo)
- Polanco, Y. V. (2013). El proceso de administración de recursos humanos. Enfoque hacia los expatriados. *Análisis Económico*, 67(28), 77-91. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/d4b6/4ba12c854590f9b4ca0c77665f7a6436bb1a.pdf>
- Qin, X., Hom, P. W., y Xu, M. (2019). Am I a peasant or a worker? An identity strain perspective on turnover among developing-world migrants. *Human Relations*, 72(4), 801-833. <https://doi.org/10.1177/0018726718778097>
- Ramos-Villagrasa, P. J., y García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13, 253-268. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2579833>
- Ramos-Villagrasa, P. J., y García-Izquierdo, A. L. (2018). The price of working abroad: Well-being among immigrant and native workers. *Ansiedad y Estrés*, 24, 125-130. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.08.001>
- Salgado, J. F., Moscoso, S., García-Izquierdo, A. L., y Anderson, N. (2017). Inclusive and Discrimination-Free Personnel Selection. In A. Arenas, D. Di Marco, L. Munduate, y M. Euwema (Eds.), *Shaping Inclusive Workplaces through Social Dialogue* (pp. 103-119). Springer Verlag. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-66393-7\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-66393-7_7)

- Skiba, R. (2020). Psychological and Sociological Factors Impacting on Migrant Worker Contribution to, and Adaptation of, Workplace Safety Culture. *Open Science Journal*, 5(2). <https://ssrn.com/abstract=3619050>
- Sterud, T., Tynes, T., Mehlum, I. S., Veiersted, K. B., Bergbom, B., Airila, A., Johansson, B., Brendler-Lindqvist, M., Hviid, K., y Flyvholm, M.-A. (2018). A systematic review of working conditions and occupational health among immigrants in Europe and Canada. *BMC Public Health*, 18(1), 770. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5703-3>
- Tajfel, H., y Turner, J. C. (2004). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. En J. T. Jost & J. Sidanius (Eds.), *Key readings in social psychology. Political psychology: Key readings* (pp. 276–293). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203505984-16>
- Vallejo-Martín, M. (2017). Una aproximación al síndrome de burnout y las características laborales de emigrantes españoles en países europeos. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(2), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2017.02.001>

# **Envejecimiento activo en el trabajo y preparación para la jubilación**

**8**



# Envejecimiento activo en el trabajo y preparación para la jubilación

---

Carlos María Alcover

## Objetivos

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Definir el concepto de envejecimiento activo.
2. Conocer el Índice de Envejecimiento Activo y sus dimensiones.
3. Definir el concepto de envejecimiento activo en el trabajo.
4. Conocer los cuatro tipos de factores implicados en el envejecimiento activo en el trabajo.
5. Entender el significado de las políticas organizacionales para el envejecimiento activo alineadas con los principios de la teoría de la selección, optimización y compensación (SOC).
6. Conocer los cuatro paquetes de prácticas de recursos humanos vinculadas con el envejecimiento activo en el trabajo.
7. Entender los nuevos significados del proceso de retiro.
8. Conocer la fases en la transición al retiro y la preparación para la jubilación.
9. Identificar las áreas prioritarias en la preparación para la jubilación, relacionadas con las acciones individuales y organizacionales.

# Índice

## 1. Introducción

## 2. Envejecimiento activo y carrera laboral

### 2.1. *Concepto de envejecimiento activo*

### 2.2. *Envejecimiento activo en el trabajo*

#### 2.2.1. Significado

#### 2.2.2. Factores que intervienen en el envejecimiento activo en el trabajo

##### 2.2.2.1. FACTORES INDIVIDUALES

##### 2.2.2.2. FACTORES RELACIONADOS CON LAS TAREAS Y LOS ROLES

##### 2.2.2.3. FACTORES ORGANIZACIONALES

##### 2.2.2.4. FACTORES SOCIALES Y EXTRALABORALES

#### 2.2.3. Políticas organizacionales para el envejecimiento activo

##### 2.2.3.1. FRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE DESARROLLO

##### 2.2.3.2. FRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE UTILIZACIÓN

##### 2.2.3.3. FRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE MANTENIMIENTO

##### 2.2.3.4. PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE ACOMODACIÓN

## 3. Preparación para la jubilación

### 3.1. *Final de la carrera y preparación para la jubilación*

#### 3.1.1. Fases en la transición al retiro

#### 3.1.2. Áreas prioritarias en la preparación para el retiro

##### 3.1.2.1. ACCIONES Y CONDUCTAS INDIVIDUALES

##### 3.1.2.2. ACCIONES Y CONDUCTAS ORGANIZACIONALES

## 4. Conclusiones

## 5. Preguntas para la reflexión

## 6. Páginas web de interés

## 7. Referencias bibliográficas



## 1. Introducción

El progresivo envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que tiene como una de sus principales consecuencias la transformación de los modelos tradicionales de gestión de la carrera profesional, en sus etapas medias y finales, y de los sistemas de jubilación. La mejora de las condiciones de trabajo, la ampliación de los sistemas de protección de la salud y unos estilos de vida más saludables han propiciado en las últimas décadas un envejecimiento de mayor calidad y un incremento sostenido de la esperanza de vida. En consecuencia, los conceptos de *trabajador mayor*,<sup>1</sup> de *vejez* y de *jubilado* no significan lo mismo en 2020 que en la segunda mitad del siglo XX. Las investigaciones más recientes han demostrado que la edad cronológica no es en general un buen indicador del estado de la persona adulta y mayor. Además de la gran variabilidad individual en cada edad determinada, las características asociadas a las décadas con que se acostumbra describir las etapas vitales ya no son las mismas en la actualidad (Alcover, 2020). Por su parte, tampoco la jubilación se corresponde con un modelo único y, en los países desarrollados, las opciones para el retiro son cada vez más numerosas. Como consecuencia de todo ello, ni el proceso de envejecimiento ni el proceso de jubilación son idénticos para todas las personas, por lo que se requiere una consideración individualizada, tanto por parte de los empleados como de las organizaciones, para gestionar eficazmente las etapas medias y finales de la carrera laboral (Alcover y Topa, 2018). En el análisis realizado en este capítulo, se considera *trabajadores mayores* a quienes tienen una edad superior a 50 años (Caines et al., 2020), reconociendo no obstante la diversidad de condiciones, competencias y circunstancias personales, laborales y familiares que diferencian a las personas incluidas en estos grupos de edad. Por lo tanto, las políticas y prácticas organizacionales relacionadas con la salud y la seguridad orientadas a facilitar el envejecimiento activo en el trabajo y la preparación para la jubilación han de basarse en estas premisas generales, y adaptarse a las características de cada persona, profesión, empresa y contexto socioeconómico en las que se aplican.

## 2. Envejecimiento activo y carrera laboral

### 2.1. Concepto de envejecimiento activo

El concepto de *envejecimiento activo* fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales del siglo XX para referirse a un proceso que se desarrolla de una forma positiva, acompañado durante toda la vida de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas (OMS, 2002). No obstante, existen diferentes definiciones operativas que discrepan en la consideración de los predictores y los indicadores del envejecimiento activo, lo que afecta a su medida y a la estimación de su prevalencia (Fernández et al., 2018). Desde el ámbito científico, el envejecimiento activo se puede considerar como un concepto amplio y con una orientación de ciclo vital (Foster y Walker, 2015), en el que términos como *envejecimiento saludable*, *envejecimiento exitoso* o *envejecimiento productivo* se encuentran estre-

---

1 En este capítulo se utiliza el masculino como elemento gramatical de género no marcado, sin distinción de sexos.

chamente relacionados y configuran un paradigma gerontológico alejado del enfoque tradicional basado en el deterioro y la discapacidad. Todos ellos se consideran conceptos multidimensionales y multinivel; y todos aluden a una forma positiva de envejecimiento o a lo que puede considerarse como “envejecer bien” (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Las diferentes definiciones de envejecimiento activo comparten un núcleo de elementos centrales: baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad, alta aptitud física, elevado funcionamiento cognitivo, un estado de ánimo positivo unido a un eficaz afrontamiento del estrés, y el mantenimiento de un firme compromiso con la vida (Fernández-Ballesteros et al., 2013; Rowe y Khan, 1987, 1997). Un aspecto común a estos elementos es la consideración de la elevada variabilidad en el proceso de envejecimiento, así como la influencia de las particularidades de los contextos locales y culturales en dicho proceso.

En resumen, el envejecimiento es un proceso multifacético que se caracteriza por una gran cantidad de diferencias intra e interindividuales, y los enfoques teóricos actuales sobre el ciclo vital consideran el proceso de envejecimiento como un balance dinámico de ganancias y pérdidas (Maertens et al., 2012). Así lo considera, por ejemplo, el enfoque evolucionista del ciclo vital, según el cual el desarrollo es un proceso de adaptación selectiva donde no existen ganancias evolutivas sin pérdidas y no existen pérdidas evolutivas sin ganancias (Baltes et al., 1998), procesos que además ocurren a lo largo de todo el ciclo vital (Alcover, 2020). Como se verá más adelante, los cambios fisiológicos, cognitivos y emocionales asociados al envejecimiento presentan tanto potenciales pérdidas como potenciales ganancias.

La participación de las personas mayores en la fuerza de trabajo constituye unos de los pilares del envejecimiento activo. El modelo europeo propone un Índice de Envejecimiento Activo (Active Ageing Index) que incluye 22 indicadores agrupados en cuatro dimensiones: 1) empleo; 2) participación social; 3) vida independiente, saludable y segura; y 4) capacidad para un envejecimiento activo (UNECE, 2019). El Índice es un instrumento de medición comparada entre países europeos acerca del potencial de las personas mayores para tener un envejecimiento activo y saludable, donde la participación en la fuerza de trabajo remunerado es uno de los pilares básicos, puesto que de él pueden depender en gran medida las oportunidades para que las personas mayores mantengan sus redes sociales y participen socialmente, obtengan unos ingresos que les permitan, en la actualidad y en el futuro, una vida económica independiente, saludable y segura y para que con todo ello mantengan y desarrollen un envejecimiento activo (Alcover, 2020). Los datos más recientes del Índice de Envejecimiento Activo corresponden a 2018; sobre una puntuación global de 100, la media de los 28 países de la Unión Europea era de 35,7. España se situaba en el puesto 18 con una puntuación de 33,7. En las cuatro dimensiones del Índice, la puntuación en empleo (medido por las tasas de empleo de los grupos de edad comprendidos entre 55-59, 60-64, 65-69 y 70-74 años) situaba a España en el puesto 22 (25,7) con respecto al resto de países, mientras que ocupaba el puesto 15 (16,2) en participación en la sociedad; el 12 (71,6) en vida independiente, saludable y segura, y el puesto 13 (59,7) en capacidad para un envejecimiento activo. Como puede comprobarse, el peor indicador de envejecimiento activo en términos relativos (por el puesto que le otorga respecto al resto de países europeos) corresponde al empleo de los mayores. En consecuencia, si España quiere mejorar en su Índice de Envejecimiento Activo debería incrementar las tasas de participación en el empleo de las personas de más de 55 años,

como ya hacen los países que ocupan los primeros puestos en el Índice general y en el de empleo de las personas mayores: Suecia (47,2 y 45,4, respectivamente), Dinamarca (40,3 y 40,6), Holanda (42,7 y 36,3) o Finlandia (40,8 y 35,7) (UNECE, 2019).

## **2.2. *Envejecimiento activo en el trabajo***

### **2.2.1. Significado**

En concreto, en el contexto laboral, el envejecimiento activo significa que (1) a medida que los trabajadores envejecen mantienen o incrementan su bienestar físico, mental y social; (2) continúan mostrando elevados niveles de compromiso con el trabajo y de resultados de rendimiento; y (3) experimentan un trato justo y seguridad en el empleo (Zacher et al., 2018). Esto implica que el envejecimiento activo en el trabajo no solo depende de los recursos personales, como las capacidades físicas y mentales, las actitudes o la motivación, para desplegar un conjunto de conductas proactivas que lo favorezcan (Kooij, 2015), sino también de factores contextuales y organizacionales, todo lo cual facilita y potencia el logro de resultados laborales adecuados. Por ejemplo, un relevante factor contextual es el clima organizacional para un envejecimiento exitoso, que se refiere a las percepciones compartidas por los empleados acerca del grado en que su organización potencia el envejecimiento activo (Zacher y Yang, 2016). Este puede verse facilitado por elementos del contexto laboral tales como las políticas y las prácticas organizacionales dirigidas a la igualdad de trato para los trabajadores de los distintos grupos de edad, o las normas sociales compartidas que consideren los cambios individuales en función de la edad –por ejemplo, el incremento de experiencia– y las necesidades personales –por ejemplo, la necesidad de cuidar a familiares o allegados enfermos– a la hora de tomar decisiones acerca de promociones, permisos, flexibilidad horaria, vacaciones, etc.

Si los trabajadores mayores perciben un clima organizacional para un envejecimiento exitoso es más probable que se mantenga e incluso se incremente su interés en nuevas oportunidades laborales, interés que suele declinar con la edad debido tanto a los cambios individuales y familiares asociados al envejecimiento como a las propias políticas organizacionales discriminatorias (Alcover, 2020). Y a su vez, si el foco en las nuevas oportunidades de los trabajadores mayores se mantiene o incrementa, tiende a aumentar la satisfacción laboral, el compromiso afectivo con la organización y la intención de continuar trabajando más allá de las edades habituales de jubilación (Zacher y Yang, 2016). Esto pone de manifiesto el carácter psicosocial de las experiencias de los trabajadores mayores, puesto que el envejecimiento activo en el trabajo es el resultado de la interacción de los factores personales y familiares con los factores organizacionales y de tarea. En consecuencia, el fomento del envejecimiento activo en el trabajo debería formar parte de las políticas y prácticas de prevención de riesgos psicosociales de carácter proactivo (Hauker et al., 2020), orientadas a mantener y optimizar el bienestar y la salud de los trabajadores.

## 2.2.2. Factores que intervienen en el envejecimiento activo en el trabajo

El envejecimiento en el trabajo depende de múltiples factores que pueden agruparse en cinco categorías (Zacher et al., 2018): 1) individuales; 2) laborales; (3) grupales; 4) organizacionales; y 5) sociales o no relacionados con el trabajo. Este enfoque pone de manifiesto que el envejecimiento no es un proceso exclusivamente biológico, ni siquiera únicamente individual, sino un proceso psicosocial en el que los contextos interpersonales, organizacionales, culturales y sociales más amplios desempeñan un papel fundamental en el modo en que una persona envejece. Como señalaron Heggstad y Andrew (2012), la edad es simplemente una variable demográfica, no un constructo psicológico, y por lo tanto solo tiene un valor descriptivo sin valor explicativo real. La edad no *provoca* cambios en variables como la personalidad, la motivación laboral o las actitudes hacia el trabajo, simplemente correlaciona con cambios –no homogéneos en todas las personas– en estas variables (Heggstad y Andrew, 2012). Tener presente esta idea es fundamental no solo para evitar que los empleadores, compañeros y supervisores perciban de forma sesgada a los trabajadores mayores, sino también para que ellos no se perciban a sí mismos basándose en los estereotipos negativos de la edad ni crean que los demás lo hacen, es decir, evitar la utilización de los metaestereotipos.

### 2.2.2.1. FACTORES INDIVIDUALES

En lo que respecta a los factores individuales, el envejecimiento se asocia en general con un declive de la salud en relación con las condiciones físicas y mentales o cognitivas (Bohle et al., 2010). En cuanto a las primeras, el envejecimiento se asocia con una pérdida progresiva de la fuerza muscular, densidad ósea, capacidad cardiovascular y aeróbica, o la agudeza visual y la capacidad auditiva. Sin embargo, los niveles de declive dependen en un grado elevado de factores individuales previos y actuales, tales como el estilo de vida, el nivel de ejercicio habitual, la calidad de la alimentación, el peso corporal y los factores genéticos (Bohle et al., 2010; Truxillo et al., 2015). Las potenciales pérdidas relacionadas con aptitudes físicas y motoras de los trabajadores mayores, y los consiguientes riesgos para su salud y seguridad en el trabajo, pueden aconsejar su adscripción a tareas y puestos que no requieran un gran esfuerzo físico (como elevar pesos, transportar cargas o estar sometidos a condiciones extremas de estrés ambiental, es decir, temperaturas muy elevadas o muy bajas, ruido excesivo, vibraciones, etc.). En este sentido, es importante tener en cuenta que con la edad la rapidez de recuperación fisiológica puede disminuir, de modo que la fatiga puede acumularse y hacerse crónica (Truxillo et al, 2015). No obstante estas recomendaciones, también es preciso valorar el posible riesgo de las tareas y puestos sedentarios para la salud y el bienestar de los trabajadores mayores, como pueden ser los dolores musculoesqueléticos, lumbares o espinales, los problemas de circulación sanguínea, la reducción de movilidad y flexibilidad, etc. (Sharit y Czaja, 2012). Para evitarlo, sería aconsejable realizar adaptaciones ergonómicas de sillas, mesas, instrumentos o tecnologías que reduzcan las consecuencias indeseadas de la falta o la reducción de movimiento o de actividad física (Truxillo et al, 2015). Y un último aspecto, en cuanto a los factores individuales, es el relativo a los efectos del trabajo por turnos

a partir de ciertas edades. Si bien generalmente se cree que los trabajadores mayores cuentan con menor tolerancia al trabajo por turnos que los jóvenes, puesto que pueden presentar más alteraciones del sueño, mayor fatiga, mayor necesidad de recuperación, mayor nivel de accidentes o más problemas de salud, en realidad los resultados de los estudios no ofrecen pruebas concluyentes de ello, ya que existen muchas modalidades de trabajo por turnos y de horarios que pueden adaptarse a las condiciones particulares de los grupos de trabajadores mayores (Blok y de Looze, 2011; Gommans et al., 2015). En definitiva, la investigación y la práctica en este ámbito deben incrementarse para optimizar el ajuste entre las características del trabajo por turnos y las capacidades específicas de los trabajadores mayores, evitando las generalizaciones y el uso de estereotipos negativos acerca de su supuesta menor capacidad para asumirlos.

En segundo lugar, en lo que respecta a los aspectos cognitivos, las relaciones también son complejas, puesto que mientras que unos procesos se deterioran con la edad, otros procesos mejoran. Así ocurre, por ejemplo, cuando el envejecimiento suele asociarse con una pérdida de precisión y de rapidez en ciertos procesos perceptivos –así como con potenciales reducciones de la inteligencia fluida– pero con un incremento en el control del lenguaje y en la capacidad para el procesamiento de problemas complejos, lo que se asocia con una mayor inteligencia cristalizada. Además, tanto los posibles déficits físicos como las potenciales pérdidas cognitivas pueden ser compensadas por la mayor experiencia de los trabajadores mayores y por una utilización más eficiente de los recursos (Bohle et al., 2010; Truxillo et al., 2015), donde también se incluyen las oportunidades para lograr apoyo –instrumental y/o emocional– de los compañeros o utilizar herramientas o dispositivos que compensen las posibles pérdidas (Zacher et al., 2018). También en este caso, como ocurría con los aspectos físicos, las adaptaciones ergonómicas pueden aplicarse a la mejora de las interfaces de usuario de pantallas o de *software*, así como al rediseño de tareas y puestos de modo que impliquen menores exigencias de almacenamiento de información o de rapidez en su procesamiento. No obstante, los resultados de los estudios (Peeters y van Emmerik, 2008) muestran que con el tiempo la experiencia resulta el factor que mejor predice el rendimiento de tareas, sobre todo en las tareas de alta complejidad, lo que significa que los cambios cognitivos asociados a la edad se compensan de diferentes maneras y no se traducen automáticamente en peores niveles de desempeño.

Y en tercer lugar, los cambios emocionales y afectivos asociados a la edad en el trabajo tienden a ser en general positivos. Se produce una mejor regulación emocional y se da una relación positiva entre la edad y el bienestar afectivo (efecto de positividad), así como una evaluación menos negativa de los eventos estresantes y una mayor tendencia a concentrarse en las señales positivas antes que en las negativas del entorno laboral (Truxillo et al., 2015). De forma similar, combinando elementos cognitivos y emocionales como postula la teoría de la selección, optimización y compensación (SOC; Baltes y Dickson, 2001; Baltes et al., 1999), para maximizar las ganancias las personas mayores utilizan dos estrategias; la de *selección*, que se refiere a la tarea adaptativa de dar prioridad a los dominios laborales en los se desenvuelven habitualmente que se encuentren mejor alineados con sus habilidades, capacidades y metas; y la estrategia de *optimización*, que se refiere a la idea de que las personas se esfuerzan por incrementar sus recursos (por ejemplo, cognitivos y sociales), de modo que se implican en los comportamientos que

los maximizan a lo largo de su ciclo vital y los emplean en lograr las metas seleccionadas acordes a ellos. Y para minimizar las pérdidas, las personas utilizan la estrategia de la *compensación*, que se refiere al uso de estrategias alternativas y/o de tecnologías e instrumentos para compensar las posibles pérdidas de capacidades vinculadas a la edad (Alcover, 2020; Zacher et al., 2018). Como puede comprobarse, la simple relación entre envejecimiento y deterioro de la salud y la capacidad en el trabajo es mucho más compleja de lo que suele considerarse.

#### 2.2.2.2. FACTORES RELACIONADOS CON LAS TAREAS Y LOS ROLES

En segundo lugar, el envejecimiento activo en el trabajo se ve favorecido por el ajuste de las características de las tareas y las funciones asignadas a los distintos tipos de cambios mencionados potencialmente asociados al envejecimiento (Zacher et al., 2018). Los tipos de tareas y roles que facilitan el envejecimiento activo en el trabajo (Armstrong-Stassen, 2008a; Pitt-Catsouphes et al., 2015; Zacher et al., 2018; Truxillo et al., 2012) son aquellos que cuentan con una elevada autonomía, responsabilidad y capacidad para controlar las tareas; los que posibilitan el uso de generatividad (capacidad para compartir y transmitir los conocimientos y las experiencias, y crear así valor, por ejemplo, a través de actividades de *mentoring* de empleados más jóvenes o mediante la participación en equipos multigeneracionales); los que ofrecen oportunidades para utilizar el conocimiento acumulado, las habilidades que se dominan y la experiencia; y los que facilitan la realización de conductas asociadas al desempeño contextual, como las conductas de ciudadanía organizacional. Cuando los trabajadores mayores tienen acceso a estos tipos de roles y tareas y encuentran un significado a su trabajo, las consecuencias positivas se reflejan en mayores niveles de *engagement* y satisfacción laboral, mayores oportunidades laborales en el futuro, un mejor desempeño y un mayor nivel de bienestar (Truxillo et al., 2012; Zacher et al., 2018). Un último aspecto importante que propicia condiciones para el envejecimiento activo es la creación de equipos de trabajo multigeneracionales (Burton et al., 2019; Truxillo et al., 2015; Zacher et al., 2018), donde los empleados mayores pueden compartir su experticia con los más jóvenes, y éstos a su vez enseñarles y actualizar sus conocimientos y habilidades gracias a su formación más reciente. El intercambio de perspectivas y experiencias diversas, además de contribuir a un desempeño de más calidad y creativo, ayuda también a reducir los estereotipos negativos asociados a la edad que pueden estar implícitos en ambas direcciones, con la consiguiente reducción de potenciales conflictos, prejuicios y trato discriminatorio.

#### 2.2.2.3. FACTORES ORGANIZACIONALES

En cuanto a los factores organizacionales, el envejecimiento activo en el trabajo depende en gran medida de las políticas y prácticas que adopta la dirección en el trato a los empleados mayores. En relación con ello, los estudios han señalado la existencia de dos enfoques básicos presentes en las prácticas de gestión de recursos humanos (Yeatts et al., 2000; Zacher et al., 2018), cuyas características y consecuencias se presentan a continuación (Alcover, 2020).

En primer lugar, el enfoque basado en la “depreciación”, que considera que las personas están más motivadas y realizan sus mayores aportaciones en las etapas iniciales de sus carreras, llegan a un estancamiento en las etapas medias y declinan a medida que maduran y envejecen (Armstrong-Stassen, 2008b). La edad en que se manifiesta la obsolescencia debida a la edad es variable, pero este enfoque considera que el *trabajador mayor* es en general un trabajador con déficits, los cuales además aumentan progresivamente. Este enfoque refuerza los estereotipos negativos asociados a la edad, dificulta las relaciones intergeneracionales en el trabajo, favorece el desarrollo de prejuicios hacia los adultos mayores y potencia su abandono del mercado laboral a través del retiro temprano. Tras este enfoque de depreciación subyacen cuatro (falsos) *mitos* (Stein y Rocco, 2001): el *mito de la edad*, que sostiene que la edad cronológica es un indicador infalible del estado de la persona, cuando en realidad la capacidad laboral es más situacional que cronológica; el *mito de la productividad en declive*, basado en la creencia de que la energía, el interés y la motivación inevitablemente disminuyen con la edad y con ellos, la calidad del rendimiento; el *mito de la carrera profesional*, que asume la carencia de sentido y de valor para la organización en el hecho de facilitar la promoción y la capacitación de las personas mayores, puesto que el esperado retorno de la inversión es muy incierto; y el *mito de la jubilación*, el cual sostiene que, derivado de todo lo anterior, la única posibilidad para los trabajadores mayores es el retiro y que la jubilación constituya la etapa final de la vida laboral, sin posibilidad de retorno ni de alternativas (Alcover, 2020).

Y en segundo lugar, la gestión de las personas mayores se ha realizado desde el enfoque basado en la “conservación” o el “mantenimiento”, que considera a los trabajadores mayores como activos renovables que continúan siendo valiosos para la organización (Yeatts et al., 2000). En consecuencia, los responsables de recursos humanos los incluyen en los programas de formación y desarrollo, y les involucran en los procesos de promoción y diseño de la carrera profesional. La mayor parte de estos modelos basados en la “conservación” son de carácter prescriptivo, puesto que persiguen identificar y reducir las potenciales barreras asociadas a la edad y formular recomendaciones para potenciar el compromiso y las contribuciones de las personas mayores (Peiró et al., 2013). Para ello, adoptan prácticas dirigidas a un mejor ajuste de los trabajadores mayores al contenido de su trabajo en función de sus cambios funcionales y de sus necesidades personales o familiares. Estas prácticas se traducen en medidas como el trabajo a tiempo parcial o la jornada reducida, los horarios de trabajo flexibles, la reducción de la carga de trabajo, los beneficios y compensaciones flexibles, los periodos sabáticos voluntarios, los cambios de roles profesionales, o la adaptación y rediseño del trabajo (Alcover, 2020). Es evidente que este segundo enfoque, al contrario que el primero, facilita y promueve el envejecimiento activo en el trabajo.

#### 2.2.2.4. FACTORES SOCIALES Y EXTRALABORALES

En primer lugar, los factores macrosociales o del contexto más amplio aluden fundamentalmente a las propias políticas nacionales sobre las edades de jubilación y su nivel de obligatoriedad, a las normas sociales acerca de cuándo es apropiado jubilarse, y a los factores económicos y del mercado laboral (por ejemplo, niveles de desempleo, de oportunidades de movilidad laboral, etc.), todos los cuales pueden actuar directamente

o en interacción con los factores de los otros niveles señalados para facilitar o impedir la continuidad de los trabajadores mayores en la actividad laboral y el envejecimiento activo en el trabajo (Alcover, 2020; Wang y Shultz, 2010).

En segundo lugar, el tiempo dedicado, de manera voluntaria u obligada, a realizar ciertas actividades extralaborales puede afectar al tiempo y a la energía invertidos en el trabajo. Por ejemplo, la cada vez mayor necesidad que experimentan trabajadores de más de 50 años de cuidar a sus progenitores enfermos o dependientes puede tener consecuencias negativas para su desarrollo de carrera y para mantener el empleo (Zacher et al., 2018). Una situación familiar que puede dificultar aún más el envejecimiento activo en el trabajo es la que afecta a los trabajadores-cuidadores que viven *en sándwich* (es decir, los responsables del cuidado simultáneo de progenitores ancianos y de los propios hijos, situación que es cada vez más frecuente debido a los cambios sociodemográficos), que pueden ser evaluados de manera más negativa y, eventualmente, discriminados en el trabajo (Henle et al., 2019).

En relación con lo anterior, la investigación previa ha identificado las consecuencias de compatibilizar un empleo y el cuidado de mayores y el consiguiente potencial conflicto entre ambas actividades, referidas al impacto sobre el mantenimiento del empleo actual y en los salarios, especialmente en el caso de las mujeres (Bauer & Sousa-Poza, 2015; Skira, 2015), quienes suelen ver reducidas sus horas de trabajo y sus correspondientes ingresos (Van Houtven et al., 2013) y tienen también más dificultades para volver al empleo o incrementar el número de horas de trabajo después de un periodo dedicado al cuidado (Skira, 2015). También las mujeres, en mayor proporción que los hombres, pueden verse obligadas a aceptar o elegir la jubilación anticipada (Bauer y Sousa-Poza, 2015; Van Houtven et al., 2013), especialmente cuando están altamente involucradas en el trabajo de cuidado (Lilly et al., 2007).

Y un último factor social es el relativo al impacto de los estereotipos negativos asociados a la edad y la consiguiente discriminación laboral. Aunque en los últimos años se han producido cambios en las percepciones acerca de los trabajadores mayores, todavía se mantienen fuertes prejuicios que sustentan políticas y prácticas organizacionales favorecedoras de la discriminación por razones de edad, conocida como *ageism* o *edadismo*, en su traducción en castellano (Alcover, 2020; Carral y Alcover, 2019). Como se mencionó más arriba, los estereotipos negativos asociados a la edad puede ser interiorizados por los trabajadores mayores, lo que afecta a sus autopercepciones y a sus metaestereotipos –lo que la persona cree que los demás piensan acerca de los trabajadores mayores–, influyendo en sus respuestas, sus actitudes, sus niveles de autoeficacia y sus resultados en el trabajo, dificultando así un envejecimiento activo en el trabajo.

### 2.2.3. Políticas organizacionales para el envejecimiento activo

El envejecimiento activo y la participación de los trabajadores mayores en la fuerza de trabajo dependen en gran parte de cómo se enfoca la carrera profesional a partir de ciertas edades, tanto por las propias personas como por las organizaciones. Las decisiones sobre continuar trabajando o jubilarse –y cuándo y cómo hacerlo– están en función de múltiples factores, pero uno de los condicionantes que subyace tras ellas es el concepto de carrera entendido como un conjunto de *transiciones* laborales, las cuales



conducen de manera progresiva hacia la jubilación, como se analizará más adelante en la segunda parte de este capítulo. Para el buen éxito de estas transiciones laborales es necesario no solo que los trabajadores se perciban a sí mismos como agentes activos de su carrera y adopten una conducta proactiva, sino también que las organizaciones utilicen estrategias que promuevan el reclutamiento, la retención y el desarrollo de carrera de los trabajadores de edad (Alcover, 2020). En este sentido, aunque las prácticas de desarrollo de recursos humanos universalistas o generales pueden ser útiles en algunos aspectos para los trabajadores de todos los grupos de edad (Bal et al., 2013; De Lange et al., 2015), si el objetivo es potenciar el envejecimiento activo en el trabajo es necesario combinarlas con otras prácticas contingentes que se acomoden a las necesidades específicas de los empleados (Truxillo, 2015). Así, hay prácticas que pueden ser útiles para los trabajadores de todas las edades, como, por ejemplo, aquellas que facilitan la conciliación y el balance entre la vida laboral y la vida personal-familiar, las prácticas que potencian el apoyo organizacional y el apoyo de los superiores, o las prácticas orientadas a potenciar la salud y la seguridad en el trabajo. Sin embargo, otras prácticas específicas pueden ser más aconsejables para procurar los recursos necesarios que requieren los empleados en función de los cambios –que, recuérdese, pueden implicar tanto ganancias como pérdidas, y además no son homogéneas para todas las personas de las mismas edades– experimentados en sus competencias físicas y cognitivas a lo largo de su ciclo vital y facilitar el envejecimiento activo en el trabajo (Truxillo, 2015).

En el análisis de las prácticas específicas dirigidas a los trabajadores mayores, Kooij et al. (2014) sugieren dos propuestas. En primer lugar, la diferenciación entre las prácticas tradicionales de gestión de recursos humanos (GRH) y los paquetes (*bundles*) de GRH. Y, en segundo lugar, utilizando las distintas metas identificadas por la teoría de la selección, optimización y compensación (SOC; Baltes et al., 1999), una clasificación de las prácticas en cuatro paquetes de recursos humanos que satisfacen las metas o necesidades de los trabajadores mayores (Kooij et al., 2014). Según MacDuffie (1995), un paquete de recursos humanos es un conjunto de prácticas interrelacionadas e internamente coherentes construidas en torno a una lógica organizacional, de manera que constituyen políticas orientadas a ciertos objetivos en la gestión de personas. En cuanto a la clasificación de la de los paquetes de recursos humanos, la SOC postula en síntesis (Alcover, 2019) que las personas utilizan diferentes estrategias que les permiten de forma simultánea maximizar las ganancias y minimizar las potenciales pérdidas asociadas a la edad, como ya se mencionó más arriba. Así, en primer lugar, para maximizar las ganancias a lo largo del ciclo vital, las personas utilizan dos estrategias: la de selección, referida al proceso adaptativo de dar prioridad a los dominios en los se desenvuelven habitualmente que se encuentren mejor alineados con sus habilidades, capacidades, intereses y metas; y la de optimización, que se refiere a la idea de que las personas se esfuerzan por incrementar sus recursos (por ejemplo, cognitivos, emocionales y sociales), de modo que se implican en los comportamientos que los maximizan a lo largo de su ciclo vital. Y en segundo lugar, para minimizar las pérdidas, las personas utilizan la estrategia de la compensación, que se refiere al uso de estrategias y/o de tecnologías para compensar las potenciales pérdidas de capacidades asociadas a la edad (Baltes et al., 1999).

Con la utilización de estas estrategias las personas se esfuerzan en alcanzar tres metas vitales diferentes (Alcover, 2019). La primera de ellas es el desarrollo, que se concreta

en el intento de mejorar y alcanzar los mayores niveles de funcionamiento y de resultados, lo que puede conducir al crecimiento profesional y personal. La segunda meta es el mantenimiento, que consiste en el intento de mantener los niveles actuales de funcionamiento sin merma, o bien recuperar los niveles previos de funcionamiento si se ha experimentado alguna pérdida por motivos personales (por ejemplo, una enfermedad o un accidente laboral), o por la influencia de factores ambientales (por ejemplo, la implantación de una tecnología o un sistema de trabajo para el que no se estaba capacitado). Y la tercera meta es la regulación de las pérdidas, es decir, el intento de funcionar adecuadamente alcanzando al menos los niveles mínimos exigidos, en lugar de abandonar las actividades, las tareas o las situaciones actuales (Baltes et al., 1999). En consecuencia, la SOC predice que las personas con mayores niveles de compromiso e implicación laboral emplearán: 1) estrategias de selección para alinear su trabajo y sus tareas con sus habilidades e intereses; 2) estrategias de optimización dirigidas hacia la mejora de sus roles laborales; y 3) estrategias de compensación para ajustarse a las demandas laborales en lugar de abandonar su empleo o anticipar la jubilación (Baltes y Dickson, 2001). A partir de este marco conceptual, Kooij y su equipo (Kooij et al., 2014; Kooij y Van de Voorde, 2015) diferencian cuatro paquetes de prácticas de recursos humanos que se corresponden con cada una de estas metas, puesto que la meta de mantenimiento da lugar a dos de ellas, la propia de mantenimiento y la referida específicamente a la recuperación: prácticas de recursos humanos 1) de desarrollo; 2) de mantenimiento; 3) de utilización; y 4) de acomodación. A continuación se resumen los principales aspectos de cada paquete y las trayectorias laborales asociadas (un análisis más detallado de este marco teórico puede consultarse en Alcover, 2019).

#### 2.2.3.1. PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE DESARROLLO

Este paquete de GRH alude a las prácticas de ayuda individualizada a los trabajadores para alcanzar los mayores niveles posibles de funcionamiento y desempeño profesional (Kooij et al., 2014). La evidencia disponible sobre la utilización de las prácticas de desarrollo en la gestión de los trabajadores mayores (Armstrong-Stassen, 2008; Hedge, 2008; Kooij et al., 2013; Pak et al., 2019; Herrbach et al., 2009; Pitt-Catsouphes et al., 2015; Poscia et al., 2016) indica que la planificación de carrera, la promoción, la asignación de objetivos significativos y desafiantes, el desarrollo y el aprendizaje en el trabajo y las oportunidades de formación (actualización o recualificación) constituyen las prácticas que pueden ser más eficaces en la promoción del envejecimiento activo en empresas tanto del sector público como privado, y en empleados de diferentes niveles de cualificación profesional. Estas prácticas serán aplicables a los empleados mayores de 50 años con una trayectoria de “desarrollo”, es decir, a aquellos que cuentan con elevadas demandas laborales para cuyo afrontamiento disponen de elevados recursos laborales (que pueden incluso incrementarse), unas buenas condiciones de trabajo y unas buenas condiciones sociales. Consecuentemente, la persona percibe una elevada capacidad de trabajo actual y futura, utiliza una orientación motivacional de logro y desarrollo, posee habilidades de automotivación y autorregulación y percibe un buen estado de salud en sus componentes físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Estas prácticas de GRH deberían mantenerse en el tiempo, con independencia de la edad cronológica de los empleados,

si las condiciones personales y laborales no cambian, al menos, a corto y medio plazo. La realización de revisiones periódicas, en las que se incluirían no solo las valoraciones subjetivas, sino también evaluaciones de 360°, *assessment centers*, etc., deberían tomarse como base para decidir el mantenimiento de este paquete de prácticas o el cambio a otros que resultaran más adecuados en función del estado del empleado, como las prácticas de mantenimiento o las de utilización (Alcover, 2019), que se presentan a continuación.

#### 2.2.3.2. PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE UTILIZACIÓN

Este segundo paquete de GRH incluye las prácticas de ayuda individualizada a los trabajadores para recuperar los niveles previos de funcionamiento tras experimentar una pérdida por enfermedad, accidente, lesión o daño (Kooij et al., 2014). Los resultados acerca de la eficacia de la utilización de las prácticas de utilización en la gestión de los trabajadores mayores (Kooij et al., 2013; Pak et al., 2019; Pitt-Catsouphes et al., 2015) indican que los cambios laterales u horizontales de puesto, el fomento de la participación en las decisiones organizacionales, el fortalecimiento de la autonomía y el control, la opción de iniciar una segunda carrera, la posibilidad del uso de generatividad (capacidad para transmitir conocimiento y crear valor, por ejemplo, a través de actividades de *mentoring*), y el enriquecimiento de las tareas pueden ser las más recomendables para el envejecimiento activo. En particular, estas últimas junto con los cambios laterales de puesto se relacionan con las prácticas de gestión que impulsan el *job crafting* en los empleados mayores (es decir, la iniciativa personal y la creatividad en el rediseño propio de las distintas facetas del trabajo), que ha demostrado ser eficaz en esta etapa de la carrera (Nagy et al., 2019; Kooij et al., 2017). Estas prácticas serán aplicables a los empleados mayores de 50 años con una trayectoria de “utilización”, que de manera temporal se encuentran en una situación caracterizada por elevadas demandas laborales para cuyo afrontamiento cuentan con un nivel medio-bajo de recursos laborales (que han disminuido temporalmente, pero pueden recuperarse) y unas condiciones de trabajo y condiciones sociales deficitarias. El objetivo de estas prácticas de cara al envejecimiento activo es mantener y aumentar su motivación y su compromiso en el trabajo, y cuyas consecuencias se traducen en incrementar la capacidad, la motivación y la oportunidad para un cambio de carrera o la opción de un empleo puente, en la misma o en otra organización, en la misma u otra ocupación, o en una modalidad asalariada o de autoempleo. Si esta situación personal fuera reversible, a corto o medio plazo, las prácticas de GRH podrían cambiar hacia el “desarrollo”, o si se mantienen o deterioran, utilizar las prácticas contingentes a su evolución profesional (Alcover, 2019), como se analiza a continuación.

#### 2.2.3.3. PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE MANTENIMIENTO

El tercer paquete engloba las prácticas de ayuda individualizada a los trabajadores para mantener los niveles actuales de funcionamiento que les permitan afrontar los nuevos retos (Kooij et al., 2014). La evidencia disponible sobre la utilización en las diferentes organizaciones de las prácticas de mantenimiento en la gestión de los trabajadores mayores (Armstrong-Stassen, 2008; Beehr y Bennett, 2015; Hedge, 2008; Kooij et al., 2013; Pak et al., 2019; Pitt-Catsouphes et al., 2015; Poscia et al., 2016; Veth et al., 2015) indica

que la semana laboral comprimida (habitualmente, cuatro días con 9-10 horas de trabajo, o tres días con 12 horas), las adaptaciones ergonómicas del entorno de trabajo, los chequeos periódicos de salud, los beneficios flexibles, la evaluación del rendimiento, el salario en función del rendimiento o los resultados, la creación de nuevos roles para los trabajadores mayores, y el teletrabajo pueden ser las más eficaces para potenciar el envejecimiento activo en el trabajo. Como ya se mencionó más arriba, las adaptaciones de tareas y puestos, junto con las ergonómicas, pueden ser eficaces para el mantenimiento de la salud y la seguridad de estos grupos de empleados, y compensar así las potenciales pérdidas de competencias físicas y cognitivas. Estas prácticas serán aplicables a los empleados mayores de 50 años con una trayectoria de “mantenimiento”, quienes cuentan con los mismos factores antecedentes de la trayectoria de “utilización”, pero en este caso con un carácter estable, debido a una pérdida parcial pero irreversible de competencia profesional, y con una expectativa de pérdida progresiva a corto y medio plazo (Kooij et al., 2013, 2014; Pak et al., 2019). El objetivo de estas prácticas en relación con el envejecimiento activo es mantener las oportunidades de participar y contribuir en el trabajo, aunque sea de manera limitada, y cuyas consecuencias se traducen en incrementar la capacidad, la motivación y la oportunidad para un mantenimiento de carrera, al menos a corto y medio plazo (Alcover, 2019).

#### 2.2.3.4. PRÁCTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE ACOMODACIÓN

El último paquete de GRH se refiere a las prácticas de ayuda individualizada a los trabajadores para funcionar adecuadamente a los niveles mínimos exigidos cuando el mantenimiento o la recuperación ya no son posibles (Kooij et al., 2014). La evidencia disponible sobre la utilización en las organizaciones de las prácticas de mantenimiento en la gestión de los trabajadores mayores (Armstrong-Stassen, 2008; Hedge, 2008; Pak et al., 2019) indica que el trabajo a tiempo parcial o el retiro parcial, el trabajo compartido (dos empleados compartiendo un trabajo de tiempo completo), las licencias adicionales, el descenso de categoría profesional, el retiro temprano, la exención de los turnos nocturnos/guardias y de las horas extras, la reducción de la carga de trabajo y las bajas laborales prolongadas pueden ser las más eficaces para fomentar el envejecimiento activo en el trabajo. Estas prácticas claramente orientadas a procurar un balance entre el trabajo y la vida personal y familiar (Eppler-Hattab et al., 2020) implican un progresivo distanciamiento psicológico, emocional y físico de la actividad laboral en el tránsito hacia el retiro (Wang et al., 2011), por lo que resultan también muy eficaces en la preparación para la jubilación. Es decir, facilitan lo que se denomina como “retiro mental” (de Wind et al., 2017; Huijs et al., 2019) cuando las condiciones mencionadas recomiendan la transición hacia la jubilación. Las prácticas serán aplicables a los empleados mayores de 50 años con una trayectoria de “acomodación” (Kooij et al., 2014; Pak et al., 2019), quienes presentan una situación laboral estable caracterizada por unas elevadas demandas laborales para cuyo afrontamiento cuentan con un nivel bajo e insuficiente de recursos laborales y unas condiciones de trabajo y condiciones sociales inadecuadas. El objetivo de estas prácticas en relación con el envejecimiento activo es mantener un nivel mínimo de compromiso en el trabajo, la prevención de riesgos y accidentes vinculados a las potenciales pérdidas de competencias físicas y cognitivas; y garantizar los niveles adecua-

dos de salud y seguridad en el trabajo. Sus consecuencias se traducen en incrementar la capacidad, la motivación y la oportunidad para una atenuación y reducción de carrera, para preparar la jubilación o para optar por el retiro laboral temprano. Estas prácticas tienen aplicación a medio y corto plazo, puesto que el final de la carrera profesional se encuentra próximo (Alcover, 2019).

En conclusión, los cuatro paquetes de prácticas de GRH contribuyen de diferente manera al envejecimiento activo en el trabajo y su eficacia está en relación directa con su utilización contingente a la trayectoria laboral de los trabajadores mayores.

### 3. Preparación para la jubilación

El retiro es un proceso complejo y no es fácil conceptualizarlo de manera unívoca (Alcover, 2020). En la actualidad el retiro no se concibe como un evento único en el tiempo, sino como un proceso que se despliega a lo largo de muchos años y que presenta diferentes grados o intensidades de transición entre la actividad laboral a tiempo completo y la jubilación definitiva (Wang y Shultz, 2010). Feldman y Beehr (2011) formularon un modelo del proceso de retiro que abarca tres fases: los trabajadores mayores 1) imaginan la posibilidad del retiro, 2) valoran cuál es el momento de abandonar la actividad laboral, y 3) toman la decisión y se encuentran en la transición hacia la jubilación.

Durante la primera fase, la idea del retiro todavía suele ser bastante abstracta (“algo que un día llegará”), puesto que normalmente aún no se ha comenzado a elaborar planes concretos al respecto. Con frecuencia solo se tiene una idea acerca de cuánto tiempo se cree que falta para la jubilación o a qué edad le gustaría hacerlo (Beehr y Bowling, 2013). En este sentido, lo que el trabajador (a partir de los 50 años, aproximadamente) desarrolla son expectativas acerca del momento del retiro, expectativas que pueden reflejar lo deseado (*a qué edad le gustaría jubilarse*) o lo esperado (*a qué edad cree que podrá jubilarse*). Feldman y Beehr (2011) sugieren que los factores que más influyen en esta fase son las diferencias individuales, la motivación por mantener una autoimagen positiva, la tendencia a la continuidad entre la vida laboral y la vida en la jubilación, y los cambios relacionados con la identidad social, aspecto este último que tendrá una gran relevancia en el ajuste al retiro (Froidevaux et al., 2019). La segunda fase del retiro en el modelo de Feldman y Beehr (2011) se refiere a la valoración y la decisión de cuál es el momento de jubilarse, y se relaciona con los momentos que reflejan actos tales como abandonar definitivamente el empleo, aceptar uno nuevo –usualmente a tiempo parcial o con carácter temporal– o aceptar la pensión de jubilación o las condiciones de un retiro anticipado o prejubilación (Beehr y Bowling, 2013). Y la tercera etapa del modelo del proceso de retiro (Feldman y Beehr, 2011) se refiere a la situación posterior a la toma de decisiones, cuando la persona ya se ha retirado y se encuentra en transición hacia una nueva situación vital. Es la fase de encuentro con la realidad de la jubilación (Kiefer y Briner, 1998), cuando se comprueba si lo anticipado o lo esperado coincide con lo vivido en cada momento del proceso. Al igual que existen numerosos y muy diferentes factores que pueden actuar como antecedentes del retiro, también las consecuencias y el proceso de ajuste al retiro –anticipado o no, voluntario o forzado– pueden ser muy variados (Alcover y Crego, 2005). Según Feldman y Beehr (2011), los factores que más influyen en esta fase están relacionados con las motivaciones de tipo económico y con los resultados psicológicos

y la satisfacción de necesidades que el dinero puede sustituir, en tanto que proporciona estatus, relaciones sociales u oportunidades de lograr metas personales o sociales en la jubilación (Alcover, 2020).

### **3.1. *Final de la carrera y preparación para la jubilación***

La preparación para el retiro tiene lugar durante lo que se denomina el periodo final de la carrera (*late career*), en el que confluyen factores psicológicos, organizacionales, psicosociales y legales que determinan la experiencia individual de cada trabajador (Topa y Alcover, 2019). Y este carácter único, personal de cada experiencia laboral es muy relevante para entender el proceso de retiro, puesto que lo habitual es que se trate a los trabajadores mayores que se aproximan a la jubilación como un grupo homogéneo, con características indiferenciadas basadas exclusivamente en la edad cronológica. Esta consideración errónea impide la comprensión de las complejas experiencias asociadas a la jubilación.

El retiro se define como la salida de un individuo de la fuerza de trabajo, proceso que implica una disminución del compromiso psicológico y el abandono de las conductas y las actividades laborales (Wang y Shi, 2014). Esta perspectiva, estrechamente vinculada con el enfoque del ciclo vital ya mencionado, considera que la jubilación es una etapa de la vida que se relaciona con una mayor o menor disminución de los niveles de actividades físicas y productivas, lo que tiene como consecuencia una significativa reducción de los niveles de estrés y una menor responsabilidad hacia los demás en la vida cotidiana (Wang y Shi, 2014). Pero desde una perspectiva psicosocial, el retiro no es un evento único, ubicado en un momento temporal preciso, sino un proceso gradual que comienza muchos antes de que legal o formalmente se produzca. En consecuencia, las personas de 50 o más años simultáneamente al desarrollo de sus etapas medias y finales de la carrera laboral, deberían comenzar a planificar la jubilación. Y esta planificación incluye no solo los inevitables aspectos financieros relacionados con planes de pensiones, inversiones o capitalización de prestaciones, sino también anticipar y organizar posibles actividades de ocio, de voluntariado o sociales, así como ajustar la planificación en estos distintos planos a la situación de la pareja, en su caso, o de otros familiares o personas dependientes a su cargo. Las decisiones con respecto a cuándo y cómo acceder a la jubilación constituyen uno de los factores decisivos en el éxito de la transición y del ajuste al retiro, y se trata de una de las etapas clave en el ciclo vital de las personas (Alcover, 2020).

Aunque jubilarse o continuar trabajando a partir de ciertas edades se interpreta habitualmente como el resultado de una decisión básicamente individual, también las políticas públicas pueden influir en cómo se afrontan las etapas media y tardía de la actividad laboral. Como identificó Guillemard (2013), las políticas públicas respecto a los trabajadores mayores pueden tener un gran impacto en las últimas fases de la carrera profesional. Así, dependiendo de la situación general del mercado de trabajo (alto o bajo desempleo u oportunidades de movilidad, por ejemplo), las políticas pueden tender a mantener o a rechazar a los trabajadores mayores; esta es la pauta característica del Reino Unido o de Estados Unidos. En otros casos, la cultura predominante en un país puede influir en las políticas de depreciar y expulsar a los empleados de edad; ejemplos de ello pueden ser Bélgica, Francia y España, y también Holanda y Finlandia hasta el año 1998

o Alemania hasta 2005. Un tercer tipo de políticas lo representan países como Japón, que tienden a retener a los trabajadores mayores debido al elevado envejecimiento de la población y a una cultura de respeto hacia la experiencia y la edad. Y el cuarto tipo de políticas favorece la integración y reintegración de los trabajadores mayores, manteniéndolos o facilitando su vuelta al mercado de laboral después de una periodo de ausencia o de jubilación, como es el caso de Suecia y Dinamarca (Alcover, 2020; Guillemard, 2013). A continuación se analizan las principales fases de la transición al retiro con carácter general, con independencia de la edad a la que se produzca.

### 3.1.1. Fases en la transición al retiro

En el proceso de transición al retiro, la preparación para la jubilación constituye la primera fase, a la que le sigue la toma de decisión acerca de la modalidad de retiro preferible o posible, y finaliza con la adaptación al retiro (Froidevaux y Maggiori, 2020). Los resultados de la investigación en este ámbito han permitido comprobar que las personas que más tienden a implicarse en la preparación para el retiro son aquellas con un comportamiento más proactivo y habituadas a establecerse objetivos laborales, de ocio o financieros. Por el contrario, quienes menos se preparan para la jubilación suelen presentar un bajo nivel educativo, una situación financiera más difícil, una preferencia por las recompensas a corto plazo –aunque sean menores que las que pudieran obtener a largo plazo–, y actitudes negativas hacia la jubilación, al considerarla un periodo caracterizado por menos contactos sociales y menor actividad en general (Froidevaux y Maggiori, 2020). Otros estudios (Petkoska y Earl, 2009) han señalado que los predictores más significativos de la planificación son tener más edad, ser hombre, tener mayor nivel de estudios y contar con más ganancias e ingresos, así como el mayor número y claridad de metas en relación con el retiro y tener una orientación temporal de futuro.

La preparación para el retiro tiene consecuencias muy importantes no solo respecto a la planificación financiera y la situación económica real al jubilarse, sino también en relación con la salud física, el bienestar personal y la calidad de las relaciones interpersonales. Las personas implicadas en la preparación para el retiro tienden a tener una mejor percepción de sí mismas, al percibirse más autoeficaces y con mayor confianza en sus competencias, desarrollan expectativas más realistas acerca de la jubilación, gestionan mejor el cambio de identidad asociado con abandonar la actividad laboral/profesional y pasar a ser “jubiladas”, establecen objetivos más específicos y ajustados a sus intereses y posibilidades reales, y desarrollan una actitud en general más positiva respecto a la jubilación. Los resultados de los estudios indican que entre el 10% y el 30% de las personas que experimentan más dificultades en el ajuste al retiro son precisamente aquellas que menos han preparado la jubilación (Froidevaux et al., 2017; Wang, 2007).

La segunda fase en el proceso de retiro es la relacionada con la toma de decisiones acerca de cómo y cuándo retirarse, e implica valorar, entre otras, las opciones de mantener o reducir la actividad laboral actual, optar por una prejubilación o una jubilación anticipada, retrasar la edad de jubilación, optar por modalidades de empleo puente (que incluyen mantener una actividad laboral en la misma o en otra profesión o sector de actividad, elegir un empleo por cuenta ajena o implicarse en proyectos de emprendimiento o autoempleo, etc.), retirarse durante una temporada y reingresar al trabajo posteriormen-

te, o una combinación de varias de ellas (Alcover, 2020; Alcover et al., 2014; Froidevaux y Maggiori, 2020). El análisis de estas opciones excede los objetivos de este capítulo, pero puede consultarse la bibliografía citada para profundizar en este ámbito.

Por último, el ajuste al retiro constituye la última fase del proceso, y su éxito y calidad dependen en gran medida de la preparación de la jubilación y de la opción elegida para gestionar la etapa final de la carrera laboral y la modalidad de retiro, aunque la multiplicidad de variables implicadas dificulta el establecimiento de relaciones causales significativas entre ellas (Taylor y Schaffer, 2013). Existe una amplia investigación sobre los predictores del ajuste al retiro y la planificación de la jubilación (por ejemplo, Donaldson et al., 2010; Wang et al., 2011; Wong y Earl, 2009), cuyos principales resultados (centrados solo en relación con la preparación para la jubilación, dados los objetivos de este capítulo), se resumen en el siguiente apartado.

### 3.1.2. Áreas prioritarias en la preparación para el retiro

La literatura sobre preparación para el retiro (p. ej., Kim y Moen, 2001; Lee y Law, 2004; Moen et al., 2005; Noone et al., 2010; Taylor y Doverspike, 2003) permite identificar las áreas prioritarias en las que debe centrarse todo programa, e incluyen acciones y responsabilidades por parte de las individuos y de las organizaciones.

#### 3.1.2.1. ACCIONES Y CONDUCTAS INDIVIDUALES

La preparación relacionada con los aspectos financieros y económicos disponibles en la jubilación constituye uno de los ejes básicos (Lee y Law, 2004; Taylor y Doverspike, 2003). Incluye decisiones y acciones tales como la apertura de depósitos de ahorro para la jubilación (fondos de pensiones u otros productos), la compra de una casa o un apartamento adaptado para la vida en la jubilación, la compra de acciones o bonos a largo plazo, o la suscripción de seguros de vida, accidentes o ahorro. El cálculo respecto a las necesidades (objetivas y subjetivas) de ingresos en la jubilación va a determinar en gran medida la edad a la que la persona decide jubilarse (Feldman, 1994; Topa et al., 2011) y la modalidad que le resulta más beneficiosa. Un aspecto relacionado tanto con la preparación financiera como con el estilo de vida que se desea adoptar en la jubilación es el relacionado con las opciones de inversión en proyectos de *cohousing*, consistentes en participar como inversores o miembros de cooperativas que diseñan sus lugares de residencia motivados por una vida en comunidad y en contacto con la naturaleza (Sanguinetti, 2014), decisiones que pueden anticiparse varios años antes de que se produzca la jubilación.

Muy relacionada con lo anterior se encuentra la preparación respecto al estado de salud actual y el esperado a la edad de jubilación. En esta área se incluyen el estilo de vida y las conductas saludables (práctica regular de ejercicio físico, actividades deportivas, dieta, etc.), la realización de revisiones y chequeos médicos, el abandono de hábitos y conductas de riesgo (tabaco, alcohol, etc.), la suscripción de seguros médicos o la reserva de plazas en residencias de mayores o en dispositivos asistenciales (hospitales de día, atención domiciliaria) ante futuras situaciones de discapacidad o dependencia mayor (Lee y Law, 2004; Taylor y Doverspike, 2003). Estos últimos recursos a su vez requieren



de inversiones económicas, de modo que en estas decisiones se encuentran implicados el nivel de conocimientos financieros, las características de personalidad, la expectativa del tiempo esperado de vida, los sentimientos y actitudes respecto a la jubilación, o la tolerancia al riesgo financiero, y cuya combinación va a condicionar las conductas de ahorro en relación con la salud (Hershey y Mowen, 2000; Jacobs-Lawson y Hershey, 2020).

En tercer lugar se encuentran los aspectos relacionados con la planificación del tipo de vida que se pretende llevar en la jubilación, donde se incluyen las actividades de ocio, desarrollo de aficiones, participación en asociaciones o actividades de voluntariado, la implicación en los proyectos de *cohousing* mencionados y otras acciones relacionadas con la planificación de la vida diaria en la jubilación (Lee y Law, 2004; Taylor y Doverspike, 2003). En este sentido es importante recordar que la preparación en este ámbito debe tener en cuenta la elevada probabilidad de continuidad entre la vida anterior y la posterior a la jubilación (Froidevaux et al., 2019), de modo que la frecuente expectativa presente en muchas personas de que cuando estén jubiladas se dedicarán a lo que nunca tuvieron tiempo de hacer anteriormente, en realidad no suele cumplirse; es más probable que la persona dedique más tiempo en la jubilación a hacer lo que ya venía haciendo antes, en lugar de comenzar a realizar actividades completamente nuevas.

Por último, la preparación psicológica de la jubilación incluye la disposición a buscar y el acceso a información sobre lo que representa esta etapa en la vida de las personas (por ejemplo, asistiendo a cursos, talleres o conferencias, leyendo libros o artículos, viendo programas en televisión, etc.), a hablar y reflexionar con familiares, especialmente con la pareja si se tiene, y con las personas próximas sobre la vida deseada o esperada en la jubilación, o hablar y compartir experiencias con personas de condiciones y características similares que ya están jubiladas (Lee y Law, 2004). Es importante señalar que la jubilación es en gran medida un proceso relacional (Szinovacz y Davey, 2004), donde la preparación con la pareja o con las personas cercanas resulta muy importante para un buen ajuste al retiro, teniendo en cuenta que existe una elevada tendencia en hacer coincidir en el tiempo la jubilación de la pareja (Alcover, 2020). También en la preparación psicológica hay que considerar el grado de confianza en sí misma que la persona proyecta en relación con los distintos elementos implicados en el retiro (Lee y Law, 2004), y trabajar, si fuera necesario, en aumentar la autoeficacia en relación con la vida en la jubilación.

### 3.1.2.2. ACCIONES Y CONDUCTAS ORGANIZACIONALES

Las políticas y prácticas de jubilación empleadas por las organizaciones condicionan en gran medida los procesos de retiro de sus trabajadores, y constituyen un reflejo de los valores y de la cultura organizacional (Kiefer y Briner, 1998). Estas políticas y prácticas influyen en la capacidad de planificación de las personas y en sus procesos de toma de decisiones respecto a la jubilación, así como el efecto de políticas sistemáticas de prejubilación o de prolongación de la vida laboral afectan tanto a nivel individual como a la demografía organizacional (Wang y Shultz, 2010). Las decisiones de los responsables de recursos humanos no obedecen solo a directrices internas o propias de cada organización y a los posibles estereotipos y prejuicios asociados a la edad, sino que buena parte de las políticas y prácticas están influidas por las características, las tenden-

cias y las presiones de los contextos sociales, económicos, políticos y culturales (Alcover, 2020). Mulder et al. (2016) encontraron que las normas más relevantes que pueden influir en el modo en que las organizaciones afrontan la retención y el reclutamiento de trabajadores mayores son las normas respecto a la edad de jubilación, o expectativas acerca de cuándo los trabajadores mayores deberían retirarse del trabajo. Es decir, en qué rango de edad se considera *normal* que la persona realice la transición vital a la jubilación, ya sea de manera obligatoria o voluntaria, un rango que se sitúa normalmente en torno a los 65 años (Radl, 2012), aunque con diferencias entre los hombres (que puede alcanzar hasta los 67 años) y las mujeres (que suele ser entre dos y cinco años menos que los hombres) (Peiró et al., 2013). Si bien este rango de edad está experimentando en los últimos años un ligero incremento, debido a los cambios en las edades legales de jubilación impuestas por los gobiernos en los diferentes países para afrontar los desafíos del envejecimiento, el umbral de los 65 años se encuentra muy arraigado individual y colectivamente, como ocurre en el caso de España (Alcover, 2020). En cualquier caso, es necesario recordar que la jubilación ha de considerarse como un derecho, no como una obligación, y permitir a los trabajadores que voluntariamente lo decidan y se encuentren en condiciones de hacerlo continuar trabajando más allá de las edades consideradas habituales para el retiro.

Aunque desde comienzos del siglo XXI la gestión organizacional de los trabajadores mayores había experimentado un cambio desde planteamientos “proretiro” a políticas “protrabajo” (Wang y Shultz, 2010), en realidad el incremento en las edades reales de jubilación es relativamente lento; por ejemplo, en el caso de España la edad media real de jubilación se encuentra en torno a tres años por debajo de la edad legal (Alcover, 2020). Y ello es debido en buena parte a la dificultad que encuentran las organizaciones para planificar una estrategia a medio y largo plazo respecto a sus plantillas, dadas las incertidumbres y las turbulencias económicas y políticas en un mundo globalizado. El impacto actual de las consecuencias económicas y laborales de la pandemia de la COVID-19 en las políticas y prácticas de gestión de personas en las organizaciones es un buen ejemplo de ello. Y aunque la OCDE ha propuesto recientemente que los estados eliminen las prejubilaciones y las jubilaciones anticipadas, e implementen políticas compensatorias que faciliten oportunidades laborales a los trabajadores más mayores, la posibilidad de que las empresas puedan aplicarlas se reduce en la práctica debido a las contingencias y a los eventos impredecibles. Todo ello dificulta en gran medida que las organizaciones puedan llevar a cabo programas y estrategias dirigidos a la preparación para la jubilación de sus empleados, ya que el momento en que puede producirse es incierto y los escenarios socio-laborales rápidamente cambiantes.

Las acciones y conductas organizacionales que pueden facilitar la preparación para el retiro se encuentran vinculadas con las denominadas *políticas favorables o compatibles con los trabajadores mayores* (*Older-Worker-Friendly* o *Age-friendliness Policies*; p. ej., Cochran et al., 2012; Eppler-Hattab et al., 2020). Estas se concretan, en primer lugar en prácticas que suponen ventajas para estos colectivos, como la flexibilidad horaria, la adaptación de los puestos de trabajo, la conciliación de la vida laboral y familiar, la reconversión o reducción de funciones o tareas, y la promoción de la salud y el bienestar laboral. En segundo lugar, a través del establecimiento de planes de pensiones de beneficios definidos, lo que permite la planificación financiera mencionada anteriormente y su eventual complementariedad con la pensión pública. Y en tercer lugar, mediante la

provisión por parte de la empresa de seguros de salud de cara a la jubilación, en previsión de necesidades que superen las prestaciones públicas en el caso de niveles elevados de discapacidad o de dependencia (Cochran et al., 2012; Eppler-Hattab et al., 2020). Con estas acciones, las organizaciones facilitan la creación de climas favorables a los trabajadores mayores que pueden influir en el desarrollo de actitudes positivas respecto a la jubilación, en su transición desde las etapas medias y finales de la carrera profesional hacia el retiro, y en una preparación progresiva para la jubilación que permite anticipar y prever los diferentes escenarios a los que se enfrentarán cuando se produzca. En definitiva, estas acciones y conductas organizacionales, en combinación con las llevadas a cabo individualmente, pueden ser muy eficaces en la preparación y en el posterior ajuste a la jubilación.

#### **4. Conclusiones**

En este capítulo se han analizado los principales aspectos implicados en el envejecimiento activo en el trabajo y en la preparación para la jubilación. Ambos procesos suponen la interacción de acciones y conductas individuales y organizacionales, y su éxito depende de un adecuado ajuste entre las necesidades, los intereses y los objetivos de ambos actores. Las políticas y prácticas orientadas a facilitar los dos procesos deben alinearse con los programas y medidas de prevención de riesgos y de promoción de la salud y bienestar laboral.

La investigación sobre las intervenciones para potenciar la salud y el bienestar de los trabajadores mayores es aún escasa, y en especial en el caso de las personas que trabajan más allá de las edades habituales de jubilación. La psicología social y la psicología del trabajo y de las organizaciones tienen una gran oportunidad en este ámbito para realizar aportaciones relevantes para los trabajadores, las organizaciones y la sociedad (Truxillo et al., 2015). Como se ha comprobado en el análisis de las condiciones del contexto actual realizado en estas páginas, es el momento de diseñar, aplicar y medir la eficacia de intervenciones específicamente dirigidas a la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores mayores, enmarcadas en el fomento del envejecimiento activo en el trabajo (Zacher y Yang, 2016) y en la preparación para la jubilación, basadas en las teorías específicas del ciclo vital y contrastadas por la evidencia obtenida de su aplicación. En este sentido, la evidencia empírica disponible (Magnavita, 2018; Poscia et al., 2016) no muestra que los programas de promoción de la salud en el trabajo mejoren la capacidad de trabajo, la productividad o la retención en las organizaciones de los trabajadores de más edad. Además, las pruebas de que los programas de promoción de la salud sean eficaces en la mejora de los estilos de vida y contribuyan a mantener la salud y el bienestar de los trabajadores de más edad son muy limitadas hasta el momento. Parece más bien que las organizaciones tienden a optar por facilitar –o forzar– el retiro anticipado o la prejubilación cuando consideran, generalmente basadas en juicios sesgados, que los trabajadores mayores pierden productividad o calidad en su trabajo. En definitiva, parece necesario que los futuros programas de promoción de la salud laboral estén bien diseñados para que pueda evaluarse adecuadamente la eficacia y el costo-beneficio de las intervenciones en el lugar de trabajo dirigidas a los trabajadores de edad (Poscia et al., 2016). Por su parte, Magnavita (2018) concluye que la falta de conciencia por parte de la

administración y la inflexibilidad en el sistema de salud y seguridad ocupacional parecen ser las principales barreras para los programas de prevención de la salud laboral de los trabajadores mayores.

Las medidas propuestas para superar estas barreras se orientan a la difusión del conocimiento sobre la efectividad de las acciones de promoción de la salud para los trabajadores de más edad (por ejemplo, los propuestos por Truxillo et al., 2015), el fomento de una mayor participación de los interlocutores y los agentes sociales implicados, la recuperación de recursos mediante la sustitución del consumismo médico y las prácticas burocráticas, y la adopción de un enfoque integrado que combine la prevención de riesgos laborales y la promoción de estilos de vida saludables (Alcover, 2020). En definitiva, un conjunto de políticas y prácticas interconectadas en las que las personas, las organizaciones y las administraciones se impliquen activamente para facilitar el envejecimiento activo en el trabajo, el mantenimiento de las personas mayores en el mercado laboral, su calidad de vida laboral en las etapas medias y finales de la carrera, y una preparación para la jubilación que facilite una transición positiva y un mejor ajuste al nuevo estado. Si esto se logra, no solo aumentarán la satisfacción, la salud, el bienestar y la calidad de vida durante el final de la carrera laboral, sino también lo harán en la jubilación. Teniendo en cuenta que la participación de las personas mayores en el mercado de trabajo continuará aumentando y que el número de años vividos desde el retiro hasta el fallecimiento seguirá incrementándose si la esperanza de vida se mantiene o incluso aumenta, estos objetivos deberían priorizarse para beneficio de las personas mayores, de sus familias y de la sociedad en su conjunto.

## 5. Preguntas para la reflexión

1. ¿Por qué es importante facilitar el envejecimiento activo en el trabajo en lugar de fomentar la salida temprana del mercado laboral de los trabajadores de más de 50 años?
2. ¿Puede una sociedad (y los sistemas de pensiones y de protección social deseables en un estado de bienestar) permitir que el número de jubilados aumente en una proporción mayor que el de la población menor de 16 años en un escenario de progresivo incremento de la esperanza de vida?
3. ¿Por qué es importante planificar y preparar la jubilación por parte de las personas y de las organizaciones con la mayor antelación posible?
4. ¿Es recomendable el diálogo y la negociación entre los agentes sociales y los poderes públicos para flexibilizar las modalidades y edades de jubilación en lugar de mantener un modelo que sigue imponiendo en general el paso abrupto de una actividad laboral a tiempo completo a una jubilación a tiempo completo e irreversible?
5. ¿Por qué es importante vincular las políticas y prácticas de prevención de riesgos y de promoción del bienestar y la salud con las medidas para favorecer el envejecimiento activo en el trabajo y la preparación para la jubilación?
6. Si es esperable –y deseable– que todos los trabajadores de cualquier edad alcancen las etapas medias y finales de sus carreras profesionales con los mayores niveles de bienestar y salud posibles y tengan las mejores expectativas hacia su jubilación, ¿no deberían implicarse en el diseño y en la implementación efectiva de las políticas y prácticas que se han analizado en este capítulo los trabajadores de todas las edades?

## 6. Páginas web de interés

**Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA)** (<https://osha.europa.eu/es>). Entre sus informes sobre SST es de especial interés el dedicado a *La Gestión de la SST en el contexto de una mano de obra de edad avanzada*: <https://osha.europa.eu/es/themes/osh-management-context-ageing-workforce>

Otros recursos de interés sobre envejecimiento y trabajo se pueden encontrar en: [https://osha.europa.eu/es/search/site?search\\_block\\_form=The+ageing+workforce%3A&op=Buscar](https://osha.europa.eu/es/search/site?search_block_form=The+ageing+workforce%3A&op=Buscar)

**Ageing@Work** (<https://ageingatwork-project.eu/>). Se trata de un proyecto europeo configurado por un consorcio multidisciplinar en el que participan universidades, centros de investigación y empresas tecnológicas con el objetivo de investigar y desarrollar una plataforma de herramientas TIC para la adaptación del lugar de trabajo a las necesidades y especificidades cambiantes de los trabajadores que envejecen, tanto en términos de ergonomía como en términos de procesos de trabajo y asignación de tareas y, para apoyar el envejecimiento activo y saludable del trabajador mayor en el trabajo y en el hogar. El objetivo último es facilitar y mantener la capacidad de trabajo (*workability*) de los trabajadores mayores en un contexto laboral sano y seguro: <https://ageingatwork-project.eu/content/objectives-ageingwork-project>

**EnR? | Envejecimiento en red** (<http://envejecimientoenred.es/>). Se trata de una plataforma web colaborativa que pretende ser un punto de encuentro ciencia-sociedad en torno al envejecimiento y las personas mayores. Impulsado por la Fundación General CSIC y el Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD) del CSIC, sus Informes resultan de gran interés en relación con el envejecimiento activo y la preparación y el ajuste a la jubilación: <http://envejecimientoenred.es/informes/>

**Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)** (<https://www.insst.es/>). Cuenta con recursos muy útiles relacionados con la SST de los trabajadores mayores, como la *Guía para la gestión de la salud, del bienestar y la adaptación del puesto de trabajo en trabajadores de mayor edad*: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/guia-para-la-gestion-de-la-salud-del-bienestar-y-la-adaptacion-del-puesto-de-trabajo-en-trabajadores-de-mayor-edad>

**Organización Internacional del Trabajo (ILO)** (<https://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>). En su página web están accesibles informes y estudios sobre la SST, el envejecimiento activo en el trabajo y la gestión de los trabajadores mayores: [https://www.ilo.org/Search5/search.do?searchWhat=trabajadores+mayores&locale=es\\_ES](https://www.ilo.org/Search5/search.do?searchWhat=trabajadores+mayores&locale=es_ES)

## 7. Referencias bibliográficas

Alcover, C. M. (2019). Cómo afrontar el desafío de la gestión de recursos humanos de los trabajadores mayores: un modelo integrado basado en la evidencia. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 437-438, 203-234.

Alcover, C. M. (2020). *Empleo sostenible: Edad, trabajo y alternativas al retiro en la sociedad 4.0*. Díaz de Santos.

Alcover, C. M. y Crego, A. (2005). Factores implicados en la decisión de retiro laboral temprano: aproximación desde el análisis del discurso de una muestra de prejubilados españoles. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 15, 133-163.

Alcover, C. M. y Topa, G. (2018). Work characteristics, motivational orientations, psychological work ability and job mobility intentions of older workers. *PLoS ONE*, 13(4), e0195973. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195973>

Alcover C. M., Topa, G., Parry, E., Fraccaroli, F. y Depolo, M. (2014). Bridge employment: Lessons learned and future prospects for research and practice. En C. M. Alcover, G. Topa, E. Parry, F. Fraccaroli y M. Depolo (eds.), *Bridge Employment: A Research Handbook* (pp. 269-290). Routledge.

Armstrong-Stassen, M. (2008a). Human resources practices for mature workers—And why aren't employers using them? *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 46, 334-352. <https://doi.org/10.1177/1038411108091755>

Armstrong-Stassen, M. (2008b). Factors associated with job content plateauing among older workers. *Career Development International*, 13(7), 594-613. <https://doi.org/10.1108/13620430810911074>

Bal, P. M., Kooij, D. T. A. M. y De Jong, S. B. (2013). How do developmental and accommodative HRM enhance employee engagement and commitment? The role of psychological contract and SOC-strategies. *Journal of Management Studies*, 50, 545-572. <https://doi.org/10.1111/joms.12028>

- Baltes, P. B. y Dickson, M. W. (2001). Using life-span models in industrial-organizational psychology: The theory of selective optimization with compensation. *Applied Developmental Science, 5*, 51-62. [https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0501\\_5](https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0501_5)
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., y Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development* (5ª ed., Vol. 1, pp. 1029-1143). Wiley.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. y Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology, 50*, 471-507. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.471>
- Bauer, J. M., y Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Population Ageing, 8*, 113-145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Beehr, T. A. y Bowling, N. A. (2013). Variations on a retirement theme: Conceptual and operational definitions of retirement. En M. Wang (ed.), *The Oxford Handbook of Retirement* (pp. 42-55). Oxford University Press.
- Blok, M. M. y de Looze, M. P. (2011). What is the evidence for less shift work tolerance in older workers? *Ergonomics, 54*, 221-32. <https://doi.org/10.1080/00140139.2010.548876>
- Bohle, P., Pitts, C. y Quinlan, M. (2010). Time to call it quits? The safety and health of older workers. *International Journal of Health Services, 40*, 23-41. <https://doi.org/10.2190/HS.40.1.b>
- Burton, C. M., Mayhall, C., Cross, J. y Patterson, P. (2019). Critical elements for multigenerational teams: a systematic review. *Team Performance Management, 25*(7/8), 369-401. <https://doi.org/10.1108/TPM-12-2018-0075>
- Caines, V. D., Crane, M. F., Noone, J., Griffin, B., Datta, S., y Earl, J. K. (2020). Older workers: Past, present and future. *Australian Journal of Management, OnlineFirst*. <https://doi.org/10.1177/0312896220918912>
- Carral, P. y Alcover, C. M. (2019). Measuring Age Discrimination at Work: Spanish Adaptation and Preliminary Validation of the Nordic Age Discrimination Scale (NADS). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*, 1431. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16081431>
- Cochran, J., Crowne, K. A. y Carpenter, C. E. (2012). Impact of older-worker-friendly organizational policies on retirement attitudes and planning. *Organization Management Journal, 9*, 170-178. <http://dx.doi.org/10.1080/15416518.2012.708851>
- De Lange, A. H., Kooij, D. T. A. M. y Van der Heijden, B. I. J. M. (2015). Human Resource Management and sustainability at work across the lifespan: An integrative perspective. En L. M. Finkelstein et al. (Eds.), *Facing the Challenges of a Multi-Age Workforce. A Use-Inspired Approach* (pp. 50-79). Routledge.
- de Wind, A., Leijten, F. R. M., Hoekstra, T., Geuskens, G. A., Burdorf, A., y van der Beek, A. J. (2017). "Mental retirement?" Trajectories of work engagement preceding retirement among older workers. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 43*, 34-41. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3604>
- Donaldson, T., Earl, J. K., y Muratore, A. M. (2010). Extending the integrated model of retirement adjustment: Incorporating mastery and retirement planning. *Journal of Vocational Behavior, 77*, 279-289. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.03.003>
- Eppler-Hattab, R., Meshoulam, I. y Doron, I. (2020). Conceptualizing Age-friendliness in Workplaces: Proposing a New Multidimensional Model. *The Gerontologist, 60*, 12-21. <https://doi.org/10.1093/geront/gny184>
- Feldman, D. (1994). The decision to retire early: A review and conceptualization. *Academy of Management Review, 19*, 285-311. <https://doi.org/10.2307/258706>
- Feldman, D. C. y Beehr, T. A. (2011). A three-phase model of retirement decision making. *American Psychologist, 66*, 193-203. <https://doi.org/10.1037/a0022153>
- Fernández, F., Nazar, G. y Alcover, C. M. (2018). Modelo de envejecimiento activo: causas, indicadores y predictores en adultos mayores en Chile. *Acción Psicológica, 15*(2), 109-128. <https://doi.org/10.5944/ap.15.2.22903>
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J.-M., Walker, A. y Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 29*8012. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/298012>
- Froidevaux, A., Baumann, I., Maggiori, C., Wieber, F. y Rossier, J. (2017). Retirement planning: How to deal with different adjustment trajectories? En B. J. Ertelt y M. Scharpf (eds.), *Berufliche Beratung für Ältere* (pp. 25-53). Peter Lang.

- Froidevaux, A., y Maggiori, C. (2020). Transition à la retraite. En J. Masdonati, K. Massoudi, y J. Rossier (Eds.), *Repères pour l'Orientation* (pp. 111-141). Antipodes.
- Froidevaux, A., Hirschi, A. y Wang, M. (2019). Identity incongruence and negotiation in the transition from work to retirement: A theoretical model. *Organizational Psychology Review*, 8, 228-255. <https://doi.org/10.1177/2041386619830754>
- Gommans, F., Jansen, N., Stynten, D., de Grip, A., y Kant, I. (2015). The ageing shift worker: a prospective cohort study on need for recovery, disability, and retirement intentions. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41, 356-367. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3497>
- Greller, M. M., y Simpson, P. (1999). In search of late career: A review of contemporary social science research applicable to the understanding of late career. *Human Resource Management Review*, 9, 309-347. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(99\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(99)00023-6)
- Guillemard, A.-M. (2013). Prolonging working life in an aging world: A cross-national perspective on labor market and welfare policies toward active aging. En J. Field, R. J. Burke y C. L. Cooper (eds.), *The SAGE Handbook of Aging, Work and Society* (pp. 60-74). Sage.
- Hauke, A., Flaspöler, E. y Reinert, D. (2020). Proactive prevention in occupational safety and health: How to identify tomorrow's prevention priorities and preventive measures International *Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 26, 181-193. <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1465677>
- Hedge, J. W. (2008). Strategic Human Resource Management and the Older Worker. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 23, 109-123. <https://doi.org/10.1080/15555240802189513>
- Henle, C. A., Fisher, G. G., McCarthy, J. Prince, M. A., Mattingly, V. P. & Clancy, R. L. (2020). Eldercare and childcare: How does caregiving responsibility affect job discrimination? *Journal of Business and Psychology*. 35, 59-83. <https://doi.org/10.1007/s10869-019-09618-x>
- Herrbach, O., Mignonac, K., Vandenberghe, C. y Negrini, A. (2009). Perceived HRM practices, organizational commitment, and voluntary early retirement among late-career managers. *Human Resource Management*, 48, 895-915. <https://doi.org/10.1002/hrm.20321>
- Hershey, D. A. y Mowen, J. C. (2000). Psychological determinants of financial preparedness for retirement. *The Gerontologist*, 40, 687-697. <https://doi.org/10.1093/geront/40.6.687>
- Huijs, J. J. J. M., Houtman, I. L. D., Taris, T. W., y Blonk, R. W. B. (2019). Effect of a participative action intervention program on reducing mental retirement. *BMC Public Health*, 19:194. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6522-x>
- Jacobs-Lawson, J. M. y Hershey, D. A. (2020). Influence of future time perspective, financial knowledge, and financial risk tolerance on retirement saving behaviors. *Financial Services Review*, 14, 331-344.
- Kiefer, T. y Briner, R. B. (1998). Managing Retirement—Rethinking Links between Individual and Organization. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 7, 373-390. <http://dx.doi.org/10.1080/135943298398763>
- Kim, J. E., y Moen, P. (2001). Moving into retirement: Preparation and transitions in late midlife. In M. E. Lachman (Ed.), *Wiley series on adulthood and aging. Handbook of midlife development* (p. 487-527). John Wiley & Sons.
- Kooij, D. T. A. M. (2015). Successful aging at work: The active role of employees. *Work, Aging and Retirement*, 1(4), 309-319. <https://doi.org/10.1093/workar/wav018>
- Kooij, D. T. A. M., Guest, D. E., Clinton, M., Knight, T., Jansen, P. G. W. Y Dijkers, J. S. E. (2013). How the impact of HR practices on employee well-being and performance changes with age. *Human Resource Management Journal*, 23, 18-35. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12000>
- Kooij, D. T. A. M., Jansen, P. G. W., Dijkers, J. S. E. y De Lange, A. H. (2014). Managing aging workers: A mixed methods study on bundles of HR practices for aging workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 25, 2192-2212. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.872169>
- Kooij, D. T. A. M. y Van de Voorde, K. (2015). Strategic HRM for older workers. En P. M. Bal, D. T. A. M. Kooij y D. M. Rousseau (Eds.), *Aging Workers and the Employee-Employer Relationship* (pp. 57-72). Springer.
- Kooij, D. T. A. M., Van Woerkom, M., Wilkenloh, J., Dorenbosch, L. W. y Denissen, J. J. (2017). Job crafting towards strengths and interests: The effects of a job crafting intervention on person-job fit and the role of age. *Journal of Applied Psychology*, 102, 971-981. <https://doi.org/10.1037/apl0000194>
- Lee, W. K. M. y Law, K. W.-k. (2004). Retirement planning and retirement satisfaction: The need for a national retirement program and policy in Hong Kong. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 212-233. <https://doi.org/10.1177/0733464804268591>



- Maertens, J. A., Putter, S. E., Chen, P. Y., Diehl, M. y Huang, Y.-H. (2012). Physical capabilities and occupational health of older workers. En J. W. Hedge y W. C. Borman (eds.), *The Oxford Handbook of Work and Aging* (pp. 215-235). Oxford University Press.
- MacDuffie, J. P. (1995). Human resource bundles and manufacturing performance: organizational logic and flexible production systems in the world auto industry. *Industrial and Labor Relations Review*, 48, 197-221. <https://doi.org/10.1177/001979399504800201>
- Magnavita, N. (2018). Obstacles and Future Prospects: Considerations on Health Promotion Activities for Older Workers in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1096. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061096>
- Nagy, N., Johnston, C. S. y Hirschi, A. (2019). Do we act as old as we feel? An examination of subjective age and job crafting behaviour of late career employees. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28, 373-383. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1584183>
- Noone, J. H., Stephens, C., y Alpass, F. (2010). The Process of Retirement Planning Scale (PRePS): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 22, 520-531. <https://doi.org/10.1037/a0019512>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 37(2), 74-105.
- Pak, K., Kooij, D. A. T. M., De Lange, A. H. y Van Veldhoven, M. J. P. M. (2019). Human Resource Management and the ability, motivation and opportunity to continue working: A review of quantitative studies. *Human Resource Management Review*, 29, 336-352. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.07.002>
- Peeters, M. C. W. y van Emmerik, H. (2008). An introduction to the work and well-being of older workers: From managing threats to creating opportunities. *Journal of Managerial Psychology*, 23, 353-363. <https://doi.org/10.1108/02683940810869006>
- Peiró, J. M., Tordera, N. y Potočnic, K. (2013). Retirement practices in different countries. En M. Wang (ed.), *The Oxford Handbook of Retirement* (pp. 510-540). Oxford University Press.
- Petkoska, J. y Earl, J. K. (2009). Understanding the influence of demographic and psychological variables on retirement planning. *Psychology and Aging*, 24, 245-251. <https://doi.org/10.1037/a0014096>
- Pitt-Catsouphes, M., McNamara, T. y Sweet, S. (2015). Getting a good fit for older employees. En R. J. Burke, C. I. Cooper y A. G. Antoniou (eds.), *The multi-generational and aging workforce: Challenges and opportunities* (pp. 383-411). Edward Elgar.
- Poscia, A., Moscato, U., La Milia, D. I., Milovanovic, S., Stojanovic, J., Borghini, A., Collamati, A., Ricciardi, W. y Magnavita, N. (2016). Workplace health promotion for older workers: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16 (Suppl. 5), 329. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1518-z>
- Radl, J. (2012). Too old to work, or too young to retire? The pervasiveness of age norms in Western Europe. *Work, Employment and Society*, 26, 755-771. <https://doi.org/10.1177/0950017012451644>
- Rowe J. W. y Khan R. L. (1987) Human Aging: Usual and Successful. *Science*, 237, 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sanguinetti, A. (2014). Transformational practices in cohousing: Enhancing residents' connection to community and nature. *Journal of Environmental Psychology* 40, 86-96. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.05.003>
- Sharit, J. y Czaja, S. J. (2012). Job design and redesign for older workers. In J. W. Hedge & W. C. Borman (Eds.), *The Oxford handbook of work and aging* (p. 454-482). Oxford University Press.
- Skira, M. M. (2015). Dynamic wage and employment effects of elder parent care. *International Economic Review*, 56, 63-93. <https://doi.org/10.1111/iere.12095>
- Szinovacz, M. E. y Davey, A. (2004). Retirement and marital decision making: Effects on retirement satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 67, 387-398. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2005.00123.x>
- Taylor, M. A. y Doverspike, D. (2003). Retirement Planning and Preparation. En G. Adams y T. Beehr (eds.), *Retirement: Reasons, Processes and Results* (pp. 53-82). Springer.
- Taylor, M. A. y Schaffer, M. (2013). Planning and adaptation to retirement: The post-retirement environment, change management resources, and need-oriented factors as moderators. En M. Wang (ed.), *The Oxford Handbook of Retirement* (pp. 249-266). Oxford University Press.
- Topa, G. y Alcover, C. M. (2019). Late career development and retirement. En J. A. Athanassou y H. N. Perera (eds.), *International Handbook of Career Guidance* (2nd edition, pp. 429-457). Springer.

- Topa, G., Moriano, J. A., Depolo, M., Alcover, C. M. y Moreno, A. (2011) Retirement and Wealth Relationships: Meta-analysis and SEM. *Research on Aging*, 33, 501-528. <https://doi.org/10.1177/0164027511410549>
- Truxillo, D. M., Cadiz, D. M. y Hammer, L. B. (2015). Supporting the aging workforce: A review and recommendations for workplace intervention research. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2, 351-381. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111435>
- Truxillo D. M., Cadiz, D. M., Rineer, J. R. Zaniboni, S. y Fraccaroli, F. (2012). A lifespan perspective on job design: Fitting the worker to the job to promote job satisfaction, engagement, and performance. *Organizational Psychology Review*, 2, 340-360. <https://doi.org/10.1177/2041386612454043>
- UNECE (2019). 2018 *Active Ageing Index. Analytical Report*. United Nations Economic Commission For Europe.
- Van Houtven, C. H., Coe, N. B., y Skira, M. M. (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of Health Economics*, 32, 240-252. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.10.006>
- Veth, K. N., Emans, B. J., Van der Heijden, B. I., Korzilius, H. P. y De Lange, A. H. (2015). Development (f)or maintenance? An empirical study on the use of and need for HR practices to retain older workers in health care organizations. *Human Resource Development Quarterly*, 26, 53-80. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21200>
- Voelpel, S., Sauer, A., y Biemann, T. (2012). Career planning for mid-and late-career workers. In W. C. Borman & J. W. Hedge (Eds.), *The Oxford Handbook of Work and Aging*. Oxford University Press.
- Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *Journal of Applied Psychology*, 92, 455-474. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.2.455>
- Wang, M., Henkens, K. y Van Solinge, H. (2011). Retirement adjustment: A review of theoretical and empirical advancements. *American Psychologist*, 66, 204-213. <https://doi.org/10.1037/a0022414>
- Wang, M. y Shultz, K. S. (2010). Employee retirement: A review and recommendations for future investigation. *Journal of Management*, 36, 172-206. <https://doi.org/10.1177/0149206309347957>
- Wong, J. Y. y Earl, J. K. (2009). Towards an integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 75, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.12.010>
- Yeatts, D., Folts, E. y Knapp, J. (2000). Older workers adaption to a changing workplace: employment issues for the 21st century. *Educational Gerontology*, 26, 565-582. <https://doi.org/10.1080/03601270050133900>
- Zacher, H., Kooij, D. A. T. M. y Beier, M. E. (2018). Active aging at work: Contributing factors and implications for organizations. *Organizational Dynamics*, 37, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.08.001>
- Zacher, H. y Yang, J. (2016). Organizational climate for successful aging. *Frontiers in Psychology*, 7:1007. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01007>

# **Pobreza laboral: factores de riesgo e impacto psicosocial**

9



# Pobreza laboral: factores de riesgo e impacto psicosocial

---

José Antonio Llosa

Sara Menéndez-Espina

Esteban Agulló-Tomás

## Objetivos

Después de la lectura de este capítulo serás capaz de:

- Conceptualizar y contextualizar el fenómeno de la pobreza laboral en el mercado laboral español.
- Presentar un análisis crítico y comprensivo de la metodología para detectar y comprender el fenómeno de la pobreza laboral.
- Determinar los factores de riesgo y vulnerabilidad que se relacionan con la pobreza laboral.
- Comprender el impacto psicosocial del empleo en pobreza para las personas que trabajan en esta condición.
- Planificar estrategias para enfrentar el fenómeno del empleo en pobreza, tanto en términos organizacionales como estructurales del propio mercado laboral.

# Índice

1. **Introducción: la pobreza laboral contemplada desde la Ley de Prevención de Riesgos Laborales**
2. **Precariedad laboral como factor de riesgo en el mercado laboral español**
3. **El empleo en pobreza: concepto, delimitación y datos**
  - 3.1. *Pobreza, exclusión social y mercado laboral*
4. **Cómo se mide la pobreza laboral: breve análisis crítico**
5. **El empleo en pobreza como fenómeno estructural: la ruptura del contrato social y el paradigma del trabajo decente**
6. **Factores de riesgo e impacto psicosocial del empleo en pobreza**
  - 6.1. *Factores laborales*
  - 6.2. *Perfiles sociales*
  - 6.3. *Consecuencias del empleo en pobreza*
7. **Intervención en pobreza laboral: desde una aproximación psicosocial a una óptica estructural**
  - 7.1. *Prevención y protección a nivel individual*
  - 7.2. *Intervención a nivel organizacional*
  - 7.3. *Intervención desde las instituciones*
8. **Conclusiones**
9. **Preguntas para la reflexión**
10. **Páginas web de interés**
11. **Referencias bibliográficas**

## 1. Introducción: la pobreza laboral contemplada desde la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

Ya en la Exposición de Motivos de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), se recuerda que, tal como establece la Constitución Española, se encomienda a los poderes públicos, “como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo” (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, p. 5). Eso supone la necesidad de “desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo”. Y, en ese sentido, Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, es su pilar fundamental para lograr tal misión.

En este mismo espacio se indicaba que “habrán de desarrollarse las distintas acciones preventivas” (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, p. 5), para que, en línea con lo dictaminado y realizado desde la Unión Europea, lograr “mejorar progresivamente las condiciones de trabajo” de todos los países de dicho ámbito geográfico. Ahí mismo, se hablaba de la necesidad promover “la mejora del medio de trabajo para conseguir ... la armonización en el progreso de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores” (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, p. 5). Se aludía a la preocupación cada vez mayor de la Unión Europea “por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo” (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, p. 5).

La propia LPRL significó un adecuación, modernización y actualización de los compromisos de España con respecto a los organismos internacionales, en especial la Organización Internacional del Trabajo (con la ratificación del Convenio 155, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo), generándose un “cuerpo básico de garantías y responsabilidades preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo”, y todo ello daría pie también a un “marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales” (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, p. 6).

Han pasado muchos años desde que se inició la andadura de esta LPRL y los avances han sido más que considerables. No obstante, los cambios que se han producido en todos los ámbitos de la economía y la sociedad, y la transformación tan radical que han supuesto los mismos, han dejado un panorama nacional, europeo y mundial muy complejo y distópico. Las dos crisis, primero la financiera, y ahora la pandémica, han provocado un cataclismo de repercusiones aún indeterminadas. Pero si ha habido un fenómeno que ha se ha instalado en el contexto global es la precarización laboral y su derivado más próximo, la desigualdad social. Dentro de estos procesos de precarización laboral, vamos a destacar uno de los fenómenos más preocupantes, se trata de la pobreza en el trabajo o el empleo en pobreza. Este va a ser el contenido de este capítulo.

Este fenómeno posee muchas implicaciones para lo que se pretendía que fuese “la creación de un acervo jurídico europeo sobre protección de la salud de los trabajadores en el trabajo” (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, p. 5). Respecto a la propia LPRL cabe señalar que el caso de la pobreza laboral cuestiona muchas de sus voluntades y principios fundamentales, por lo menos podemos convenir que precisa una reformulación de algunos planteamientos a la luz de la realidad actual que ofrecen los macro/micro indicadores de la economía y del mercado de trabajo español. La pobreza laboral, como veremos

a continuación, cuestiona cualquier política de prevención de los riesgos derivados del trabajo, y eso es tanto a nivel de política económica y laboral nacional como en el ámbito de las políticas de prevención de riesgos laborales de las empresas de nuestro país. En el preámbulo de motivos de la ley se aludía, con el despliegue del paradigma prevencionista de corte europeo, a una mejora progresiva de las condiciones de salud de los trabajadores; en cambio, las cifras actuales nos muestran una deriva negativa y preocupante en las diferentes esferas de la salud (física, psíquica y social) de los trabajadores, en especial de aquellos que operan en trabajos considerados precarios, atípicos o en situación de pobreza laboral. Otro aspecto que perseguía la LPRL era la ansiada armonización con Europa, algo que tampoco ha ocurrido: las estadísticas europeas evidencian un panorama desfavorable para nuestro país en lo que se refiere al progreso de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores. Tal es el caso de los/las trabajadores/as que desarrollan su labor en condiciones de precariedad y pobreza laboral. Respecto a la preocupación de la Unión Europea “por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo” (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, p. 5), creemos que, como se constatará a lo largo de este capítulo, la realidad actual del empleo y del mercado laboral ha incrementado la magnitud y la gravedad de los riesgos del trabajo. Los efectos de las dos crisis a las que nos enfrentamos están siendo y van a ser devastadores para una parte considerable de los trabajadores, en especial, los más precarios y vulnerables. Ello obliga a la necesidad de incrementar los estudios, las innovaciones y las intervenciones en el ámbito de prevención de riesgos laborales en general, y, en particular, en los trabajos que son realizados en condiciones de devaluación salarial. Se trata de un tipo de trabajos que cuestionan las garantías básicas y los derechos de protección de los trabajadores.

Desde la UE y organismos internacionales (OIT, OCDE, FMI, por ejemplo) se insta a nuestro país a no seguir devaluando salarialmente a los trabajadores, ya que ello supone un atraso no solo en la aplicación de las estrategias del trabajo decente (OIT) y saludable (OMS), sino que implica un retroceso en las garantías sociales y políticas asociadas al trabajo. El empleo en pobreza o la pobreza laboral significa además una evidente devaluación de las propias políticas de RRHH de las empresas, al no respetar y considerar de forma adecuada la propia dignidad del trabajador; supone también el despliegue de unas políticas que no permiten una efectiva gestión y retención del talento, ni el logro del compromiso y la corresponsabilidad de los trabajadores. Un modelo de relaciones laborales que se adecúe a los requerimientos éticos del siglo XXI y a los estándares internacionales debe basarse en el respeto, la responsabilidad social, la garantía de derechos en el trabajo y en el espíritu colaborativo del capital humano.

Con el empleo en pobreza los trabajadores se exponen a un riesgo grave, quizá el mayor y el más complejo: las implicaciones de contar con unos ingresos que no garantizan su subsistencia como personas. Estas implicaciones, como veremos a continuación, cuentan ya con una significativa evidencia empírica, tratándose de un fenómeno que no deja de crecer en nuestro país. Disponer de un salario que sitúa a los trabajadores por debajo del umbral de la pobreza supone la necesidad de hacernos un número sustantivo de preguntas fundamentales. ¿Los riesgos de este tipo de trabajo no entran a formar parte de una política de protección de la salud de los trabajadores que están en esa situación (12,7% de los trabajadores españoles, Eurostat, 2020)? ¿Acaso no se está hablando de condiciones de trabajo específicas? ¿Cuál es el marco de protección y prevención que



debe ocuparse y preocuparse por estos trabajadores? Si el salario y el sistema retributivo constituyen una política fundamental de recursos humanos y una condición esencial de trabajo, ¿cómo puede entenderse y explicarse desde la ética empresarial este tipo de trabajadores devaluados salarialmente? ¿Qué opinión merece a los profesionales de la prevención de riesgos laborales el porcentaje alcanzado por España de trabajadores en situación de pobreza? ¿Es una situación necesaria, estructural y justificable, que pueda durar en el tiempo o, por el contrario, apela directamente a uno de los pilares fundamentales del modelo europeo de cohesión y justicia social? ¿Es consciente la política, la sociedad, el empresariado y la comunidad científica de los efectos que poseen estos trabajos en pobreza sobre la salud (física, psíquica y social) de las personas que experimentan este tipo de condiciones socio-laborales?

## **2. Precariedad laboral como factor de riesgo en el mercado laboral español**

Al tratar de abordar el fenómeno del empleo en pobreza estamos tratando un modo reciente y extremo de precariedad laboral, que posee la particularidad de ilustrar muy claramente el hecho de que la precariedad laboral tiene impacto en la vida laboral y extralaboral de las personas afectadas, condicionado su bienestar y proyectos vitales. Cabría tratar de definir, en primer lugar, el concepto de precariedad, como un proceso de naturaleza multidimensional, y por ende compleja.

Laparra (2006) detecta tres elementos que hacen compleja la definición académica de la precariedad laboral:

- No existe una categoría estadística oficial definida y unificada como precariedad laboral, sino un conjunto de indicadores que las distintas encuestas poblacionales aportan.
- Los indicadores oficiales de precariedad laboral, como temporalidad o parcialidad en la jornada, no deberían ser automáticamente considerados empleo precario, ya que puede tratarse de una relación laboral no estándar deseada o no necesariamente perjudicial.
- Existen diferencias culturales, tanto en el uso del término precariedad, como en el propio modelo del régimen laboral de cada territorio.

Con el ánimo de ofrecer una descripción concreta, Vosko (2011) sintetiza el empleo precario con una definición integradora: “El empleo precario puede definirse como aquel caracterizado por su incertidumbre, bajo salario y beneficios sociales limitados” (2011, p. 2). De forma general, estos tres elementos serían los nucleares de una relación laboral precaria, entendida como aquella que no satisface el SER (siglas en inglés de Relación Laboral Estándar). En un grado de concreción similar, Rodgers (1989) expone cuatro dimensiones para el concepto de precariedad, que él mismo refiere que son tan amplias que dan lugar a cierta arbitrariedad: el empleo precario es aquel que incluye inestabilidad, baja protección, incertidumbre y vulnerabilidad económica o social.

Profundizando en la definición, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) creó un documento sobre precariedad laboral fruto de un simposio de lucha contra el empleo precario celebrado en 2012 (OIT, 2012). En su definición se hace hincapié sobre el factor relacional que determina la precarización del empleo: “En el sentido más general, el empleo precario es un medio utilizado por los empleadores para trasladar los riesgos y las responsabilidades a los trabajadores. Es el empleo que se realiza en la economía formal e informal y que se caracteriza por niveles variables y grados de particularidades objetivas (situación legal) y subjetivas (sensación) de incertidumbre e inseguridad” (OIT, 2012, p. 32). También se añaden aquí dos elementos adicionales: atención sobre el empleo formal e informal, y atención sobre las variables subjetivas. En la misma línea, Benach (2014) remarca la importancia del plano relacional, y cita algunos factores o indicadores concretos de precariedad laboral:

Aunque no existe un consenso en la definición, el empleo precario puede ser considerado un constructo multidimensional que incluye dimensiones como la inseguridad en el empleo, las relaciones individualizadas entre trabajadores y empleadores, los bajos ingresos, la privación económica, la limitación en los derechos sobre la organización del espacio de trabajo, así como la limitación en la protección social. (Benach et al., 2014, p. 230)

Esta definición se aproxima a un nivel de explicación psicológico. Si bien la precariedad laboral se manifiesta a través de indicadores objetivos de las relaciones laborales, como el tipo de contrato, el tipo de jornada o los ingresos, también se hace necesario analizar una dimensión subjetiva relacionada con las condiciones de empleo que se experimentan en la organización. La OIT (2012, p. 32) ya señalaba “grados de particularidades objetivas y subjetivas”, que materializan en dos situaciones inequívocamente precarias a las que se asocian cuatro condiciones precarias:

- Contratos de duración limitada, contemplando todo tipo de modalidad: plazo fijo, corto plazo, temporal, estacional, trabajo a jornal y empleo ocasional.
- Naturaleza atípica de la relación laboral: relaciones laborales triangulares, encubiertas, subcontrata y empresas de trabajo temporal (ETT).

De este tipo de relaciones contractuales se definen los empleos precarios caracterizados por estos cuatro elementos:

- Bajo salario.
- Escasa protección frente al despido.
- En relación a la exclusión que subyace de la precariedad, definen también una falta de acceso a servicios de protección social y el tipo de beneficios y garantías asociadas a un empleo estándar.
- Posibilidad mermada de ejercer los derechos en el empleo.

En este modelo de la OIT se detecta que la precariedad está determinada, entre otros factores, por los bajos ingresos. Concuere con la dimensión social de la definición de Rodgers (1989), que recoge la vulnerabilidad social como una característica definitoria de la precariedad. Así, se logra establecer una relación conceptual entre precariedad laboral y exclusión social, que observaremos de manera precisa en el análisis del empleo en pobreza. Representa, así, una serie de condiciones materiales y simbólicas que determinan una incertidumbre vital respecto al acceso sustancial a los recursos *básicos*, e *impide* a su vez un completo desarrollo en sociedad del individuo.

El caso de las personas con empleo en pobreza, que se descubre como una de las condiciones más extremas de precariedad, se define, a grandes rasgos, como el de las personas que, incluso trabajando, no logran superar los índices de riesgo de pobreza relativa de su país. En la Unión Europea, este umbral de pobreza se coloca en el 60% de la mediana de ingresos anuales por unidad de consumo (UC). La existencia de esta situación tan evidente y extendida de exclusión en personas que trabajan, siendo la tasa en España de un 12,7% en 2019, señala un problema estructural de sistema social actual, fraguado en la necesidad de desempeño laboral para una efectiva construcción de la identidad psicosocial, pero sobre todo para el desarrollo de la ciudadanía (Agulló-Tomás, 2013). Laparra (2006) expone la gravedad o relevancia de este caso: “El fenómeno del empleo en pobreza (*working poor*) es especialmente llamativo por poner en cuestión algunos de los valores más básicos de sociedades que se pretenden meritocráticas” (2006, p. 38).

Este capítulo profundiza sobre esta situación de empleo en pobreza, o pobreza laboral, tratando de abordar sus condicionantes, y las medidas de carácter preventivo que se pueden y deben realizar para un fenómeno que se observa creciente en el contexto laboral español.

### **3. El empleo en pobreza: concepto, delimitación y datos**

La realidad de las personas con empleo en pobreza supone analizar un fenómeno con una implicación para la sociedad en su conjunto, especialmente al poner en tela de juicio el valor del empleo asalariado legal como herramienta de lucha contra la exclusión social. Además, se trata de un campo de estudio analizado desde una perspectiva familiar, no meramente individual, que lo asocia a problemas muy profundos de las sociedades occidentales, como por ejemplo el crecimiento de la pobreza infantil.

#### **3.1. Pobreza, exclusión social y mercado laboral**

El análisis de la pobreza y la exclusión social en España dispone, en primer lugar, una situación perdurable en el tiempo. En términos generales, la pobreza en España, también la pobreza laboral, se mantiene en cifras muy estables desde hace más de una década. Un análisis del caso más detallado nos indica una pobreza estática alta, con un registro en torno al 20%; baja permanencia, el 2,7% permanece durante periodos superiores a siete años, y una transitoriedad elevada, con un 44% de casos que pasan más de un año en situación pobreza (Tejero, 2017).

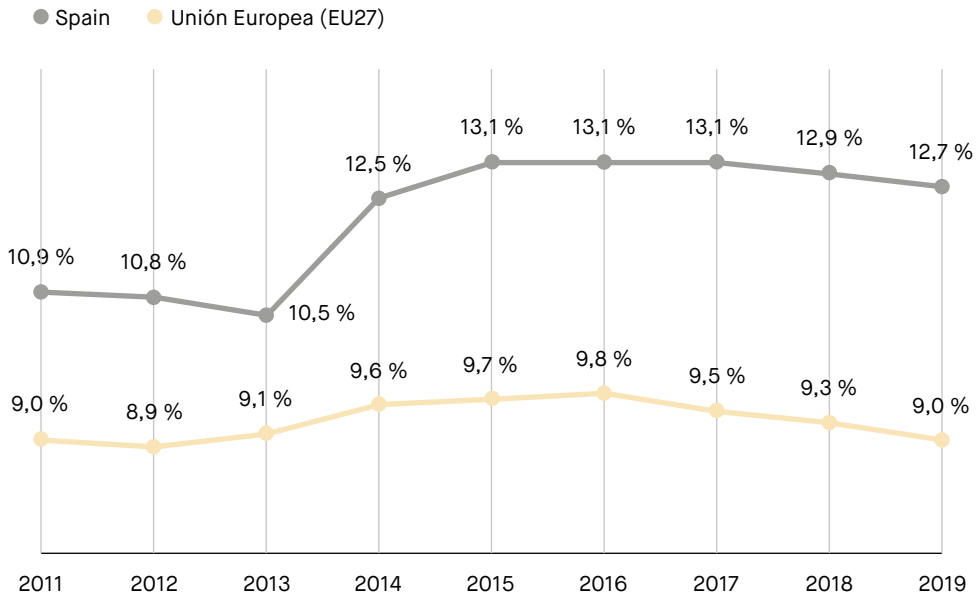
Si ahondamos en los datos, observamos que la tasa de riesgo de pobreza (pobreza relativa) ha variado sustancialmente en una amplia heterogeneidad de situaciones. Entre el 2008 y 2019 ha crecido la tasa de pobreza en un 11,9% en personas desempleadas, en un 8,4% entre jóvenes, de 16 a 29 años. También ha visto un incremento entre personas con una educación superior (+3%), así como en personas con empleo -pobreza laboral- (+1,4%). Los grupos de edad más jóvenes son los que experimentan mayor tasa (26,5% entre las edades comprendidas de 16 a 29 años), muy por encima de la tasa para la población total. También las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad, y en particular las familias monomarentales: encabezadas en más de un 80% de casos por mujeres, y 1 de cada 2 en situación de pobreza relativa (41,1%) (EAPN España, 2020).

Más allá del diagnóstico, la lucha contra la pobreza y la exclusión se establece como un requisito reglado para la ciudadanía en el marco europeo (Agulló-Tomás, 2013). Esta premisa queda materializada en los principios básicos de la Estrategia EU 2020: “El propósito de Europa 2020. Se trata de crear más empleo y lograr una vida mejor. Demuestra que Europa es capaz de alcanzar un crecimiento inclusivo, sostenible e inteligente” (Comisión Europea, 2010, p. 2). En el prefacio del documento de la Estrategia EU 2020 determina la que es piedra angular de la lucha contra la exclusión en el marco europeo general, y el planteamiento estratégico de esta lucha: el empleo.

Sin embargo, en los últimos años se observa el fenómeno creciente de la pobreza laboral, poniendo en cuestión el empleo como vía o herramienta de inclusión social. Eurostat aporta medidas anuales de tasa de pobreza, con el último dato disponible para el año 2019. La tendencia del contexto español para esta forma de precariedad arroja una tasa del 12,7% de personas con empleo en pobreza, muy pegada a la rumana (15,75%) o la italiana (11,8%). Los datos de los países mediterráneos se alejan de las cifras de territorios como Finlandia, con un 2,9%, o Noruega, con una tasa de empleo en pobreza del 6,3% (2018). No obstante, países de la Unión Europea con economías fuertes, como Alemania, Luxemburgo o Francia, también muestran tasas muy significativas de empleo en pobreza, con un 8%, 7,4% y 11,6% respectivamente, lo que indican una desconexión entre las condiciones laborales y la situación macro de la economía del país. Esta es la idea que señala Gallie (2007) al definir los diferentes modelos laborales, o regímenes, que se extienden a través de las diferentes zonas de Europa. No obstante, sí parece clara la afirmación de que los países de la periferia europea se ven más afectados por el riesgo de pobreza en el empleo que los países centrales (Halleröd et al., 2015).

Es claro que la tasa de pobreza laboral en España (12,7%) es superior a la Unión Europea (EU-27) en un 9% (Figura 1). Esta tendencia se mantiene estable a lo largo del tiempo, con la particularidad de que en la Unión Europea esa tasa tiende a ser estática, mientras que en España el empleo en pobreza experimenta un incremento a partir del año 2013 que todavía hoy se mantiene. Esta tendencia española se debe explicar, entre otros factores, al detrimento de las condiciones laborales en el marco de la crisis económica iniciada en 2008. Particularmente reseñables resultan los cambios en el marco institucional derivados de la reforma laboral (Fernández Rodríguez & Serrano Pascual, 2014), lo que muestra que el descenso de la tasa de desempleo no implica una progresión equiparable en el empleo en pobreza.

**Figura 1.** Comparativa entre la evolución de la tasa anual de personas con empleo en pobreza en España y Europa (EU-27) a lo largo de los años 2011 y 2019 (%). Fuente: Eurostat.



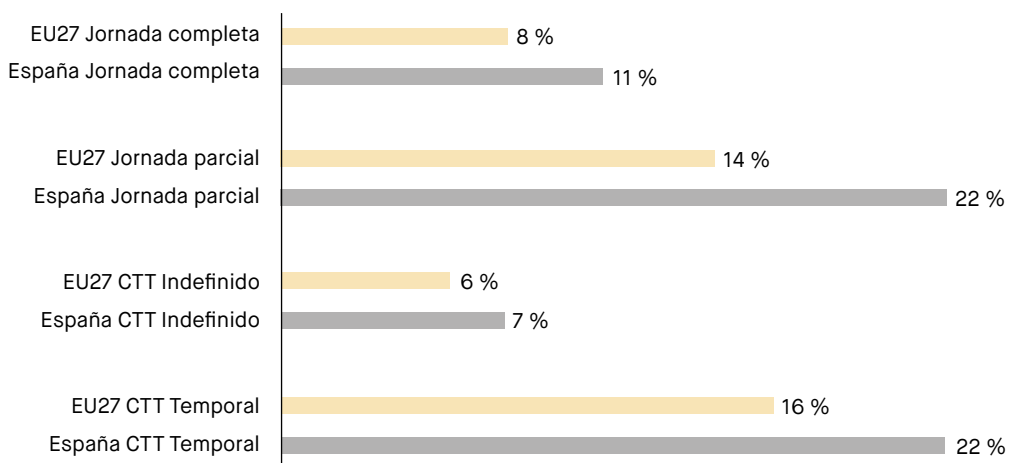
La OIT advierte (ILO, 2021) que en el marco de pandemia COVID-19 las cifras de empleo en pobreza están creciendo, lo que se verá reflejado en los registros de 2020, y en particular en los de 2021. Sin embargo, en el caso español cabe presuponer que esta variación será coyuntural y no estabilizada, ya que a diferencia de la crisis de 2020 este periodo de crisis se ha abordado con medidas de expansión de los derechos laborales (fundamentalmente a través del mantenimiento de expedientes temporales de regulación de empleo, ERTE) y no con propuestas de contracción.

Desagregando los datos por género se observa que entre los hombres hay en España (13,4%) y la UE (9,4%) mayor tasa de pobreza laboral que entre las mujeres (España: 11,8%; UE: 8,5%). Un dato que puede resultar chocante, a priori, ya que en las recomendaciones e informes internacionales sobre pobreza laboral y trabajado decente se posiciona a las mujeres como uno de los grupos vulnerables (ILO, 2021). Esta situación aparentemente paradójica nos permite una mirada más profunda.

Todos los indicadores de precariedad nos señalan que las mujeres están en una situación de discriminación en lo laboral, pero el caso de las personas con empleo en pobreza constituye un fenómeno que se estudia en unidades de consumo, un fenómeno que no es individual, sino familiar. Por esta razón, Crettaz y Bonoli (2010) expusieron que la relación que se establece entre la tasa de pobreza de hombres y mujeres no responde a que las mujeres tengan una mejor situación laboral, sino que a factores socioeconómicos en los que el salario de las mujeres es comprendido como complementario en la familia. Este efecto queda patente cuando se analizan madres solas, situación que claramente representa un factor de vulnerabilidad ante la pobreza laboral (Giesselmann, 2015).

A la hora de comparar los factores de empleo principalmente relacionados con el caso de la pobreza laboral, tales como temporalidad y jornada parcial, se observan tres fenómenos diferenciados (Figura 2). El primero es que entre los trabajadores con empleo estable la tasa de pobreza no varía entre los registros de la Unión Europea y españoles, de manera similar a lo que se observa entre los trabajadores que poseen jornada completa. El segundo fenómeno indica que, cuando se trata de empleos de mala calidad, temporales o en jornada parcial, en España existe un riesgo de generar empleo en pobreza muy superior al que se observa en el conjunto de la Unión Europea. En tercer lugar, se ratifica la idea de que el fenómeno de la pobreza laboral se encuentre muy relacionado con el tipo de relaciones contractuales más flexibles.

**Figura 2.** Tasa de personas con empleo en pobreza según factores laborales en 2019, datos de España y Europa (EU-27) (%). Fuente: Eurostat.



#### 4. Cómo se mide la pobreza laboral: breve análisis crítico

“La participación en el mercado laboral no es suficiente para evitar el círculo vicioso que puede acompañar a la pobreza; por otro lado, los mecanismos de protección social actuales no son efectivos a la hora de situar a los trabajadores fuera del riesgo de pobreza” (Tejero, 2017, p. 159)

Las cinco líneas citadas de Aroa Tejero definen y concretan el evidente interés por el estudio del caso de la pobreza laboral. Europa marca en su Horizonte 2020 acabar con la pobreza, y alude, como hemos señalado, al empleo como mecanismo de inclusión social; pero ¿qué sucede si trabajar no sitúa a una persona por encima del umbral de pobreza? “Necesitamos cambiar el foco de promover empleos a promover condiciones mínimas, mejorar los sistemas de protección y desarrollar mejores políticas sociales” (Halleröd et al., 2015, p. 474). Si la política frente a la exclusión se asienta, en primer lugar, sobre la activación e inserción laboral, y la inserción laboral no garantiza salir del riesgo de pobreza, la base del sistema planteado cae en una auténtica incongruencia. La OIT argumenta en esta dirección al afirmar que la pobreza de los trabajadores sólo puede ser un síntoma de la falta de trabajo decente (ILO, 2016).

En un sentido puramente operativo, en este capítulo nos ceñiremos únicamente a la conceptualización y delimitación del caso de los/as empleados/as en pobreza que proponen los organismos europeos. Eurostat define exactamente en su metodología: “La tasa de empleo en pobreza hace referencia al porcentaje de personas en el total de población trabajadora -empleada por cuenta ajena o autoempleada- que está en riesgo de pobreza” (Eurostat, 2020, p. 2). En este concepto de pobreza laboral se encuentran tres partículas que necesitan concretarse. La primera de ellas es la pobreza económica (relativa); la segunda, delimitar lo que es empleo, y la tercera de ellas la implicación de hablar de una medida de unidad familiar.

El criterio de la pobreza relativa, como se apuntó, fija el umbral de riesgo de pobreza en los ingresos inferiores al 60% de la mediana tras las transferencias sociales (en España, en 2019, 750,75€ mensuales por unidad de consumo o 9.009,2 euros anuales). Este es el criterio marcado desde la estadística europea oficial, y también el que se viene utilizando en la investigación. Lo mismo sucede con la delimitación de lo que se considera empleo para este cálculo, concretado en Eurostat para “individuos que trabajan (por cuenta ajena o propia) durante al menos siete meses en el año previo” (2020, p. 12). Únicamente relaciones laborales formales, quedando fuera el empleo informal de la estadística y el concepto. En último término, se utiliza la medida de ingresos por unidad de consumo, lo que implica una dimensión de familia al concepto de pobreza laboral. En este sentido, no sólo se debe comprender la tasa de empleo en pobreza relacionada con los bajos salarios, sino también con el desempleo. El caso arquetípico sería el de la pareja con dos salarios; cada uno de ellos muy bajo por sí solo, pero lo suficientemente altos en conjunto para sacar a esa familia del riesgo de pobreza. Sin embargo, si uno de los miembros pierde su empleo, automáticamente hablaríamos de empleo en pobreza (Halleröd et al., 2015). Esto explica el hecho de que en los países con mayor tasa de desempleo se observan tam-

bién mayores tasas de empleo en pobreza. De esta forma, la problemática de las personas en situación de pobreza laboral quedaría directamente entrelazada ante la problemática del desempleo, y de nuevo recurrimos a lo ya expuesto sobre la lucha contra la pobreza, que pasa principalmente por la activación laboral.

Resumiendo todos los frentes abiertos hasta este apartado, unas políticas de lucha contra la pobreza efectivas relacionadas con el empleo se resumirían en tres puntos generales (Crettaz & Bonoli, 2010):

- En primer lugar, maximizar la participación laboral en los hogares, siguiendo con la relación que establecíamos del caso de la pobreza laboral y el desempleo, como dos fenómenos que van de la mano.
- En segundo lugar, un progresivo aumento del salario mínimo. Esta idea se debería hacer extensible a la regulación de modalidades contractuales que dan cabida normativa a prácticas de precariedad. Por ejemplo, en España, la causalidad como requisito para establecer contratos temporales se ha mostrado no sólo ineficaz, sino también fraudulenta; por otro lado, la parcialidad no deseada se revela como un problema en crecimiento vinculado a la pobreza laboral, así como otras modalidades contractuales flexibles que se están comenzando a establecer en Europa, como los contratos de cero horas. Este modelo contractual es muy común en países como Reino Unido, y supone la forma más flexible de contratación posible: el contrato se firma con una jornada de cero horas, por lo que la persona trabajará en un régimen de dedicación dependiente de las necesidades de producción. Esta modalidad contractual, altamente precaria, supone un riesgo psicosocial considerable cuya relación se ha evidenciado con el estrés laboral, la incertidumbre laboral percibida, o deterioro de la salud mental general. Además, constituye una modalidad contractual que se desarrolla principalmente en puestos de baja cualificación y con menores ratios salariales, precarizándolos aún más (Koumenta & Williams, 2019).
- En tercer lugar, habría que aludir la necesidad de dirigir las transferencias sociales a los riesgos específicos de los trabajadores.

Cabría añadir un cuarto y quinto puntos:

- Reducción de la desigualdad en los niveles de renta a través de políticas redistributivas. No sólo incrementando el salario mínimo interprofesional, sino aproximando sistema de bienestar español a modelos de carácter redistributivo, como el nórdico, que homogenizan los niveles de renta reduciendo al mismo tiempo el porcentaje de población en los rangos de ingresos más bajos. A su vez, la capacidad redistributiva se materializa en mayor garantía de ingresos para la población a través de un sistema de protecciones sociales lo suficientemente solvente como para reducir o paliar la incertidumbre.
- Por último, disponer de políticas de inclusión desconectadas de la inserción laboral. Es necesario encaminar el modelo de bienestar a propuestas como la Renta Básica Universal, o mecanismos análogos, que no condicionen la ciudadanía a la inserción laboral en un contexto precario e incierto.



## 5. El empleo en pobreza como fenómeno estructural: la ruptura del contrato social y el paradigma del trabajo decente

A pesar de que la existencia de la pobreza laboral tiene una presencia generalizada y creciente en Europa, los factores que determinan el incremento y/o cronicidad de las tasas de pobreza laboral en los diferentes países europeos poseen puntos en común, pero también características diferenciales. Esto responde a diferentes modelos de políticas sociales, o *regímenes de bienestar*, que cada zona europea presenta. A pesar de que las recomendaciones europeas marcan unos objetivos de lucha contra la pobreza muy claros (Agulló-Tomás, 2013), lo que aportan son directrices que en cada territorio se materializan dando prioridad sobre unas u otras áreas (Goma & Rosetti, 2016) firstly, the European context of social inclusion policies, by means of a double perspective: comparative (diversity of welfare regimes. Así, Crettaz y Bonoli (2010) diseñan un modelo causal comparativo del empleo en pobreza en la Unión Europea basado en tres variables: salario, intensidad del trabajo e hijos dependientes. En su propuesta comparativa entre diferentes países muestra que el peso de cada variable es diferente en relación con la existencia de pobreza laboral. En los países mediterráneos, por ejemplo, los hijos dependientes son claramente el factor más determinante por la escasez de políticas públicas que apoyen a las familias directamente.

Según el análisis de Halleröd (2015), el caso de la pobreza laboral afecta de una manera diferente a los países centrales y periféricos en Europa, y alude a que el modelo de empleo es el determinante de esta dualidad. El trabajador en la periferia se caracteriza tradicionalmente por inseguridad y peores condiciones laborales, lo que intensifica la aparición de pobreza.

### Dualidad

Según la clasificación de tipos de régimen laboral de Gallie (2007), España se situaría en el régimen dualista. Existen tres tipos de régimen laboral en la Europa actual: el inclusivo, el dualista y el orientado al mercado. El inclusivo sería el que se caracteriza por la participación de los trabajadores en el diseño de políticas, dando en conclusión una progresión de políticas laborales orientadas a salvaguardar los derechos del mayor número posible de trabajadores. Los altos niveles de protección y derechos de estos trabajadores minimizarían y prevendrían las diferencias sociales y la discriminación propias de modelos polarizados. El orientado al mercado se caracterizará por estar marcado por las reglas de la oferta y la demanda, y, por tanto, abiertamente opuesto a la rigidez. España se situaría en el modelo dualista, caracterizado por la polarización de las condiciones laborales: una parte de las personas empleadas gozan de condiciones laborales estables y protegidas, frente a otra parte cada vez más creciente de personas con empleo cada vez más precarios. Sin embargo, ahora mismo se podría decir que estamos en un proceso de reciclaje, en lo que Castel (1997) denomina la desestabilización de los estables, exponiendo que la precariedad intrínseca propia de los modelos orientados al mercado se está apoderando también de los empleos más estables. Arnal y col. (2013) exponen cómo la crisis de sectores de trabajadores muy importantes, como el de la construcción o

la industria, ha convertido a grupos de trabajadores de mediana edad, antes con buenas condiciones laborales, en nuevos excluidos del mercado laboral.

## Elasticidad

La segunda característica es la elasticidad del empleo en España, muy dependiente de la situación económica, mucho más que en otros países (Pérez Infante, 2015). La elasticidad hace referencia a que la medida principal de la economía española ante las dificultades económicas es recortar en empleo, mientras que otros países, como Alemania, las empresas juegan con estrategias o elementos como la jornada laboral para llevar a cabo estos reajustes. Esto genera en España un marco de empleo muy flexible, elástico, que en tiempos de crisis se somete a recortes. Ello implica, no sólo destrucción de puestos para la posterior creación de nuevos empleos precarios, sino una fuerte intensificación del trabajo incrementando notablemente el índice de trabajo por empleado (Pérez Infante, 2015). Estos cambios que se dan en los momentos de crisis tienden a perdurar en el tiempo, aún superada esa etapa, con un carácter de modificación estructural más que coyuntural o transitoria.

## Facilidad de contratación temporal

El mercado laboral español ha experimentado un proceso progresivo de flexibilización que Pérez Infante (2015) describe como los cuatro hitos normativos del empleo temporal en España a través de las sucesivas reformas laborales: la Reforma de 1984 introduce el contrato temporal en la normativa española; en la Reforma de 1997 el empleo temporal pasa a sujetarse a una justificación causal de la transitoriedad para esa tarea o puesto; en la Reforma de 2010 se procede a desarrollar un marco de flexibilización, para dotar al mercado laboral en la Reforma de 2012 de elasticidad normativizada, vinculando salario, despido y mercado.

En España, el contrato temporal se ha impuesto como elemento cultural de las organizaciones, por ser mucho más económico y contemplarse, por tanto, como una reducción de costes. El contrato temporal es de media un 34% más barato que el indefinido, y, pese a la regulación, existen muy pocos organismos de control sobre el uso, y abuso, que se efectúa de este tipo de relación laboral (Fernández Rodríguez & Serrano Pascual, 2014).

También se observa un efecto de puerta giratoria entre el desempleo y el empleo de contratación temporal, ya que la oscilación decreciente del empleo temporal se combina con un incremento de la tasa de desempleo, y a la inversa.

## Debilitamiento de la capacidad negociadora

Para Gallie (2007), la base para llegar a un modelo inclusivo de empleo se vincula a la participación de la fuerza de trabajo en las políticas de empleo. En España, la capacidad negociadora ha perdido fuerza en las últimas décadas, a través de un debilitamiento de los sindicatos, de su poder de negociación y de acción colectiva, acompañado de un empobrecimiento de la imagen pública de los mismos.

## Baja tasa de cobertura de prestaciones

La tasa de cobertura por desempleo en España guarda una relación de intensidad muy alta en los primeros meses de desempleo, equiparable al resto de países europeos, pero rápidamente descende. De esta forma, grupos vulnerables, como los desempleados de larga duración, han sido los que más han padecido los efectos de la crisis. De casi el 80% de cobertura a desempleados que en el año 2010 había en España, por la escasa creación de empleo, en 2014, cuatro años después, no se alcanzaba el 60% de cobertura (58,9%) (Pérez Infante, 2015). No se alude sólo a una menor cobertura, sino también a una disminución de la cuantía en las prestaciones a partir del año 2012, y, sobremanera, mayores restricciones para el acceso a estos servicios.

## Alta tasa de desempleo

Relacionado a la baja tasa de cobertura en prestaciones de desempleo, hay que sumar la alta tasa de desempleo que en España se viene manifestando. La tasa anual en 2020 en España (15,5%) duplica la europea (EU-27, 7%).

## Devaluación de los salarios

La alta tasa de desempleo, unido a las reformas laborales enumeradas en el contexto español, así como los recortes experimentados en el sector público, favorece la devaluación de los salarios (Uxó et al., 2015):

Se aprecia una sustancial caída de la tasa de crecimiento de los salarios nominales a partir de la crisis, y especialmente desde 2010. La tasa de crecimiento anual media de los salarios fue del 3,6% entre 2001 y 2007, pero desde entonces ha sido prácticamente igual a cero, y negativa (-0,4%) entre el tercer trimestre de 2012 y el último de 2014. Si nos fijamos en el salario real, utilizando como deflactor el índice armonizado de precios al consumo, se ha producido una pérdida de poder adquisitivo de los salarios del 8% en relación al último trimestre de 2009. Y si tenemos en cuenta los efectos composición del empleo, esta devaluación salarial es aún más evidente, porque la destrucción de puestos de trabajo se ha concentrado en empleados con menos nivel de cualificación y salarios más bajos. (p. 225)

## Políticas familiares en España e hijos dependientes

Por último, la OIT expone el hecho de que la precariedad implica cambios a nivel familiar, en la medida en la que la familia se convierte en una fuente de apoyo instrumental y económico necesario para moderar los efectos del trabajo indecente (ILO, 2021). La comparación internacional en el caso del empleo en pobreza indica que España acusa una desatención sobre las políticas sociales orientadas a familia y crianza de los hijos, lo que convierte el hecho de tener hijos dependientes en un factor de riesgo de pobreza entre los trabajadores. Estos resultados han sido constatados también por autores espa-

ñoses (García Espejo & Ibáñez Pascual, 2007), concluyendo que el número de hijos dependientes es un factor para la pobreza en España con mayor peso al de las condiciones del empleo, o las variables demográficas.

Crettaz y Bonoli (2010) señalan también la importancia y la necesidad de la solidaridad intrafamiliar como moderador de la exclusión, que se define de manera tradicional como uno de los rasgos característicos de la sociedad española.

## **6. Factores de riesgo e impacto psicosocial del empleo en pobreza**

Asociadas a esas ocho características del mercado laboral en España, que hemos aislado para explicar que la tasa de trabajadores pobres española (12,7%) sea sustancialmente superior a la media europea (9% EU-27), debemos atender también a los factores de riesgo que determinan la pobreza de los trabajadores, según el modelo expuesto en el informe Trabajadores Pobres y Empobrecimiento en España de la Fundación 1º de Mayo (Aragón et al., 2012). Este modelo contempla factores laborales de riesgo; perfiles sociales; circunstancias del hogar y transferencias, y derechos sociales. Estos últimos puntos son relativos a elementos estructurales del mercado laboral y políticas sociales, que ya estarían contenidos en las ocho características expuestas para definir el caso español en el apartado previo.

### **6.1. Factores laborales**

En los factores laborales hay al menos dos elementos determinantes para el riesgo de pobreza: tipo de jornada y contrato, así como el autoempleo.

*El tipo de jornada y contrato:* El caso de la jornada parcial es ya recogido en las encuestas internacionales, atendiendo a si la persona que trabaja en jornada parcial lo hace de manera voluntaria o por la imposibilidad de encontrar un empleo con más horas por jornada. Por otro lado, ya hemos podido comprobar que en España la contratación temporal está ampliamente extendida, y directamente relacionada con el bajo salario. El empleo temporal, además de ofrecer menos garantías, implica un salario medio un 34% más bajo al contrato indefinido.

*El autoempleo:* Un elemento de importancia creciente es el caso de los autoempleados. Las definiciones de empleo en pobreza contemplan los casos de autoempleados y asalariados, pero la figura del autoempleado se tiende a descuidar en los análisis. Sin embargo, en un contexto laboral inestable, la condición de los autoempleados toma un papel importante como último recurso para el trabajador que no encuentra oportunidad como asalariado: “Se opta por el autoempleo como la única forma de volver al mercado laboral” (Arnal et al., 2013, p. 303), dando origen a un grupo de riesgo trasversal.

### **6.2. Perfiles sociales**

En cuanto a los perfiles sociales, se señalan cinco factores de vulnerabilidad relacionados con género, edad, nivel educativo, nacionalidad y discapacidad.

*Mujer:* En cuanto al género, las mujeres sufren una mayor discriminación a nivel laboral y socioeconómico, incluso se podría hablar de la precariedad como “norma” del empleo femenino (Carrasquer & Torns, 2007). En lo laboral, la brecha salarial, la segregación horizontal y el techo de cristal demarcarían los elementos más concretos de su situación, además de una mayor representación femenina en la economía informal, es decir, en empleos no sujetos a la legislación laboral (OIT, 2012). También son las que firman más contratos de jornada parcial, bien por no encontrar mejores oportunidades laborales, o como única posibilidad para compatibilizar su empleo con labores de cuidados. Como se observa, su desarrollo laboral se encuentra condicionado por factores socioeconómicos relacionados con los roles de género, y agravado por la escasez de políticas familiares a las que ya se ha aludido en este capítulo (Crettaz & Bonoli, 2010). Este conjunto de circunstancias configura una situación problemática, que termina de concretarse en fenómenos como la feminización de la pobreza.

*Edad:* Este factor es variable según el país, principalmente en relación con los modelos de familia existentes. En los países del norte de Europa los jóvenes son un grupo de riesgo determinante para la pobreza laboral, fenómeno que muchos autores sostienen que en España no tiene la misma importancia (Crettaz & Bonoli, 2010; Halleröd et al., 2015). La explicación de esta dicotomía estriba en el modelo de familia que existe en los países mediterráneos, con edades de emancipación más elevadas, y el de los nórdicos, con una edad de emancipación más temprana. La precariedad en los jóvenes constituye uno de los fenómenos más claros a nivel europeo, que en España se amortigua porque estos siguen viviendo en el hogar parental hasta edades muy avanzadas. Esto puede llevar a una percepción engañosa, pero la realidad indica que las condiciones de precariedad del contexto laboral español generan trayectorias laborales no lineales entre las personas recién incorporadas al mercado laboral (López-Andreu & Verd, 2016). Es decir, hablamos de trayectorias laborales que no necesariamente se caracterizan por un paulatino desarrollo en la calidad del empleo desarrollado, sino que las personas pueden experimentar una carrera profesional de progresión negativa pasando de empleos de mejor calidad a otros de por calidad o menor cualificación necesaria.

Por otro lado, los mayores de 55 años se convierten en un grupo de riesgo para el caso de las personas con empleo en pobreza, por haber sido los trabajadores de mediana edad los que han padecido efectos más severos de la crisis (Arnal et al., 2013). El desplazamiento hacia la precariedad y desempleo de estos perfiles del mercado laboral conlleva, además, graves efectos sobre la salud y el bienestar.

*Nivel educativo:* se establece una asociación entre los niveles altos de pobreza y la baja formación académica (Aragón et al., 2012).

*Nacionalidad:* En general, la población inmigrante en España presenta niveles más altos de precariedad y menor salario. Esta representa una circunstancia muy relacionada con el empleo estacional y la participación en economía sumergida.

*Discapacidad:* La dificultad de las personas con discapacidad para acceder a la actividad laboral implica que presenten también riesgo mayor de pobreza (Aragón et al., 2012).

### **6.3. Consecuencias del empleo en pobreza**

Si bien existe amplia literatura que analiza las consecuencias de la precariedad laboral en muy diversas facetas, así como el impacto de las situaciones de exclusión social, la investigación específica sobre el fenómeno de la pobreza laboral precisa de un mayor número de estudios, así como de una mayor profundidad de análisis.

Se observa que este es un fenómeno de impacto psicosocial integral, que supone una reevaluación necesaria de asunciones sobre el papel y valor psicosocial del empleo, no sólo como garantía de bienestar en conceptos sociolaborales, sino también psicológicos. De manera clásica se concibe que, dada la centralidad del empleo en la vida de las personas, el mero hecho de disponer de uno suponía un factor de protección. Sin embargo, se ha observado que la situación de pobreza laboral posee un impacto en la salud mental tan negativo como el del desempleo, como se ha visto en estudios que comparan esta medida en trabajadores pobres con aquellos que tienen ingresos que les sitúan por encima del umbral de la pobreza. Las condiciones contractuales más decentes siguen manteniendo su factor de protección para la salud mental (Llosa et al., 2020) incluso trabajando, no logran salir de los umbrales de riesgo de pobreza marcados por organismos internacionales. Representa una situación creciente en Europa, especialmente relevante en los países mediterráneos, aunque con escasa literatura científica todavía en el contexto europeo, y particularmente en el español. Este estudio analiza el bienestar y la salud mental en una muestra de 1.541 personas (trabajadores pobres, trabajadores fuera del riesgo de pobreza y en desempleo).

En esta misma dirección, se ha visto que los problemas económicos de una familia afectan al bienestar psicológico, independientemente de la situación laboral. Además, esta circunstancia afecta por igual con independencia del género (Klug et al., 2020). También, y de manera más concreta, hay un incremento manifiesto en el estrés -con impacto sobre la productividad de las organizaciones- (Rimnacova & Kajanova, 2019) y una pérdida de sensación de control en su vida por parte de la persona sometida a esta situación (Klug et al., 2020).

Este último hallazgo se puede concretar en el examen sobre la incertidumbre laboral. Por su parte, si exploramos el contrato psicológico vinculado a las diferentes modalidades contractuales más comunes, podemos observar que la situación de pobreza laboral devalúa el valor simbólico del contrato indefinido. El contrato psicológico presupone una serie de expectativas implícitas vinculadas al contrato laboral, en el caso del indefinido estas expectativas arraigan sobre la estabilidad, con las consiguientes implicaciones para la posibilidad de desarrollar un proyecto vital sustentado sobre esta estabilidad. La pobreza laboral supone un violación del contrato psicológico, en tanto que somete a las personas a una situación de incertidumbre laboral manifestada en los mismos términos, con independencia de que la relación formal con la empresa sea indefinida o temporal (Llosa et al., 2020) incluso trabajando, no logran salir de los umbrales de riesgo de pobreza marcados por organismos internacionales. Representa una situación creciente en Europa, especialmente relevante en los países mediterráneos, aunque con escasa literatura científica todavía en el contexto europeo, y particularmente en el español. Este estudio analiza el bienestar y la salud mental en una muestra de 1.541 personas (trabajadores pobres, trabajadores fuera del riesgo de pobreza y en desempleo).

Así, se evidencia el coste en términos psicosociales del fenómeno analizado, con tendencia creciente en el mercado laboral europeo, y en particular el caso analizado, el español.

## **7. Intervención en pobreza laboral: desde una aproximación psicosocial a una óptica estructural**

Atendiendo al fenómeno de la pobreza laboral como un fenómeno extremo de precariedad de impacto integral en la sociedad, organización y personas, la OIT (2016) expone una serie de consecuencias del empleo atípico a todos los niveles.

Los riesgos en el ámbito de la seguridad salud y trabajo son considerables debido a una combinación de factores como deficiencias en la preparación, formación y supervisión, problemas de comunicación -especialmente en las modalidades de empleo que vinculan a varias partes- y obligaciones legales quebrantadas u objetadas. Las tasas de lesiones son mayores entre los trabajadores que desempeñan empleos atípicos. (ILO, 2016, pp. 3-4)

Con este planteamiento integral, se propone una serie de medidas preventivas e interventivas frente a la situación de empleo en pobreza desde tres niveles: individual, organizacional e institucional. Este conjunto de pautas se presenta como medidas integrales y transversales, desde la perspectiva de género, y asentadas y fundamentadas sobre tres elementos: evidencia científica que fundamenta las estrategias propuestas; los principios de organismos internacionales, como la OIT o la SIOP (*Society for Industrial and Organizational Psychology*), y, en tercer lugar, que se plantean en la línea de la normativa europea vinculante para los estados miembro, articulada a través de la Directiva del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de las personas empleadas (89/391/CEE).

## **7.1. *Prevención y protección a nivel individual***

La particularidad del caso del empleo en pobreza entre las distintas condiciones de precariedad es la vinculación a la exclusión social. Con ello, cabría señalar que la condición de exclusión social implica deterioro de la salud en todas las esferas (social, física y psicológica). No obstante, como factor de protección, es preciso, además de mejorar las condiciones materiales de vida de estas personas, atender a dos elementos:

- Fortalecimiento del apoyo social, tanto dentro como fuera de la organización. La condición de exclusión supone una propensión al aislamiento que cronifica el deterioro de bienestar.
- Mejora de las condiciones laborales. Los estudios clásicos sobre desempleo y salud mental tendían a proponer, de manera indirecta, que cualquier trabajo era mejor a ninguno, refiriéndonos a lo que a bienestar psicológico se refiere (Jahoda, 1982). Sin embargo, cuando un empleo supone una situación de pobreza laboral pierde sus capacidades de protección, además de la función de apoyo social, y no da lugar a una situación de bienestar mejor a la del desempleo (Llosa et al., 2020).

### **Desarrollo del apoyo social comunitario como factor de protección frente al desánimo**

El apoyo social se ha estudiado de manera tradicional como un elemento vinculado al bienestar psicológico, y, en España, la literatura científica sobre precariedad coincide en que la familia representa un factor de protección muy importante (Crettaz & Bonoli, 2010). A tenor de estas conclusiones, y dado que la raíz de los problemas del individuo actual radica justamente en los procesos individualizantes a los que se somete la persona en todos los planos de su desarrollo como ciudadano (Parker, 2016), aprovechar el marco social para la socialización activa y enriquecedora de los ciudadanos es una medida de intervención de primer orden. Esto es, la intervención comunitaria, a través de la participación en movimientos sociales u asociaciones de cualquier tipo, implicaría una mejora general en su estado de salud o satisfacción, y representaría una herramienta determinante frente al desánimo. Participar en colectividades sociolaborales implica un empoderamiento de la ciudadanía, que revierte también como un factor de protección. Los estudios sobre inclusión social destacan la vía del desarrollo de los vínculos/redes sociales como un factor decisivo de ciudadanía plena.

## **7.2. *Intervención a nivel organizacional***

Algunas de las medidas de intervención sobre las organizaciones están arraigadas al marco normativo laboral de cada estado. En este punto se desarrollan medidas o acciones de intervención muy concretas y prácticas sobre la organización.



## **Paradigma del trabajo decente**

En primer lugar, garantizar un compromiso efectivo con el trabajo decente. Ello supone atender al paradigma de la OIT (Agulló-Tomás et al., 2018) que representa una contratación en términos de calidad, tanto objetiva como subjetiva. Esto es, unas condiciones contractuales estables, con un salario que garantice ingresos por encima del umbral de la pobreza. Asimismo, subjetivas en torno una cultura que promueva el bienestar y la seguridad.

### **Analizar la incertidumbre laboral en la práctica de la Prevención de Riesgos Laborales, en general, y psicosociales en particular**

Al igual que el análisis de la prevención de riesgos psicosociológicos en las empresas se centra en elementos frecuentes como burnout, satisfacción con el puesto, calidad de vida laboral o estrés laboral, con el ánimo de intervenir y mejorar la situación en los trabajadores, la incertidumbre laboral ha de situarse como un factor de igual relevancia.

### **Fomentar la transparencia en la comunicación intraorganizacional**

Al ser la incertidumbre laboral un proceso subjetivo, el control de la comunicación en la organización constituye un modo muy adecuado de tratar de reducir la incertidumbre laboral. Los rumores pueden resultar devastadores para la percepción de los trabajadores en el fenómeno de incertidumbre laboral (Låstad, 2015); así mismo, procesos transparentes de comunicación tenderían a generar significados más positivos de la relación laboral establecida, reduciendo los niveles de incertidumbre laboral. De esta forma, una herramienta importante para paliar la incertidumbre es una comunicación transparente, que hace a los implicados partícipes de la organización y su devenir. Psicológicamente, un ejercicio de transparencia genera impactos positivos para el bienestar (García-Izquierdo et al., 2012).

### **Fomentar entornos participativos en las organizaciones**

Vinculado a la variable transparencia, si asumimos que la incertidumbre laboral emerge de la construcción del significado del empleo en una organización determinada, cuanto más participativo sea el entorno laboral y la organización del trabajo, se generarán significados más positivos y proactivos en esa relación.

### **7.3. *Intervención desde las instituciones***

Una serie de implicaciones e intervenciones a nivel institucional frente a la precariedad laboral se podría construir a partir de tomar los indicadores de precariedad de Larra (2006), por ejemplo, y formular cada uno de ellos a la inversa: fomentar el contrato estable, eliminar la jornada parcial... Sin embargo, esta aproximación peca de obvia, y quizá también de ingenua. Por ello, en las intervenciones a nivel institucional, la aproximación propuesta pretende una serie concreta de medidas específicas para erradicar o paliar algunos de los problemas expuestos a lo largo del texto.

#### **Fomentar un régimen laboral inclusivo en España**

La literatura científica internacional concluye que España se caracteriza por tener un régimen laboral dualista en la organización del mercado laboral (Gallie, 2007), ya expuestas. Por lo tanto, las políticas laborales diseñadas en España tendrían que suponer un viraje a un régimen laboral inclusivo, en el que el objetivo fuese salvaguardar los derechos de la mayor cantidad de trabajadores posibles, dando lugar a un entorno más seguro, saludable y estable.

#### **Garantizar ingresos por encima de los umbrales de pobreza relativa**

Al haberse comprobado que, incluso con contrato indefinido, las personas que se encuentran en situación de pobreza laboral experimentan incertidumbre laboral, deviene necesario aplicar medidas específicas para estos casos. La gravedad de esta circunstancia particular impone que, a tenor de las disposiciones de la Estrategia EU 2020, los estados europeos deben garantizar el desarrollo digno como ciudadanos de los habitantes de los diferentes países, así como el acceso a un empleo de la suficiente calidad para garantizar la inclusión social (Agulló-Tomás, 2013).

El caso de la pobreza laboral pone en tela de juicio la premisa keynesiana de que el empleo erradica la exclusión, poniendo en cuestión la filosofía de base del sistema social de los diferentes estados europeos, construido a través de la activación laboral como medida prioritaria de intervención (Agulló-Tomás, 2013; Rodríguez Fernández, 2016). A pesar de que el caso del empleo en pobreza se caracteriza por ser un fenómeno multidimensional complejo, el punto de partida de intervención es el incremento de ingresos de ese 13% de trabajadores/as en pobreza que actualmente desarrollan su actividad en España. El debate del incremento de la cuantía del Salario Mínimo Interprofesional en la UE debe girar en torno a su armonización europea y no tanto al momento adecuado para hacerlo efectivo. El argumento de esperar a superar ciertas crisis no resulta creíble en nuestros días. Ello se ha comprobado con la tasa de riesgo de pobreza y exclusión en España: se ha ido alargando la promesa de mayores y mejores intervenciones políticas e inversiones presupuestarias en este ámbito a la espera de fases económicas más prósperas, pero la tasa nunca acaba de reducirse.

## Desarrollar políticas públicas de apoyo a familiar, como medida para propiciar la conciliación familiar

Relacionada con la medida anterior, el caso del empleo en pobreza se analiza como un fenómeno familiar (Halleröd et al., 2015). La literatura científica internacional detecta que en España esta problemática toma una relevancia superior entre las mujeres como grupo vulnerable, porque existen pobres políticas públicas familiares (Crettaz & Bonoli, 2010). De esta forma, el reflejo de un estado igualitario y socialmente avanzado es proporcionar a la ciudadanía políticas de conciliación familiar que faciliten el desarrollo laboral pleno de las mujeres.

## 8. Conclusiones

A modo de conclusiones finales, este capítulo deja expuesto el concepto de empleo en pobreza, con sus limitaciones conceptuales, pero evidenciando dos ideas clave: la primera de ellas, que con una tasa superior al 12% en España, se sitúa como una problemática de tendencia crónica en el mercado laboral español superior a la media europea. En segundo término, cabe observar que el empleo en pobreza posee efectos psicosociales relacionados con el deterioro del bienestar psicológico, así como con el apoyo social, que obligan a que la psicología de las organizaciones en general, y la prevención de los riesgos laborales en particular, presten atención específica. Por el carácter estructural que va adquiriendo el fenómeno, se propone una estrategia de intervención integral desde varios niveles: individual, organizacional e institucional.

El nivel individual centrado principalmente en el fomento y desarrollo de apoyo social, ya que la condición de exclusión deteriora las relaciones sociales, y el apoyo social supone un factor de protección frente a los efectos del empleo en pobreza.

En el nivel organizacional, el paradigma del trabajo decente representa un compromiso fundamental para garantizar condiciones que reduzcan la precariedad laboral. Como propuestas más concretas, se propone el fomento de participación en las organizaciones, y procesos de comunicación transparentes que reduzcan la incertidumbre laboral íntimamente ligada a los procesos de precariedad. Así mismo, se recomienda una reflexión profunda de las políticas de RRHH, en general, y las políticas de contratación, retribución, retención y compromiso con los trabajadores, en particular.

Por último, diríamos que el nivel clave es el institucional. No sólo el incremento del Salario Mínimo Interprofesional y su armonización con Europa, sino también el replanteamiento de los objetivos del marco normativo de la prevención de riesgos laborales, con el fin de articularlos a la realidad socio-laboral actual, y, por último, avanzar en el desarrollo de políticas familiares efectivas e inclusivas. Este trabajo aporta una óptica familiar a la hora de comprender el empleo en pobreza y sus condicionantes, con lo que la prevención requiere del desarrollo de políticas de conciliación en un contexto laboral cada vez más inclusivo.

## 9. Preguntas para la reflexión

1. ¿Cómo se determina en la estadística europea la condición de pobreza laboral?
2. ¿Cuáles son los factores de vulnerabilidad relacionados con el empleo en pobreza?
3. ¿Cómo se explica el hecho de que el empleo en pobreza, un fenómeno aparentemente laboral, deba ser comprendido desde una perspectiva familiar?
4. Desde un plano institucional, ¿qué estrategias son pertinentes para enfrentar la alta tasa de pobreza laboral que experimenta en el mercado laboral español?

## 10. Páginas web de interés

Fundación 1º de Mayo:

<https://1mayo.ccoo.es/Inicio>

Organización Internacional del Trabajo, web

Trabajadores pobres: <https://ilostat.ilo.org/es/topics/working-poor/>

Organización Internacional del Trabajo, web

Trabajo decente: <http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>

## 11. Referencias bibliográficas

Agulló-Tomás, E. (2013). *El salario social básico como medida de inclusión social: Estrategias y trayectorias, el caso de Avilés y Asturias*. Ediciones de la Universidad de Oviedo.

Agulló-Tomás, E., Llosa, J. A., y Agulló-Tomás, M. S. (2018). Trabajo indecente, contexto actual e implicaciones. En J. L. Álvaro Estramiana, *La interacción Social (Homenaje a José Ramón Torregrosa)* (pp. 75-93). Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) Academia.

Aragón, J., Cruces, J., De la Fuente, L., Martínez, A., Otaegui, A., y Llopis, E. S. (2012). *Trabajadores pobres y empobrecimiento en España* (N.º 56; Colección Estudios). Fundación 1º de Mayo. <http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Estudio56.pdf>

Arnal, M., Finkel, L., y Parra, P. (2013). Crisis, desempleo y pobreza: Análisis de trayectorias de vida y estrategias. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(2), 281-311. [https://doi.org/10.5209/rev\\_CRLA.2013.v31.n2.43221](https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n2.43221)

Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., y Muntaner, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229-253. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>

Carrasquer, P., y Torns, T. (2007). Cultura de la precariedad: Conceptualización, pautas y dimensiones: Una aproximación desde la perspectiva de género. *Sociedad y utopía: Revista de ciencias sociales*, 29, 139-156.

Castel, R. (1997). *La Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del Salariado*. Paidós.

Comisión Europea. (2010). *Estrategia Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador* [Comunicación de la Comisión]. Comisión Europa. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:ES:PDF>

Crettaz, E., y Bonoli, G. (2010). *Why are Some Workers Poor? The Mechanisms that Produce Working Poverty in a Comparative Perspective* (N.º 12; Working Papers). RECOWE Publication. [https://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/3985/REC-WP\\_1210\\_Crettaz\\_Bonoli.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.era.lib.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/3985/REC-WP_1210_Crettaz_Bonoli.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

EAPN España. (2020). *El Estado de la Pobreza: Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008–2019*. EAPN España.

Eurostat. (2020). *Employment—Annual statistics*. Eurostat Statistics Explained.

Fernández Rodríguez, C. J., y Serrano Pascual, A. (2014). *El paradigma de la flexiguridad en las políticas de empleo españolas: Un análisis cualitativo*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Gallie, D. (2007). Production regimes, employment regimes, and the quality of work. En D. Gallie (Ed.), *Employment regimes and the quality of work* (pp. 18-51). Oxford University Press.

García Espejo, I., y Ibáñez Pascual, M. (2007). Los trabajadores pobres y los bajos salarios en España: Un análisis de los factores familiares y laborales asociados a las distintas situaciones de pobreza. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 14, 41-67. <https://doi.org/10.5944/empiria.14.2007.1172>

García-Izquierdo, A. L., Moscoso, S., y Ramos-Villagrasa, P. J. (2012). Reactions to the Fairness of Promotion Methods: Procedural justice and job satisfaction. *International Journal of Selection and Assessment*, 20(4), 394-403. <https://doi.org/10.1111/ijsa.12002>

Giesselmann, M. (2015). Differences in the Patterns of in-work Poverty in Germany and the UK. *European Societies*, 17(1), 27-46. <https://doi.org/10.1080/14616696.2014.968796>

Goma, R., y Rosetti, N. (2016). Profiles of Exclusion and Social Inclusion Policies in Spain: Dimensions of Change. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 64, 51-78.

Halleröd, B., Ekbrand, H., y Bengtsson, M. (2015). In-work poverty and labour market trajectories: Poverty risks among the working population in 22 European countries. *Journal of European Social Policy*, 25(5), 473-488. <https://doi.org/10.1177/0958928715608794>

International Labour Organization. (2016). *Non-Standard Employment Around the World: Understanding challenges, shaping prospects*. International Labour Office.

International Labour Organization. (2021). *World Employment and Social Outlook: Trends 2021*. International Labour Office.

- Jahoda, M. (1982). *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*. CUP Archive.
- Klug, K., Selenko, E., y Gerlitz, J.-Y. (2020). Working, but not for a living: A longitudinal study on the psychological consequences of economic vulnerability among German employees. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2020.1843533>
- Koumenta, M., y Williams, M. (2019). An anatomy of zero-hour contracts in the UK. *Industrial Relations Journal*, 50(1), 20-40. <https://doi.org/10.1111/irj.12233>
- Laparra, M. (2006). *La construcción del empleo precario: Dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral*. Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, FOESSA, Cáritas Española, Editores. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=402414>
- Låstad, L. (2015). *Job insecurity climate: The nature of the construct, its associations with outcomes, and its relation to individual job insecurity*. Stockholm University <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:844327>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (1995). Boletín Oficial del Estado, 269, sec. I, de 10 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
- Llosa, J. A., Agulló-Tomás, E., Menéndez-Espina, S., Rodríguez-Suárez, J., y Boada-Grau, J. (2020). Incertidumbre Laboral, Salud Mental y Apoyo Social en trabajadores pobres. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 20(1), 2178-2178. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2178>
- López-Andreu, M., y Verd, J. M. (2016). Employment instability and economic crisis in Spain: What are the elements that make a difference in the trajectories of younger adults? *European Societies*, 18(4), 315-335. <https://doi.org/10.1080/14616696.2016.1207791>
- OIT. (2012). *Del trabajo precario al trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_dialogue/@actrav/documents/meetingdocument/wcms\\_179789.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/meetingdocument/wcms_179789.pdf)
- Parker, I. (2016). Capitalismo, locura y justicia social. En R. Rodríguez López (Ed.), *Contra-psicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura* (pp. 113-140). Dado Ediciones.
- Pérez Infante, J. I. (2015). El mercado de trabajo y los trabajadores pobres. En E. M. Blázquez Agudo (Ed.), *El trabajador pobres como centro de gravedad de la prevención de la exclusión social* (pp. 35-60). Editorial Bomarzo. Albacete.
- Rimnacova, Z., y Kajanova, A. (2019). Stress and the Working Poor. *Human Affairs-Postdisciplinary Humanities & Social Sciences Quarterly*, 29(1), 87-94. <https://doi.org/10.1515/humaff-2019-0008>
- Rodgers, G. (1989). Precarious work in Western Europe: The state of the debate. En G. Rodgers & J. Rodgers, *Precarious Jobs in Labour Market Regulation: The Growth of Atypical Employment in Western Europe* (pp. 1-16). International Institute for Labour Studies and Free University of Brussels.
- Rodríguez Fernández, J. R. (2016). *Entreteniendo a los pobres: Una crítica político ideológica de las medidas de lucha contra la exclusión social*. Editorial Bomarzo. Albacete.
- Tejero, A. (2017). In-Work Poverty Persistence: The Influence of Past Poverty on the Present. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, 157, 141-160. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.157.141>
- Uxó, J., Febrero, E., y Bermejo, F. (2015). Reforma laboral, devaluación salarial y empleo: Una perspectiva macroeconómica. *Revista de Economía Laboral*, 12(1), 201-247.
- Vosko, L. F. (2011). *Managing the Margins: Gender, Citizenship, and the International Regulation of Precarious Employment*. Oxford University Press.

**Contingencias  
de origen profesional:  
accidente de trabajo  
y enfermedad  
profesional**

**10**





# Contingencias de origen profesional: accidente de trabajo y enfermedad profesional

—  
Paz Menéndez Sebastián

Iván Antonio Rodríguez Cardo

## Objetivos

Al finalizar el presente capítulo será capaz de:

1. Identificar las distintas contingencias protegidas por el sistema de Seguridad Social.
2. Determinar cuándo se aplica la presunción de accidente de trabajo y comprender su relevancia práctica.
3. Conocer la distinta tipología de accidentes que pueden ser considerados accidentes de trabajo.
4. Distinguir los procesos patológicos que pueden ser considerados como accidente de trabajo o como enfermedad profesional de aquellos que tienen un origen común.

## Abreviaturas y acrónimos

- ET: Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- LGSS: Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
- RD: Real Decreto.
- Rec.: Recurso.
- STS: Sentencia del Tribunal Supremo.
- TS: Tribunal Supremo.

# Índice

1. **Introducción**
2. **La relación de causalidad como elemento nuclear del accidente de trabajo**
3. **La presunción de accidente de trabajo**
4. **El accidente *in itinere***
5. **El accidente en misión**
6. **La calificación de las enfermedades como accidente de trabajo**
7. **En particular, la aplicación de la presunción de accidente de trabajo a las enfermedades**
8. **La enfermedad profesional**
9. **Resumen y conclusiones**
10. **Preguntas para la reflexión**
11. **Páginas web de interés**
12. **Referencias bibliográficas**

## 1. Introducción

El sistema de Seguridad Social no protege a todas las personas de cualesquiera situaciones de necesidad, sino que, al menos en su modalidad contributiva, centra su atención en los trabajadores afectados por alguna circunstancia (contingencia) que, temporal o definitivamente, no les permita continuar desempeñando la actividad profesional, lo que supone una pérdida de rentas que se compensa con una prestación pública, sin perjuicio de la atención sanitaria cuando el trabajador la precise. Esas contingencias pueden tener origen común, es decir, afectan potencialmente a cualquier persona y no traen causa del trabajo (enfermedad común y accidente no laboral), u origen profesional, esto es, se producen con ocasión o a consecuencia del trabajo (accidente de trabajo y enfermedad profesional).

La diferencia entre contingencias comunes y profesionales resulta esencial en la construcción del sistema de Seguridad Social, porque repercute, de una u otra manera, en todas sus áreas o parcelas. De este modo, algunos colectivos solo están comprendidos en el campo de aplicación de la Seguridad Social a efectos de contingencias profesionales (v. gr. , extranjeros en situación administrativa irregular). La cotización distingue entre contingencias comunes y profesionales. La gestión de las contingencias profesionales se articula generalmente a través de entidades colaboradoras específicas (mutuas). Los requisitos de acceso a prestaciones son diferentes entre unas contingencias y otras, algunas prestaciones únicamente nacen si el trabajador sufre una contingencia profesional (v. gr. , lesiones permanentes no incapacitantes). La fórmula de cálculo de las bases reguladoras suele ser más generosa para las contingencias profesionales al acudir al salario real; el porcentaje aplicable a las mismas en ocasiones es más elevado, como sucede durante los primeros días en incapacidad temporal, e incluso se contempla el derecho del beneficiario a percibir cantidades adicionales a las reconocidas por la Seguridad Social, como el recargo de prestaciones y, eventualmente, la indemnización civil para resarcir completamente el daño.

En este contexto, las contingencias profesionales garantizan, por lo general, que la acción protectora del sistema de Seguridad Social se va a desplegar y además en toda su intensidad, a diferencia de lo que sucede con las contingencias comunes, supeditadas a la acreditación de requisitos como el alta y el período de carencia, que pueden derivar en la denegación de la correspondiente prestación, teniendo en cuenta además que su eventual reconocimiento no garantiza prestaciones del mismo importe que aquellas que tienen su origen en riesgos profesionales.

Por consiguiente, el concepto de contingencia profesional es determinante en el ámbito de la Seguridad Social. Pese a ello, las reglas legales que se ocupan de definir el accidente de trabajo y la enfermedad profesional no han sufrido demasiadas variaciones a lo largo de los años. En verdad, la definición de accidente de trabajo que ofreció la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 es sustancialmente idéntica a la actual. De ahí que hayan sido los tribunales, con especial protagonismo del Tribunal Supremo, los que han ido delimitando el concepto tanto del accidente de trabajo como de la enfermedad profesional. Se trata de conceptos en constante evolución, sin duda cambiantes, porque deben adaptarse al contexto histórico y socioeconómico, con nuevas formas de trabajar y también nuevos comportamientos sociales y laborales, que en último término se dejan

sentir en la interpretación de los tribunales.

El accidente de trabajo ha provocado mucha más litigiosidad que la enfermedad profesional, seguramente porque la elaboración de un listado que recoge esa clase de enfermedades facilita su calificación y aporta seguridad jurídica. En cambio, la calificación del accidente de trabajo se presta a mayor incertidumbre, porque no todos los accidentes se producen en la ejecución directa del trabajo, pero en muchas ocasiones puede encontrarse una conexión entre lesión y trabajo que permitiría considerar que la contingencia tiene un origen profesional. A la postre, a partir de las reglas legales y de la doctrina del Tribunal Supremo es claro que el concepto de accidente de trabajo se ha construido sobre dos pilares básicos: la relación de causalidad entre lesión y trabajo y la presunción de laboralidad de los accidentes acaecidos en tiempo y lugar de trabajo.

## **2. La relación de causalidad como elemento nuclear del accidente de trabajo**

La definición de accidente de trabajo se encuentra recogida en el art. 156 de la LGSS, precepto que proporciona pautas relevantes para la calificación de la contingencia, al contener algunos de los ejemplos más clásicos y típicos del accidente de trabajo, así como reglas que afectan a la carga probatoria, cuestión que a menudo se convierte en decisiva ante los tribunales. A partir del análisis del art. 156 de la LGSS se puede concluir que el accidente de trabajo tiene dos elementos clave: la relación de causalidad y la presunción de accidente de trabajo.

Por supuesto, demostrada la relación de causalidad siempre habrá de calificarse el riesgo como profesional, sin duda ninguna. La existencia de una relación de causalidad entre el daño y el trabajo convierte al accidente en laboral. Sin embargo, esa relación de causalidad no siempre es sencilla de demostrar, porque la lesión puede haber sido originada por una pluralidad de causas, sin certeza sobre cuál de ellas haya podido contar con más impacto, e incluso a menudo puede desconocerse la causa real que ha ocasionado el daño. De ahí que el art. 156, en su apartado 3, presuma que el accidente producido en tiempo y lugar de trabajo tiene naturaleza laboral o profesional. No es una certeza, sino una mera presunción, de modo que la prueba de la relación de causalidad, o de su ausencia prevalecerá sobre la presunción, pero esa prueba no siempre es posible o fácil de acreditar.

La necesidad de existencia de nexo causal deriva del art. 156. 1 de la LGSS, en virtud del cual se califica como accidente de trabajo “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Es una definición que repite casi literalmente la ofrecida hace más de un siglo por la Ley de 30 de enero de 1900 sobre Accidentes de Trabajo (Ley Dato). Sin embargo, el alcance final del vigente precepto dista mucho del originario, no solo por los criterios sentados por la jurisprudencia, que le dan gran variedad casuística, sino porque la regla general se completa con presunciones y supuestos particulares, además de la extensión de esta contingencia a los trabajadores autónomos.

Es claro que el accidente de trabajo únicamente tiene lugar si el trabajador sufre una “lesión corporal”, expresión en la que inicialmente solo cabía incluir el daño súbito producido por un accidente en sentido estricto, pero que la jurisprudencia extendió a

cualquier daño corporal procedente de herida, golpe o enfermedad y, más ampliamente, a cualquier daño o perjuicio, comprendiéndose dentro de ese concepto de lesión no solo el daño físico ocasionado en los tejidos, sino también el trauma que produce impresiones duraderas en lo psíquico (STS de 4-4-2018, rec. 2191/2016). Por consiguiente, encajan también en el concepto de accidente de trabajo las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales causadas por agentes patológicos internos o externos (STS de 24-2-2014, rec. 145/2013), inclusive los denominados riesgos psicosociales.

En todo caso, esa lesión o daño debe ser producto del trabajo, pues el trabajador debe sufrirlo “con ocasión o como consecuencia” del trabajo, es decir, ha de existir una relación de causalidad entre el daño y la actividad productiva. El precepto legal, como se aprecia, distingue “con ocasión” y “como consecuencia”, expresiones no idénticas, de modo que la calificación como accidente de trabajo no siempre exige una relación de causalidad estricta entre el trabajo y la lesión (“por consecuencia”), sino que también se admite una causalidad más amplia o relajada (“con ocasión”). En este último caso el trabajo no es la causa determinante o única del accidente, sino un factor importante, lo que da lugar a una especie de relación de causalidad indirecta, también denominada “ocasionalidad relevante” (STS 1-12-2017, rec. 3892/2015). El trabajo, así pues, influye en el daño sufrido por el trabajador, pero no es la ejecución del trabajo la que provoca directamente la lesión.

Por su parte, el apartado 2 del art. 156 LGSS proporciona un listado de supuestos de accidente de trabajo en los que se entiende que concurre esa relación de causalidad. No es, desde luego, una relación exhaustiva, pero sí un catálogo de las situaciones que a lo largo de los años han tenido una mayor presencia en los tribunales, que han calificado esas contingencias como profesionales. En concreto, y por lo que se refiere a accidentes en sentido estricto, ese precepto considera accidentes de trabajo “los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo” (accidentes *in itinere*), “los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos”, “los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa” (mención en la encajan los denominados accidentes en misión), así como “los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo”. Nótese que en todos estos supuestos los accidentes no se producen durante la ejecución de la prestación laboral en sentido estricto, sino en otro contexto, más o menos alejado, pero en todos ellos se aprecia una suficiente conexión con el trabajo como para merecer la calificación de contingencia profesional.

En cambio, el art. 156. 4. a) de la LGSS advierte que no merece la condición de accidente de trabajo el daño que se produce por fuerza mayor, aunque la exclusión del concepto de fuerza mayor de la “insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza” reduce el campo de aplicación de esta exclusión, que, por otro lado, conecta con la previsión del art. 160 de la LGSS, que excluye de la protección de la Seguridad Social los riesgos declarados catastróficos. Conforme al RD 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, tienen tal carácter los terremotos y maremotos, las inundaciones extraordinarias, las erupciones volcáni-

cas, la tempestad ciclónica atípica, las caídas de cuerpos siderales y aerolitos, los daños ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular; y los hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. Estas situaciones no son muy frecuentes, ni han tenido presencia en los tribunales de lo social recientemente, pero desde luego no parece que esta exclusión deba configurarse con carácter absoluto.

La relación de causalidad desaparece en caso de que concurra dolo o imprudencia temeraria del trabajador, pesando sobre quien alega una circunstancia de este tipo la obligación de probarla (art. 156. 4 de la LGSS). El concepto de imprudencia que maneja el art. 156 de la LGSS es distinto al que rige en otros ámbitos del ordenamiento, y en particular en derecho penal, pues desde la perspectiva del accidente de trabajo la imprudencia temeraria supone la asunción de riesgos manifiestos, innecesarios y especialmente graves a la conducta usual de las gentes y, por ello, no se identifica necesariamente con la infracción de normas reglamentarias. Es una doctrina que, principalmente, se ha elaborado en el marco de los accidentes de circulación, de modo que no suele apreciarse imprudencia temeraria ante la infracción de normas de tráfico, como ignorar la señalización o el exceso de velocidad, incluso aunque el trabajador incurra en ilícito penal (STS de 13-3-2008, rec. 4592/2006). La razón de esta mayor flexibilidad es evitar la total desprotección del trabajador, pues la imprudencia temeraria implica técnicamente que no ha tenido lugar un accidente, ni laboral ni no laboral, de modo que el trabajador –o sus beneficiarios en caso de fallecimiento–, no podrían causar prestaciones de Seguridad Social. En esta misma línea, es razonable que la imprudencia no temeraria del trabajador, y más aún su particular manifestación conocida como imprudencia profesional, derivada de un descuido o exceso de confianza en trabajadores experimentados, no constituya un obstáculo para la calificación de la contingencia como profesional (art. 156. 5. a) de la LGSS).

Además, el accidente de trabajo no pierde tal carácter pese a que de las circunstancias se deduzca que no ha tenido lugar un accidente en sentido estricto. En efecto, el art. 156. 5. b) de la LGSS deja claro que no obstará la calificación de accidente de trabajo la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo. Es decir, el hecho de que el daño sea causado de manera intencionada por otra persona no destruye su conexión con el trabajo, salvo que se pruebe, claro está, que la acción lesiva se ha producido por circunstancias totalmente ajenas al trabajo, por una relación personal alejada por completo de la relación laboral.

En fin, y sin perjuicio de un mayor desarrollo posterior, conviene tener presente que la relación de causalidad permite calificar como accidentes de trabajo no solo los accidentes en sentido estricto, sino también las enfermedades. Como se dijo, el sistema de Seguridad Social contempla dos contingencias de origen profesional: el accidente de trabajo y la enfermedad profesional. Sin embargo, no todas las enfermedades causadas por el trabajo deben calificarse como enfermedades profesionales. La enfermedad profesional se define en el art. 157 de la LGSS, a cuyo tenor “se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”. Por

consiguiente, la consideración de una patología como enfermedad profesional requiere la específica inclusión en la norma correspondiente, sin la cual, en principio, no podrá llegarse al convencimiento de que la dolencia tiene tal carácter. El resto de enfermedades causadas por el trabajo, incluidas las agravaciones y las denominadas enfermedades intercurrentes, tienen su encaje en el art. 156 de la LGSS, como expresamente se recoge en su apartado 2, de modo que serán calificadas como accidentes de trabajo.

### 3. La presunción de accidente de trabajo

A tenor del art. 156. 3 de la LGSS, “se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo”. Esta presunción despliega efectos prácticos sobresalientes, pues exime al trabajador de demostrar la relación de causalidad cuando el siniestro se ha producido en tiempo y lugar de trabajo. Sin lugar a dudas, la prueba fehaciente de la relación de causalidad, o de su ausencia, prevalece sobre la presunción, pero la entrada en juego de la presunción hace innecesarios los esfuerzos probatorios del trabajador. Es una excepción al principio general que hace recaer la prueba sobre quien pretende obtener el beneficio o ejercitar el derecho correspondiente (“quien alega debe probar”), y que responde a la lógica irreprochable de que los sucesos acaecidos en tiempo y lugar de trabajo no se deben, en principio, exclusivamente al azar, sino que el empresario es quien domina o debe dominar el medio en el que se desarrolla la actividad laboral y es su deber preservar la salud y la integridad física de los trabajadores.

En este contexto, para que entre en escena la presunción del artículo 156. 3 de la LGSS basta en el caso de accidentes *stricto sensu* con que el trabajador demuestre: 1) la concurrencia de un elemento externo generador de la lesión (el accidente entendido como acto súbito); y 2) el entorno laboral, esto es: el tiempo y el lugar de trabajo. Una vez aportada esa doble prueba se tiene por cierta la circunstancia presumida y quien se oponga a la aplicación de los efectos de la presunción tendrá que demostrar la falta de conexión entre el hecho dañoso y el trabajo. El elemento externo debe ser entendido en sentido amplio, no solo referido a la intervención de elementos como máquinas o utensilios, sino también a circunstancias físicas, tales como irregularidades en el terreno, caídas de objetos, e incluso, a daños derivados de la actuación de otras personas en el centro de trabajo, como puede ser una tropello o un atraco (STS de 20-11-2014, rec. 2399/2013).

En relación con el concepto de tiempo y lugar de trabajo, la jurisprudencia ha optado por flexibilizar la interpretación, pero advirtiendo que las dos circunstancias –tiempo y lugar de trabajo– han de concurrir simultáneamente, de modo que la presunción no se extiende a los accidentes acaecidos en vestuarios o en zonas de descanso en el centro de trabajo, porque aunque pudieran ser considerados como lugar de trabajo, falta el elemento temporal, ya que la presencia en vestuarios suele tener lugar antes o después de la jornada, y no estrictamente durante el tiempo de trabajo (STS de 22-12-2010, rec. 719/2010).

No obstante, la casuística es variada, y en general esta restricción del radio de acción de la presunción legal se aplica con mayor rigor a las enfermedades manifestadas en tiempo y lugar de trabajo, como se desarrollará en un epígrafe posterior. En el caso de accidentes en sentido estricto, la jurisprudencia suele extender la presunción cuando el

siniestro se produce en el lugar de trabajo, aunque técnicamente el trabajador se encuentre fuera de su jornada, pues es obligación del empresario preservar la seguridad de sus trabajadores no solo en el concreto espacio físico/temporal de la prestación de servicios, sino también en el entorno laboral en sentido más amplio, incluyendo vestuarios, zonas internas de descanso, comedores, etc., en tanto que todas esas dependencias conforman el lugar de trabajo. Así se explica que el TS admita la aplicación de la presunción del apartado tercero, por ejemplo, en caso de accidentes provocados durante la denominada “pausa para el bocadillo” prevista en el art. 34. 4 del ET, pese a que no siempre tenga la consideración de tiempo de trabajo (SSTS de 27-1-2014, rec. 3179/2012; 16-7-20, rec 1072/18).

Por consiguiente, en el caso de accidentes en sentido estricto, no enfermedades, se impone una interpretación relajada de los conceptos de tiempo y lugar de trabajo, aunque también es claro que la relación de causalidad resulta más evidente, porque en esos accidentes el trabajador se encuentra en dependencias empresariales por motivos netamente laborales, y el accidente se produce por tanto “con ocasión o como consecuencia del trabajo”, por lo que no genera mayor dificultad su encaje en la definición legal, a salvo de que concurren circunstancias completamente ajenas al trabajo. Por el contrario, las enfermedades, por sus propias peculiaridades, exigen una interpretación más estricta de ambos elementos –tiempo y lugar de trabajo– por la ausencia de un riesgo profesional notorio creado por la parte empresarial. La jurisprudencia sobre infartos de miocardio o accidentes vasculares así lo demuestra (STS de 22-12-2010, rec. 719/2010).

Ahora bien, la eventual flexibilización de los conceptos de tiempo y lugar de trabajo no puede desvirtuar su naturaleza y, por ello, la presunción no se extiende a lo acaecido durante las denominadas guardias localizadas, porque “la situación de disponibilidad, cuando el trabajador debe estar localizable, no presupone la realización de trabajo alguno”, y, en definitiva, el trabajador no se encuentra ni en tiempo ni en lugar de trabajo, lo que le obliga a demostrar la relación de causalidad (STS de 9-12-2003 rec. 2358/2002).

Por supuesto, cuando entra en juego la presunción habrán de ser el INSS, la mutua o el empresario los que deban probar la ausencia de relación de causalidad, prueba que desde luego no es sencilla. En ausencia de prueba, la presunción favorece al trabajador, de modo que el siniestro se califica como accidente de trabajo pese a que no haya sido establecida fehacientemente la relación de causalidad. En definitiva, la entrada en juego de la presunción no exige demostrar la relación de causalidad, sino precisamente lo contrario, que el accidente o enfermedad no han sido provocados por el trabajo.

En fin, también conviene poner de manifiesto que las interpretaciones son más flexibles en ciertos sectores, como sucede particularmente en caso del trabajo en el mar. Es obvio que se trata de un ámbito extraordinariamente particular, en el que coinciden el centro de trabajo y el domicilio del trabajador durante todo el periodo que dura el embarque y en el que, si bien la “jornada efectiva de trabajo” debe ajustarse a unos límites más o menos estrictos fijados en la norma, el “tiempo de trabajo” no es susceptible de restricciones tan intensas, porque las especiales circunstancias pueden obligar al trabajador a reanudar la prestación de servicios en cualquier momento (STS de 6-7-2015, rec. 2990/2013). De ahí que merezcan la calificación de laborales los accidentes producidos en el buque, o en sus inmediaciones, incluso cuando el trabajador no estaba prestando servicios, ni tampoco se encontraba estrictamente en tiempo y lugar de trabajo (STS de



16-7-2014, rec. 2352/2013). En este sentido, y aunque es necesaria una valoración caso por caso, la jurisprudencia ha considerado como accidentes de trabajo daños de variada índole sufridos por marineros embarcados, desde simples procesos febriles a patologías de origen claramente común (STS de 4-2-2015, rec. 197/2014).

#### 4. El accidente *in itinere*

El art. 156. 2 a) de la LGSS incluye en el listado de accidentes de trabajo “los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo”, denominados tradicionalmente *accidentes in itinere*, en tanto que el suceso se produce en un desplazamiento por motivos netamente laborales. La relación de causalidad es, pues, evidente y notoria, porque el trabajo es la razón a la que se debe el desplazamiento.

A tenor de la jurisprudencia, el concepto de accidente *in itinere* se construye a partir de dos términos, uno de ellos expresamente previsto en el precepto legal, el lugar de trabajo, y el otro que se infiere lógicamente del supuesto protegido, el domicilio del trabajador. Esos dos elementos están conectados a través del trayecto que debe realizar el trabajador para acudir al lugar de trabajo o retornar a su domicilio (STS de 15-4-2013, rec. 1847/2012). Esta conexión entre el lugar de trabajo y el domicilio del trabajador ha sido configurada en forma amplia, aunque requiere unos criterios de normalidad en la apreciación del binomio trayecto-trabajo, de modo que ha de descartarse la calificación de contingencia profesional en aquellos supuestos en que se rompe este nexo normal.

En términos generales, la calificación de accidente *in itinere* exige la concurrencia simultánea de las siguientes circunstancias: 1) la finalidad principal y directa del viaje debe estar determinada por el trabajo (elemento teleológico); 2) el accidente debe producirse en el trayecto habitual y normal entre el domicilio al lugar de trabajo o viceversa (elemento geográfico); 3) el siniestro debe producirse dentro del tiempo prudencial que normalmente se invierte en el trayecto (elemento cronológico), de forma que el recorrido no se vea alterado por desviaciones o alteraciones temporales que no sean normales (30 minutos suele ser el límite de referencia) y obedezcan a motivos de interés particular de tal índole que rompan el nexo causal con la ida o la vuelta del trabajo; 4) el trayecto debe realizarse en el medio normal de transporte o, cuando menos, en un medio de transporte que no incremente desproporcionadamente el riesgo (STS de 17-4-2018, rec. 1777/2016).

En presencia de esas circunstancias debe apreciarse la relación de causalidad porque el motivo del desplazamiento es el propio trabajo. Es una causalidad que opera de forma prácticamente automática, por su íntima conexión con el trabajo. Técnicamente, no es de aplicación la presunción legal del art. 156. 3 de la LGSS, ya que el accidente no se produce ni durante el tiempo ni en el lugar de trabajo, pero en supuestos de accidente *in itinere* se exime al trabajador de una prueba análoga a la requerida en otros accidentes. En efecto, la prueba no consiste en demostrar que el trabajo ha causado el accidente, sino que ha de limitarse a la justificación de los rasgos configuradores del accidente *in itinere*, debiendo asumir quien niega el carácter laboral del suceso el grueso de la prueba, que, además, solo podrá consistir en la constatación de que el acontecimiento no encaja en el art. 156. 2. a) de la LGSS. Es decir, el trabajador debe probar que acudía o retornaba del trabajo, mientras que quien se oponga a la calificación como accidente de trabajo deberá demostrar que no concurre alguno de los rasgos esenciales de esta modalidad

de accidente (trayecto habitual, desviación mayor de la permitida, etc.), o que no puede considerarse accidente por el juego del art. 156. 4 (fuerza mayor, dolo o imprudencia temeraria), o del art. 156. 5 *in fine*, esto es, la responsabilidad criminal o civil de un tercero ajena al trabajo (STS 20-2-2006, rec. 4145/2004).

No obstante, la jurisprudencia se ha mostrado flexible en este punto, afirmando que la causalidad no se rompe si “la conducta normal del trabajador responde a patrones usuales de convivencia o comportamiento del común de las gentes” (STS de 17-12-1997, rec 923/1997); que tampoco ha de excluirse la calificación de accidente de trabajo por la “posibilidad de alguna gestión intermedia razonable” (STS 14-2-2017, rec. 838/2015); y que ha de admitirse la razonabilidad de ampliaciones en la protección atendiendo a “criterios de normalidad dentro de los que se produce una conexión también normal entre el desplazamiento y el trabajo” (STS 26-12-2013, rec. 2315/2012). De hecho, se ha calificado de accidente *in itinere*, por ejemplo, el producido al bajar las escaleras –comunes– del portal del inmueble en el que está situada la vivienda (STS 26-2-2008, rec. 1328/2007); el sufrido por el trabajador que una vez que había terminado de comer en su domicilio, cogió la motocicleta para dirigirse al trabajo y antes de salir de la finca de su domicilio para incorporarse a la carretera resbaló y cayó (STS 14-02-2011, rec. 1420/2010); el accidente de tráfico que se produce un domingo por la noche en el trayecto desde el domicilio familiar en el que descansaba el trabajador los fines de semana hasta el lugar de residencia en los días laborables, donde el trabajador vivía durante la semana por razones de proximidad a su centro de trabajo (STS 26-12-2013, rec. 2315/2012); el daño derivado de un robo con violencia sufrido por una trabajadora al regresar del centro de trabajo a su domicilio, sin que existiese relación previa entre la víctima y el autor del robo (STS 14-10-2014, rec. 1786/2013); el padecido por un trabajador que se desvía de su trayecto para recoger, como era habitual, a unos compañeros de trabajo, pese a existir un intervalo de varios minutos en los que no se sabe a ciencia cierta qué ha hecho (STS 14-2-2017, rec. 838/2015); o el accidente de tráfico que sufre una trabajadora al regresar a su domicilio pese a que no inicia el trayecto directamente, sino que antes de coger el autobús se dirige a un centro comercial a hacer la compra (STS 17-4-2018, rec. 1777/2016).

## 5. El accidente en misión

Aunque en ocasiones pueden tener paralelismos, por cuanto también se produce un desplazamiento, el accidente en misión y el accidente *in itinere* son dos figuras muy diferentes. El accidente en misión no se produce al ir o al volver del lugar de trabajo o, dicho de otra forma, no tiene lugar en el desplazamiento ordinario para acudir a trabajar o para retornar al domicilio una vez concluida la jornada de trabajo, sino que acontece al ejecutar una tarea o una actividad. Un trabajo, en definitiva, que el empresario encomienda al trabajador y que debe realizarse fuera del entorno ordinario donde se desarrolla usualmente la prestación laboral.

Desde esta perspectiva, la misión tiene tres tiempos bien diferenciados, a saber: el de desplazamiento –el trabajador debe llegar tanto al lugar de destino, como en su caso al alojamiento donde pernochará y, además, ha de retornar tras cumplir la misión–; el de efectiva ejecución de las tareas en que consiste la misión encomendada; y el resto que “ni es propiamente desplazamiento, ni tampoco realización de la actividad laboral” (STS de 23-6-2015, rec. 944/2014). Desde este prisma, la protección que se ofrece al trabajador se acomoda a las reglas precedentes. Así pues, en los tiempos de desplazamiento el trabajador quedará protegido frente a los accidentes en sentido estricto por asimilación de la regla del accidente *in itinere* (STS de 7-2-2017, rec. 536/2015). Cuanto se produzca el accidente o se manifieste la enfermedad en el tiempo y el lugar de ejecución de la tarea encomendada entrará en juego la presunción del art. 156. 3 de la LGSS (STS de 16-9-2013, rec. 2965/2012), aunque la misión en cuestión no sea la actividad estrictamente ordinaria del trabajador (STS de 18-12-1996, rec. 2343/1996). La misma presunción se extiende a las patologías manifestadas en los periodos en los que el trabajador está a disposición del empresario (STS de 19-7-2010, rec. 2698/2009).

Para el resto, enfermedades manifestadas en los desplazamientos o accidentes o enfermedades que se producen o manifiestan en tiempos ajenos a la prestación de servicios, esto es, de descanso o de actividades de carácter personal o privado, la regla es la misma que si no hubiese misión, de modo que el trabajador no disfruta de una protección especial (STS de 23-6-2015, rec. 944/2014). Por consiguiente, no todo lo que acontece durante la misión ha de guardar conexión o relación con el trabajo encomendado, de modo que si el suceso no se produce durante la ejecución del trabajo encomendado, sino durante el tiempo de asueto u ocio, deberá ser el trabajador el que acredite “una conexión necesaria con el trabajo” (STS de 24-2-2014, rec. 145/2013). Esta prueba de la relación de causalidad es imprescindible en caso de enfermedades, de modo que habrá de probarse que la patología ha sido contraída con ocasión o como consecuencia del trabajo encomendado (STS de 1-12-2017, rec. 3892/2015). En defecto de esa prueba no será posible la calificación como accidente de trabajo de la enfermedad que se manifieste durante el tiempo de descanso en la misión (STS de 7-2-2017, rec. 536/2015).

En todo caso, la jurisprudencia ha apostado por flexibilizar el criterio cuando se aprecia cierta conexión entre la misión encomendada y la patología en cuestión, pero sin que esta sea ni clara ni evidente, por ejemplo, porque se desconoce el contexto concreto en el que se ha producido el contagio de la enfermedad (STS de 23-6-2015, rec. 944/2014). En estos casos, se califica de accidente de trabajo la lesión sufrida durante la misión cuando se acredita, básicamente, que si no hubiera sido por el encargo empresarial probablemente aquella no se habría producido.

## 6. Las enfermedades como accidente de trabajo: tipología y relación de causalidad

Las enfermedades causadas por el trabajo deben ser consideradas, incuestionablemente, como contingencias de origen profesional. Sin embargo, el ordenamiento jurídico no ofrece la misma protección a todas las enfermedades que deriven del trabajo, sino que distingue dos categorías. En primer lugar, las denominadas enfermedades profesionales, que tienen un trato preferente o especial desde la perspectiva de la Seguridad Social y de la prevención de riesgos laborales. En segundo lugar, cualesquiera otras enfermedades que el trabajador contraiga con ocasión y a consecuencia del trabajo, que merecen la calificación de accidentes de trabajo.

Las enfermedades profesionales serán objeto de desarrollo en un epígrafe posterior. Baste decir que se consideran como tales las listadas en el RD 1299/2006, de 10 de noviembre, y que suelen vincularse con el desarrollo de una profesión. En términos generales, cabría decir que las enfermedades profesionales son patologías o dolencias características de una profesión concreta, de modo que si un trabajador que se dedica a esa profesión contrae dicha enfermedad la relación de causalidad con el trabajo se presume, ya que únicamente es menester probar la enfermedad, pero no que el trabajo es el factor o elemento determinante, circunstancia sobre la que la norma no alberga dudas.

El resto de enfermedades con origen mediato o inmediato en el trabajo merecerán la calificación de accidentes de trabajo, como se deriva del art. 156. 2 de la LGSS. En concreto, ese precepto considera accidentes de trabajo: “las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo” (apartado e); “las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente” (apartado f); y “las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación” (apartado g).

Por consiguiente, el primer gran grupo de enfermedades que han sido incluidas en el concepto de accidente de trabajo son aquellas contraídas por la ejecución de la prestación laboral. La redacción del precepto dificulta en principio su aplicación práctica, porque se impone al trabajador la carga de probar que el trabajo es la “causa exclusiva” de la enfermedad. Esto, de ordinario, constituye una prueba imposible, pues habría que descartar, por ejemplo, que factores como los hábitos, las condiciones genéticas o elementos externos de toda índole carecen de cualquier influencia cuando el trabajador ha sufrido un infarto, y es posible que ni siquiera las técnicas médicas más sofisticadas puedan determinar con total certeza la causa exclusiva de ciertas enfermedades que pueden tener un origen pluricausal.

Así se explica que la jurisprudencia haya relajado la exigencia legal, matizando que no es imprescindible demostrar que el trabajo es la causa única de la enfermedad, sino que es suficiente que haya contribuido a la producción del hecho dañoso, aunque pudieran concurrir también otras causas –tales como sobrepeso, tabaquismo, o hipertensión, que

no rompen la relación de causalidad– si puede demostrarse la efectiva contribución del trabajo al resultado final, la enfermedad del trabajador (STS de 23-6-2015, rec. 944/2014). En efecto, la relación de causalidad no exige en estos casos una conexión directa entre la enfermedad y el trabajo (STS de 15-6-2010, rec. 2101/2009). Por supuesto, la relación de causalidad debe estar presente, pero no es necesario que la enfermedad se produzca “por consecuencia” del trabajo, sino que es suficiente que tenga lugar “con ocasión”, de modo que el trabajo es una condición para que el trabajador desarrolle la enfermedad, pero no una causa en sentido estricto (STS de 6-7-2015, rec. 2990/2013). Esta es la doctrina de la “ocasionalidad relevante”, que se caracteriza por una circunstancia negativa y otra positiva: la negativa consiste en que los factores que producen la lesión no son inherentes o específicos del trabajo, mientras que la circunstancia positiva supone que o bien el trabajo o bien las actividades normales de la vida de trabajo se convierten en una condición sin la que no se hubiese producido la exposición a los agentes o factores lesivos determinantes de aquella (STS de 13-12-2018, rec. 398/2017; 13/10/2020, rec. 2648/2018).

En segundo lugar, también se califican como accidentes de trabajo las enfermedades o defectos de origen común, pero que sufren agravación a resultas de un accidente de trabajo. En este caso, las consecuencias del accidente de trabajo absorben las previas dolencias de origen común, de modo que la situación se unifica y se califica como accidente de trabajo, perdiendo ese origen común. Esa misma regla, por cierto, ha sido extendida por el Tribunal Supremo a la agravación de las enfermedades profesionales debida a accidentes de trabajo posteriores. En este caso la jurisprudencia hace prevalecer las consecuencias del accidente de trabajo, en el que se subsume la previa enfermedad profesional (STS de 25-1-2006, rec. 2840/2004).

Esa valoración global del daño desde la perspectiva de la contingencia se produce asimismo en las enfermedades intercurrentes, verdaderas enfermedades comunes que agravan las secuelas de un accidente de trabajo. En este supuesto, y a diferencia del anterior, no prevalece la causa de la agravación (la enfermedad común), sino la lesión originaria, producto de un accidente de trabajo, de modo que las enfermedades intercurrentes que afectan a un accidente de trabajo previo se convierten también en contingencias profesionales.

Tanto en las unas como en las otras –enfermedades agravadas por el trabajo y enfermedades intercurrentes– la relación de causalidad resulta evidente aunque no sean lesiones inmediatas –sino mediatas– causadas por el trabajo (STS de 23-6-2015, rec. 944/2014), en tanto que sin la actividad productiva no se habría producido el accidente y sin este, a su vez, no se habría contraído, manifestado o agravado la enfermedad. Se trata, en ambos casos, de enfermedades de etiología común, preexistentes (apartado f) o ulteriores al accidente (apartado g), respecto de las que la carga probatoria impuesta a la parte que pretende la calificación como accidente de trabajo tiene dos elementos: la constatación del accidente y la acreditación de la relación de agravación o de interurrencia con él.

En el supuesto del apartado f) del art. 156. 2 de la LGSS, la agravación de la enfermedad preexistente debe tener lugar a partir de un accidente en sentido estricto, y no de otra enfermedad conectada con el trabajo, pues el TS considera que un proceso prolongado de esta índole parece más propio de las enfermedades profesionales (STS de 14-2-2006, rec. 2990/2004). Ahora bien, no es requisito legal que la agravación se manifieste de forma inmediata tras el accidente, ni necesariamente en tiempo y lugar de trabajo (STS de

3-7-2013, rec. 1899/2012). El legislador extiende su protección en estos casos tanto a dolencias preexistentes y conocidas que se ven agravadas como consecuencia de un suceso súbito y concreto, como a aquellas agravaciones de dolencias que hasta ese momento pudieron estar silentes, y que con el accidente se agravan o simplemente se manifiestan por vez primera (STS de 15-7-2015, rec. 1594/2014).

Por su parte, las enfermedades intercurrentes pueden contraerse en cualquier entorno, pues se trata de complicaciones en el proceso de curación de las secuelas del accidente (STS de 23-6-2015, rec. 944/2014). En realidad, el contacto con el agente infeccioso que da lugar a la patología que agrava los daños sufridos en el accidente, e incluso la propia manifestación de las consecuencias, se producirá usualmente fuera del ámbito laboral (por ejemplo, infección hospitalaria que afecta a una herida causada por un accidente de trabajo).

## **7. La aplicación de la presunción de accidente de trabajo a las enfermedades**

La presunción *iuris tantum* del art. 156. 3 LGSS alcanza no solo a los accidentes en sentido estricto, sino también a las enfermedades cuando se manifiestan en tiempo y lugar de trabajo, como ya se puso de manifiesto al abordar los caracteres de la presunción y los contornos del accidente en misión. Sin embargo, la intensidad de la presunción del art. 156. 3 LGSS es diferente en función de si el trabajador sufre un accidente o una enfermedad. No se trata de que la ley establezca una presunción distinta, pues la regla es la misma, sino de la mayor o menor posibilidad de probar en contrario. En el caso de accidentes no es sencillo romper la presunción, salvo que se demuestre imprudencia temeraria o dolo, o una relación personal entre el agresor y el trabajador agredido que nada tenga que ver con el trabajo. La conexión de los accidentes con la actividad laboral suele ser, con carácter general, evidente y notoria, de ahí que la presunción suponga un refuerzo, porque exime de prueba de la relación de causalidad, pero en la mayoría de supuestos no es un elemento decisivo, por cuanto la relación de causalidad es evidente.

En cambio, la presunción se convierte en un elemento decisivo en caso de enfermedades, pues permite salvarlas dificultades probatorias cuando se manifiesta en tiempo y lugar de trabajo, sin perjuicio de que se admita prueba en contrario (STS de 6-7-2015, rec. 2990/2013). En cambio, cuando las consecuencias de la enfermedad se desencadenan fuera del tiempo y lugar de trabajo será necesario demostrar que la enfermedad en cuestión se ha contraído con ocasión o por consecuencia del trabajo (art. 156. 1 LGSS), con la dificultad que ello conlleva (STS de 27-1-2014, rec. 3179/2012).

Cierto es que la calificación como accidente de trabajo de las enfermedades no puede derivar exclusivamente de la circunstancia de que se manifiesten en tiempo y lugar de trabajo, pues ello sería incoherente con el propio concepto de contingencia profesional. Dicho de otro modo, no siempre el trabajo es la causa única y directa de la enfermedad, porque pueden concurrir otras causas distintas, pero el nexo causal entre el trabajo y la patología no debe estar ausente en ningún caso. La presunción facilita la prueba, pero no puede dar lugar a la calificación como accidente de trabajo de enfermedades completamente ajenas a la ejecución del trabajo (STS de 4-4-2018, rec. 2191/2016).

En este sentido, parece razonable que la presunción del art. 156. 3 de la LGSS solo

pueda alcanzar a las enfermedades de manifestación súbita, pues no cabe presumir como accidente de trabajo cualesquiera estados patológicos que se manifiestan en el entorno laboral. Los procesos patológicos no súbitos, sino de naturaleza más progresiva, deben ser considerados como enfermedad común pese a que eventualmente el trabajador se encuentre indispuerto en tiempo y lugar de trabajo. Más concretamente, una enfermedad de etiología común (por ejemplo, la epilepsia) no disfrutará de la presunción por el mero hecho de que el trabajador sufra algún episodio durante el tiempo y el lugar de trabajo. Cuestión distinta, obviamente, es que el trabajo haya podido contribuir a desencadenar ese episodio (lo que exige prueba), o que las consecuencias de ese ataque (daño producto de la caída) puedan merecer la calificación de accidente de trabajo, pero en este último caso no es la enfermedad la que técnicamente se beneficia de la presunción (STS de 27-2-2008, rec. 2716/2006).

Por consiguiente, la presunción permitirá considerar accidente de trabajo aquellas enfermedades que por su propia naturaleza puedan ser causadas o desencadenadas por el trabajo siempre que se manifiesten en tiempo y lugar de trabajo, pero esa presunción no alcanza a enfermedades que “por su propia naturaleza excluyan una etiología laboral” (STS de 10-12-2014, rec. 3138/2013, sobre malformación artero-venosa que desencadena hemorragia cerebral en tiempo y lugar de trabajo). En estos términos, la presunción exige que la parte que niegue el carácter laboral de la enfermedad demuestre de manera suficiente la falta de relación entre la lesión padecida y el trabajo realizado, o que se trata de una de esas enfermedades que por su propia naturaleza no son causadas por el trabajo (STS de 25-4-2018, rec. 4123/2015), y no se rompe porque se haya acreditado que el trabajador padeciera la enfermedad con anterioridad o porque se hubieran presentado síntomas antes de iniciarse el trabajo (STS de 8-3-2016, rec. 644/2015).

Por consiguiente, la trascendencia práctica de la presunción alcanza sus cotas más elevadas cuando la patología en cuestión es de ordinario de origen común, pero se manifiesta súbitamente en el entorno laboral. En este sentido, la presunción del art. 156. 3 de la LGSS beneficia especialmente a las enfermedades en las que, si bien no puede afirmarse un origen estrictamente laboral, tampoco cabe descartar que puedan desencadenarse como consecuencia de esfuerzos o tensiones que tienen lugar en la ejecución del trabajo.

Esas patologías pueden ser muy diversas, algunas incluso con difícil relación con el trabajo, ya que el Tribunal Supremo ha incluido enfermedades oculares como el desprendimiento de retina (STS de 21-6-2018, rec. 3144/2016), pero entre ellas destacan las lesiones coronarias con síntomas de manifestación súbita (infartos, crisis cardíacas, arritmias, soplos, insuficiencias cardíacas, cardiopatías isquémicas, anginas de pecho, etc.) y los accidentes cerebro vasculares (disminuciones importantes y bruscas del flujo sanguíneo en el cerebro que derivan en ictus isquémico o infarto cerebral, o hemorragias originadas por la rotura de un vaso cerebral, esto es, ictus hemorrágico, derrame cerebral o hemorragia cerebral). Si estas dolencias producen una lesión concreta –en el sentido de secuelas o daños de algún género– en tiempo y lugar de trabajo, tendrá que ser la entidad gestora, la mutua o el empresario los que deban demostrar fehacientemente que el trabajo no ha tenido repercusión alguna, mientras que si se materializan fuera del entorno laboral, la carga de la prueba recae sobre el trabajador, que no disfruta del beneficio de la presunción y es el interesado en demostrar la naturaleza laboral de la contingencia (STS 4-4-2018, rec. 2191/2016).

Lo mismo cabe decir de los edemas y embolias pulmonares (STS de 14-3-2012, rec.

4360/2010), o de los infartos de miocardio (STS de 5-4-2018, rec 3504/2016), porque el trabajo es con frecuencia un factor desencadenante o coadyuvante en el resultado dañoso. Ni siquiera cabe descartar la aplicación de la presunción a enfermedades congénitas, por ejemplo dolencias cardíacas, si en el episodio concreto manifestado en tiempo y lugar de trabajo ha influido la prestación de servicios laborales, de modo que también podría concurrir relación de causalidad. Habrá de ser quien niegue el carácter de accidente de trabajo el que deba probar, incluso en esas situaciones de enfermedad congénita, que el evento dañoso ha sido causado por factores externos al trabajo (STS de 10-12-2014, rec. 3138/2013).

Es razonable, así pues, que la jurisprudencia no admita automáticamente la ruptura de la presunción ante la prueba de hábitos poco saludables (adicciones, mala alimentación, etc.) o de un estado físico del trabajador que pudiera contribuir al resultado final (obesidad, hipertensión, etc.), porque esas circunstancias no convierten *per se* al trabajo en un factor irrelevante. La presunción únicamente se rompe cuando se demuestra que son esos otros elementos externos los que han provocado el daño, sin influencia del trabajo prestado (STS de 4-10-2012, rec. 3402/2012).

Sin embargo, la entrada en juego de la presunción no justifica la calificación como accidente de trabajo de cualesquiera episodios posteriores de la dolencia. Es decir, y a modo de ejemplo, la enfermedad cardíaca manifestada en tiempo y lugar de trabajo hace nacer la presunción en relación con el proceso de incapacidad temporal que deriva concretamente de ese episodio, pero no de cualquier incapacidad temporal en el futuro (STS de 3-12-2004, rec. 6052/2003). En efecto, la presunción de accidente de trabajo no alcanza automáticamente a las nuevas bajas que se producen por la misma patología cuando el episodio no acontece en tiempo y lugar de trabajo, de modo que en estos supuestos es necesario probar la relación de causalidad (STS de 22-1-2007, rec. 35/2005).

La presunción se activa asimismo por la mera aparición de síntomas –dolor, mareos, sudoración, opresión, etc.– que después desembocan en la lesión concreta. Por tanto, el hecho de que un infarto, por ejemplo, se materialice fuera del lugar y el tiempo de trabajo no impide la aplicación de la presunción cuando los síntomas comenzaron, precisamente, en el entorno del trabajo (STS de 20-3-2018, rec. 2942/2016). Ahora bien, la aparición de síntomas previos a la incorporación al trabajo no excluye la aplicación de la presunción cuando el daño concreto, por ejemplo el infarto, se materialice en el trabajo, incluso aunque la dolencia cardíaca tuviera un origen común y carácter crónico (STS de 23-1-2020, rec. 4322/2017).

En cambio, y como ya se advirtió en el epígrafe sobre el accidente *in itinere*, la presunción de laboralidad no alcanza a todas aquellas enfermedades que se manifiestan en las proximidades del entorno laboral y no, por tanto, en tiempo y lugar de trabajo. Así se ha venido sosteniendo, en primer término, respecto de las enfermedades que provocan un daño súbito en el trayecto al trabajo (STS de 18-6-2013, rec. 1885/2012), salvo, como se dijo, que el trabajador comience a sentirse mal en el lugar y tiempo de trabajo y la dolencia se agudice al retornar a su domicilio (STS de 14-3-2012, rec. 4360/2010).

La misma razón explica la inaplicación de la presunción a las enfermedades manifestadas en los vestuarios antes de iniciarse la actividad laboral, pues en estos casos no ha llegado a realizarse esfuerzo o actividad laboral que pudiera entenderse como desencadenante o coadyuvante en la generación del suceso (STS de 3-11-2003, rec. 4078/2002).



Como excepción, la presunción podría alcanzar a las enfermedades manifestadas en los vestuarios o en otras dependencias si alguna circunstancia particular permitiera considerar que el trabajador se encuentra en tiempo y lugar de trabajo, como puede suceder cuando el trabajador debe portar un equipo de protección individual, o recoger o devolver el arma reglamentaria en el caso del personal de seguridad (STS de 4-10-2012, rec. 3402/2011). Fuera de esos casos, la consideración como laboral de la patología manifestada en los vestuarios requerirá de la acreditación por parte de quien lo pretenda de la incidencia del trabajo en el desenlace final, ya sea por tratarse de una enfermedad causada por el trabajo, ya sea por haberse producido a consecuencia o con ocasión de aquel (STS 20-11-2006, rec. 3387/2005).

## 8. La enfermedad profesional

Como se ha dicho, las enfermedades causadas por el trabajo no siempre merecen la calificación de enfermedad profesional, sino que muchas de ellas encajan en el concepto de accidente de trabajo. La razón de ser de la distinción no estriba en la acción protectora dispensada con carácter general por la Seguridad Social, sino en determinados aspectos accesorios o instrumentales del régimen jurídico. La acción protectora ofrecida por la Seguridad Social a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales –en términos de las prestaciones que se pueden causar y de su importe– es sustancialmente equivalente, salvo algunas particularidades relativas a la incapacidad temporal. Las diferencias son más notorias en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, de modo que la distinción entre una y otra contingencia es útil y cuenta con efectos prácticos.

En relación con el concepto, la enfermedad profesional no es simplemente una enfermedad causada por el trabajo, sino que es una contingencia con perfiles propios y que, a tenor de art. 157 de la LGSS, exige la concurrencia de los tres elementos: 1) enfermedad contraída a consecuencia de actividad por cuenta ajena; 2) derivada de la prestación de servicios en las actividades recogidas en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre; y 3) provocada por la acción de elementos y sustancias que se determinen para cada enfermedad (STS de 18-5-2015, rec. 1643/2014).

Por consiguiente, el catálogo de enfermedades profesionales viene predeterminado en la norma, RD 1299/2006, sin perjuicio de que haya sufrido reformas (RD 1150/2015 y RD 257/2018) y que no se configure como una lista totalmente cerrada. En este sentido, el RD 1299/2006 contiene un doble listado: el anexo 1, que comprende la relación de enfermedades profesionales actualmente calificadas como tales; y el anexo 2, que formula una lista complementaria de enfermedades que podrían en el futuro incorporarse al anexo 1, pues se sospecha que pudieran tener origen profesional.

Las enfermedades profesionales de ambos anexos se clasifican en seis Grupos, que ponen en relación distintos agentes y sustancias con las principales actividades capaces de causar la patología. En concreto, los seis grupos reglados son: 1) enfermedades profesionales causadas por agentes químicos; 2) enfermedades profesionales causadas por agentes físicos; 3) enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos; 4) enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados; 5) enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados; 6) enfermedades

profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Las enfermedades profesionales, tal y como están diseñadas, son patologías típicas de una profesión concreta, toda vez que en su determinación se ha preferido el sistema o modelo de “lista”, por el que se atribuye la consideración de enfermedad profesional a toda aquella patología recogida en el listado contenido en la norma, y se establece una conexión entre la enfermedad, las sustancias o agentes que la originan y los ámbitos profesionales o sectores más expuestos a esas sustancias o agentes. La combinación de todos esos elementos deriva en la calificación de la enfermedad profesional, siguiendo, por lo demás, las orientaciones y recomendaciones de la UE (SSTS de 18-5-2015, rec. 1643/2014, 10-5-2020, rec. 3749/17).

No es sorprendente, así pues, que el catálogo de enfermedades profesionales se configure en principio como una relación cerrada, un *numerus clausus*, no susceptible de extensión por vía interpretativa o por analogía. Sin embargo, esta regla no tiene un alcance absoluto, sino que cuenta con matices. El principal, sin duda, es el carácter enunciativo de las profesiones en las que cabe contraer la enfermedad en cuestión para ser considerada como profesional. En efecto, la referencia a las profesiones incluye el adverbio “*como*”, y por ello la jurisprudencia ha afirmado que se trata de una lista abierta en cuanto a las profesiones (STS de 5-11-2014, rec. 1515/2013). Gracias a ello se ha calificado como enfermedad profesional la epicondilitis de una gerocultora de una residencia de ancianos (STS de 13-11-2019, rec. 3482/2017); el síndrome subacromial derecho y con limitación para tareas que requieran de articulación de hombro derecho de una peluquera, especialmente si se realizan por encima plano horizontal de hombros (STS de 18-3-2015, rec. 1643/2014); el síndrome del túnel carpiano para una camarera de pisos (STS de 11-2-2020, rec. 3395/2017); la tendinitis calcificante de estibadores portuarios (10-5-2020, rec. 3749/17); e incluso el carcinoma de laringe, por inhalación prolongada de polvo de amianto, en caso de un estibador portuario, pese a que el listado solo menciona la irritación de vías respiratorias (STS de 13-11-2006, rec. 2539/2005).

En cualquier caso, cuando la enfermedad en cuestión aparece en la lista, pero no vinculada con la concreta profesión del trabajador que reclama, sino con otra, la calificación como enfermedad profesional se complica considerablemente, porque deben aportarse pruebas de relevancia suficiente que demuestren que esa dolencia afecta igualmente a esa otra profesión distinta a la que aparece en el listado. La ausencia de una pericial específica y relevante en tal sentido es determinante para excluir la calificación de enfermedad profesional, sin perjuicio de que pudiera merecer la consideración de accidente de trabajo. En este sentido, el Tribunal Supremo ha rechazado calificar como enfermedad profesional la epicondilitis de una cajera de entidad bancaria (STS de 20-10-2008, rec. 2442/2007) o la tendinopatía de una limpiadora (STS de 23-10-2008, rec. 3168/2007).

Aunque resulta innegable la interrelación entre el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, la calificación de una patología como enfermedad profesional conlleva un proceso muy distinto al del accidente de trabajo (STS de 14-2-2006, rec. 2990/2004). Las enfermedades profesionales recogidas en el catálogo disfrutan de la presunción favorable al trabajador, de modo que se consideran como enfermedades profesionales sin necesidad de que se manifiesten en tiempo y lugar de trabajo. De este modo, la calificación es prácticamente automática gracias a esa presunción (STS de 18-5-2015, rec. 1643/2014), aunque tal presunción se rompe, por ejemplo, cuando la enfermedad trae

causa en lesión traumática, lo que conduce a calificar la enfermedad como accidente de trabajo (STS de 25-1-2006, rec. 2840/2004, en relación con la epicondilitis en albañil).

En fin, este sistema de determinación de las enfermedades profesionales permite identificar *a priori* las empresas con riesgo específico de enfermedad profesional y ello implica una serie de obligaciones preventivas, como la necesidad de llevar a cabo reconocimientos médicos específicos. Estos reconocimientos –obligatorios y gratuitos para los trabajadores– no solo se realizarán con carácter previo a la contratación del trabajador o a la asignación del puesto con riesgo –para valorar la idoneidad y llevar a cabo, en su caso, las pertinentes adaptaciones–, sino también con carácter periódico para constatar que el trabajador no ha contraído la enfermedad.

## 9. Resumen y conclusiones

La calificación como contingencia profesional de un accidente o de una enfermedad depende de dos circunstancias: la presunción y la relación de causalidad. La relación de causalidad es el elemento conceptualmente más relevante, pues cuando se demuestra que un accidente o una enfermedad se han originado con ocasión o a consecuencia del trabajo la calificación como contingencia profesional no admite dudas. En el mismo sentido, cuando se demuestra fehacientemente la ausencia de conexión con el trabajo el siniestro habrá de ser calificado como contingencia común.

No obstante, la prueba de la relación de causalidad no siempre es sencilla y por ello en la práctica la presunción de accidente de trabajo juega un papel fundamental. Esa presunción alcanza a los siniestros producidos en tiempo y lugar de trabajo. En esa coyuntura, el trabajador no está obligado a demostrar el carácter profesional del accidente, sino que habrá de ser otra parte (INSS, mutua, empresario...) quien deba probar la ausencia de relación de causalidad. En su defecto, la calificación como accidente de trabajo se consolida.

En todo caso, el concepto de accidente de trabajo no deriva exclusivamente de los preceptos legales, porque su dimensión y el alcance solo pueden entenderse a partir de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Gracias a su doctrina la protección especial otorgada por la Seguridad Social y por la normativa de protección de riesgos laborales alcanza a supuestos no previstos originalmente. Ahora bien, ese protagonismo del Tribunal Supremo también provoca que los límites del accidente de trabajo no siempre resulten nítidos, pues es habitual que el Tribunal module o modifique algunas de sus interpretaciones.

## 10. Preguntas para la reflexión

1. ¿Qué diferencia existe entre un accidente *in itinere* y un accidente en misión?
2. ¿Se aplica al tiempo de disponibilidad la presunción de accidente de trabajo?
3. ¿Todo accidente producido en tiempo y lugar de trabajo es accidente de trabajo?
4. ¿Una enfermedad que se manifiesta en el trabajo es siempre una enfermedad profesional?
5. ¿El infarto sufrido por una persona que tiene sobrepeso puede ser considerado como accidente de trabajo?

## 11. Páginas web de interés

Buscador de jurisprudencia del Consejo General del Poder Judicial: <http://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>

## 12. Referencias bibliográficas

- Alonso Olea, M. (1974). *Instituciones de Seguridad Social*. Madrid: IEP.
- Areta Martínez, M. (2003). *La presunción en el sistema de Seguridad Social*. Pamplona: Aranzadi.
- Blasco Lahoz, J. F. (2018). La protección por contingencias profesionales en el régimen especial de la seguridad social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos (RETA). *Revista de Información Laboral*, 1, 65-79.
- Chacertegui Jávega, C. (2007). *El concepto de accidente de trabajo: su construcción por la jurisprudencia*. Albacete: Bomarzo.
- Cruz Villalón, J. (2000). El accidente de trabajo más allá del ejercicio de la actividad profesional. En VV. AA., *Cien años de Seguridad Social*. Madrid: UNED.
- De Soto Rioja, S. (1999). Las enfermedades del trabajo y su manifestación *in itinere*. *Revista de Derecho Social*, 6, 155-176.
- Fernández Avilés, J. A. (2007). *El accidente de trabajo en el sistema de Seguridad Social (su contradictorio proceso de institucionalización jurídica)*. Barcelona: Atelier.
- García Ortega, J. (2017). Accidente *in itinere*: lesiones sufridas en los desplazamientos de fin de semana por razones familiares. *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 46.
- Girela Molina, B. (2015). Accidente *in itinere* y enfermedad preexistente agravada: Senda posible pero problemática para calificar de accidente de trabajo. *Revista de Derecho de la Seguridad Social, número extraordinario*, 63-82.
- Martín Valverde, A. (2000). El accidente de trabajo: formación y desarrollo de un concepto legal. En VV. AA., *Cien años de Seguridad Social*. Madrid: UNED.
- Martínez Barroso, M. R. (2000). *Las enfermedades del trabajo*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Menéndez Sebastián, P. (2018). Deconstrucción del concepto de accidente de trabajo. ¿Quién y qué hay que probar en cada caso? *Revista de Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, 427, 19-62.
- Mercader Uguina, J. (2016). El “colapso plástico” del accidente de trabajo y los elementos “intrascendentes y carentes de valor” en la articulación del juicio de contradicción en el recurso de casación para la unificación de doctrina. *Revista de Derecho de la Seguridad Social, número extra*, 49-62.
- Molina Navarrete, C. (2016). Suicidio, accidente laboral y riesgo profesional: ¿Hora de recalanzar el desbordamiento de un concepto? *Revista de Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, 395, 162-174.
- Pendás Díaz, B. (1984). *Ensayo doctrinal y jurisprudencial sobre el infarto de miocardio y otras dolencias de repentina aparición como accidente de trabajo*. Madrid: ACARL.
- Remigia Pellicer, V. D. (2002). *Infarto y accidente de trabajo*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Poquet Catalá, R. (2017). Últimos perfiles del accidente de trabajo en misión. *Lex Social: Revista de los Derechos Sociales*, 1, 230-251.
- Rodríguez Santos, E. (2014). Ampliación del concepto de accidente de trabajo en caso de enfermedades previas agravadas (art. 115. 2 LGSS). *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, 9 y 10 (BIB 2014/72).
- Romero Rodenas, M. J. (2015). *El accidente de trabajo en la práctica judicial*. Albacete, Bomarzo.
- San Martín Mazzucconi, C. (2000). La presunción de laboralidad del accidente y su alcance respecto del infarto de miocardio. *Aranzadi Social, Tomo I*, 2932-2935.
- Sanchez Icart, F. J. (2006). La imprudencia del trabajador en el accidente de trabajo. *Cuadernos de Derecho Judicial*, 9, 87-138.
- Sobrino González, F. (2004). El infarto de miocardio como accidente laboral *in itinere* y como accidente laboral en misión. *Relaciones Laborales, Tomo I*, 579-586.
- Tascón López, R. (2010). *El accidente de trabajo en misión*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Valle Muñoz, F. A. (1999). El accidente de trabajo por imprudencia del trabajador. *Revista de Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, 194, 23-44.
- Vallejo Orte, A. (2008). Accidente de trabajo y trabajo autónomo. *Actualidad Laboral*, 20.



# **La valoración de la incapacidad laboral**





# La valoración de la incapacidad laboral

---

José Manuel Vicente Pardo  
Araceli López-Guillén García  
Antonio L. García-Izquierdo  
Andrés Santiago Saéz  
Pilar Pinto Pastor

## Objetivos

En este capítulo se pretende profundizar en el concepto y las distintas dimensiones de la incapacidad laboral mediante:

1. Conocer la gestión: se exponen las bases de la gestión de la incapacidad laboral tanto desde el punto de vista económico de la prestación como desde el sanitario de soporte, así como las competencias específicas de cada entidad en la gestión.
2. Ser una guía para efectuar la valoración: dar a conocer cómo afrontar la disyuntiva capacidad/incapacidad, qué debemos constatar, los elementos que la soportan, la toma de decisiones, cómo abordar el conocimiento de las capacidades del trabajador y las requisitorias del trabajo, las dimensiones de la capacidad, los ejes que la consolidan y el análisis ocupacional.
3. Reflejar qué contenidos debe incluir el informe médico. Exponemos los datos mínimos básicos y cómo llegar a la constatación de hallazgos limitantes, así y cómo proceder a la elaboración del juicio clínico laboral concluyente.

4. Resaltar la importancia de las actitudes y los factores psicosociales: la actitud y los factores psicosociales están en la génesis, desarrollo, prolongación y la determinación del daño incapacitante laboral. A menudo menospreciados, deben observarse para evitar que la incapacidad se inicie, evitar su perpetuación y actuar para procurar un buen retorno laboral, una correcta reintegración o, al menos, adaptación cuando se dan secuelas definitivas.
5. Señalar los aspectos preventivos en la incapacidad: la perspectiva preventiva, su observancia y su análisis son imprescindibles en una buena gestión y en la toma de decisiones. Si hay un aspecto preventivo primordial e ineludible, éste está en las enfermedades del trabajo, aquellas que aun no estando incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales están causadas de forma exclusiva por el trabajo y, obligadamente, en las enfermedades profesionales, donde de forma diferenciada y singular, el diagnóstico *per se*, aunque no existan limitaciones funcionales, obliga a una actitud precautoria preventiva que aparte al trabajador del riesgo de exposición al agente causal de la enfermedad.

## **Abreviaturas:**

- IT: Incapacidad temporal, baja.
- IP: Incapacidad permanente.
- LGSS: Ley General de Seguridad Social.
- INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- EVIs: Equipos de valoración incapacidades.
- CCAA: Comunidades autónomas.

# Índice

1. Introducción
2. Concepto de incapacidad laboral
  - 2.1. *Incapacidad temporal*
  - 2.2. *Incapacidad permanente*
  - 2.3. *Grados de incapacidad permanente*
3. Gestión de la incapacidad laboral. Gestión económica, sanitaria y entidades competentes
  - 3.1. *Gestión de prestaciones*
  - 3.2. *Competencia de las entidades en materia de control de la incapacidad temporal*
  - 3.3. *Gestión sanitaria (médica) de la incapacidad temporal*
  - 3.4. *Gestión de la incapacidad permanente*
4. Valoración de la capacidad/incapacidad laboral
  - 4.1. *Valoración de la capacidad laboral.*
  - 4.2. *Dimensiones de la actividad laboral. Análisis ocupacional. Ficha ocupacional. Dimensiones de la actividad laboral*
  - 4.3. *Ficha ocupacional*
  - 4.4. *Dimensiones de la capacidad laboral*
  - 4.5. *Valoración multiaxial médico evaluadora de la incapacidad/capacidad laboral*
  - 4.6. *Juicio clínico laboral*
  - 4.7. *Apto y capacidad laboral. No apto y no incapacidad. La controversia no resuelta*
5. El informe de valoración de la capacidad/incapacidad laboral  
Datos mínimos básicos
  - 5.1. *Datos mínimos básicos del informe de valoración*
  - 5.2. *Actuar con evidencia probatoria*

- 6. Los factores psicosociales y su importancia en la precipitación de la incapacidad laboral. La actitud. El riesgo moral**
  - 6.1. *Algo más que lo biológico (enfermedad y limitaciones funcionales) en el enfermar***
    - 6.1.1. El ámbito personal biológico
    - 6.1.2. Los factores psicosociales
  - 6.2. *Los nuevos riesgos psicosociales emergentes***
- 7. La actitud y los factores psicosociales**
  - 7.1. *La actitud y su repercusión en la capacidad laboral***
  - 7.2. *El riesgo moral o la actitud intencionada distorsionante***
  - 7.3. *Diferencias riesgo laboral vs riesgo moral***
  - 7.4. *La valoración de la actitud como prevención de la incapacidad laboral***
- 8. Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud**
- 9. La prevención de la incapacidad laboral**
  - 9.1. *Prevención primaria***
  - 9.2. *Prevención secundaria***
  - 9.3. *Prevención terciaria***
- 10. Conclusiones**
- 11. Preguntas para la reflexión**
- 12. Referencias bibliográficas**

## 1. Introducción

La valoración de la incapacidad laboral requiere que se conozcan las distintas esferas que la configuran: normativa que la regula, concepto, tipos, grados, etc. La evaluación de la incapacidad laboral es una materia compleja y es imprescindible que el médico evaluador conozca los distintos elementos que deben valorarse y la metodología necesaria para concluir si un trabajador es subsidiario o no de una incapacidad laboral.

Aun siendo la incapacidad laboral una prestación económica de la Seguridad Social se debe contemplar su gestión, no solo desde la perspectiva económica sino teniendo en cuenta todas sus variables que permitan prevenir la aparición de las situaciones incapacitantes. Por ello, desde el ámbito sanitario y administrativo es necesario un enfoque integral buscando la prevención tanto primaria como secundaria y terciaria: restaurar las pérdidas de salud incapacitantes lo más pronto posible y procurar la reintegración laboral duradera. Esto implica cambiar el paradigma economicista para poner de relieve la perspectiva preventiva que secundariamente conlleva una mejor gestión de los recursos. La mayor protección de la incapacidad laboral en un sistema de «seguridad social» como el nuestro consiste en prevenir su aparición o su prolongación.

En este capítulo se abordaran los conceptos básicos sobre incapacidad laboral, temporal y permanente, así como la gestión de la misma. También se hará una aproximación a la metodología de evaluación en el contexto de la incapacidad laboral: cómo hacer el juicio clínico laboral, la realización del informe de valoración y su consideración preventiva. Por último, se valoraran posibles factores implicados en la aparición de la incapacidad, en su duración, en su recaída y en su permanencia.

## 2. Concepto de incapacidad laboral

Se entiende por incapacidad laboral la situación del trabajador que, como consecuencia de una enfermedad o un accidente (ya sea de origen laboral o no), está impedido para trabajar de forma temporal o tiene disminuida o anulada la capacidad laboral de forma permanente. Así por tanto en la IT se habla de impedimento para el trabajo, y en IP disminución o anulación de capacidad laboral. En todo caso, la situación de incapacidad, ya sea temporal o permanente, implica una pérdida de la salud laboral. Se está incapacitado por estar enfermo y presentar limitaciones funcionales que afectan al trabajador impidiéndole realizar adecuadamente sus tareas profesionales.

Por tanto, la incapacidad laboral se sustenta sobre la presencia de la enfermedad y es una condición *sine qua non*. Para que la situación de incapacidad sea considerada como tal debe ser objetivada: es necesario que exista un proceso patológico y que éste sea de intensidad suficiente como para producir limitaciones en la capacidad laboral de ese trabajador. Este proceso deberá ser acreditado por un informe médico como enfermedad incapacitante. La capacidad laboral va a estar condicionada por la limitación de la funcionalidad en el ámbito laboral. Es decir, no incapacita el diagnóstico de una determinada enfermedad sino las limitaciones funcionales que ese proceso patológico produce para el puesto desempeñado por ese trabajador. Puede darse, por tanto, una «paradoja valorativa» donde pequeñas lesiones pueden ser muy incapacitantes dependiendo de la profesión, mientras que grandes lesiones pueden no conllevar una incapacidad laboral

pues no afectan a los cometidos de ese puesto de trabajo. De hecho, en la valoración de la incapacidad no hay una relación lineal entre deficiencia e incapacidad laboral. Por ejemplo, un trabajador que precise una silla de ruedas puede estar capacitado para ejercer como juez, mientras que la pérdida del dedo meñique tras un accidente en un violinista puede resultar incapacitante para su trabajo.

Los trabajadores en situación de incapacidad laboral pueden tener derecho a percibir una prestación de la Seguridad Social, que es la compensación económica al trabajador enfermo o accidentado por la pérdida de la capacidad de producción al estar impedido para trabajar por razón de una enfermedad o accidente.

## **2.1. Incapacidad temporal**

La IT es la situación transitoria de pérdida de salud sobrevenida, impeditiva para el trabajo, a la espera de que el tratamiento oportuno logre la curación o la mejoría funcional suficiente para retornar la actividad laboral. Durante el periodo de baja se pondrán los medios necesarios con el objetivo de que el trabajador se reincorpore a su puesto laboral lo antes posible. La LGSS de 2015 define en su artículo 169 las situaciones determinantes de IT, como aquellas:

Debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

Distintos periodos de IT secundarios a un mismo proceso computarán de forma sumativa como un mismo periodo.

En los casos que se requiera una baja laboral para observación por enfermedad profesional, el periodo máximo de baja será de seis meses prorrogable como máximo otros seis, si fuere necesario, para estudiar y diagnosticar la enfermedad. La IT conlleva una prestación económica sustitutoria de la pérdida de salario cuyo objetivo es proteger una situación de enfermedad o lesión por accidente que requiere de tratamiento.

Es preciso recordar que el alta médica laboral no tiene porque coincidir con el alta médica sanitaria. Puede que se haya recuperado la funcionalidad perdida producida por una enfermedad o lesión, pero se siga recibiendo asistencia sanitaria o tratamiento médico. Por ejemplo, es el caso de alguien que padeció un infarto y se recuperó funcionalmente aunque debe seguir con tratamiento anticoagulante o betabloqueante, a veces, de por vida. En la Tabla 1 se recogen las situaciones que, con base al artículo 174 de la LGSS, dan fin a la IT.

## **2.2. Incapacidad permanente**

La IP es la situación de limitación funcional significativa y duradera de un proceso que incapacita al trabajador para el desarrollo de la actividad laboral. Si una persona con efectos de una enfermedad o accidente tiene afectadas las capacidades requeridas por su

**Tabla 1.** Situaciones de finalización de la incapacidad temporal (IT).

### Situaciones en las que la incapacidad temporal termina

1. Cuando se produce la curación o mejoría que permite la reincorporación a su trabajo (alta).
2. Por agotamiento del plazo máximo de baja temporal con reincorporación al puesto de trabajo.
3. Si agotado el tiempo máximo de IT se reconoce al trabajador una IP.
4. Reconocimiento de jubilación.
5. Por incomparecencia a un reconocimiento.
6. Por fallecimiento.

trabajo o no hay adaptación del mismo a sus dolencias y limitaciones, estará incapacitado. La LGSS define, en su artículo 193:

La incapacidad permanente contributiva como la situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Por norma general, para acceder a una situación de IP es necesario que el trabajador haya pasado previamente por una estado de IT y haya extinguido en esa situación el tiempo máximo legal.

### **2.3. Grados de incapacidad permanente**

La Ley de la Seguridad Social (2015) recoge, en su artículo 194, cuatro posibles grados de IP:

- La IP parcial para la profesión habitual es aquella que, sin impedir totalmente la realización del trabajo habitual, produce una disminución no inferior al 33 por ciento en su rendimiento normal para dicha profesión. Esta disminución en el rendimiento no imposibilita para la realización de las actividades fundamentales del puesto del trabajador.
- La IP total para la profesión habitual es la que inhabilita al trabajador para la realización de todas las tareas o, al menos, de las fundamentales de su profesión. El grado de total implica que el trabajador, pese a su proceso patológico, sí puede dedicarse a otras profesiones distintas a la suya. Es decir, el trabajador mantendrá suficiente aptitud psicofísica como para poder desempeñar otra actividad laboral más liviana, sedentaria o de requisitorias diferentes o secundarias del oficio mismo o cometidos complementarios de éste en adecuadas condiciones de dedicación y rendimiento.

La profesión habitual no equivale al puesto de trabajo concreto, ni a la concreta categoría profesional, sino a la profesión en sí misma. Debiendo entenderse por profesión habitual, no un determinado puesto de trabajo, sino aquella para la que el trabajador está cualificado para realizar y a la que la empresa le haya destinado o pueda destinarle en la movilidad funcional. Siguiendo a Fernández- Ríos (1995), se puede entender el concepto de profesión como el grupo de empleos con tareas similares relacionadas, que requieren para ser ejercidas cualidades, conocimientos y capacidades cualitativamente semejantes; mientras que un puesto de trabajo, se puede ver como el conjunto de responsabilidades, funciones y tareas desempeñadas por un individuo en un entorno organizacional concreto (García-Izquierdo, Vilela y Moscoso, 2015).

- La IP absoluta para todo trabajo es la que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Es decir, la derivada de un conjunto de lesiones o residuales de tal gravedad que anulen en el trabajador su capacidad laboral por completo, incluso para la realización de trabajos de bajos requerimientos físicos y/o intelectuales, como son los trabajos sencillos, livianos o sedentarios.
- Finalmente, la gran invalidez no es un grado superior sino un complemento económico, derivado de la especial situación del trabajador afecto de IP y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria, tales como desplazarse, subir y bajar escaleras, comer, asearse, vestirse y continencia.

### **3. Gestión de la incapacidad laboral**

#### **3.1. Gestión de prestaciones**

La gestión de la incapacidad laboral tiene una doble vertiente, económica y sanitaria. La gestión económica de la IT y su control en los primeros 365 días de duración, se regula en el Real Decreto 625/2014 y es asumida por el INSS como entidad gestora (aseguradora) y por las Mutuas colaboradoras. La IT está incluida dentro de la acción protectora de la Seguridad Social. Su finalidad es dar protección económica a las situaciones de impedimento de la capacidad de trabajo por deterioro temporal de la salud. Por su parte, la IP es también una prestación económica incluida dentro de la acción protectora de la Seguridad Social que sirve de salvaguarda económica a las situaciones de disminución, pérdida o anulación de la capacidad laboral por deterioro permanente de la salud. A diferencia de la IT, la gestión de las prestaciones económicas de la IP (contributiva) son competencia exclusiva del INSS.

Por tanto, la incapacidad laboral es una prestación económica pero, al mismo tiempo, tiene un componente sanitario ya que sin asistencia médica no hay baja. Lo mismo acontece con la IP al entender que se llega a esa situación habiendo agotado las posibilidades terapéuticas de mejora.

Para tener derecho a acceder a la prestación económica, es necesario cumplir una serie de requisitos (afiliación, carencia, cotizaciones, edad...), pero se exige como primera condición que exista un deterioro de la salud y que de ello se deriven limitaciones funcionales u orgánicas que impidan trabajar o anulen o disminuyan la capacidad para el trabajo.



### **3.2. Competencia de las entidades en materia de control de la incapacidad temporal**

Desde su inicio hasta el cumplimiento del día 365, la competencia en materia de control de la situación de IT corresponde a las siguientes entidades:

- Servicio Público de Salud: capacidad para emitir partes de baja, de confirmación y de alta.
- Inspectores médicos de las CCAA con capacidad para emitir:
  - Partes de baja y alta por curación.
  - Altas con propuesta de IP.
  - Resoluciones de las propuestas de alta de la Mutua.
  - Valoración de las disconformidades del trabajador al alta del INSS a los 365 días.
- Inspectores médicos del INSS:, que tienen facultad para:
  - Resolver las recaídas tras procesos con alta en este periodo o las recaídas agotado el periodo máximo con o sin declaración de IP, presentar altas médicas a todos los efectos y considerar bajas por recaída tras el alta de la inspección médica por el INSS.
  - Resolver las propuestas de alta de Mmutua, las altas por informe a propuesta de la inspección médica de la CCAA, las discrepancias de la Inspección respecto a las altas del INSS a los 365 días, las revisiones de altas por Mutua por contingencias profesionales a demanda del trabajador y la contingencia de procesos de IT.

Desde el cumplimiento del día 365 de una baja laboral, la competencia en materia de control de la situación de IT corresponde en exclusiva al INSS con posibilidad de estimar el alta, la prórroga (máximo de 180 días) o iniciar el expediente de IP puede corresponder a:

- Instituto Social de la Marina (ISM) con posibilidad de:
  - Emitir bajas y altas (asistencia sanitaria no transferida);
  - Presentar altas médicas a todos los efectos y propuestas de alta en los casos de asistencia sanitaria transferida;
  - Iniciar el expediente de IP de trabajadores incluidos en el ámbito de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores del Mar.
- Mutuas colaboradoras junto con la Seguridad Social tienen autoridad para:
  - Emitir partes de baja, confirmación y alta por accidente de trabajo y enfermedad profesional.
  - Realizar la gestión sanitaria y económica en estas contingencias profesionales.
  - Colaborar en el control de la IT.
  - Formular propuestas de alta por contingencias comunes (enfermedad o accidente no de trabajo, cuando su cobertura les corresponda) a las inspecciones de las CCAA o al INSS.

El seguimiento de los procesos de baja es realizado por los médicos de atención primaria con responsabilidad y competencia en la extensión del parte de baja, de continuidad y el alta médica. Por otro lado, el control de la IT hace referencia a las tareas que corresponden a los inspectores médicos del INSS, a los inspectores médicos de las CCAA y a las Mutuas. La competencia controladora de las bajas tiene como objetivo constatar la adecuación de un proceso de baja que estimó el médico de atención primaria y valorar su procedencia. En los supuestos en que tras un control de la IT, el INSS extienda el alta médica, solo el propio INSS podrá emitir la baja por el mismo proceso en los siguientes 180 días.

En la IT valoraremos el impedimento para el trabajo, por lo que se evalúa, más que la profesión, el trabajo que se está realizando, algo más cercano a un puesto de trabajo concreto, actividad o tarea. Si nos referimos a una profesión, será la que realiza en el momento de permanecer en esa situación.

### **3.3. *Gestión sanitaria (médica) de la incapacidad temporal***

La gestión médica (valoración médico evaluadora) de la IT por enfermedad común o no laboral, se realiza en diversos ámbitos: Servicio Público de Salud (SPS), médicos de atención primaria, médicos de Mutuas colaboradoras, inspectores médicos de las CCAA, e inspectores médicos del INSS.

La gestión sanitaria de la incapacidad laboral temporal debe entenderse como la asunción y el ejercicio de responsabilidades sanitarias y sociales. La baja laboral implica el empleo de un recurso público prestacional y los profesionales encargados del seguimiento y control tendrán, por tanto, una responsabilidad en el uso racional y proporcional de los recursos públicos. Esta responsabilidad se ejercerá a partir de sus competencias para la extensión de partes de baja, seguimiento y alta.

Por otro lado, la gestión sanitaria y la atención médica de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales se realiza en exclusiva por las Mutuas colaboradoras. La gestión sanitario médica de la IT incluye los reconocimientos e informes médicos o cuantas actuaciones proceda para su valoración. La gestión médico evaluadora se consolida en la IT, porque toda baja deberá ir precedida de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la IT para el trabajo habitual. Es preciso elaborar informes que la justifiquen y se establezcan controles médicos de las situaciones de IT tanto para su continuidad como para emitir el parte de alta cuando corresponda.

La visión de la IT desde la gestión de la Seguridad Social es proteger mediante una prestación económica a quien tiene la consideración de estar en situación determinante de IT. La gestión de la IT tiene, por tanto, un objetivo genérico que es la adecuación a la duración de los procesos de IT para evitar su percepción indebida. En lo específico, este objetivo se consigue controlando médicamente el mantenimiento de una situación concreta de IT y los períodos de permanencia en la misma. Según el RD 625/2014 de IT, se establece como dato obligatorio a consignar en el parte de baja la reseña al código nacional de ocupación (CNO) del trabajador. En la actualidad, la CNO-11 (que sustituye a la CNO-94), se encuadra dentro del marco conceptual de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08), y se recoge en el Real Decreto 1591/2010, de 26 de

noviembre. Los criterios de clasificación que se utilizan son el tipo de trabajo realizado y las competencias. En este contexto, se entiende por competencias la capacidad para desempeñar las tareas inherentes a un empleo determinado, para lo cual se tiene en consideración el nivel y la especialización.

### **3.4. *Gestión de la incapacidad permanente***

La gestión de la IP corresponde al INSS, y la valoración médico evaluadora se realiza por los inspectores médicos del propio INSS. De hecho, la competencia de las entidades en materia de control de la IP va a recaer en exclusiva en el INSS a través de sus unidades médicas y de los EVIs. Según el artículo 2 del RD 1300/1995, los EVIs son el órgano colegiado valorador de la incapacidad. Están compuestos por:

- Presidente, que será el subdirector provincial de incapacidad del INSS.
- 4 Vocales, permanentes: (1) médico inspector de las unidades médicas del INSS que actuará como ponente del dictamen-propuesta; (2) médico inspector de la comunidad autónoma; (3) inspector de trabajo y seguridad social; (4) secretario funcionario titular de la unidad de trámite de las prestaciones de incapacidad de la correspondiente Dirección Provincial del INSS.

Al igual que ocurría en la IT, la gestión médico evaluadora se consolida en la IP, pues debe venir precedida de un informe médico de síntesis, que sea comprensivo, por todo lo referido o acreditado en el expediente y porque valora los informes médicos referentes al proceso que aporte el trabajador o aquellos que consten en la historia clínica del paciente.

## 4. Valoración de la capacidad/incapacidad laboral

La consideración de incapacidad médico laboral se fundamenta sobre la existencia de una enfermedad o lesión activa y las limitaciones funcionales que ésta produce de cara a la realización de la actividad profesional del trabajador. No es incapacitante toda alteración de salud, sino que hay que ponerla en relación con las capacidades requeridas por el trabajo específico del sujeto. Por tanto, en la valoración de enfermedad o lesión y su posible resultado incapacitante laboral es preferible referirse más bien a las limitaciones funcionales resultantes y no tanto a las patologías existentes.

La incapacidad viene definida en nuestro ordenamiento jurídico, no así la capacidad laboral, que quedaría definida en negativo, es decir sería capacidad laboral lo que no es incapacidad. Definida la incapacidad en la LGSS podríamos decir *sensu contrario* que la capacidad sería la situación del trabajador que no está ya impedido para el trabajo, por curación o mejoría del proceso que justificó la baja. O bien, por considerar que no presenta reducciones anatómicas o funcionales objetivas y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, estando habilitado para la realización de todas las tareas o de las fundamentales de su profesión.

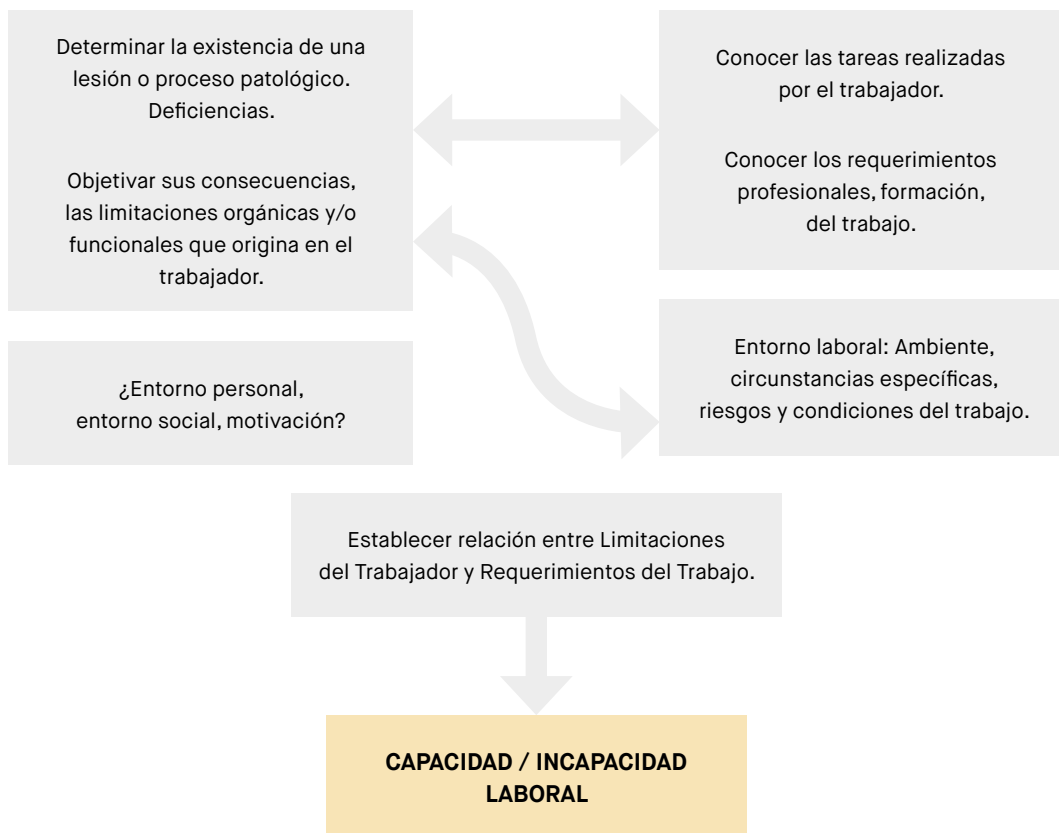
### 4.1. Valoración de la capacidad laboral

Evaluar la capacidad laboral de un trabajador precisa de un método de valoración del puesto de trabajo, a efectos de dimensionar la capacidad o incapacidad laboral en materia de seguridad social: (1) la existencia de una enfermedad o lesión en la que se han agotado las opciones terapéuticas; (2) las limitaciones orgánicas y/o funcionales que origina en el trabajador, lo que supone determinar, objetivar, cuantificar y cualificar la *funcionalidad laboral* de dicho trabajador; (3) si el trabajador dispone o no de las capacidades exigibles para poder desarrollar la actividad laboral con habitualidad, asiduidad, mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia; (4) si el trabajo puede o no repercutir en el deterioro de la salud del sujeto; (5) si las limitaciones funcionales del trabajador concitan o no un riesgo para sí o para terceros, en caso de realizar su trabajo; (6) Si dispone o no de posibilidad para acudir al trabajo; (7) La capacidad de ganancia del sujeto, es decir, si de forma efectiva puede obtener, en el mercado laboral, una compensación económica mediante una alternativa ya sea a través de una actividad manual o intelectual adecuada. En las Figuras 1 y 2 se presenta un resumen gráfico de la valoración de la incapacidad laboral.

**Figura 1.** Esquema de la valoración de la capacidad laboral.

<b>VALORAR LA CAPACIDAD LABORAL</b>	
Valoración funcional de las capacidades del trabajador.	Valoración de los requisitos de la ocupación.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué proceso patológico o lesión presenta?</li> <li>• ¿Qué lo originó?, ¿Causa accidental o enfermedad?, ¿Tuvo causa laboral o extralaboral?</li> <li>• ¿Cuándo apareció la lesión o el proceso patológico?</li> <li>• ¿Qué evolución ha seguido?</li> <li>• ¿Qué tratamientos ha seguido, precisa, y precisará?</li> <li>• ¿Cuál es su servidumbre terapéutica?</li> <li>• ¿Qué hallazgos exploratorios por aparatos encontramos?</li> <li>• ¿Cuáles son las limitaciones orgánicas o funcionales que presenta?</li> <li>• ¿Tienen o no carácter impeditivo para su trabajo?</li> <li>• ¿A qué funciones afecta?</li> <li>• ¿Qué funcionalidad mantiene?</li> <li>• ¿Tienen o no carácter temporal o permanente?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué trabaja?</li> <li>• ¿Qué hace?</li> <li>• ¿Desde cuándo?</li> <li>• ¿Cómo lo hace?</li> <li>• ¿Con qué lo hace?</li> <li>• ¿Qué profesión realiza?</li> <li>• ¿Qué ocupaciones incluye? ¿Qué ocupaciones afines?</li> <li>• ¿En qué sector de actividad trabaja?</li> <li>• ¿Cuál es su grupo profesional?</li> <li>• ¿Qué competencias y tareas describen su profesión?</li> <li>• ¿Qué requerimientos profesionales precisa, cargas, esfuerzos, dimensiones psíquicas o físicas?</li> <li>• ¿Qué riesgos y circunstancias especiales tiene derivadas del ambiente, de las herramientas o material de trabajo o la especificidad de sus cometidos?</li> <li>• ¿Qué formación y habilidades precisa?</li> </ul>

**Figura 2.** Esquema de valoración de la capacidad/incapacidad laboral.



#### **4.2. Dimensiones de la actividad laboral. Análisis ocupacional**

Por tanto, una vez que se conoce el grado de afectación del trabajador es necesario contextualizarlo con su puesto de trabajo y las funciones que en él realiza. Es decir, no van a ser válidas las valoraciones genéricas, sino que debe hacerse una evaluación *ad hoc* poniendo en relación el estado del trabajador con las tareas de cada ocupación, los requerimientos profesionales y las circunstancias específicas del ambiente laboral.

Es en este punto donde conviene señalar que las diversas metodologías de valoración existentes en nuestro país difieren o singularizan en cuanto a los requerimientos valorados, su clasificación, su nivel de intensidad y exigencia, y su medición. Sin entrar a detallar las existentes y como mera referencia a tres metodologías que valoran los requerimientos laborales es necesario mencionar la *Guía de Valoración Profesional del INSS* (Guía INSS, 2014), la *Ficha de Requerimientos para la Evaluación Capacidad Laboral del Foro IT de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao* (Goira, 2014), y el *Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral*, también conocido como MERCAL (Vicente, 2008). Señalaremos que la Guía de Valoración Profesional del

INSS (*Guía INSS, 2014*) es una metodología genérica estática, es decir, sobre una asignación a una profesión en el momento evaluatorio de la capacidad laboral, y nos referencia los requerimientos establecidos teóricamente para la misma. La Ficha del Foro de IT (Goira, 2014) nos refleja aspectos concretos del puesto de trabajo que está desempeñando el trabajador, es decir, da el perfil de requerimientos que precisa el trabajo concreto que el trabajador desarrolla. Es dinámica, da una información actualizada de las condiciones reales del trabajo y las aptitudes requeridas para esas tareas. Por su parte, el MERCAL (Vicente, 2008) refleja los requerimientos de un trabajo con la particularidad de establecer una preponderancia de los riesgos psicológicos, tan determinantes y presentes hoy en día en la mayoría de los trabajos.

Lo esencial sería precisar qué valoramos y cómo en esta valoración «profesional» o de la «capacidad laboral» u «ocupacional» o del «trabajo». La necesidad de conocer la profesión, el oficio, la ocupación, el trabajo y las diversas tareas y actividades a realizar que lo caracterizan se hace imprescindible, porque trabajos diferentes tienen distintas exigencias. Las lesiones son incapacitantes dependiendo el tipo de trabajo.

### **4.3. *Ficha ocupacional***

A modo ilustrativo recogemos en la Figura 3 la Ficha de Requerimientos para la Evaluación Capacidad Laboral del Foro de la IT Academia Ciencias Médicas de Bilbao o Ficha ocupacional.

### **4.4. *Dimensiones de la actividad laboral***

La actividad laboral es un conjunto de conocimientos y terminología muy vasta e intrincada. Revisando los estudios e investigaciones al respecto, podemos acercarnos concepto de análisis del trabajo, que se puede ver como el análisis del flujo de trabajo para poder realizar el análisis, la descripción y la especificación de puestos de trabajo. Esto es detallar ordenadamente los componentes que conforman la actividad laboral, así como inferir las competencias necesarias para su ejecución. Para el análisis de puestos podemos recurrir como referencia al *Dictionary of Occupational Titles* (DOT) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, que se basa en el Análisis Funcional de Puestos de Trabajo propuesto por Fine en 1955 (Ash, 1988), y recoge la valoración de los requerimientos de los puestos de trabajo según se manejen datos (data), relaciones interpersonales (people) u objetos (things), así como también el apremio en tiempo y los riesgos a los que se está expuesto, que recogemos en la Figura 4 (García-Izquierdo, et al., 2015). Asimismo, estas dimensiones contribuyen al análisis ocupacional al que podemos acceder en «O\* NET online». Esta valoración ocupacional de los trabajos confiere a las dimensiones psicológicas una gran importancia pues equipara en términos genéricos las dimensiones físicas a las mentales. Podemos ver en la Figura 4 un esquema al respecto.

**Figura 3.** Ficha ocupacional. Ficha de evaluación FORO IT de requerimientos profesionales.

<p style="text-align: center;"><b>POSTURAS:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSICIÓN A RIESGOS LABORALES:</b></p>
<p>A. De pie.                      B. Sentado.                      C. Agachado.                      D. Tumbado.                      E. Brazos levantados.                      F. Brazos extendidos.                      G. Flexión del tronco.                      H. Flexo-extensión .                      I. De rodillas.                      J. Torsión.</p>	<p>A. Físicos.                      B. Químicos - Frases R.                      C. Biológicos.                      D. Ergonómicos.                      E. Psicosociales.                      F. De seguridad.</p>
<p style="text-align: center;"><b>MANEJO DE VEHÍCULOS:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>CARGA MENTAL (Baja/Moderada/Intensa):</b></p>
<p>Coche.                      Moto.                      Furgoneta.                      Camión.                      Tractor.                      Maquinaria pesada.  <i>Dumper.</i>                      Carretilla elevadora.                      Embarcación.                      Otros, especificar.</p>	<p>Comunicación. Atención al público. Toma de decisiones. Atención / complejidad. Apremio. Percepción. Comprensión oral y escrita. Expresión oral y escrita. Razonamiento. Control emocional. Relaciones psicosociales. Funciones ejecutivas. Capacidad de Juicio e introspección.</p> <p>A. Trabajo con PVD: sí /no.                      B. Tareas de mando/responsabilidad: sí /no.                      C. Atención al público: sí / no.                      D. Otras, especificar.</p> <p>Capacidad visual, auditiva y voz.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CARGA FÍSICA (Baja/Moderada/Intensa):</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>LUGAR DE TRABAJO:</b></p>
<p>A. Utilización preferente: tren superior/raquis/tren inferior.                      B. Movimientos repetitivos: si / no.                      C. Posturas forzadas: si / no .                      D. Manipulación manual de cargas: si/no.                      E. Utilización de equipos de trabajo pesados: si/no.                      F. Otros, especificar.</p>	<p>A. Calle.                      B. Nave.                      C. Oficina.                      D. Obra.                      E. Buque.                      F. Otros, especificar.</p>



**Figura 4.** Dimensiones de la actividad laboral.

TRABAJO EN CONTACTO	DIMENSIONES	DIMENSIONES	ESFUERZO CAPACIDAD
<b>Datos.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención.</li> <li>2. Percepción.</li> <li>3. Comprensión oral y escrita.</li> <li>4. Expresión oral y escrita.</li> <li>5. Razonamiento.</li> <li>6. Toma de decisiones.</li> <li>7. Carga mental.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Riesgos.</li> <li>20. Horario.</li> </ol>	<b>Mentales.</b>
<b>Personas.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Control emocional.</li> <li>9. Relaciones psicosociales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Riesgos.</li> <li>20. Horario.</li> </ol>	<b>Emocionales.</b>
<b>Objetos.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Manipulación.</li> <li>11. Capacidad visual.</li> <li>12. Capacidad auditiva.</li> <li>13. Marcha.</li> <li>14. Ambiente de trabajo.</li> <li>15. Carga física.</li> <li>16. Manejo manual de cargas.</li> <li>17. Posturas de trabajo.</li> <li>18. Movimientos repetitivos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>19. Riesgos.</li> <li>20. Horario.</li> </ol>	<b>Físicas.</b>

#### **4.5. Valoración multiaxial, médico evaluadora de la incapacidad/capacidad laboral**

Una adecuada valoración debe ser integral y multiaxial: diagnóstica, terapéutica, evolutiva, pronóstica, funcional, revisoria, preventiva y laboral.

- Diagnóstica de secuelas: se valora el diagnóstico impeditivo laboral o incapacitante que constituyen las deficiencias. Este diagnóstico desarrollado incluirá tipificación, estadiaje o clasificación o gradación del proceso. Si concurren varios diagnósticos incapacitantes, se deberá ordenarlos de forma consecutiva de mayor a menor trascendencia.
- Terapéutica: tratamientos recibidos, en curso o por recibir y su objetivo. Efectos secundarios, tratamiento crónico, prolongado, de base, cruento, paliativo, o de cuidados.
- Evolutiva: respuesta a los tratamientos y la propia evolución del proceso. Debe evaluarse igualmente el pronóstico del sujeto (favorable, incierto, reversible, desfavorable, irreversible, pronóstico vital).
- Funcional, limitaciones orgánicas o funcionales: será necesario jerarquizar, graduar, definir la intensidad y magnitud de las limitaciones y referenciarlas respecto a las diversas funciones físicas o psíquicas de un individuo. Establecer cuáles son las competencias que mantiene para poder valorar la capacidad funcional restante.
- De revisión: previsible mejoría, mejoría dependiendo de la previsión de mejoría notable, proceso de evolución incierta o si no hay mejoría previsible.
- Preventiva: tareas contraindicadas con su enfermedad. Riesgo para sí o para otros.
- Laboral: funciones y requerimientos recogidos en el análisis ocupacional, de tarea concreta, de profesión, ocupación, u oficio de su grupo profesional.

Por tanto, la valoración de la capacidad laboral es multiaxial y obliga a tener en cuenta todos los ejes referidos, si bien los más trascendentes son el eje funcional y el laboral.

#### **4.6. Juicio clínico laboral**

Una vez realizada la valoración de las limitaciones del trabajador y los requerimientos de su puesto de trabajo deben alcanzarse unas conclusiones y un juicio clínico laboral. En el informe emitido conviene establecer la diferencia entre capacidad laboral (aptitud de un individuo para desempeñar un puesto de trabajo) y capacidad de ganancia (posibilidad efectiva, y no solo teórica, de obtener ingresos en el mercado laboral).

En todo caso, la labor evaluadora ante un trabajador que reclama un estudio de capacidad laboral debe limitarse a determinar el déficit funcional que padece y referir las requisitorias de su trabajo, estableciendo el oportuno juicio clínico laboral, donde se referencie el grado funcional de las deficiencias y limitaciones y las capacidades que man-

tiene, dejando la valoración definitiva del grado de invalidez a los estamentos administrativos (EVIs) o a los órganos judiciales correspondientes.

Estimar la aptitud para trabajar o la capacidad laboral, supone asegurarse de que el trabajador está en condiciones de realizar las tareas requeridas por su trabajo con efectividad y sin riesgo para el mismo o para terceras personas, para lo cual precisamos conocer la evaluación de su estado de salud, así como un conocimiento profundo de las demandas y requerimientos detallados del puesto de trabajo.

#### **4.7. *Apto y capacidad laboral. No apto y no incapacidad. La controversia no resuelta***

Desde la perspectiva de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 y atendiendo al artículo 22 de vigilancia de la salud, entenderíamos como apto al trabajador que puede desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física ni laboral (capacidad de trabajo efectivo), que tiene capacidad psicofísica para realizar un trabajo sin riesgo para su salud y su seguridad ni riesgo para la de otros. También cabe la posibilidad en los reconocimientos médicos de empresa la consideración del apto con restricciones o el no apto temporal. El no apto temporal cabe en situaciones que, como resultado de la exploración médica, se considere que el trabajador no es apto durante un período de tiempo determinado y acotado, estipulándose que, pasado dicho plazo, sea valorado de nuevo para determinar su adecuación al puesto de trabajo asignado, como sucede *de facto* en las situaciones de IT (baja).

Dicho lo cual, la controversia se suscita cuando relacionamos situaciones de incapacidad, no apto con capacidad o aptitud (Vicente, 2017). Convendría establecer que:

- Aptitud = Capacidad. Lo más normal es que aquel trabajador apto para el trabajo esté, a su vez, capacitado para trabajar.
- Incapacidad = No Apto. El trabajador que tiene anulada su capacidad laboral es considerado, al mismo tiempo, como no apto para los servicios de salud laboral.
- No Apto ≠ Incapacidad. Situación paradójica en la que un trabajador puede considerarse no apto por salud laboral pero, a la vez, el INSS haber determinado que no hay incapacidad laboral.
- Aptitud ≠ Sano. Se da cuando el trabajador es apto pese a padecer una determinada patología, pues se puede tener una enfermedad controlada y, por tanto, ser apto la la realización de su profesión.
- Capacidad ≠ Sano. Al igual que en el supuesto anterior puede tener una enfermedad pero que ésta se encuentre controlada y no resulte incapacitante para un trabajo.
- No Incapacidad = Capacidad. Si tras la valoración del INSS se considera que el trabajador no está incapacitado, en términos de Seguridad Social, ha de entenderse que se encuentra capacitado para su actividad laboral.
- Discapacidad ≠ Incapacidad. Se puede tener una discapacidad o minusvalía y, sin embargo, estar capacitado para trabajar.

De todas estas situaciones, la más conflictiva resulta por la controversia «no incapacidad» y «no apto», que se suscita cuando el empleado vuelve al trabajo después de una situación de IT y tras haber sido dado de alta médica mientras que, a su vez, ese mismo trabajador es declarado como no apto por el servicio de prevención de riesgos laborales. También cabe esta controversia «no apto y no incapacidad» con la IP: en situaciones de retorno laboral tras una situación de IP concedida y revisada por mejoría por el INSS, con posterior declaración de situación de «no apto» del trabajador por el servicio de prevención. Esta situación puede ocurrir también cuando el trabajador reclama la declaración de IP y es denegada pero, simultáneamente y de forma paradójica, es considerado como trabajador «no apto» por el servicio de prevención.

No olvidemos que estar apto para el desempeño de un trabajo no consiste en la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino poder llevarla a cabo con profesionalidad cumpliendo unas exigencias mínimas de continuidad, dedicación y rendimiento sin que trabajar menoscabe la salud del trabajador o suponga un riesgo de seguridad para sí o para terceros. Y ello puede exigir adaptar el puesto de trabajo, acondicionar el mismo o indicar el cambio de puesto de trabajo para evitar la recaída del proceso curado o con mejoría que permite trabajar.

La controversia «No incapacidad y no apto» encierra el riesgo de que el «alta médica» o la declaración de «no incapacidad» lo sea para un puesto de trabajo inadecuado. Controversia que puede suceder por falta de comunicación entre las partes «sanitarias» y de «gestión de la IT» implicadas en el proceso y el ámbito preventivo laboral, es decir entre quienes conocen el seguimiento del proceso clínico, los que actúan como gestores de la prestación económica y quienes conocen el trabajo y sus condiciones.

## **5. El Informe de valoración de la capacidad/incapacidad Laboral**

Un informe médico de valoración de la capacidad laboral tiene como misión relacionar las capacidades psicofísicas que tiene un trabajador en un momento preciso (situación actual) con los requisitos que se necesitan para la realización de una profesión concreta (o la actividad laboral en general), por lo que se precisa conocer, determinar, cuantificar, calificar y valorar cuáles son las mermas de las capacidades psicofísicas del individuo y conocer con exactitud los requerimientos específicos de su profesión, los riesgos presentes y circunstancias especiales en el mismo y, finalmente, establecer si puestas en relación estas dos valoraciones, se concluye en una situación de capacidad o incapacidad para el trabajo.

### ***5.1. Datos mínimos básicos del informe de valoración***

En la Tabla 2 se recoge la información que debe incluirse en el informe de valoración.

## 5.2. *Actuar con evidencia probatoria*

Actuar con evidencia probatoria consiste en tomar decisiones fundamentadas, basadas en pruebas objetivas, argumentar con certeza sobre hechos probados, documentados y suficientemente demostrados, apoyados en criterios, métodos o guías de práctica clínica establecidas, tras efectuar las exploraciones y pruebas complementarias idóneas. En las valoraciones médicas, se debe concluir graduando y estadiando la magnitud de la deficiencia y la limitación orgánica o funcional encontrada.

**Tabla 2.** Datos mínimos básicos del informe de valoración (recopilado de Vicente, 2014).

<b>DATOS MÍNIMOS BÁSICOS DEL INFORME DE VALORACIÓN</b>	
<i>Identificación del evaluador.</i>	Nombre, apellidos, nº de colegiado.
<i>Identificación del paciente.</i>	Nombre, apellidos, edad.
<i>Profesión.</i>	Denominación. Descripción del puesto de trabajo. Tareas que realiza. Actividad de la empresa.
<i>Situación laboral.</i>	Alta, baja, desempleo, pensionista, etc.
<i>Circunstancias del reconocimiento.</i>	El objeto del informe: trabajador en baja, solicitud de incapacidad, etc.
<i>Por qué (para qué) acude el paciente reconocimiento médico.</i>	Es un reconocimiento para determinar contingencia.
<i>Diagnóstico principal.</i>	El causante fundamental de la incapacidad.
<i>Diagnósticos secundarios.</i>	Enfermedades asociadas con carácter incapacitante. No incluir diagnósticos no activos, sin carácter incapacitante en el momento de la evaluación.
<i>Antecedentes.</i>	Aquellos que guarden relación significativa con el proceso a valorar. Enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas previas, hábitos tóxicos, accidentes previos, tratamientos seguidos, evolución.
<i>Antecedentes administrativos o jurídicos.</i>	Procesos previos valorados, resoluciones, fallo de sentencias.

<i>Exploración por aparatos.</i>	Debe realizarse exploración oportuna y señalar hallazgos exploratorios de toda dolencia referida por el paciente o reflejada en informes que aporta. Aportar pruebas complementarias funcionales de las que se disponga, actualizadas.
<i>Informes médicos complementarios.</i>	Aquellos que el trabajador aporta o se le han solicitado tras el reconocimiento.
<i>Deficiencias.</i>	Diagnóstico secuelar o cuadro clínico incapacitante, jerarquizar por orden de importancia discapacitante, graduar, estadiar o establecer significación que proceda según dolencia.
<i>Limitaciones orgánicas y/o funcionales.</i>	Señalamiento de lista resumen de todas las limitaciones halladas, por orden de mayor a menor significado limitante, valorar las mismas especificando grados, descripción funcional, cuantificar, cualificar. Es conveniente reflejar aquellas funciones que mantiene, para configurar lo incapacitante y la capacidad funcional restante.
<i>Conclusión juicio clínico laboral.</i>	Análisis efectuado con los criterios de deficiencia mediante la descripción de los hallazgos clínicos y como se relacionan con los criterios especificados. Debe existir congruencia y concordancia entre las limitaciones funcionales objetivadas y la conclusión disfuncional. En cualquier caso, la conclusión debe ser razonada, argumentada, basada en criterios médicos de evaluación del daño corporal, concisa, concreta, clara, concluyente y juiciosa.

La finalidad del informe médico evaluador es que el facultativo se pronuncie sobre los siguientes aspectos:

- Las dolencias padecidas por el interesado.
- Las limitaciones de la capacidad funcional de aquél.
- Conclusiones determinantes relacionando limitaciones y profesión.
- La contingencia si es laboral o no.
- La presunción médica de que el interesado:
  - está capacitado para reiniciar su actividad profesional,
  - está incapacitado para reiniciar la actividad profesional,
  - está en situación evolutiva de espera.
- Continuidad en IT.
- Prórroga de IT si dentro del plazo de los seis meses siguientes puede ser dado de alta por curación.

El evaluador en materia de incapacidad laboral en seguridad social busca llegar a un diagnóstico residual o diagnóstico lesional y un diagnóstico funcional reflejando: deficiencias, limitaciones orgánicas y funcionales y concluyendo en el carácter incapacitante laboral o no del proceso.

Evaluar supone identificar, medir y concluir el daño corporal y su impacto laboral. En definitiva, establecer la alteración de la salud incapacitante. Esta puede ser:

- Alteración de la salud con carácter de intensidad suficiente que impida realizar las funciones esenciales de su profesión.
- Alteración de la salud con efecto real sobre la producción activa que impide obtener rentas por el trabajo.
- Recoger aquellas funciones o capacidades que mantiene.

Pero todo ello debe, como ya se ha comentado, estar argumentado y objetivado, es decir, actuar con «evidencia probatoria» y no con base en las referencias del interesado, o suposiciones.

## **6. Los factores psicosociales y su importancia en la precipitación de la incapacidad laboral**

Tal como recogen Moreno y Báez (2010), uno de los primeros documentos oficiales e internacionales en abordar el tema de los factores psicosociales en el trabajo fue *“Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control”* publicado por la Organización Internacional del Trabajo en 1984. Se constata en esta publicación que la problemática es claramente anterior y que se remonta al menos a 1974, fecha en la que consta una llamada de la Asamblea Mundial de la Salud para documentar la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores. De hecho el inicio del estudio de los factores psicosociales y su relación con el trabajo se puede remontar a finales del siglo XIX. Los primeros trabajos experimentales aplicados ya habían sido realizados al comienzo de la segunda década del siglo XX por psicólogos tan relevantes como Hugo Münsterberg, quien destaca por la aplicación de la psicología para prevenir accidentes y la fatiga física e intelectual (p. ej., conductores de tranvías, pilotos de barco y telefonistas) en trabajos publicados en inglés con el título de *“Psychology and Industrial Efficiency”* en 1913.

Los factores psicosociales son determinantes en la salud de la población y, por tanto, determinantes en la enfermedad y en el enfermar de los trabajadores. Algunos son considerados factores de riesgo que pueden afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador (Benavides et al. 2002). Estos factores psicosociales de riesgo resultan precipitantes o contribuyentes en el inicio de la incapacidad pero, además, son elementos de mantenimiento de la incapacidad que están ligados a la cronificación de los procesos incapacitantes. Los factores psicosociales están presentes, con frecuencia, en una mala respuesta y adherencia terapéutica, suponen barreras al retorno laboral, y pueden ser causa de presentismo laboral. A la hora de hablar de presentismo laboral, Sanderson y Cocker (2013), lo definen como la reducción de productividad debido a problemas de salud del trabajador. Sin embargo, en la actualidad, el concepto se encuentra ampliado

e incluye aquellas situaciones en las que los empleados acuden a sus puestos de trabajo pero dedican parte de la jornada laboral a tareas que no son productivas o no están relacionadas con la política de la empresa, ya sea por motivos de salud, por falta de motivación, por problemas personales o por otros factores contraproducidos del desempeño.

Por tanto, los factores psicosociales de riesgo para la salud son predictores de un difícil retorno saludable y duradero al trabajo tras una incapacidad. Los factores psicosociales de riesgo no causan la incapacidad, pero contribuyen a ella ya que pueden precipitarla, mantenerla o modificarla, terminando por condicionar la capacidad/incapacidad laboral.

Los factores psicosociales de riesgo modelan la actitud (entre otras variables) y, por ello, serán determinantes en la percepción de sentirse no capacitado: están en el inicio de la baja como detonante impeditivo laboral de situaciones basales previas, en la cronificación del proceso una vez que la incapacidad se ha producido, en la percepción del paciente de persistencia sintomatológica y de escasa respuesta al tratamiento, conllevan una percepción de mala evolución de su proceso de incapacidad, potencian lo disfuncional discapacitante y dificultan el retorno laboral. Si permanecen y se produce el retorno al trabajo, serán causas de bajo desempeño laboral, pudiendo ser determinantes de «ineptitud sobrevenida» (una inhabilidad o carencia de facultades profesionales por deterioro o pérdida de sus recursos de trabajo, percepción, destreza, rapidez que tiene su origen en definitiva los factores psicosociales del trabajador) y de despido.

Por todo ello, siendo factores previos a la identificación de la incapacidad, es fundamental la identificación temprana de estos factores psicosociales de riesgo y su prevención para aminorar el absentismo por incapacidad. Para reducir el impacto de los factores psicológicos en la IT es preciso: (a) actuar sobre las respuestas emocionales inadecuadas mediante una atención psicológica precoz; (b) una atención temprana de los procesos osteomusculares y psíquicos; (c) evitar listas de espera para pruebas diagnósticas y para tratamientos; (d) incorporación progresiva al trabajo (altas parciales) tras la incapacidad; (e) facilitar la adaptación laboral ante la reincorporación del trabajador; (f) evitar controversias entre alta médica y no apto con concordancia decisoria; (g) horarios flexibles o reducción horaria que favorezcan la conciliación familiar; (h) prestaciones sociales para la atención a familiares con dependencia o gravemente enfermos y para situaciones de precariedad económica; (i) mayor detección y evitación y protección de los factores psicosociales de riesgo en el trabajo y (j) mejoras en la organización, condiciones y clima laboral, que fomenten la satisfacción y el bienestar laboral.

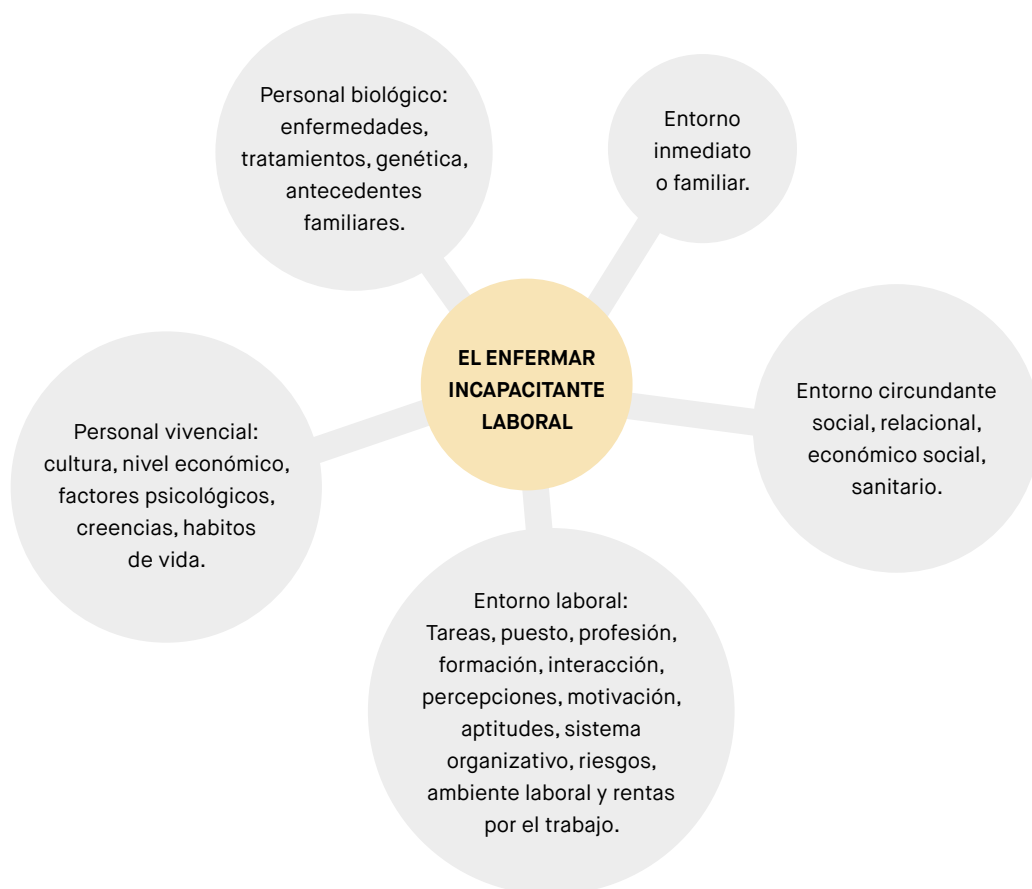


## 6.1. *Algo más que lo biológico (enfermedad y limitaciones funcionales) en el enfermar*

La relación entre enfermedad, síntomas, limitaciones funcionales e incapacidad para el trabajo no es una relación lineal, sino condicionada por el determinante biológico, psicosocial, laboral y socioeconómico. Para Vicente y López-Guillén (2018) los factores psicosociales pueden estar en el origen de la baja pues, por definición, son factores de riesgo para la salud o pueden modular la evolución del proceso de IT. Configuran la “actitud” incapacitante, añadida a las aptitudes incapacitantes. La presencia de factores psicosociales (barrera o negativos) son causa o detonante del 75% de los procesos de ansiedad, trastornos adaptativos, procesos ansioso-depresivos y estrés. Asimismo, estos factores están presentes en un 25% de los cuadros lumbares asociados a dolor crónico, en un 35% de los procesos de cáncer de mama, en un 20% de las cardiopatías tipo infarto y en un 20% de los trastornos por dolor poliarticular.

Por lo tanto, en el enfermar están presentes tanto el ámbito personal biológico como los factores psicosociales (Figura 5).

**Figura 5.** El enfermar y los factores psicosociales.



### 6.1.1. El ámbito personal biológico

La enfermedad, sus limitaciones funcionales, tratamientos, evolución, la genética y los antecedentes familiares son determinantes para constituir la incapacidad.

### 6.1.2. Los factores psicosociales de riesgo

Se presentan en diferentes entornos (Vicente y López-Guillén, 2018):

- Entorno personal vivencial: cultural, nivel económico, factores psicológicos, creencias y hábitos de vida.
- Entorno inmediato o familiar: apoyos, cargas, responsabilidades, relación.
- Entorno circundante social: relación, integración, económico, social y sanitario.
- Entorno laboral: tareas, puesto, profesión, formación, interacción, percepciones, motivación, aptitudes, sistema organizativo, riesgos, ambiente laboral y rentas por el trabajo.

Los factores psicosociales deterioran la incapacidad sobrevenida. Se enferma por un determinante biológico (existencia de un diagnóstico, un tratamiento y una evolución), pero los factores psicosociales causan también un impacto en la enfermedad, tanto en su dimensión física y mental como en la calidad de vida, repercutiendo en la expresión clínico-funcional de la enfermedad. Se está incapacitado laboralmente por una enfermedad que precisa de tratamiento y disminuye la capacidad laboral impidiendo trabajar, pero no puede negarse que los factores psicosociales actuarán como facilitadores o como barrera.

Los factores psicosociales actúan en lo referente a las expectativas de curación, en la consideración del paciente de que la enfermedad es más grave de lo que es y en la creencia de que el tratamiento no mejorará sus síntomas. Esto repercutirá directamente en la adherencia terapéutica, disminuyendo las posibilidades de curación o mejoría y trascendiendo a lo motivacional, que finalmente causará una permanencia alargada en la situación de IT, pues ante toda pregunta por si siente o percibe mejoría, la respuesta del paciente será negativa pudiendo suponer más tratamiento o polifarmacia y una respuesta ineficaz. Los factores psicosociales de riesgo actúan en lo referente a las expectativas relativas al trabajo y en percibir que el trabajo es perjudicial, no ayudando al retorno laboral, y repercuten en la toma de decisión del alta médica y el retorno al trabajo, pues el paciente en incapacidad laboral se opondrá a tal consideración y puede llevar a un sobredimensionamiento clínico o a la reagudización de los síntomas psicológicos que, en cualquier caso, complican la toma de decisión.

La presencia de trastornos psicológicos y/o estar sometido a condiciones estresantes en el trabajo, más aún en trabajos con carga mental o responsabilidad o en situaciones de conflicto laboral, no ayudan a facilitar el retorno laboral, y de producirse, conducirán al anteriormente referido presentismo y a la recaída en IT.

Hay que tener en cuenta que el proceso que consta como diagnóstico en el parte de baja será objeto de tratamiento mientras que sobre los factores psicosociales de riesgo no se realiza ninguna intervención y, por tanto, producirán una peor respuesta y frenarán la

disposición o actitud para el regreso al trabajo. Diversas situaciones de conflicto se pueden presentar como factores psicosociales negativos, bien como conflicto familiar (cuidado de familiar gravemente enfermo, separaciones traumáticas, pérdidas familiares, agresiones, desamparo económico familiar, etc.) o como conflictividad laboral (pérdidas de trabajo, mala relación laboral, carencia de ingresos, sucesivas bajas) o conflictividad personal (conductas emocionales, trastornos del ánimo, historia previa de atención psicológica). Por otro lado, los factores psicosociales de riesgo presentes en el trabajo, favorecen el absentismo por IT e influyen en no mejorar la actitud personal para el trabajo ya que si el trabajo es percibido por el trabajador como no saludable y como parte del origen de su proceso, es difícil que su actitud sea la de querer volver a esa actividad laboral. Esta situación es más frecuente cuando el diagnóstico de la baja es por procesos osteomioarticulares o por trastornos de ansiedad o adaptativos (Vicente, 2018a).

Por todo ello debiéramos tener en cuenta el salario emocional, es decir, en qué medida el trabajo compensa para una buena armonización con el resto de los ámbitos vitales.

## **6.2. *Los nuevos riesgos psicosociales emergentes***

Como apunta Moreno (2011) en el marco laboral preocupan especialmente los llamados riesgos emergentes. Este tipo de riesgos provienen de múltiples campos, como las nuevas tecnologías, los nuevos sistemas de producción, las nuevas materias primas y los nuevos compuestos químicos y biológicos. Queremos resaltar los que están relacionados con el mundo cambiante de las organizaciones, las fluctuaciones económicas rápidas, los nuevos sistemas de trabajo, la nueva sociodemografía del mercado laboral, las nuevas formas de contratación, y en general, las nuevas formulaciones de las relaciones laborales, que precipitan en los denominados *riesgos psicosociales emergentes*. El Estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (OSHA 2007), estableció una lista de 42 riesgos psicosociales emergentes. Gran parte de estos nuevos riesgos psicosociales están causados por un doble fenómeno: la expansión del sector terciario de la producción, sector servicios, y el proceso de la globalización en sus múltiples facetas, una de las cuales es la del mercado de trabajo, estando ambos fenómenos estrechamente asociados.

## **7. La actitud y los aspectos psicosociales**

La actitud y los aspectos psicosociales están en la génesis, desarrollo, prolongación y la determinación del daño incapacitante laboral. La actitud del trabajador y los factores psicosociales deben observarse para evitar que la incapacidad se inicie, evitar su perpetuación y actuar para procurar un buen retorno laboral, una correcta reintegración o al menos adaptación cuando se dan secuelas definitivas. Las aptitudes, la capacitación, la competencia y las habilidades suman, la actitud es un factor potenciador (Vicente y López-Guillén 2018).

## **7.1. *La actitud y su repercusión en la capacidad laboral***

La actitud es la disposición relacionada con el aspecto emocional y motivacional de un trabajador, que, en determinadas situaciones, hace que aun con un mismo proceso, unas mismas limitaciones, un mismo trabajo, un trabajador acuda a trabajar y otro no, esto es, que un trabajador tenga estímulo para reiniciar la vida laboral, y otro la demore.

Las incapacidades podríamos clasificarlas en tres apartados: a) incapacidades indubitadas derivadas de severas afecciones (como el cáncer, amputaciones, deterioros sistémicos...); b) patologías y sus consecuencias con limitaciones que se tornarán incapacitantes dependiendo el trabajo que se realice; y en último lugar, c) un cajón de sastre donde entrarían las situaciones de fraude, simulación, exageración sintomática, sobredimensionamiento clínico, de mayor dificultad valorativa.

En estos dos últimos apartados, la actitud pesa tanto como la aptitud. Para expresarlo de una forma gráfica, la aptitud y su merma condicionan la capacidad o la incapacidad, pero la actitud es un factor multiplicador de una u otra condición.

## **7.2. *El riesgo moral o la actitud intencionada distorsionante***

La incapacidad laboral no está exenta sino impregnada de comportamientos oportunistas, procesos de intención y riesgo moral. Entendiendo por riesgo moral el que en los sistemas de aseguramiento está influenciado por la propia conducta del presunto incapacitado y la asimetría en el conocimiento y la información auténtica y exacta. Sobre cómo de verdad se siente y se muestra el incapacitado y cómo de verdad está, pues el presunto incapacitado tiene la información auténtica de cómo se siente, y qué y cómo debe transmitir cómo se siente y cómo está respondiendo al tratamiento y, en definitiva, cómo evoluciona y qué secuelas mantiene. Es decir, la actitud expresada ante el controlador y sus controles. El riesgo moral sería el componente voluntario, el buen obrar del incapacitado depositado en la buena fe del individuo a la hora de hacer uso de la incapacidad. Este componente actitudinal es el que puede dar inicio, prolongar la incapacidad o impedir el retorno, añadiendo un período extra al «período de sanidad» o de «recuperación fisiológica» o de «restablecimiento funcional» o «consolidación lesional». En un mundo cambiante y además en crisis, el componente actitudinal supone consecuencias que también se extienden al ámbito de la valoración de la capacidad laboral/incapacidad y su consideración. El coste global de la IT fluctúa, pero no por un peor o mejor control médico o adecuación de la misma, sino por múltiples factores, algunos ajenos a la salud (la enfermedad) y lo sanitario (atención sanitaria), como la situación de la economía o el territorio donde se vive. Cuando aludimos al abuso de las bajas, no sólo sería por su prolongación inadecuada, sino que también puede darse en procesos de bajas cortas pero reiteradas (hiperfrecuentación). Para Fernández-Suárez et al (2020) como factor de absentismo más frecuente y prolongado, está el de la seguridad en el empleo, pues se evidencia que los trabajadores con contrato temporal manifiestan un porcentaje menor de procesos por enfermedad común que los trabajadores con contrato fijo. Frente al absentismo por incapacidad conviene no olvidar otro fenómeno que se ha comentado antes y que afecta a la capacidad de producción del trabajador que es el presentismo (situación

ligada a la precariedad laboral, es decir trabajadores que debieran estar de baja pero no están por miedo a perder el trabajo).

Algunas de estas circunstancias pueden guardar causa en la actitud intencionada, el riesgo moral que conllevan y el abuso o fraude en la incapacidad. El riesgo moral en la incapacidad por la actitud intencionada de obtener aquello que no procede, puede desencadenar en simulación. El riesgo moral guarda relación con el componente funcional añadido, el componente voluntario de disfunción, el sobredimensionamiento clínico, la aptitud «administrada», la exageración sintomática, la exploración artefactada, el miedo irracional al retorno laboral, la actitud rentista, la actitud demostrativa, el convencimiento de estar en su derecho, la teatralización sintomática, la actuación disfuncional, el síndrome de lección aprendida, la incongruencia en hallazgos exploratorios o mediante maniobras diferidas o de distracción o combinadas normofuncionales.

En definitiva, el riesgo moral es el añadido incapacitante entre el momento en que se debiera haber procedido al alta por recuperación funcional y el momento en que esta se produce, lo que prolonga el absentismo.

**Figura 6.** El riesgo moral.

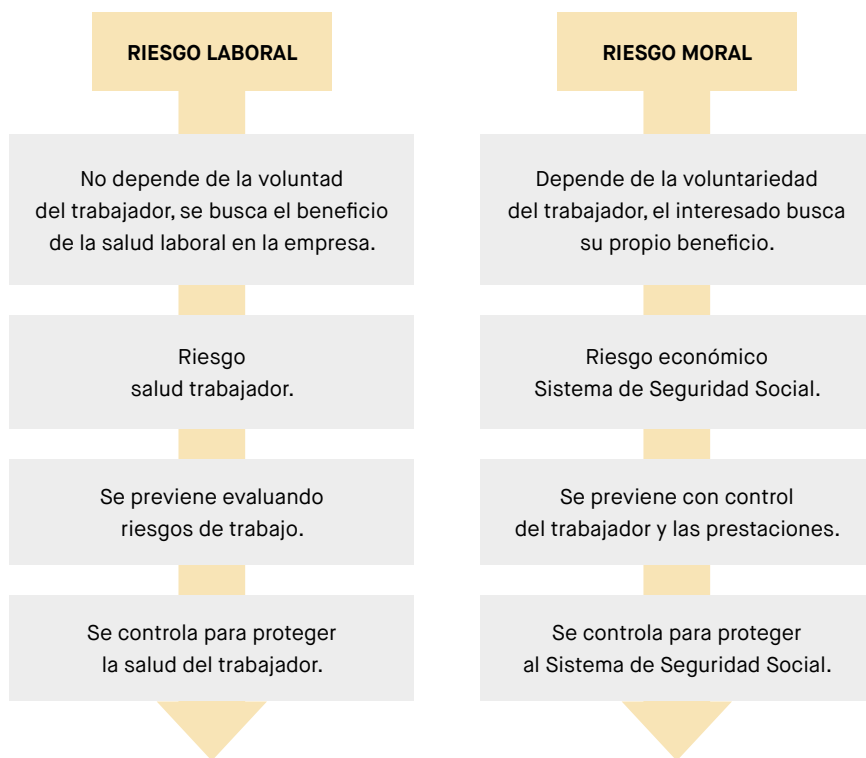


### ***7.3. Diferencias entre riesgo laboral y riesgo moral***

Para Vicente (2018b) el riesgo laboral es un concepto preventivo en salud laboral. El riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra una enfermedad laboral o un accidente de trabajo en relación al peligro que esta actividad entraña. La incapacidad laboral es la consolidación del riesgo, guarda relación con la protección y prevención de la salud laboral, pues a mayor prevención menores situaciones de incapacidad se producen. En el origen de algunas bajas está un fracaso en la prevención. Además, debemos entender que se está en incapacidad por estar impedido o incapacitado, bien temporal o bien definitivamente para trabajar, y que en caso de trabajar en esa situación su salud estaría en peligro, y es en estas situaciones donde la prevención secundaria tiene como objetivo remitir en lo posible esta situación incapacitante procurando la más temprana y completa restitución que posibilite un retorno laboral saludable.

El riesgo moral en las situaciones de incapacidad define el alargamiento o mantenimiento de un proceso de incapacidad con carácter voluntario del trabajador con la intención de hacer un uso perverso de la prestación. Vicente (2018b) profundiza en este concepto considerando que es el riesgo que corremos al valorar una situación de incapacidad sobre la confianza en la buena fe del interesado, o en el obrar de buena fe del ciudadano que va a referirnos su verdadera situación de incapacidad sin distorsión, sin tergiversación o sin engaño. El riesgo moral, incide tanto en el alargamiento como en el acceso a la incapacidad de forma inadecuada y tiene enormes repercusiones, directas e indirectas sobre el sistema productivo y una repercusión directa en el gasto de prestaciones por incapacidad. El riesgo moral puede ser causa de un número considerable de situaciones indebidas de incapacidad, con las importantes consecuencias económicas para el sistema de aseguramiento público. Por todo ello conviene apreciarlo y controlarlo.

**Figura 7.** Diferencias entre riesgo laboral y riesgo moral.



El riesgo moral enlaza con la incapacidad refugio y con el fraude a la Seguridad Social. Para Vicente y López-Guillén (2018) la denominada «incapacidad refugio», consiste en utilizar incapacidad laboral para proteger situaciones de dificultad personal, social, familiar, económica o laboral, pero no para proteger la pérdida de la salud laboral que impide trabajar. Tiende a cubrir, bajo el amparo de diagnósticos inespecíficos y sin menoscabo real de las capacidades funcionales, el cuidado de hijos, cuidado de familiares

enfermos, demandas laborales insatisfechas, frustraciones, o enojo ante acuerdos de empresa o resoluciones contrarias de la administración, problemas o necesidades personales, dificultades o adversidades de la vida, sufrimientos de la vida o del ordinario vivir, desmotivación personal, necesidades económicas, obligaciones personales, sociales o familiares. Son estos, en ocasiones problemas serios, pero sin la necesaria presencia de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad que precisen de tratamiento «médico» o de «solución sanitaria».

#### **7.4. *La valoración de la actitud como prevención de la incapacidad laboral***

La valoración de la actitud guarda relación estrecha y directa con lo preventivo cuando se tiene la constatación de que hay factores de riesgo psicosocial en el trabajo, y estos están tanto en el origen de la enfermedad que ha dado lugar a la baja como en su prolongación. Aquí es cuando la IT, su duración y su resolución, debe de contemplar el abordaje de su situación impeditiva médica para el trabajo de forma integral y preventiva, actuando de forma responsable frente a la reincorporación al trabajo cuando se considere el alta médica para un trabajo donde están presentes estos riesgos psicosociales laborales.

Para actuar con prevención en la incapacidad y evitar las recaídas y/o el desamparo del trabajador, debe existir implicación de todos los ámbitos presentes en el abordaje de la incapacidad médica laboral, es decir el ámbito sanitario atencional, el de la gestión de la IT y el laboral; buscando primero la reparación de las capacidades perdidas por la enfermedad con el tratamiento médico eficaz y temprano, la intercomunicación fluida de los ámbitos implicados en la incapacidad para una mejor toma de decisiones y fomentar empresas saludables, sin problemas organizacionales que estén en la génesis causal de la enfermedad. Si pretendemos ámbitos laborales saludables, es preciso mejorar las condiciones de trabajo y el clima laboral, pues no en vano de cada 100 días de baja, 32 son atribuibles a problemas de salud relacionados o empeorados por el trabajo según los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2015. Baste por último considerar que un porcentaje elevado de trabajadores en baja prolongada o hiperfrecuentadores refieren no tener motivación hacia el trabajo o considerar a este como perjudicial para su salud (en torno al 28%).

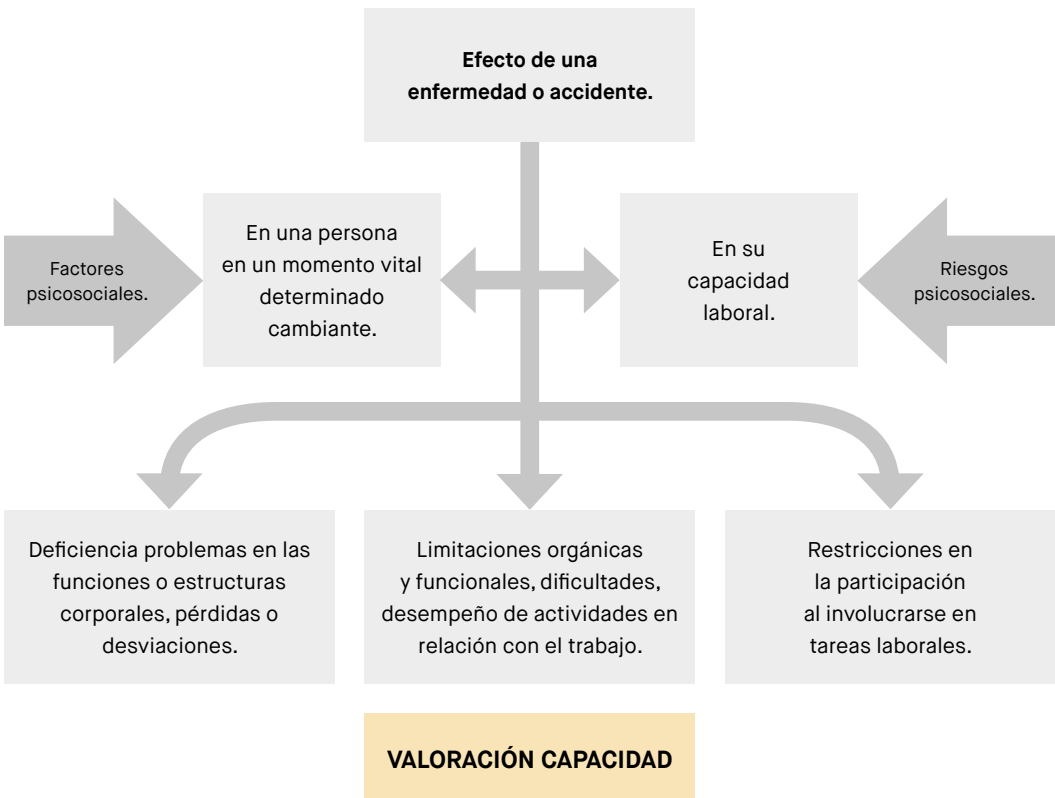
Todo ello nos lleva a no menospreciar la valoración de la actitud del trabajador, a no penalizarla o desconsiderarla y a trabajar en la atención sanitaria del trabajador en incapacidad, los aspectos psicológicos para mejorar los comportamientos inadecuados (erróneas o irracionales) a lo largo del proceso, es decir preparando al trabajador sobre la vuelta al trabajo, una vez superado el período agudo de la incapacidad.

## 8. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud

Para Jiménez et al. (2002) la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) supuso el marco conceptual y paradigma de la clasificación del funcionamiento humano, valorando la discapacidad y la salud desde la transversalidad y la universalidad inclusiva basada en el modelo biopsicosocial y haciéndolo operativo. La CIF conceptúa la clasificación de la discapacidad en la consideración de los factores contextuales ambientales y personales (citados como contexto externo el ambiente físico-social y contexto interno el actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas) actuando con interrelación bien como facilitadores o como barreras de la “funcionalidad”. Desde este punto de vista, la discapacidad se establece no sólo por las disfunciones o limitaciones funcionales o pérdidas anatómicas, sino por cuanto que haya barreras que impidan o condicionen o restrinjan la actividad y la participación de un individuo. Es decir, la discapacidad es una situación y no una condición de la persona.

Es decir, se estará incapacitado no solo por las deficiencias o limitaciones, sino en virtud de los obstáculos o barreras que uno mismo o el entorno laboral o social presenten

**Figura 8.** Valoración de la capacidad/incapacidad, según el esquema de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).





y hagan o no posible la participación y el ejercicio laboral; y se estará capacitado cuando, con las deficiencias y limitaciones presentes, haya elementos facilitadores y adaptaciones a la diversidad funcional. Lamentablemente la CIF no fue incorporada a la valoración de la capacidad laboral.

## **9. Prevención de la incapacidad laboral**

La valoración de la incapacidad no puede olvidar la trascendencia de las acciones preventivas. De hecho, la incapacidad supone un cierto fracaso de la prevención. Debe protegerse la salud laboral, la capacidad laboral, para evitar la aparición de la incapacidad tanto temporal como permanente, y evitar lo evitable. La incapacidad es un indicador de salud laboral y de que debe actuarse para la integración laboral saludable y duradera tras la incapacidad y para prevenir su aparición.

La organización de la empresa y el sistema productivo, fomentando la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores, desde un punto de vista saludable e integral, son el mejor de los escenarios para disponer de elementos facilitadores de la integración completa del trabajador en el ámbito laboral, aun en situaciones de disfunción o diversidad funcional, incluyendo las situaciones de enfermedad.

La incapacidad laboral es algo más que una mera gestión de prestaciones económicas. La incapacidad laboral debe ser utilizada como indicador de salud laboral y, en su análisis de consecuencias, poder servir como elemento de referencia para actuar en prevención y no solo en la prestación económica.

En definitiva, debe procederse a la implantación de auténticas políticas de inclusión laboral de los trabajadores en incapacidad mediante estrategias que favorezcan el retorno al trabajo y aprovechar las capacidades de los trabajadores en situación de vulnerabilidad derivada de la incapacidad, procurando su más rápido restablecimiento y el retorno al trabajo saludable y duradero.

### **9.1. *Prevención primaria***

Para López-Guillén y Vicente (2018) la prevención primaria consiste en evitar que la incapacidad se produzca. Su ámbito de actuación corresponde, por una parte, a los servicios públicos de salud de las CCAA y los servicios médicos de empresa, y por otra a los servicios de prevención responsables de la vigilancia, promoción y prevención de la salud laboral. La prevención actúa sobre la incidencia y es anterior a la incapacidad. Esto se logra mediante acciones tempranas de promoción y atención de la salud, y la implementación de políticas de prevención de riesgos laborales mejorando las condiciones de trabajo, y efectuando un control de la siniestralidad laboral y del enfermar ocupacional.

La prevención primaria en materia de incapacidad laboral precisa conocer los factores de riesgo de incapacidad para actuar sobre ellos, es decir, conocer las causas en origen de la incapacidad laboral: qué procesos, con qué limitaciones, tras qué tipo de tratamientos, accesibilidad sanitaria, a qué colectivos afecta por edad, sexo, sector de actividad, ocupación, tareas, riesgos laborales, condiciones de trabajo, apoyos en el entorno personal y del trabajo, situación laboral, factores económicos, sociales y poblacionales.

Para una correcta prevención primaria se precisa de una coordinación y comunicación de información entre el ámbito sanitario y el ámbito preventivo laboral, lo que en la práctica no sucede. Pues es cierto que la información médico laboral compartida entre el ámbito sanitario y el prestacional es limitada, y entre estos y el ámbito laboral prácticamente nula. A modo de ejemplo, ni siquiera los aplicativos informáticos de cada institución permiten compartir o visualizar información de los pacientes. No resulta pues sencillo comprobar el resultado o la solicitud de pruebas complementarias, el estado de los evolutivos por especialidades o simplemente los informes de alta emitidos.

## **9.2. *Prevención secundaria***

La prevención secundaria según López-Guillén y Vicente (2018), consiste en que una vez iniciada la incapacidad, ésta dure lo menos posible y se consiga la más temprana y mejor recuperación de las capacidades perdidas. La prevención secundaria actúa sobre la duración en la incapacidad ya producida, y forma parte de una gestión integral de la incapacidad para procurar la pronta recuperación de quién padece una incapacidad laboral. Y ¿qué sería preciso entonces? Pues una actuación temprana y con excelencia clínica, pero también conocer los factores que alargan la incapacidad, tanto los vinculados a la propia enfermedad, como la gravedad del proceso o la mala respuesta individual a los tratamientos, como los vinculados al conocimiento y abordaje de factores ajenos a este «enfermar», que son múltiples: (a) no acceso a la sanidad en tiempo y forma adecuada debido a las listas de espera para pruebas diagnósticas, evolutivas o terapéuticas; (b) factores psicosociales en el trabajo; (c) las banderas amarillas en la incapacidad (factores ajenos a la enfermedad que predican que se alargará la baja); (d) falta de apoyo en el entorno personal; (e) trabajo exigente para las limitaciones funcionales sobrevenidas; (f) factores económicos; (g) inadecuación de la incapacidad por ser una situación de incapacidad refugio (para cubrir otras necesidades que no las derivadas de una enfermedad); (h) o el componente voluntario en el alargamiento de la incapacidad.

El ámbito de actuación en situación de IT corresponde a los servicios públicos de salud y la responsabilidad de su correcto control a los inspectores médicos del INSS, de las CCAA y las Mutuas colaboradoras, quienes deberían poner en marcha una actuación temprana y el abordaje de los factores ajenos antes mencionados.

## **9.3. *Prevención terciaria***

Por último para López-Guillén y Vicente (2018) la prevención terciaria de la incapacidad consiste en que, una vez restablecida la capacidad laboral tras el período de incapacidad, esta situación mantenga continuidad en el tiempo, evitando las recaídas, lograr una efectividad en el reingreso al trabajo procurando la adecuada prestación del trabajo y en las mejores condiciones del entorno laboral. La prevención terciaria pretende la reintegración al trabajo y supone mantener al trabajador recuperado de la incapacidad laboral con un retorno saludable y duradero, es decir, sin que el trabajo perjudique su salud o sea causa de recaída y resulte eficiente. Por ello debemos conocer si el retorno es efectivo y disponer de datos de recaída en situación de incapacidad o de abandono del trabajo por causas de salud, así como la posibilidad del presentismo.

Para una correcta reincorporación, partimos de la adecuada decisión para finalizar la incapacidad, es decir, la decisión del alta médica tras la incapacidad (decisión que puede partir del Servicio Público de Salud o desde las inspecciones médicas del INSS o las CCAA) o la declaración de no incapacidad laboral (INSS).

Es preciso reseñar que la consideración del fin de la situación de incapacidad laboral, la mejora y restitución de la capacidad laboral, debe hacerse conociendo el trabajo que se realiza y no mediante referencias inexactas o imprecisas. Por lo tanto se hace ineludible la implantación de la «Ficha ocupacional» ya referida en otro epígrafe anterior, que facilitaría el conocer el trabajo que el trabajador en situación de baja realmente realiza, y por ello no solo tener pleno conocimiento para la extensión de la baja o su confirmación o prórroga, sino para obrar con pleno conocimiento en la extensión del alta médica o en la no declaración de la incapacidad o en los procesos revisorios de la misma.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales marca la política en materia de prevención de riesgos laborales y el conjunto de actuaciones de los poderes públicos dirigidas a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo para elevar el nivel de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, y el texto refundido de la LGSS de 2015 establece los conceptos de IP e IP, y su protección. Pero más allá de la norma que regula los aspectos de la incapacidad laboral o la prevención, hay un continuo y una consecuencia derivada de las actuaciones que unas entidades u otras realicen, y que el trabajador es uno, tanto en la situación de baja o de incapacidad laboral, como en la vuelta al trabajo tras alta médica o no declaración de incapacidad.

## 10. Conclusiones

La valoración de la capacidad/incapacidad precisa de un conocimiento de la norma que la regula. De igual modo, constituye en sí misma una «maestría» una *lex artis* específica, para la que se debe adquirir una formación especializada, completa, que nos permita adquirir conocimientos.

Para la valoración de la capacidad/incapacidad laboral precisamos conocer la capacidad laboral del trabajador y la valoración del trabajo para el que se está capacitado o incapacitado y de qué manera. Para la valoración de las capacidades del trabajador debemos conocer cómo efectuar la valoración y cómo realizar el informe para su evaluación. Para la valoración del trabajo precisamos de una información profunda, detallada y exhaustiva de en qué consiste su trabajo, tareas, actividades, condiciones y requisitorias. Será de la relación entre el conocimiento completo del estado de salud del trabajador –con sus características individuales y las capacidades funcionales que le restan o mantiene en un momento dado ante una situación de pérdida temporal o permanente derivada de la pérdida de la salud– y el conocimiento del trabajo, circunstancias especiales, formación, requerimientos, condiciones de trabajo y riesgos presentes lo que nos lleve a un correcto juicio clínico laboral. No olvidemos que el trabajo condiciona el inicio de la baja, su mantenimiento y el alta médica, pues se está en situación de IT mientras persista el impedimento que ocasionó para el trabajo. Y que el trabajo condiciona la IP pues la condición para la incapacidad total para la profesión habitual es estar inhabilitado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta y se esté en situación de IP absoluta para todo trabajo

cuando el trabajador está inhabilitado por completo para toda profesión u oficio.

Finalmente, no olvidar que aun no siendo determinantes por sí solos, la actitud y los factores psicosociales condicionan la incapacidad y es preciso tenerlos en cuenta.

## 11. Preguntas para la reflexión

1. ¿Qué variables influyen en la incapacidad laboral? ¿Cuáles son las variables de mayor impacto?
2. ¿Ayudaría para la mejor valoración de la incapacidad laboral el disponer de manuales de valoración de la incapacidad laboral públicos?
3. ¿Todas las situaciones de incapacidad laboral temporal, tanto por tipo de procesos, como por evolución y duración, deben seguir bajo seguimiento del médico de atención primaria? ¿Qué procesos precisarían un control ajeno al médico de atención primaria?
4. ¿Ayudaría a la mejor toma de decisiones unos EVIs reformados, integrados de forma exclusiva por técnicos laborales y médicos evaluadores?
5. ¿En qué medida el uso de una ficha de evaluación de requerimientos del trabajo elaborada por los servicios de prevención ayudaría a la mejor valoración de la capacidad/incapacidad laboral?
6. ¿Es necesario y en qué forma una actualización del sistema de prestaciones de incapacidad laboral en materia de seguridad social?
7. ¿Se dispone de información compartida entre el ámbito sanitario, el de los controladores de la incapacidad laboral y el ámbito de la salud laboral? ¿Cómo podría mejorarse?
8. ¿Convendría y qué en forma una renovación tanto de la norma en prevención (Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995), como del concepto de aptitud laboral y el de la incapacidad laboral?
9. ¿Se contemplan adecuadamente los factores psicosociales y la valoración psicológica de la actitud en la valoración de la incapacidad laboral? ¿Cómo deberían de valorarse los factores psicológicos y la actitud?
10. ¿Hasta qué punto el "riesgo moral" por comportamientos actitudinales distorsionantes incide en la valoración de la capacidad laboral?

## 12. Referencias bibliográficas

- Ash, R. A., (1988). Job analysis in the world of work. In Gael, S. (Ed), *The job analysis handbook for business, industry, and government*. Nueva York, Estados Unidos de América: John Wiley and Sons.
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S. y Berra, A. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16, 222-229.
- Catálogo General de Publicaciones Oficiales (2014). *Guía de Valoración Profesional del Instituto Nacional de Seguridad Social*. Recuperado el 13 de mayo de 2021 de, [http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/661ab039-b938-4e50-8639-49925df2e6bf/GUIA\\_VALORACION\\_PROFESIONAL\\_2014\\_reduc.pdf?MOD=AJPERES&CVID](http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/661ab039-b938-4e50-8639-49925df2e6bf/GUIA_VALORACION_PROFESIONAL_2014_reduc.pdf?MOD=AJPERES&CVID)
- Catálogo General de Publicaciones Oficiales (2016). *Guía de valoración de Incapacidad Laboral Temporal para Médicos de Atención Primaria*. Recuperado el 13 de mayo de 2021 de, [http://www.isciii.es/isciii.es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/guia\\_de\\_valoracion\\_de\\_incapacidad\\_laboral\\_para\\_ap.pdf](http://www.isciii.es/isciii.es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/guia_de_valoracion_de_incapacidad_laboral_para_ap.pdf)
- Dictionary of Occupational Titles (DOT) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos (2011). Recuperado el 28 de junio de 2021 de, [https://occupationalinfo.org/appendxb\\_1.html](https://occupationalinfo.org/appendxb_1.html)
- Fernández-Suárez, I., Botey, M. y Torrano, F. (2020). Influencia de las condiciones de contratación en el absentismo laboral. *Anales de psicología / annals of psychology 2020, vol. 36, no 3 (octubre), 503-511*. <https://doi.org/10.6018/analesps.371201>
- García-Izquierdo, A. L., Vilela, L. D., & Moscoso, S. (2015). Work analysis for personnel selection. In I. Nikolaou & J. K. Oostrom (Eds.), *Employee recruitment, selection, and assessment: Contemporary issues for theory and practice* (pp. 9–26). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Goiria Ormazábal, J. (2014). Ficha de valoración ocupacional para trabajadores en Incapacidad Temporal (IT) en el País Vasco: valoración de requerimientos del trabajo en pacientes en IT o al alta. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(Supl. 1), 110-123.
- Jiménez, MT., González, P. y Martín, JM. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española de Salud Pública*, 76(4), 271-279. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000400002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000400002&lng=es&tlng=es)
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf>
- López-Guillén, A. y Vicente, JM. (2018) Necesidad de políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada, en materia de seguridad Social. *Medicina y seguridad del trabajo*, 64 (253), 379-401.
- Moreno, Bernardo. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (Supl. 1), 4-19. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>
- OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2007). *European risk observatory report. Expert Forecast on emerging Psychosocial risks related to occupational safety and health*. Recuperado el 28 de junio de 2021 de, [osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118)
- Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. *Boletín Oficial del Estado*, 176, 57579-57596, de 21 de julio de 2014. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2014/07/18/625>
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 261 de 31 de octubre de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>
- Sanderson, K. y Cocker, F. (2013) Presenteeism: Implications and health risks. *Australian Family Physician*, 42 (4), 172-175. <https://www.racgp.org.au/afp/2013/april/presenteeism/>
- The Occupational Information Network O\*NET online. Recuperado el 28 de junio de 2021 de, <https://www.onetonline.org/>
- Vicente, JM. (2008). *Manual de evaluación de requerimientos para la valoración de la capacidad laboral (MERCAL)*. Recuperado en 13 de mayo de 2021, de <https://www.adegi.es/adegi/el-mercal-manual-evaluacion-requerimientos-valoracion-capacidad-laboral/>
- Vicente, JM. (2014). La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60 (237), 660-674.

- Vicente, JM. (2017). No apto pero no incapacitado. La controversia del ser o no ser. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63 (247), 131-158.
- Vicente, JM. (2018a). La gestión de la incapacidad laboral algo más que una cuestión económica. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64 (251), 131-160.
- Vicente, JM. (2018b) Incapacidad laboral, riesgo moral y riesgo laboral. *Publicado en Prevencionar.com*. Recuperado el 1 de mayo de 2021 de <https://prevencionar.com/2018/05/08/incapacidad-laboral-riesgo-moral-y-riesgo-laboral/>
- Vicente, JM. y López-Guillén, A. (2018). Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64 (250), 50-74.

# **Respuestas a las preguntas para la reflexión tipo test**





# Respuestas a las preguntas para la reflexión tipo test

**Capítulo 3.** Nuevos paradigmas y marcos de referencia para la gestión de la seguridad: la seguridad-II, las Organizaciones de Alta Fiabilidad y el *mindful organizing*

1-A, 2-A, 3-A, 4-A, 5-A, 6-A





La aplicación efectiva de la prevención de los riesgos laborales en las organizaciones se basa en el fomento y el desarrollo de una adecuada cultura preventiva. Una cultura preventiva se considera integrada en las tareas cotidianas mediante la puesta en práctica de comportamientos seguros; esto es, cuando el conjunto de conocimientos, cogniciones, actitudes, afectos y conductas están en consonancia con las estrategias que promocionan la salud laboral. Profundizar en el conocimiento de las materias preventivas y sensibilizar respecto a su importancia son dos de las formas que facilitan el desarrollo de la cultura preventiva y su progresiva implementación en organizaciones y empresas.

En este volumen abordaremos una serie de contenidos que ahondan en la creación de conocimiento y suponen un avance para el progreso de dicha cultura preventiva. Desde una perspectiva organizacional, el diseño de entornos saludables donde la prevención esté al mismo nivel que otros indicadores de eficacia organizacional es una exigencia social cada vez mayor. En el capítulo primero, se trata el concepto de intervención psicosocial desde una perspectiva que tenga en cuenta a toda la organización. Posteriormente, se propone el modelo HERO para el desarrollo e implantación de organizaciones saludables. No obstante, para conseguir que las organizaciones se involucren hacia la mejora del sistema como un todo, en el capítulo tercero se enfatiza la organización consciente y un enfoque de la seguridad basada en el acierto y no en el error, lo que enlaza con el siguiente capítulo donde se aborda una función fundamental como es la necesidad del cambio de actitud y de comportamiento profundizando en diversas técnicas, entre ellas la atención consciente. La relevancia de tener en cuenta la perspectiva de género en la prevención de riesgos laborales es el eje principal del capítulo quinto, donde se comienza a tratar la inclusión como una perspectiva necesaria para prevención eficaz y no discriminatoria, de forma que se haga hincapié en la singularidad de este colectivo en este caso. En esta línea, el ámbito de la discapacidad adquiere su principal protagonismo en el capítulo sexto, que se articula en torno al despliegue de políticas y estrategias de integración laboral. Otro de los aspectos de actualidad desde una óptica inclusiva que se trata en el capítulo séptimo es el referente a las migraciones, tanto desde la perspectiva de los que cambian de residencia para buscar un trabajo como desde los que son enviados por la empresa a otro destino. También es de interés el fenómeno del progresivo aumento de la edad de los trabajadores en activo y las particularidades respecto a sus capacidades y habilidades en el desarrollo de su trabajo en las organizaciones, que es el tema que se trata en el capítulo octavo. No menos relevante es el fenómeno de la pobreza laboral, en el que se analiza cómo el hecho de trabajar puede no ser suficiente para una calidad de vida mínimamente digna. Finalmente, en este libro damos paso a una actualización desde el punto de vista jurídico, sobre las consecuencias que la falta de prevención ocasiona, y que se materializa en los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, así como la valoración de la incapacidad en tanto secuelas de estos hechos traumáticos, aspectos que se tratan en los capítulos diez y once respectivamente. Esperamos que todas aquellas personas vinculadas al ámbito de la prevención de riesgos laborales vean en este libro una ayuda para comprender y aplicar la intervención psicosocial en las organizaciones y empresas de diferentes sectores y ámbitos, así como un estímulo para el avance y la mejora de la salud laboral.



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

INSTITUTO ASTURIANO DE  
PREVENCIÓN  
DE RIESGOS LABORALES



Universidad de Oviedo  
Universidá d'Uviéu  
University of Oviedo

CÁTEDRA  
ASTURIAS  
PREVENCIÓN