

#### Sumario:

#### 5 Editorial

#### Artículos originales:

7 Influencia de las variables organizacionales sobre los riesgos psicosociales en los trabajadores/as de los sectores de siderometalurgia y limpieza de la cav

16 Mujer y drogas. Un enfoque de género en los centros de trabajo

26 Protocolo de prevención y actuación ante posibles situaciones de acoso laboral y sexual en el Ayuntamiento de Sta. Coloma de Gramenet: elaboración y aprobación por unanimidad del grupo de trabajo del Comité de Seguridad y Salud

# MALARONE®

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA POR *P. FALCIPARUM* <sup>1</sup>

( Financiado por el Sistema Nacional de Salud )

Aportación  
reducida

ES LA OPCIÓN MÁS EFICAZ  
Y CON MENOS REACCIONES ADVERSAS  
PARA VIAJEROS A CORTO PLAZO<sup>2</sup>



  
**MALARONE**  
127 Avenidas / 700 Edificios de Propiedad

  
**MALARONE**  
**PEDIÁTRICO**  
127 Avenidas / 700 Edificios de Propiedad

BIBLIOGRAFÍA: 1. Ficha técnica Malarone®, GlaxoSmithKline, agosto 2007. 2. Peirmann E. Malaria chemoprophylaxis: where should we use it and what are the options? Expert Rev. Anti-infect. Ther. 2 (1), 119 - 32 (2004). 3. US Centers for Disease Control and Prevention. Health information for international travel. Prescription Drugs for preventing malaria. Disponible en [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) (Consultado noviembre 2008).

RECOMENDADO  
POR EL

**CDC**<sup>3</sup>



[www.centrodeinformacion-gsk.com](http://www.centrodeinformacion-gsk.com)

902 202 700  
es-ci@gsk.com



GlaxoSmithKline

**FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Malaron Comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido de Malaron contiene: Atovaquona 250 mg, Hidrocloruro de proguanil 100 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos con película. Comprimidos de color rosa, redondos y biconvexos. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Malaron es una combinación a dosis fija de atovaquona e hidrocloruro de proguanil que actúa como un esquizotónico sanguíneo y que también presenta actividad frente a los esquizotónicos hepáticos del *Plasmodium falciparum*. Tratamiento del paludismo agudo, no complicado, por *Plasmodium falciparum*. Malaron es eficaz frente a *P. falciparum* sensibles y resistentes a fármacos antipalúdicos por lo que está especialmente recomendado para la profilaxis y el tratamiento del paludismo por *P. falciparum* donde el patógeno pueda ser resistente a otros antipalúdicos. Deberán tenerse en cuenta las directrices oficiales e información local sobre prevalencia de resistencias a fármacos antipalúdicos. Normalmente las directrices oficiales incluirán las directrices de la OMS y las de las Autoridades Sanitarias. **4.2 Posología y forma de administración:** La dosis diaria deberá tenerse en cuenta los alimentos o una bebida láctea (para asegurar la máxima absorción) a la misma hora cada día. Si los pacientes no pueden tolerar los alimentos, se deberá administrar Malaron igualmente, aunque la exposición sistémica a atovaquona se verá reducida. En el caso de que se produjeran vómitos durante la primera hora después de la administración, deberá volver a tomarse una nueva dosis. **PROFILAXIS:** La profilaxis deberá iniciarse 24 o 48 horas antes de entrar en una zona geográfica donde el paludismo sea endémico. • Continuar durante el período de estancia, el cual no debería exceder los 28 días; • Continuar diariamente hasta 7 días después de abandonar dicha zona. En residentes (personas parcialmente inmunizadas) de áreas endémicas, la seguridad y efectividad de Malaron ha sido establecida en estudios de hasta 12 semanas. **Posología en adultos:** Un comprimido diario de Malaron. Malaron Comprimidos no está recomendado en la profilaxis del paludismo en aquellas personas cuyo peso corporal sea inferior a 40 kg. **TRATAMIENTO:** **Posología en adultos:** Cuatro comprimidos de Malaron en una única toma, durante tres días consecutivos. **Posología en niños:** 11-20 kg de peso: Un comprimido diario durante tres días consecutivos. 21-30 kg de peso: Dos comprimidos en una única toma, durante tres días consecutivos. 31-40 kg de peso: Tres comprimidos en una única toma, durante tres días consecutivos. > 40 kg de peso: Misma dosis que para adultos. **Posología en ancianos:** Un estudio farmacocinético indica que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes ancianos. **Posología en caso de disfunción hepática:** Un estudio farmacocinético indica que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), siempre que sea posible, se recomienda la administración de un tratamiento alternativo a Malaron para el tratamiento del paludismo agudo por *P. falciparum* (ver sección 4.4). Para la profilaxis del paludismo por *P. falciparum* en pacientes con disfunción renal grave, ver sección 4.3. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a atovaquona o a hidrocloruro de proguanil o a alguno de los excipientes. Malaron está contraindicado para la profilaxis del paludismo por *P. falciparum* en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se ha establecido la seguridad y efectividad de Malaron para profilaxis del paludismo en pacientes con menos de 40 kg de peso. Las personas que toman Malaron para profilaxis o el tratamiento del paludismo deberán tomar una dosis repetida si se producen vómitos durante la primera hora tras la administración. En caso de diarrea debe continuarse con la dosificación normal. La absorción de atovaquona puede reducirse en pacientes con diarrea o vómitos, pero la diarrea y los vómitos no se asocian con una reducción de la eficacia en ensayos clínicos de Malaron para la profilaxis del paludismo. Sin embargo, al igual que con otros agentes antipalúdicos, debe recomendarse a las personas con diarrea o vómitos que continúen ajustándose a las medidas de protección personal (repelentes, mosquiteros). En pacientes con paludismo agudo que presenten diarrea o vómitos, deben considerarse terapias alternativas. Si Malaron se emplea para tratar el paludismo en estos pacientes, la parasitemia deberá ser estrechamente controlada. No se ha establecido la seguridad y efectividad de Malaron en el tratamiento del paludismo en pacientes pediátricos con menos de 11 kg de peso. No se ha estudiado Malaron para el tratamiento de paludismo cerebral u otras manifestaciones graves de paludismo complicado que incluyan hiperparasitemia, edema pulmonar o fallo renal. Fueron comunes las reactivaciones parasitarias cuando se trató el paludismo por *P. vivax* o *P. ovale*, así como aquellos que desarrollan paludismo por cualquiera de estos parásitos, necesitarán un tratamiento adicional con un fármaco que sea activo frente a los hipozoitos. En caso de reactivación de infecciones debidas a *P. falciparum* tras el tratamiento con Malaron o al fracaso de la quimioprofilaxis, los pacientes deberán ser tratados con un esquizotónico sanguíneo diferente. La parasitemia debe ser estrechamente controlada en pacientes que reciben simultáneamente metoprolol y tetraciclina (ver sección 4.5). No se recomienda la administración simultánea de Malaron y rifampicina o rifabutina (ver sección 4.5). En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), siempre que sea posible, se recomienda la administración de un tratamiento alternativo a Malaron para el tratamiento del paludismo agudo por *P. falciparum* (ver sección 4.2 y 4.3). **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Proguanil puede potenciar el efecto anticoagulante de la warfarina y otros anticoagulantes basados en la cumarina. El mecanismo de esta potencial interacción farmacológica no ha sido determinado todavía. Se recomienda precaución al iniciar o retirar la profilaxis o el tratamiento del paludismo con atovaquona-proguanil en pacientes en tratamiento continuo con anticoagulantes basados en la cumarina. El tratamiento simultáneo con metoprolol y tetraciclina se ha asociado con descensos importantes en las concentraciones plasmáticas de atovaquona (ver sección 4.4). La administración concomitante de atovaquona e indinavir resulta en una disminución en el  $C_{max}$  de indinavir (disminución del 23%, IC del 90% dentro del rango 8-35%). Debe tenerse precaución cuando se prescribe atovaquona con indinavir debido a la disminución en los niveles mínimos de indinavir. Se sabe que la administración junto con rifampicina o rifabutina reduce los niveles de atovaquona en aproximadamente un 50% y un 34% respectivamente (ver sección 4.4). Atovaquona tiene una tasa de unión a proteínas muy alta (>99%), pero no desplaza *in vitro* a otros fármacos con altas tasas de unión a proteínas, indicando que no es probable que se produzcan interacciones farmacológicas importantes debidas al desplazamiento del lugar de unión. **4.6 Embarazo y lactancia:** No se ha establecido la seguridad de atovaquona e hidrocloruro de proguanil cuando se administran conjuntamente en embarazadas y el riesgo potencial es desconocido. Estudios en animales no han mostrado evidencia de teratogenicidad de la combinación. Los componentes individuales no han mostrado efectos sobre el parto ni el desarrollo pre- y postnatal. Se observó toxicidad materna en conejos preñados durante un estudio de teratogenicidad. La utilización de Malaron durante el embarazo solamente debe considerarse si el beneficio esperado para la madre supera cualquier riesgo potencial para el feto. El proguanil que forma parte de Malaron actúa inhibiendo la dihidrofolatorreductasa del parásito. No hay datos clínicos que indiquen que la administración de un suplemento de folato disminuya la eficacia del fármaco. En mujeres en edad fértil que reciben suplementos de folato para prevenir los defectos congénitos del tubo neural, se debería continuar la administración de tales suplementos mientras estén en tratamiento con Malaron. **Lactancia:** Las concentraciones de atovaquona en leche materna, en un estudio en rata, fueron el 30% de las concentraciones de atovaquona determinadas en ese momento en el plasma materno. No se sabe si atovaquona se excreta en leche humana. El proguanil se excreta en leche humana en pequeñas cantidades. Las madres que amamantan a sus hijos no deben tomar Malaron. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se ha comunicado la aparición de mareos. Los pacientes deben ser advertidos de que si se sienten afectados no deben conducir, utilizar máquinas o tomar parte en actividades que puedan poner en riesgo a ellos o a otros. **4.8 Reacciones adversas:** La siguiente tabla incluye un resumen de las reacciones adversas comunicadas con Malaron, atovaquona o proguanil en ensayos clínicos y comunicaciones espontáneas postcomercialización. Se usa la siguiente convención para la clasificación de frecuencias: muy frecuentes ( $\geq 1/100$ ); frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/100$ ); poco frecuentes ( $\geq 1/1000$  a  $< 1/1000$ ); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). En los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil para el tratamiento del paludismo, los acontecimientos adversos más comúnmente descritos, independientemente de su causa, fueron: dolor abdominal, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y tos, y se comunicaron en una proporción similar en pacientes en tratamiento con atovaquona-proguanil como con un comparador antipalúdico. En los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil para la profilaxis del paludismo, los acontecimientos adversos más comúnmente descritos, independientemente de su causa, fueron: dolor abdominal, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y tos, y se comunicaron en una proporción similar en los pacientes tratados tanto con atovaquona-proguanil como con placebo. Clasificación de órganos del sistema: Trastornos de la sangre y del sistema linfático; Frecuentes: Anemia<sup>1</sup>, Neutropenia<sup>1</sup>; Frecuencia no conocida: Pancytopenia en pacientes con alteración renal grave<sup>2</sup>; Trastornos del sistema inmunológico; Frecuentes: Reacciones alérgicas; Rash<sup>1</sup>; Poco frecuentes: Urticaria<sup>1</sup>; Frecuencia no conocida: Angioedema<sup>1</sup>, Anafilaxis<sup>1</sup>; Vasculitis<sup>1</sup>; Trastornos del metabolismo y de la nutrición; Frecuentes: Hiponatremia<sup>1</sup>, Anorexia<sup>1</sup>; Poco frecuentes: Niveles de amilasa elevados<sup>2</sup>; Trastornos del sistema nervioso; Muy frecuentes: Dolor de cabeza<sup>1</sup>; Frecuentes: Insomnio<sup>1</sup>, Mareo<sup>1</sup>; Trastornos gastrointestinales; Muy frecuentes: Náuseas<sup>1</sup>, Vómitos<sup>1</sup>; Diarrea<sup>1</sup>, Dolor abdominal<sup>1</sup>; Poco frecuentes: Estomatitis<sup>1</sup>; Frecuencia no conocida: Intolerancia gástrica<sup>1</sup>, Ulceración oral<sup>1</sup>; Trastornos hepatobiliares; Frecuentes: Niveles de enzimas hepáticas elevados<sup>2</sup>; Frecuencia no conocida: Hepatitis<sup>1</sup>; Colestasis<sup>1</sup>; Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo; Poco frecuentes: Pérdida de pelo<sup>1</sup>; Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración; Frecuentes: Fiebre<sup>1</sup>; Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos; Frecuentes: Tos<sup>1</sup>. 1. Frecuencia calculada a partir de los ensayos clínicos con MALARONE. 2. Frecuencia obtenida de la documentación de atovaquona. Los pacientes que participaron en ensayos clínicos con atovaquona han recibido dosis más altas y han tenido a menudo complicaciones de una infección avanzada por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por lo tanto, la relación causal entre experiencias adversas y la atovaquona es difícil de evaluar. Estos acontecimientos pueden haberse visto en una frecuencia menor o no en todos los ensayos clínicos con atovaquona-proguanil. 3. Observadas de comunicaciones espontáneas postcomercialización y por lo tanto la relación causal entre experiencias adversas y la atovaquona es desconocida. 4. Observadas con proguanil y la frecuencia es por tanto desconocida. 5. Los datos de los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil indican que los resultados anormales en las pruebas de función hepática eran reversibles y no estaban asociados con acontecimientos clínicos adversos. **4.9 Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Malaron. En casos de sospecha de sobredosis deberá proporcionarse el tratamiento sintomático y de apoyo apropiado. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas: Grupo farmacológico: antipalúdicos; Código ATC: P01B B51; Mecanismo de acción:** Los constituyentes de Malaron, atovaquona e hidrocloruro de proguanil, interfieren con dos rutas diferentes implicadas en la biosíntesis de pirimidinas necesarias para la replicación de ácidos nucleicos. El mecanismo de acción de atovaquona frente a *P. falciparum* es vía inhibición del transporte electrónico mitocondrial, a nivel del complejo del citocromo bc<sub>1</sub> y el colapso del potencial de membrana mitocondrial. Uno de los mecanismos de acción del proguanil, a través de su metabolito cicloquanil, es la inhibición de la dihidrofolatorreductasa, que interrumpe la síntesis del deoxitimidilato. El proguanil tiene también una actividad antipalúdica independiente de su metabolización a cicloquanil, y el proguanil, pero no el cicloquanil, es capaz de potenciar la capacidad de la atovaquona para colapsar el potencial de membrana mitocondrial en los parásitos del paludismo. Este último mecanismo puede explicar el sinergismo observado cuando atovaquona e hidrocloruro de proguanil se utilizan en combinación. **Microbiología:** Atovaquona tiene una potente actividad frente a *Plasmodium spp* ( $C_{50}$  *in vitro* frente a *P. falciparum* 0,23-1,43 ng/ml). Atovaquona no presenta resistencias cruzadas con otros fármacos antipalúdicos en el uso actual. Entre más de 30 aislados de *P. falciparum*, se detectó resistencia *in vitro* frente a cloroquina (41% de los aislados), quinina (32% de los aislados), mefloquina (29% de los aislados), y halofantrina (48% de los aislados) pero no frente a atovaquona (0% de los aislados). La actividad antipalúdica del proguanil se ejerce a través del metabolito principal cicloquanil ( $C_{50}$  *in vitro* frente a varias cepas de *P. falciparum* de 4-20 ng/ml; se ha visto *in vitro* cierta actividad del proguanil y otro metabolito, 4-clorofenilguanil, a 600-3000 ng/ml). La combinación de atovaquona y proguanil ha demostrado ser sinérgica en estudios *in vitro* de *P. falciparum*. Esta combinación aumentada se demostró también en estudios clínicos tanto en pacientes inmunes como no inmunes. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** *Núcleo* Polioxámero 188 BCS. *Cubierta* Polioxámero 188 BCS. Celulosa microcristalina Ph. Eur. Hidroxipropilcelulosa con bajo grado de sustitución USP. Povidona K30 Ph. Eur. Carboximetilcelulosa de sodio Ph. Eur. Estearato de magnesio Ph. Eur. *Recubrimiento* Hipromelosa Ph. Eur. Dióxido de titanio Ph. Eur. Óxido de hierro rojo E172. Macrogol 400 Ph. Eur. Polietilenglicol 8000 USP. **6.2 Incompatibilidades:** No aplicable. **6.3 Período de validez:** 5 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** Blisters de PVC lámina de aluminio conteniendo 12 comprimidos. **6.6 Precauciones especiales de eliminación (y otras manipulaciones):** Ninguna especial. La eliminación de este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** GlaxoSmithKline S.A., P.T.M. - C/ Severo Ochoa nº 2, 28760 Tres Cantos (Madrid). **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: 43452. 9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Agosto 2007. **10. CONVENCIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION:** Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. Envase de 12 comprimidos P.V.P.: 42,40€. R.V.P. I.V.A. 44,10€. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

**FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Malaron Pediátrico comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene: Atovaquona 62,5 mg, Hidrocloruro de proguanil 25 mg. Para consultar la lista de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos con película. Comprimidos de color rosa, redondos, biconvexos, y marcados en una cara con "GX CG7". **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Malaron Pediátrico es una combinación a dosis fija de atovaquona e hidrocloruro de proguanil que actúa como un esquizotónico sanguíneo y que también presenta actividad frente a los esquizotónicos hepáticos del *Plasmodium falciparum*. Tratamiento del paludismo por *Plasmodium falciparum* en individuos entre 11 y 40 kg de peso. Tratamiento del paludismo agudo, no complicado, causado por *Plasmodium falciparum* en niños de peso  $\geq 5$  y  $< 11$  kg de peso. (Para el tratamiento del paludismo agudo, no complicado, causado por *Plasmodium falciparum* en individuos de peso entre 11 y 40 kg, por favor, remitirse a la ficha técnica de Malaron comprimidos). Malaron es eficaz frente a *P. falciparum* resistentes a uno o más fármacos antipalúdicos. Por tanto está especialmente recomendado para la profilaxis y tratamiento frente a paludismo por *P. falciparum* en áreas donde el patógeno pueda ser resistente a uno o más agentes antipalúdicos, y también para el tratamiento del paludismo en pacientes infectados con *P. falciparum* fuera de esas áreas. Deberán tenerse en cuenta las directrices oficiales e información local sobre prevalencia de resistencias a fármacos antipalúdicos. Normalmente las directrices oficiales incluirán las directrices de la OMS y las de las Autoridades Sanitarias. **4.2 Posología y forma de administración:** La dosis para la profilaxis y tratamiento de paludismo agudo, no complicado, causado por *P. falciparum* en niños, está basada en el peso corporal. • **Profilaxis. Dosis en individuos que pesan 11-40 kg:** Dosis/día: Intervalo de peso corporal (kg): 11-20. Atovaquona (mg): 62,5. Proguanil (mg): 25. Nº de comprimidos: Un comprimido de Malaron Pediátrico. Intervalo de peso corporal (kg): 21-30. Atovaquona (mg): 125. Proguanil (mg): 50. Nº de comprimidos: Dos comprimidos de Malaron Pediátrico. Intervalo de peso corporal (kg): 31-40. Atovaquona (mg): 187,5. Proguanil (mg): 187,5. Nº de comprimidos: Tres comprimidos de Malaron Pediátrico. Intervalo de peso corporal (kg): >40. Atovaquona (mg): 250. Proguanil (mg): 100. Nº de comprimidos: Sujetos de >40 kg antes de recibir un comprimido de Malaron 250/100mg al día. La seguridad y efectividad de Malaron Pediátrico comprimidos para la profilaxis de la malaria en niños que pesan menos de 11 kg no ha sido establecida. La profilaxis deberá: • iniciarse 24 o 48 horas antes de entrar en una zona geográfica donde el paludismo sea endémico • continuar durante el período de estancia, el cual no debería exceder los 28 días • continuar diariamente hasta 7 días después de abandonar dicha zona. En residentes (personas parcialmente inmunizadas) de áreas endémicas, la seguridad y efectividad de Malaron Pediátrico comprimidos ha sido establecida en estudios de hasta 12 semanas. • **Tratamiento:** Dosis/día: Intervalo de peso corporal (kg): 5-8. Atovaquona (mg): 125. Proguanil (mg): 50. Régimen de Dosis: Dos comprimidos diarios de Malaron Pediátrico, tres días consecutivos. Intervalo de peso corporal (kg): 9-10. Atovaquona (mg): 187,5. Proguanil (mg): 187,5. Régimen de Dosis: Tres comprimidos de Malaron Pediátrico, tres días consecutivos. **Para individuos que pesan 11 kg o más, la primera elección para el tratamiento del paludismo agudo, no complicado, causado por P. falciparum es Malaron Comprimidos (250/100 mg). Consulte la Ficha Técnica de Malaron Comprimidos respecto a la posología recomendada para este rango de peso. Malaron Comprimidos tiene una concentración cuatro veces superior a la de Malaron Pediátrico comprimidos. En circunstancias donde no haya disponibilidad de Malaron Comprimidos, entonces puede utilizarse Malaron Pediátrico comprimidos Posología en caso de disfunción hepática:** No hay estudios farmacocinéticos en niños con disfunción hepática. Sin embargo, un estudio farmacocinético en adultos indica que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática grave, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** No hay estudios farmacocinéticos en niños con disfunción renal. Sin embargo, los estudios farmacocinéticos en adultos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción hepática:** Un estudio farmacocinético indica que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Aunque no se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada, no se prevén precauciones especiales o ajuste de dosis. **Posología en caso de disfunción renal:** Los estudios farmacocinéticos señalan que no es necesario realizar ajustes posológicos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), siempre que sea posible, se recomienda la administración de un tratamiento alternativo a Malaron para el tratamiento del paludismo agudo por *P. falciparum* (ver sección 4.4). Para la profilaxis del paludismo por *P. falciparum* en pacientes con disfunción renal grave, ver sección 4.3. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a atovaquona o a hidrocloruro de proguanil o a alguno de los excipientes. Malaron Pediátrico está contraindicado para la profilaxis del paludismo por *P. falciparum* en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Las personas que toman Malaron Pediátrico para profilaxis o tratamiento del paludismo deberán tomar una dosis repetida si se producen vómitos durante la primera hora tras la administración. En caso de diarrea debe continuarse con la dosificación normal. La absorción de atovaquona puede reducirse en pacientes con diarrea o vómitos, pero la diarrea y los vómitos no se asocian con una reducción de la eficacia en ensayos clínicos de Malaron para la profilaxis del paludismo. Sin embargo, al igual que con otros agentes antipalúdicos, debe recomendarse a las personas con diarrea o vómitos que continúen ajustándose a las medidas de protección personal (repelentes, mosquiteros). No se ha establecido la seguridad y efectividad de Malaron Pediátrico para la profilaxis del paludismo en niños con menos de 11 kg de peso. Malaron Pediátrico no está indicado para el tratamiento de paludismo agudo no complicado por *P. falciparum* en individuos de 11 a 40 kg de peso. En estos individuos, deben utilizarse los comprimidos de Malaron 250/100mg (ver sección 4.2). Posología y forma de administración. Fueron comunes las reactivaciones parasitarias cuando se trató el paludismo por *P. vivax* o *P. ovale*, así como aquellos que desarrollan paludismo por cualquiera de estos parásitos, necesitarán un tratamiento adicional con un fármaco que sea activo frente a los hipozoitos. En caso de fracaso de la quimioprofilaxis con Malaron Pediátrico comprimidos, los pacientes deberán ser tratados con un esquizotónico sanguíneo diferente. La parasitemia debe ser estrechamente controlada en pacientes que reciben simultáneamente metoprolol y tetraciclina. Aunque algunos niños recibieron concomitantemente Malaron e metoprolol en ensayos clínicos sin ninguna evidencia de disminución en la protección frente al paludismo, la posibilidad de una interacción clínicamente significativa con otros medicamentos no puede descartarse. La administración concomitante de atovaquona e indinavir resulta en una disminución en el  $C_{max}$  de indinavir (disminución del 23%, IC del 90% dentro del rango 8-35%). Debe tenerse precaución cuando se prescribe atovaquona con indinavir debido a la disminución en los niveles mínimos de indinavir. La administración concomitante de Malaron con rifampicina o rifabutina debe evitarse debido a la reducción de los niveles plasmáticos de atovaquona en aproximadamente un 50% y un 34% respectivamente. Atovaquona tiene una tasa de unión a proteínas muy alta (>99%), pero no desplaza *in vitro* a otros fármacos con altas tasas de unión a proteínas, indicando que no es probable que se produzcan interacciones farmacológicas importantes debidas al desplazamiento del lugar de unión. **4.6 Embarazo y lactancia:** No se ha establecido la seguridad de atovaquona e hidrocloruro de proguanil cuando se administran conjuntamente en embarazadas y el riesgo potencial en el hombre es desconocido. Estudios en animales no han mostrado evidencia de teratogenicidad de la combinación. Los componentes individuales no han mostrado efectos sobre el parto ni el desarrollo pre- y postnatal. Se observó toxicidad materna en conejos preñados durante un estudio de teratogenicidad. La utilización de Malaron Pediátrico durante el embarazo solamente debe considerarse si el beneficio esperado para la madre supera cualquier riesgo potencial para el feto. El proguanil actúa inhibiendo la dihidrofolatorreductasa del parásito. No hay datos clínicos que indiquen que la administración de un suplemento de folato disminuya la eficacia del fármaco. En mujeres en edad fértil que reciben suplementos de folato para prevenir los defectos congénitos del tubo neural, se debería continuar la administración de tales suplementos mientras estén en tratamiento con Malaron Pediátrico. **Lactancia:** Las concentraciones de atovaquona en leche materna, en un estudio en rata, fueron el 30% de las concentraciones de atovaquona determinadas en el plasma materno. No se sabe si atovaquona se excreta en leche humana. El proguanil se excreta en leche humana en pequeñas cantidades. Las mujeres en periodo de lactancia no deben tomar Malaron Pediátrico. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Aunque no se han realizado estudios para determinar el efecto de Malaron Pediátrico sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas, no se prevé un efecto perjudicial sobre tales actividades en función de la farmacología de los componentes. **4.8 Reacciones adversas:** En los ensayos clínicos con Malaron Pediátrico para la profilaxis del paludismo, 357 niños y adolescentes con un peso corporal desde 11 hasta  $\leq 40$  kg recibieron Malaron Pediátrico. La mayoría de éstos eran residentes de áreas endémicas y tomaron comprimidos de Malaron Pediátrico durante aproximadamente 12 semanas. Los restantes eran viajeros a áreas endémicas, y la mayoría de éstos tomaron comprimidos de Malaron Pediátrico durante 2-4 semanas. Estudios clínicos abiertos que investigaron el tratamiento en niños de peso corporal comprendido entre  $\geq 5$  kg y  $< 11$  kg indican que el perfil de seguridad es similar al de niños con peso corporal comprendido entre 11 kg y 40 kg, y al de adultos. Hay datos limitados de seguridad a largo plazo en niños. En particular, no se han estudiado los efectos a largo plazo de Malaron sobre el crecimiento, pubertad y desarrollo general. En los ensayos clínicos las reacciones adversas más comúnmente descritas, (más de 1/100) incluyeron dolor abdominal y diarrea, náuseas, vómitos y dolor de cabeza. Sin embargo, se comunicaron en la misma proporción en los pacientes tratados tanto con Malaron como con placebo. La siguiente tabla incluye un resumen de las reacciones adversas comunicadas con Malaron, atovaquona o proguanil en ensayos clínicos y comunicaciones espontáneas postcomercialización. Se usa la siguiente convención para la clasificación de frecuencias: muy frecuentes ( $\geq 1/100$ ); frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/100$ ); poco frecuentes ( $\geq 1/1000$  a  $< 1/1000$ ); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). En los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil para el tratamiento del paludismo, los acontecimientos adversos más comúnmente descritos, independientemente de su causa, fueron: dolor abdominal, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y tos, y se comunicaron en una proporción similar en pacientes en tratamiento con atovaquona-proguanil como con un comparador antipalúdico. En los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil para la profilaxis del paludismo, los acontecimientos adversos más comúnmente descritos, independientemente de su causa, fueron: dolor abdominal, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y tos, y se comunicaron en una proporción similar en los pacientes tratados tanto con atovaquona-proguanil como con placebo. Clasificación de órganos del sistema: Trastornos de la sangre y del sistema linfático; Frecuentes: Anemia<sup>1</sup>, Neutropenia<sup>1</sup>; Frecuencia no conocida: Pancytopenia en pacientes con alteración renal grave<sup>2</sup>; Trastornos del sistema inmunológico; Frecuentes: Reacciones alérgicas; Rash<sup>1</sup>; Poco frecuentes: Urticaria<sup>1</sup>; Frecuencia no conocida: Angioedema<sup>1</sup>, Anafilaxis<sup>1</sup>; Vasculitis<sup>1</sup>; Trastornos del metabolismo y de la nutrición; Frecuentes: Hiponatremia<sup>1</sup>, Anorexia<sup>1</sup>; Poco frecuentes: Niveles de amilasa elevados<sup>2</sup>; Trastornos del sistema nervioso; Muy frecuentes: Dolor de cabeza<sup>1</sup>; Frecuentes: Insomnio<sup>1</sup>, Mareo<sup>1</sup>; Trastornos gastrointestinales; Muy frecuentes: Náuseas<sup>1</sup>, Vómitos<sup>1</sup>; Diarrea<sup>1</sup>, Dolor abdominal<sup>1</sup>; Poco frecuentes: Estomatitis<sup>1</sup>; Frecuencia no conocida: Intolerancia gástrica<sup>1</sup>, Ulceración oral<sup>1</sup>; Trastornos hepatobiliares; Frecuentes: Niveles de enzimas hepáticas elevados<sup>2</sup>; Frecuencia no conocida: Hepatitis<sup>1</sup>; Colestasis<sup>1</sup>; Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo; Poco frecuentes: Pérdida de pelo<sup>1</sup>; Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración; Frecuentes: Fiebre<sup>1</sup>; Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos; Frecuentes: Tos<sup>1</sup>. 1. Frecuencia calculada a partir de los ensayos clínicos con MALARONE. 2. Frecuencia obtenida de la documentación de atovaquona. Los pacientes que participaron en ensayos clínicos con atovaquona han recibido dosis más altas y han tenido a menudo complicaciones de una infección avanzada por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por lo tanto, la relación causal entre experiencias adversas y la atovaquona es difícil de evaluar. Estos acontecimientos pueden haberse visto en una frecuencia menor o no en todos los ensayos clínicos con atovaquona-proguanil. 3. Observadas de comunicaciones espontáneas postcomercialización y por lo tanto la relación causal entre experiencias adversas y la atovaquona es desconocida. 4. Observadas con proguanil y la frecuencia es por tanto desconocida. 5. Los datos de los ensayos clínicos de atovaquona-proguanil indican que los resultados anormales en las pruebas de función hepática eran reversibles y no estaban asociados con acontecimientos clínicos adversos. **4.9 Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Malaron o Malaron Pediátrico. En casos de sospecha de sobredosis deberá proporcionarse el tratamiento sintomático y de apoyo apropiado. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas: Grupo farmacológico: antipalúdicos; Código ATC: P01B B51; Mecanismo de acción:** Los constituyentes de los comprimidos de Malaron Pediátrico, atovaquona e hidrocloruro de proguanil, interfieren con dos rutas diferentes implicadas en la biosíntesis de pirimidinas necesarias para la replicación de ácidos nucleicos. El mecanismo de acción de atovaquona frente a *P. falciparum* es vía inhibición del transporte electrónico mitocondrial, a nivel del complejo del citocromo bc<sub>1</sub> y el colapso del potencial de membrana mitocondrial. Uno de los mecanismos de acción del proguanil, a través de su metabolito cicloquanil, es la inhibición de la dihidrofolatorreductasa, que interrumpe la síntesis del deoxitimidilato. El proguanil tiene también una actividad antipalúdica independiente de su metabolización a cicloquanil, y el proguanil, pero no el cicloquanil, es capaz de potenciar la capacidad de la atovaquona para colapsar el potencial de membrana mitocondrial en los parásitos del paludismo. Este último mecanismo puede explicar el sinergismo observado cuando atovaquona e hidrocloruro de proguanil se utilizan en combinación. **Microbiología:** Atovaquona tiene una potente actividad frente a *Plasmodium spp* ( $C_{50}$  *in vitro* frente a *P. falciparum* 0,23-1,43 ng/ml). No se detectó resistencia cruzada de atovaquona con otros fármacos antipalúdicos del mismo grupo entre más de 30 aislados de *P. falciparum*, que demostraron resistencia *in vitro* frente a cloroquina (41% de los aislados), quinina (32% de los aislados), mefloquina (29% de los aislados), y halofantrina (48% de los aislados). La  $C_{50}$  del metabolito principal del proguanil, el cicloquanil, frente a varias cepas de *P. falciparum* era 4-20 ng/ml; se ha observado cierta actividad de proguanil y otro metabolito, 4-clorofenilguanil, *in vitro* a 600-3000 ng/ml). La combinación de atovaquona y proguanil ha demostrado ser sinérgica en estudios *in vitro* frente a *P. falciparum*. Esta combinación era más eficaz que otros fármacos solos en estudios clínicos del tratamiento del paludismo tanto en pacientes inmunes como no inmunes. **Eficacia clínica:** • **Profilaxis:** La eficacia en viajeros pediátricos no inmunes no ha sido establecida directamente, pero puede ser asumida por extrapolación a partir de dos ensayos que evaluaron en primer lugar la seguridad de los comprimidos de Malaron Pediátrico en viajeros (no inmunes) a áreas endémicas. En estos ensayos, se les administró Malaron a un total de 93 viajeros que pesaban <40 kg y 93 recibieron otro régimen profiláctico antipalúdico (81 cloroquina/proguanil y 12 mefloquina). La mayoría de los viajeros fueron a África y la media de duración de la estancia estaba entre 2-3 semanas. No se registraron casos de malaria en ningún sujeto que se incluyó en estos estudios. • **Tratamiento:** En Gabón fue realizado un ensayo abierto, aleatorizado, de grupos paralelos, en 200 niños de peso  $\geq 5$  kg y  $< 11$  kg con paludismo confirmado, no complicado, causado por *P. falciparum*. El tratamiento fue con Malaron Pediátrico o amodiaquina suspensión. En la población por intención de tratar, la tasa de curación a los 28 días fue del 87% en el grupo de MALARONE (87/100 sujetos). En la población por-protocolo, la tasa de curación a los 28 días fue del 95% en el grupo de MALARONE (87/92 sujetos). Las tasas de curación parasitológicas para el grupo de MALARONE fueron del 88% y 95% para las poblaciones por intención de tratar y por-protocolo, respectivamente. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** *Núcleo* Polioxámero 188 BCS. *Cubierta* Polioxámero 188 BCS. Celulosa microcristalina. Hidroxipropilcelulosa con bajo grado de sustitución. Povidona K30. Carboximetilalmidón de sodio (tipoA). Estearato de magnesio. *Recubrimiento* Hipromelosa. Dióxido de titanio E172. Óxido de hierro rojo E172. Macrogol 400. Polietilenglicol 8000. **6.2 Incompatibilidades:** No aplicable. **6.3 Período de validez:** 5 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** Blisters de PVC lámina de aluminio conteniendo 12 comprimidos. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con el, se realizará de acuerdo con las normativas locales. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** GlaxoSmithKline S.A., P.T.M. - C/ Severo Ochoa nº 2, 28760 Tres Cantos (Madrid). **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 65.257. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN O DE LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 15 Julio 2002. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 15 Julio 2002. **11. CONVENCIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION:** Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. Envase de 12 comprimidos P.V.P.: 13,60€. R.V.P. I.V.A. 14,4€. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

## Director

AMADO CUADRADO FERNANDEZ

## Asesor de Dirección

JUAN JOSE SANCHEZ MILLA

## Consejo de Redacción

CARLOS BELTRAN DE GUEVARA BERECEBAR

IÑIGO APELLANIZ GONZALEZ

JUAN GOIRIA ORMAZABAL

JAVIER GONZALEZ CABALLERO



## Comité Científico

JOSE MANUEL ALVAREZ GOMEZ. Parque de Bomberos de Valencia

JESUS ALBERT SANZ. Servicios Médicos de las Cortes Valencianas

JUAN JOSE DIAZ FRANCO. Servicio de Prevención del Hospital Carlos III de Madrid

JESUS MATEOS RODRIGUEZ. Servicio Extremeño de Salud. Área de Salud de Cáceres

ANTONIO SPINOLA BRETONES. Diputación de Cordoba

ANTONIO DOCE FELIZ. Ayuntamiento de A Coruña

MARIA PILAR MORENO MARTINEZ. Ayuntamiento de Zaragoza

FRANCISCO VICENTE FORNÉS UBEDA. Ayuntamiento de Valencia

JOSE LUIS RUIZ CIRUELOS. Servicio Navarro de Salud

Mª ANGELES LORENTE DEL PRISCO. Ayuntamiento de Sabadell

JAVIER GUERRERO FONSECA. Servicio de Salud de Castilla La Mancha

### Secretaría de Redacción:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA  
CENTRO CLINICO DONOSTI  
c/ Urbietta, 39 1º Izqda.  
20006 SAN SEBASTIAN

**Edita:** S.E.S.L.A.P.

**Diseño de portada:** María Sol Fernández Fernández,  
Amado Cuadrado Fernández y José Luis H.

Tirada de 500 ejemplares. Publicación semestral (2 números al año).

Reservados todos los derechos. No puede ser reproducida ninguna parte de la publicación,  
ni total ni parcialmente, sin autorización de los editores.

SESLAP no se hace responsable del contenido de los artículos. Su difusión no implica conformidad  
con los artículos que publica, los cuales reflejan únicamente las opiniones individuales de los autores.

Deposito legal: BI-2529-99

ISSN: 1575-8524

Publicación autorizada por  
La Viceconsejería de Sanidad  
como Soporte Válido.

Imprime:  garcinuño

UNA OPINIÓN...

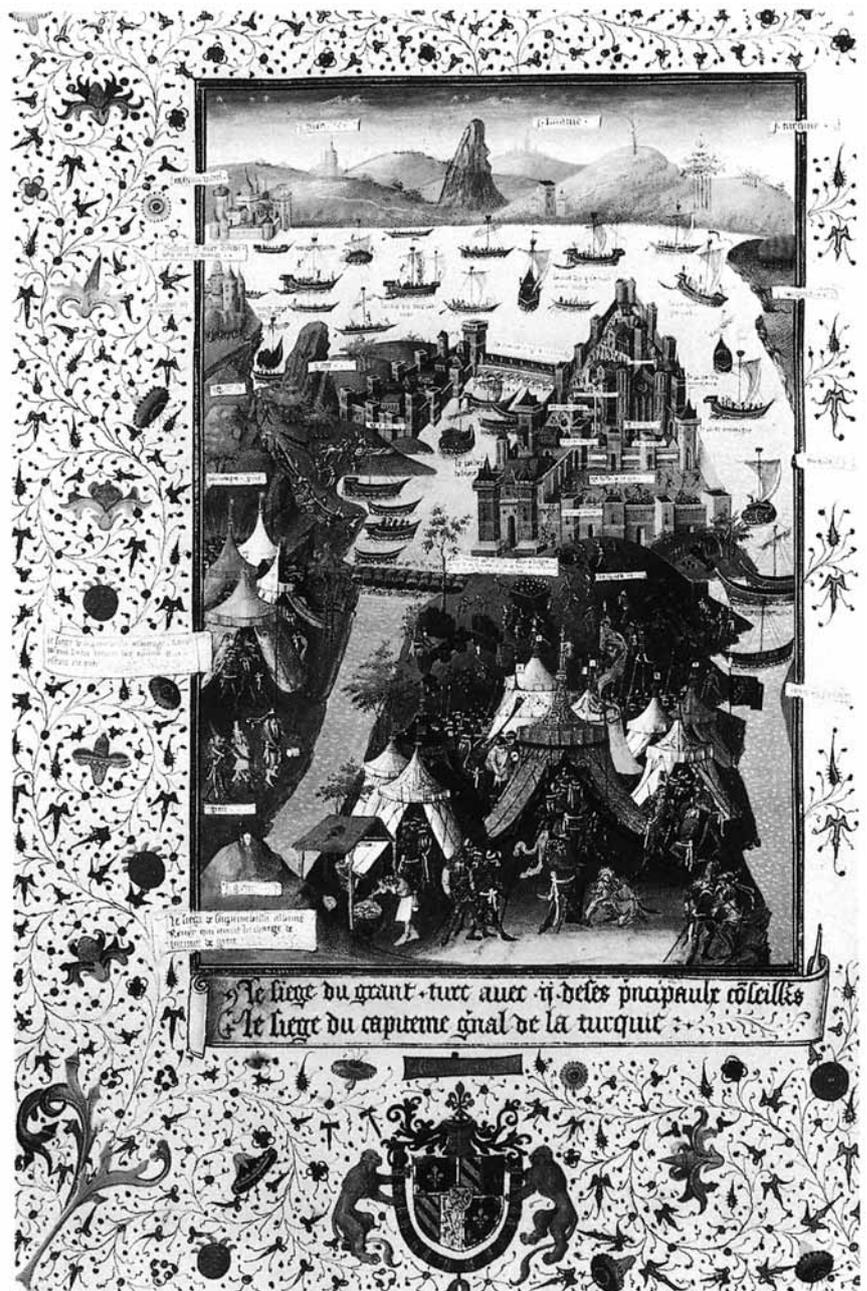
Los Herederos de Hipócrates

# editorial

La mayoría de nuestros contemporáneos consideran a la Edad Media (final del Imperio Romano de Occidente, año 476, hasta la toma de Constantinopla por los Turcos en el año 1453) como un periodo de oscurantismo, al considerar que no hubo descubrimientos ni creaciones durante cerca de 1000 años.

En la actualidad, es difícil valorar el legado que nos ha hecho la Edad Media, por la pérdida de documentos en unos casos y la difícil interpretación en otros.

No obstante, la medicina en 1453 en Europa no era la misma que la de la Roma Imperial, por tanto los médicos durante éste periodo **trabajaron, reflexionaron, escribieron** y, en consecuencia, mejoraron sus conocimientos y su visión de la salud y la enfermedad.



FELIZ NAVIDAD Y PRÓSPERO AÑO  
MOYLU YENI YILLAR  
BON NADAL I FELIÇ ANY NOU  
FELIZ ANO NOVO  
GODT NYTT ÅR  
ZORIONAK ETA URTE BERI ON  
BONNE ET HEUREUSE ANNÉE  
BONES NAVIDAES FELIZ AÑU NUEU  
FROHE WEIHNACHTEN UND EIN GUTES NEUES JAHR  
BO NADAL E FELIZ ANINOVO  
MERRY CHRISTMAS AND HAPPY NEW YEAR  
BON NADAU E ERÓS AN NAU



GOTT NYTT ÅR  
GELUKKIG NIEUWJAAR  
SELAMA TTAHUN BARU  
MISTÓS ULA QUÉ TA BUTÉN GERÓ DE BERG

祝你们 新年好!

**С HOBBИМ ГОДОМ!**

ST' ASTNÝ NOVÝ ROK

GODT NYTÅR

**שנה טובה ומאושרת!**

新年 おめでとうございます

كل عام وعلامة بخير

SZCZEŚLIWEGO NOWEGO ROKU

KA ΛΑ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ

S.E.S.I.A.P.

# Influencia de las variables organizacionales sobre los riesgos psicosociales en los trabajadores/as de los sectores de siderometalurgia y limpieza de la CAV

Angel Elías, Antón Borja, Itziar Ugarteburu, Javier Cerrato, Eider Larrazabal, Jon Iradi e Iñigo Apellaniz.



7

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El hecho de que en las empresas trabajen personas implica aceptar que las empresas tienen un componente social. Por tanto, atendiendo a ese componente social, la empresa ha de posibilitar la participación y la comunicación, tanto vertical como horizontal, entre todas las personas que la componen, a fin de conseguir una mayor implicación en los objetivos, una mayor responsabilidad, y por tanto una mayor satisfacción personal. Sin embargo, la no aceptación del componente social conlleva la aparición de una serie de riesgos psicosociales que, apenas se tienen en cuenta, y que en cambio, tienen una gran repercusión en la salud y bienestar de las personas.

El presente estudio surge como respuesta a la falta de atención preventiva que suscitan los riesgos laborales de carácter psicosocial así como a la necesidad de incorporar en el contenido de la negociación colectiva medidas eficaces ante esta problemática. Para ello se han elegido dos sectores (metalurgia y limpieza), ambos de una gran importancia y, sin embargo, de características muy diferenciadas, por cuanto que el sector siderometalúrgico tiene un componente marcadamente industrial y la mayoría de la plantilla está compuesta por hombres, y el sector de la limpieza, en cambio, enmarcado en el sector de servicios, y donde la mayoría de las personas trabajadoras son mujeres.

El estudio está dividido en dos partes diferenciadas pero complementarias y necesarias para realizar una aproximación a la situación/conocimiento que hay de los riesgos psicosociales en los sectores anteriormente mencionados.

- Estudio exploratorio: donde a través de una serie de grupos de discusión compuestos por delegados sindicales se analiza la percepción que hay sobre los riesgos psicosociales en el ámbito de los/las trabajadores/as y se estudia el grado de correlación entre el clima de seguridad psicosocial percibido por los trabajadores/as, su satisfacción laboral y su nivel de estrés profesional
- Estudio del ámbito jurídico: donde se realiza un análisis de los diferentes convenios que regulan los sectores en estudio.

En lo que se refiere al estudio exploratorio, basándonos en el modelo AMIGO (modelo de Análisis Multifacético para la Intervención y Gestión Organizacional) (Peiró, 1999, 2000, 2003) y la metodología PREVENLAB, el objetivo general del trabajo es estudiar el grado de correlación entre el clima de seguridad psicosocial percibido por los trabajadores de side-

rometalurgia y limpieza del País Vasco en sus empresas, su satisfacción laboral y su nivel de estrés profesional.

La hipótesis de la que se parte es que cuanto más negativo sea este clima de riesgo percibido menor será el índice de satisfacción laboral y mayor el nivel de estrés.

En lo que se refiere al ámbito jurídico se han analizado los diferentes convenios que regulan ambos sectores y se han realizado una serie de propuestas dirigidas a enriquecer el contenido de dichos convenios con el objetivo de favorecer una mejor prevención de los riesgos psicosociales.

## 2. ESTUDIO EXPLORATORIO

Desde este punto de vista, la realización de un buen diagnóstico de los factores psicosociales requiere disponer de un modelo teórico que permita una visión integrada de los fenómenos organizacionales, grupales e individuales que ayude a identificar los riesgos existentes y a elaborar planes de intervención y/o prevención específicos sobre los mismos.

### 2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La amplitud de la muestra estudiada es de n=69 trabajadores/as, de los cuales el 65.7% pertenecen al sector siderometalúrgico y el 34.3% al sector de limpieza. El 49.3% trabajan en Araba, el 35.8% en Gipuzkoa y el 14.9% en Bizkaia.

En cuanto a las variables sociodemográficas se refiere, la distribución por géneros es de un 73% de hombres y un 27% de mujeres. La edad media es de 44 años y la distribución por intervalos de edad es la siguiente: el 31% tiene entre 27 y 40 años, el 42% entre 41 y 50 y el 27% restante entre 51 y 59. En cuanto al país de procedencia el 98.5% de las/los trabajadores de la muestra son españoles.

En relación a las variables sociolaborales y condiciones de empleo, por categorías profesionales la distribución es la siguiente: el 16.4% son oficiales de 1º, el 10.9% oficiales de 2º, el 12% oficiales de 3º, el 22.4% especialistas y el 21% peones.

En cuanto al tipo de contrato, el 94% son fijos y el 6% restante poseen contrato temporal. El 92.5% trabaja a dedicación completa y el 7.5% restante a dedicación parcial. El 70% tiene jornada intensiva y el 30% jornada partida. El 38.3% trabaja a turnos.

En cuanto al servicio de prevención, en el 77.6% la empresa dispone de tal servicio, frente al 16.4% que no y un 3% que no consta. Entre las empresas en que existe este ser-

vicio en el 34% es propio y en el 58% es ajeno, siendo propio con especialidades concertadas en el 8% de los casos. En el 74.6% de los casos el delegado/a de prevención depende de la empresa, en el 7.5% depende de una subcontrata y en un 15% se desconoce.

## 2.2. METODOLOGÍA: instrumento y procedimiento.

Utilizando una metodología correlacional de campo se realizaron dos estudios de carácter complementario a la misma muestra: uno cuantitativo mediante cuestionario autoadministrado y otro cualitativo mediante grupo de discusión.

### 2.2.1. Estudio cuantitativo: instrumento de recogida de datos.

En cuanto al estudio cuantitativo se utilizó un cuestionario de carácter bilingüe, aplicando con tres escalas diferentes las variables "clima de seguridad psicosocial en el trabajo", "satisfacción laboral" y "estrés laboral", además de un bloque de preguntas sobre datos sociodemográficos y de perfil sociolaboral.

### 2.2.2. Estudio cualitativo.

Para el estudio cualitativo se utilizó la metodología de los grupos de discusión, concretamente la entrevista grupal de campo formal (Frey y Fontana, 1993; Valles, 1997) o grupo focalizado (Morgan, 1988). Se realizaron un total de cinco grupos de discusión, dos en Araba, dos en Gipuzkoa y uno en Bizkaia.

Para orientar las respuestas y la interacción en los grupos de discusión se utilizó un guión estructurado en torno a la obtención de tres bloques de datos complementarios a los datos del estudio cuantitativo:

- Conocimiento, experiencia y testimonio de los riesgos psicosociales en el trabajo.
- Percepción de las prácticas y políticas organizacionales activas de la dirección para la prevención de riesgos psicosociales.
- Conciliación trabajo-familia.

## 2.3. RESULTADOS.

### 2.3.1. Análisis cuantitativo.

#### 1. Clima de seguridad psicosocial en el trabajo.

El 20.6% de las/los trabajadoras/as de la muestra tiene un conocimiento nulo de qué son los riesgos psicosociales, mientras algo más de la mitad, el 52.2%, tiene un conocimiento medio. El 11.9% tiene un alto conocimiento y el 10.4% un bajo conocimiento. Prácticamente el 60% del personal manifiesta haber sufrido algún tipo de trastorno psicosocial, porcentaje que coincide prácticamente con el 61.2% que dice desplegar alguna estrategia personal defensiva para contrarrestar el estrés y/o los conflictos en el trabajo. La mayoría de los trabajadores/as, el 62.5%, percibe un bajo grado de sensibilización de los compañeros/as de trabajo ante los riesgos psicosociales, frente al 21.9% que percibe una sensibilización media y el 1.6% que percibe una sensibilización alta. El 14.1% percibe una sensibilización nula. En cuanto a la percepción de una política favorable de la dirección para la prevención de riesgos psicosociales, el 51.1% percibe una nula disposición favorable, el 17% muy desfavorable, el 6.4% bastante desfavorable y el 10% desfavorable sin más.

En los casos en que se percibe una política favorable ésta es favorable sin más en el 4.3% de los casos y media en el 6.4%. La importancia otorgada a la prevención de riesgos psicosociales, en una escala de 1 a 5, es de 3.4, es decir, media-alta. La media de la importancia de los riesgos psicosociales en relación a los riesgos físicos, en una escala de 1 a 5, es de 3.3 de modo que se consideran levemente más importantes (una media de tres indicaría importancia similar). En cuanto a la satisfacción laboral, medida en una escala de 1-5 la puntuación media es de 2.6, es decir, media-baja. Desglosando la satisfacción laboral en dimensiones, la satisfacción laboral intrínseca (trabajo en sí, tareas) es media (2.9), la satisfacción con las condiciones del puesto es media-baja (2.6) y la satisfacción con las relaciones sociales en el trabajo es baja (2.4). El grado de estrés global (escala 1-7) es de 3.2, es decir, medio-bajo.

Esto explicaría el que, a pesar de que el índice medio de satisfacción laboral sea medio-bajo, el índice medio de implicación laboral sea medio-alto, con un promedio de 3.7 (escala 1-5). Por último, el grado medio de posibilidad de conciliación trabajo-familia es de 3.4, es decir, medio-alto (escala 1-5).

#### 2. Análisis del clima de seguridad laboral por sectores.

No hay diferencias entre sectores en cuanto a la proporción de trabajadores/as que dicen poner en práctica estrategias personales defensivas contra los trastornos psicosociales, rondando en ambos casos el 61%.

El nivel de sensibilización percibido en el entorno de trabajo respecto a los riesgos psicosociales es mayoritariamente bajo en ambos sectores aunque más en metal, con un 65.1% mientras que en limpieza es un 57.1%. Sin embargo es mayor el porcentaje de personas que perciben una sensibilización media en limpieza, un 28.6% frente a un 18.6% en metal. Un nivel alto de sensibilización sólo es percibido por el 2.3% en el metal y por ningún trabajador/a en la limpieza.

El grado de satisfacción laboral es medio-bajo en metal y bajo en limpieza, siendo superior en medio punto entre el personal del metal con unas medias respectivas de 2.7 y 2.2 escala (1-5), siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Desglosando la satisfacción laboral en dimensiones, no existen diferencias significativas entre sectores en la satisfacción con las condiciones y las relaciones sociales, siendo de grado medio-bajo en ambos casos respectivamente, pero sí existen en cuanto a la satisfacción con las características intrínsecas del puesto: de grado medio para el metal (3.0) y media-baja para la limpieza (2.7). Es en el nivel de estrés donde se dan las diferencias estadísticamente significativas más importantes entre los sectores del metal y de la limpieza: en el metal es de 2.7 (escala 1-7), es decir, medio-bajo, y en limpieza 4.4, medio-alto y casi el doble que en el metal.

#### 3. Correlación entre clima de seguridad psicosocial, estrés y satisfacción laboral.

En este apartado pasamos a describir los resultados relativos a la relación existente entre las diferentes dimensiones del clima de seguridad psicosocial en el trabajo (conocimiento de riesgos psicosociales, experiencia y percepción de la sensibilización y de la predisposición de la dirección hacia la prevención, importancia otorgada a los riesgos psi-



cosociales, implicación laboral y capacidad de conciliación trabajo-familia), así como entre estas dimensiones y la satisfacción y el estrés laboral. Un nivel de conocimiento medio o alto de qué son los riesgos psicosociales en el trabajo va acompañado de una mayor importancia otorgada a los riesgos psicosociales: este grado de importancia media es alto, con una media de 3.8 (escala 1-5) para los trabajadores/as que tienen un conocimiento medio o alto, y media (3.2) para los que tienen un conocimiento bajo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (S.036).

Existe un mayor grado de capacidad de conciliación trabajo-familia entre los trabajadores/as que perciben en su ambiente laboral una sensibilización media o alta hacia la prevención de riesgos psicosociales que entre los que perciben una sensibilización baja: respectivamente 3.6, capacidad media-alta, frente a 2.7, capacidad media-baja (escala 1-5), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (S.0.11).

La predisposición percibida en la dirección hacia la prevención de riesgos psicosociales por parte de la dirección es un factor que explica diferencias estadísticamente significativas tanto en la satisfacción laboral como en la equiparación de la importancia de los riesgos psicosociales con la de los riesgos físicos. Concretamente tanto la satisfacción laboral global, como la satisfacción laboral con las condiciones del puesto y con las relaciones sociales en el entorno de trabajo son de grado medio cuando se percibe una política favorable hacia la prevención (media de en torno a 3.0 en los tres casos, escala 1-5), y es de grado bajo cuando se percibe una política desfavorable (entre 2.0 y 2.5). Del mismo modo, cuando se percibe una política favorable se considera que la prevención de los riesgos psicosociales es más importante que la prevención de riesgos físicos, media de 4 en una escala 1-5, disminuyendo esa importancia relativa mayor a 3.5 cuando se percibe una política desfavorable.

El hecho de desplegar estrategias personales defensivas para contrarrestar los trastornos psicosociales también es un factor importante a la hora de explicar diferencias estadísticamente significativas tanto en la satisfacción laboral como en otros factores de clima de seguridad psicosocial: las/los trabajadores que dicen desplegar estas estrategias defensivas son también los que están más insatisfechos con las relaciones sociales en el entorno laboral y, consecuentemente, poseen un grado más alto de conocimiento de qué son los riesgos psicosociales, perciben un entorno laboral más sensibilizado y otorgan una mayor importancia a los riesgos psicosociales que quienes no despliegan estas estrategias.

De todas las dimensiones consideradas en la escala de clima de seguridad psicosocial la más importante es el haber sufrido algún tipo de trastorno psicosocial. Ésto explica diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones de satisfacción laboral, nivel de estrés, capacidad de conciliación trabajo-familia, importancia otorgada a los riesgos psicosociales y en otras dimensiones medidas por la escala de clima de seguridad psicosocial como la sensibilización del entorno y la política de la dirección respecto a la prevención de riesgos psicosociales.

En coherencia con lo que supone el haber sufrido o estar sufriendo en la actualidad algún trastorno psicosocial, los trabajadores/as que dicen estar afectados se caracterizan por:

- Un menor nivel de satisfacción con su trabajo tanto a nivel global como a nivel intrínseco, de condiciones del

puesto y, sobre todo, de relaciones sociales (casi un punto menos satisfechas)

- Su nivel de estrés es más del doble (4.1 frente a 1.9 los que no han padecido, escala 1-7)
- Otorgan más importancia a los riesgos psicosociales
- Tienen una capacidad menor de conciliación trabajo-familia
- Perciben un entorno más sensibilizado hacia la prevención de riesgos psicosociales
- Perciben una política todavía más desfavorable de la dirección hacia la prevención de riesgos psicosociales.

### 2.3.2. Análisis cualitativo.

El análisis de contenido realizado del material verbal obtenido en los grupos de discusión se ajustó a los tres grandes apartados de la rejilla interpretativa que constituyó también el guión para la conducción de dichos grupos.

#### A. Conocimiento e información sobre los problemas de salud psicosocial en el trabajo, experiencia propia a este respecto y percibida en compañeros, y percepción de la valoración de este tipo de problemas por parte de compañeros/as de trabajo.

1. Destaca, en primer lugar, una experiencia extendida entre los trabajadores/as tanto del sector siderometalúrgico como del de la limpieza, de problemas relacionados con riesgos psicosociales experimentados por los propios informantes, experiencias personales tanto de estrés como de acoso en el entorno laboral.
2. En términos generales, los riesgos psicosociales son los grandes desconocidos del mundo de la prevención, y son muy habituales los casos en los que la evaluación de riesgos psicosociales no se realiza; se desconoce quién debe realizar la evaluación e identificar los riesgos, se desconoce la utilidad de dicha evaluación y cuando se realiza, las/los delegados de prevención no son informados de la misma, aspecto éste del que por ley deberían de ser notificados. En general prima el conocimiento de los riesgos físicos.
3. Las/los trabajadores de algunas empresas del sector siderometalúrgico tienen un conocimiento suficiente de los riesgos psicosociales, aunque el grado de conocimiento varía en función del tamaño de las empresas, siendo mayor el conocimiento en las grandes empresas que en las pequeñas, así como el cumplimiento de la normativa en cuanto a establecimiento de protocolos de diagnóstico, prevención e intervención, al menos a nivel formal.

#### B. Percepción de las prácticas y políticas de la dirección de las empresas sobre los riesgos psicosociales; en qué medida las mismas facilitan o inhiben los factores de riesgo; grado de implementación de políticas activas de diagnóstico, prevención, e intervención, y presencia de estas cuestiones en los convenios colectivos.

1. El problema es aún más acuciante en lo referente a la implementación y seguimiento eficaz de las medidas protocolarias y/o preventivas establecidas a partir de las evaluaciones, en aquellos casos en las que se realizan. Las/los trabajadores relatan en multitud de ocasiones que las intervenciones realizadas por las empresas ante los riesgos psicosociales obedecen a iniciativas directas hechas por los propios trabajadores/as, bien a través de denuncias o de reclamaciones



de otra índole, en previsión de intervenciones por parte de OSALAN o la Inspección de Trabajo, y no a una revisión constante de las condiciones laborales por parte de la empresa.

2. El sector de la limpieza destaca muy por encima del sector siderometalúrgico por mantener las condiciones laborales más precarias juntamente con la existencia de experiencias de estrés y acoso más extendidas por parte de las trabajadoras, como así lo reflejan los múltiples ejemplos descritos en los grupos de casos de trabajadoras que teniendo contratos de 2 o 3 horas diarias realizan semanas laborales de más de 40 horas para la misma empresa.
3. Se detecta un grado importante de falta de formación de los trabajadores/as en los riesgos psicosociales.
4. En el sector siderometalúrgico se reconoce que ciertos métodos o técnicas utilizados para incentivar la producción previenen o inhiben los riesgos psicosociales, mejorando las condiciones laborales, como por ejemplo los métodos y prácticas de mejora continua y otras dirigidas a incentivar la productividad a través de medidas que permiten un mayor grado de autonomía en el trabajo por parte del trabajador/a.
5. De manera contradictoria en algunas empresas estas mismas técnicas dirigidas a aumentar los niveles de productividad son utilizadas para generar una mayor competitividad entre grupos de trabajadores/as con lo que incrementan los niveles de estrés tanto en el trabajo como fuera de él.  
En ambos sectores siderometalúrgico y de limpieza las figuras de los encargados/as, e incluso en ocasiones los compañeros/as, son percibidas como elementos que exacerban los riesgos psicosociales, que los propician y mantienen con objeto de ejercer un mayor control sobre los trabajadores/as.
6. La subcontratación presenta una problemática propia ya que las/los trabajadores subcontratados destacan por su insuficiente equipamiento frente a riesgos laborales físicos y nulo conocimiento de los riesgos psicosociales.

#### C. Aspectos de conciliación trabajo-familia.

1. En cuanto a la conciliación trabajo-familia no es ésta una cuestión que de manera espontánea haya salido en los grupos de discusión para ninguno/a de los participantes de ninguno de los dos sectores. Aunque con toda probabilidad existe una problemática de conciliación no es un ámbito que se considera exigible desde el punto de vista de las condiciones laborales y de los riesgos psicosociales. La opinión de los trabajadores/as, cuando se cuestiona este aspecto directamente, es que en las grandes empresas existen mayores posibilidades de conciliación trabajo-familia que en las pequeñas. Pero incluso en aquellos casos en los que la empresa facilita medidas conciliatorias los trabajadores/as dan prioridad a los aspectos económicos sobre los conciliatorios, primando el factor económico sobre los de bienestar personal y familiar.  
Existe una clara diferencia entre los trabajadores del sector limpieza y los del sector siderometalúrgico respecto a la cuestión de la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar. Ello se debe en parte a diferencias estructurales específicas de cada ámbito organizacional, como la posibilidad del trabajo a turnos

en el sector siderometalúrgico o la jornada intensiva sin turnos en el sector limpieza, así como, probablemente, a la variable género, ya que en el sector limpieza la gran mayoría de los trabajadores son mujeres y en el sector siderometalúrgico hombres.

#### 2.3.3. Reflexiones socioeconómicas.

En cuanto a los factores que generan riesgos psicosociales, en los grupos de discusión se resaltan los siguientes aspectos:

- Por parte de la dirección de la empresa se establecen políticas y modos organizativos que "fomentan" la aparición de factores de riesgo psicosocial (trabajos repetitivos y monótonos, cantidad de trabajo elevado, ritmos de trabajo, falta de autonomía en el trabajo; factor éste determinante en la aparición del estrés,...).
- Por parte de los trabajadores/as, en parte debido al condicionante anterior, priman las actuaciones personales frente a las del conjunto de trabajadores/as.

Estos dos aspectos contrastan con la visión actual de lo que debería de ser el modo de gestión de las empresas actuales. La visión tradicional del modelo de empresa en las economías de mercado ha tendido a asociar al accionista como único agente que toma parte en la empresa; todos los demás agentes se han considerado agentes de apoyo.

Esa concepción de empresa está cambiando y se destaca continuamente la importancia que tiene la participación e implicación de las personas en las organizaciones.

Se ha constatado que en las empresas estudiadas son los informantes quienes señalan que la gestión tradicional (estructura jerárquica, corte autoritario, unidireccional) sigue siendo la dominante.

#### 2.4. CONCLUSIONES.

##### - Satisfacción laboral, estrés, implicación y capacidad de conciliación.

En general el grado de satisfacción laboral global de las/los trabajadoras de la muestra analizada es medio bajo, aunque hay diferencias por sectores: en metal es medio-bajo y en limpieza bajo.

El grado de estrés laboral es medio bajo, pero por sectores el sector de la limpieza duplica al del metal: en la limpieza es medio-alto (4.4) y bajo en el metal (2.7).

La implicación es media-alta, no existiendo diferencias por sectores, y el grado de posibilidad de conciliación trabajo-familia es medio-alto en el metal y medio en la limpieza.

##### - Nivel de conocimiento, importancia personal e importancia relativa otorgada a los riesgos psicosociales.

Algo más de la mitad de los trabajadores/as manifiestan un nivel medio de conocimiento de los riesgos psicosociales en el trabajo, mientras un 21% manifiestan un conocimiento bajo y un 12% un conocimiento alto. Este nivel de conocimiento no varía apenas analizando separadamente los sectores del metal y de la limpieza.

En general el grado de importancia otorgada a la prevención de riesgos psicosociales es medio-alto, considerándose prácticamente igual de importante que la prevención de riesgos físicos. En ambos casos la importancia percibida es similar para las/los trabajadores del metal y de la limpieza. Resulta de gran relevancia el hecho de que, como nos



muestran los resultados, un nivel de conocimiento medio o alto de qué son los riesgos psicosociales en el trabajo está relacionado con una mayor importancia otorgada a los mismos. Por tanto, cuando un/a trabajador/a no tiene conocimiento alguno de lo que son los riesgos psicosociales, o tiene un conocimiento bajo, ello querrá decir que probablemente tampoco les otorgará mucha importancia, lo cual, por lo demás, resulta una obviedad. Sin embargo, el estudio cualitativo evidencia que los riesgos psicosociales emergen como los grandes desconocidos del mundo de la prevención, aunque el nivel de conocimiento por parte de las empresas varía grandemente siendo las empresas más grandes las que muestran un mayor conocimiento de estos aspectos.

**- Experiencia personal de riesgo y trastornos psicosociales.**

Más de la mitad de las/los informantes, el 60%, manifiesta haber sufrido alguna vez algún tipo de trastorno psicosocial en su trabajo como estrés o algún tipo de relación conflictiva. Existen diferencias por sectores: mientras en el sector limpieza este porcentaje se eleva hasta el 70%, en el sector metal disminuye hasta el 54.5%. Por tanto, la prevalencia de los trastornos psicosociales parece ser mayor en el sector limpieza, afectando a la mayor parte del personal encuestado, mientras que en el sector siderometalúrgico parece estar afectados algo más de la mitad.

**- Comportamiento, sensibilización y predisposición percibida de la dirección hacia la prevención de riesgos psicosociales.**

Los porcentajes de trabajadores/as que despliegan algún tipo de estrategia defensiva contra los trastornos psicosociales en su trabajo y perciben un bajo grado de sensibilización en sus compañeros/as y en su ambiente de trabajo son similares entre sí, del 60% y 61% respectivamente. Los resultados indican que el hecho de desplegar estrategias

defensivas frente a los riesgos psicosociales en el trabajo va acompañado de otras diferencias entre los trabajadores/as. Concretamente, los trabajadores/as que despliegan alguna estrategia de este tipo están más insatisfechos con las relaciones sociales en el entorno de trabajo que los que no las despliegan, tienen un mayor conocimiento sobre lo que son los riesgos psicosociales, les otorgan mayor importancia y perciben una mayor sensibilización en los compañeros/as hacia este problema.

Es llamativo el hecho de que los trabajadores/as que perciben una sensibilización de grado medio o alto en los compañeros/as hacia los riesgos psicosociales perciban una capacidad mayor de conciliación trabajo-familia que los que perciben una baja sensibilización. La mayoría de los trabajadores/as, más del 75%, dicen percibir una sensibilidad nula o bastante/muy desfavorable por parte de la dirección de sus empresas para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Los resultados indican que la percepción de una política favorable de la dirección hacia la prevención de riesgos psicosociales está relacionada con una mayor satisfacción laboral global y, específicamente, con las condiciones del puesto y las relaciones sociales.

Sin embargo, los resultados cualitativos son muy pesimistas a este respecto. La implementación y seguimiento de las medidas de intervención que se establecen bien sea para la prevención de los riesgos psicosociales bien sea para su resolución cuando estos son detectados, es muy problemática y de escasa efectividad. Los elevados niveles de estrés detectados tanto en el sector siderometalúrgico como en el de la limpieza aparecen en muchos casos relacionados con déficits organizacionales, y con un escaso soporte por parte de los mandos intermedios, cuando no un claro interés por acrecentar los conflictos interpersonales a modo de medida disuasoria o evasiva.



### 3. PROBLEMATICA JURIDICA.

#### 3.1. NORMATIVAS EXISTENTES SOBRE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES.

##### 1) Unión Europea:

En la Unión Europea el artículo 118 A de su Tratado obliga al Consejo a establecer mediante Directivas (Leyes), las disposiciones mínimas para promover la mejora, en particular, del medio de trabajo, con objeto de asegurar un mayor nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. En tal sentido fue aprobada la Directiva 89/391/CEE que incorpora en el derecho a la seguridad y salud laboral la consecución del bienestar físico, mental y social, de acuerdo al concepto integrado de salud que formula la OMS.

La Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, define por primera vez a nivel europeo el acoso sexual en el trabajo y lo prohíbe como una forma de discriminación sexual. Con objeto de reactivar la política de salud y seguridad en el trabajo, en 2002 la Comisión Europea definió una nueva estrategia comunitaria para el período 2002-2006, que se basaba en un enfoque global del bienestar en el trabajo que tuviera en cuenta la evolución del mundo laboral y la aparición de nuevos riesgos, en particular psicosociales.

El 8 de octubre de 2004, los interlocutores sociales europeos CES, EUROCADRES/CEC, UNICE, CEEP y UEAPME, firmaron un Acuerdo Marco sobre estrés laboral, orientado a impulsar el conocimiento y la comprensión de los empresarios, los trabajadores y sus representantes sobre este problema, y a llamar la atención de aquéllos acerca de las situaciones y los factores que pueden indicar la presencia del mismo en los lugares de trabajo.

El 21 de febrero de 2007, la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones para mejorar la calidad y la productividad en el trabajo: estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2007-2012), incluye la promoción de la salud mental en el trabajo, reconociendo que actualmente, los problemas relacionados con una mala salud mental son la cuarta causa más frecuente de incapacidad laboral, y que la OMS estima que, de aquí a 2020, la depresión será la principal causa de incapacidad laboral. Ante ello plantea que el lugar de trabajo puede ser un lugar privilegiado para la prevención de trastornos psicológicos y para la promoción de una mejor salud mental, por lo que anima a los Estados miembros a que integren en sus estrategias nacionales iniciativas específicas para mejorar la prevención de problemas mentales y la promoción de la salud mental, en sinergia con las iniciativas comunitarias en este ámbito, incluso en el contexto del trabajo de las personas con discapacidad psíquica.

El 26 de abril de 2007, fue firmado por la CES, BUSINESS EUROPE, la UEAPME y el CEEP el Acuerdo sobre el acoso y la violencia en el trabajo.

##### 2) Estado Español:

El art. 18.1 de la Constitución española encomienda la protección del derecho al honor, de la intimidad personal y familiar y de la propia imagen. Desde ese precepto, parten tres preceptos especiales, destinados a acercar el ejercicio del derecho a sus destinatarios. El primero de ellos se encuentra en el art. 184 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1.995 de 23 de noviembre, en adelante CP), que admite una espe-

cialización a propósito del acoso sexual en el trabajo. El segundo se localiza en el art. 8.13 de la Ley de Infracciones y Sanciones del Orden Social (Real Decreto Legislativo 5/2.000 de 4 de agosto, en adelante LISOS), siendo ésta una norma exclusivamente orientada a la defensa del trabajador. Ya el tercero, también dentro del Derecho del Trabajo, se contiene en el art. 4.2 e) del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1.995 de 24 de marzo, en adelante ET).

Pero es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante LPRL), la norma principal que cumple la encomienda del art. 40.2 de la CE a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, y traspone al Derecho español la Directiva europea 89/391/CEE antes citada.

La LPRL no menciona expresamente la prevención de los riesgos psicosociales, pero los mismos aparecen incluidos en el concepto de riesgo laboral. Además, el art.15.1 de la ley, entre los principios generales que el empresario deberá tener en cuenta en las medidas de prevención que deberá aplicar figuran en sus apartados d) y g).

Desde la promulgación de la LPRL, la habilitación general ofrecida a los convenios colectivos en el texto del ET respecto a la regulación de la seguridad y salud en el trabajo se ha convertido en habilitación específica en la LPRL a través del fomento y estimulación de la autonomía colectiva declarada ya en su Exposición de Motivos al calificar a la LPRL como "una referencia legal mínima" o "soporte básico a partir del cual la negociación colectiva podrá desarrollar su función específica". Eso pretenden los Acuerdos Marcos Interconfederales que, aún teniendo solo fuerza de obligar para las partes firmantes (organizaciones empresariales y sindicales), marcan una especie de pautas a seguir para la aplicación de la LPRL en las respectivas materias (estrés, burnout, acoso y violencia en el lugar de trabajo). Por tanto, los interlocutores sociales a nivel europeo y estatal sientan las bases para que posteriormente en cada sector y ámbito de negociación se concreten y adapten. Concretamente el Acuerdo Europeo sobre Estrés Laboral de 2004 fue copiado y transpuesto en España mediante su integración en el ANC del 2005 y, algo similar, ha acaecido con el Acuerdo Europeo sobre acoso y la violencia en el trabajo de 2007, pues el Acuerdo Marco Interconfederal para la Negociación Colectiva de 6 de febrero de 2007, en su Capítulo VII, Seguridad y Salud en el trabajo, contiene un segundo apartado denominado "Estrés laboral". La estrategia española de seguridad y salud en el trabajo 2007-2012, pretende dotar de coherencia y racionalidad las actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo desarrolladas por todos los actores relevantes en la prevención de riesgos laborales, con dos objetivos generales: 1) conseguir una reducción constante y significativa de la siniestralidad laboral y el acercamiento a los valores medios de la Unión Europea, tanto en lo que se refiere a los accidentes de trabajo como a las enfermedades profesionales y 2) la mejora continua y progresiva de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

##### 3) Comunidad Autónoma Vasca:

En julio de 2007 fue aprobado por el Gobierno Vasco el Plan Estratégico 2007-10 de Seguridad y Salud Laboral de la Comunidad Autónoma Vasca, obteniendo el respaldo de la mayoría de los grupos políticos del Parlamento Vasco, tras



aceptarse, en la sesión celebrada por la Comisión de Trabajo y Acción Social el día 22 de octubre de 2007, veintidós enmiendas al texto.

El Plan subraya que los riesgos psicosociales son merecedores de un análisis dado el aumento de su peso específico, los sitúa como temática relativa a Salud Laboral merecedora de actuaciones y/o programas de prevención, y hace hincapié en la problemática de su prevención en el ámbito de las administraciones públicas. Así, en el análisis de la situación actual que hace el Plan, se destaca la presencia cada vez mayor de los riesgos psicosociales que, dada su complejidad, no tienen un reflejo evidente en las estadísticas, y la necesidad de un análisis específico. En el ámbito de las Administraciones Públicas, que cuenta con un subapartado específico, se afirma: "Las administraciones públicas tampoco deben olvidar que sus trabajadores también se hallan sometidos a riesgos específicos en función de las características de sus puestos. Por esta razón, el plan estratégico no puede obviar conductas que inciden en el bienestar del empleado y que pueden convertirse en verdaderos riesgos psicosociales. Es el caso de actitudes como el acoso laboral, el estrés o la violencia en el trabajo, entre otros. La denuncia de esta serie de problemas, desconocidos o ignorados no hace mucho tiempo, debe impulsar a las administraciones públicas a fomentar el cumplimiento de la LPRL a través de la puesta en marcha de una cultura preventiva. Las instituciones deben, por tanto, fomentar valores como el respeto, la tolerancia, la igualdad de oportunidades o la dignidad en el trabajo para erradicar este tipo de comportamientos.. Más adelante continúa: "Hoy en día, y específicamente en la Administración Pública, hay que prestar especial atención a riesgos, ya no tan emergentes, que tienen un gran impacto sociolaboral, como es el acoso en el trabajo, el estrés, la violencia en el trabajo y, en definitiva, los que quedan englobados dentro de los riesgos psicosociales." Como principales objetivos de este ámbito de actuación se señalan: 1) Fomentar el cumplimiento de Prevención de Riesgos Laborales en las Administraciones Públicas, y 2) Impulsar el desarrollo de una cultura preventiva en las Administraciones Públicas basada en el trabajo digno, valores éticos, seguridad, respeto mutuo, tolerancia, igualdad de oportunidades, cooperación y calidad del servicio, que contemple objetivos claros en la gestión respecto de la importancia fundamental que revisten los recursos humanos para lograr calidad en el servicio de que se trate."

En cuanto a los convenios colectivos existentes en los tres territorios de la Comunidad Autónoma Vasca, en el sector de empresas de limpieza hay 8 en Araba, 32 en Bizkaia y 8 en Gipuzkoa, lo que totaliza 48, mientras que en el sector de siderometalurgia hay 87 en Araba, 121 en Bizkaia y 14 en Gipuzkoa, lo que suman 222.

En general, tanto en los Convenios de las empresas del sector del metal como en las del sector de limpieza, destaca la nula importancia y presencia que a la prevención de los riesgos psicosociales se otorga. Así, podemos observar como ninguno de los Convenios adapta y concreta en su seno las bases que establecían en esta materia los Acuerdos europeos y estatal, aunque si aparece una intención de regular la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

En cuanto al tema de la subcontratación en las empresas del sector de la siderometalurgia es de destacar que solo en dos de los convenios (de los trece analizados), bajo el título "Contratas", se plantean los requisitos exigibles a la empresa contratada para poder contratar con ella.

### 3.2. PROPUESTAS JURÍDICAS.

La función atribuida a la negociación colectiva en materia de salud laboral está dirigida a una función de adaptación y concreción en cada momento de las disposiciones legales preventivas de carácter general a la concreta realidad del sector, empresa, unidad productiva, centro de trabajo o forma de trabajo, aprovechando la experiencia y conocimiento sobre el medio laboral con el que cuentan los sujetos que acuden a la negociación colectiva, en el marco de cada unidad de negociación específica. Además, garantiza que el interés colectivo prime frente al individual.

Por ello, estas propuestas van encaminadas a enriquecer el contenido de los numerosos convenios colectivos existentes en ambos sectores, para favorecer una mejor prevención de los riesgos psicosociales.

Un aspecto fundamental es priorizar las personas por encima de la producción, lo que significa que la salud, tanto física como mental de las/os trabajadoras/es, ha de estar por delante de todo tipo de interés económico-empresarial, ya sea de producción, de mercado o técnico. Pero para prevenir un riesgo es imprescindible saber cuál es su origen, lo que requiere un proceso que se inicie con un diagnóstico de la situación, permitiendo conocer los puntos clave a corregir o modificar para conseguir que se reduzca o desaparezca. Esto es importante aplicarlo al mismo sistema de organización del trabajo que debe impulsar la autonomía y motivación de las/os trabajadoras/es, su responsabilidad, el trabajo en equipo sin discriminaciones, la delegación de funciones, la mejora de los procesos de comunicación interna de la empresa (tanto entre trabajadoras/es como con directivos), el pensamiento positivo y la creencia de autoeficiencia, el incremento de la creatividad-productividad, la conciliación entre el trabajo y la vida personal y familiar, así como el fomento de igualdad de oportunidades y condiciones entre mujeres y hombres.

Estos objetivos deben materializarse en el contenido del convenio colectivo y, sin pretender ser exhaustivos, pueden proponerse la inclusión en su articulado de:

- Mención explícita a los riesgos psicosociales.
- Promoción de la Calidad de Vida Profesional.
- Desplazamientos más seguros y saludables.
- Conciliación del trabajo con la vida personal y familiar.
- Actuación en caso de violencia de género
- Promover sustituir las horas extraordinarias por la creación de nuevos puestos de trabajo:
- Igualdad de oportunidades.
- Protocolos anti-mobbing o Códigos de Buenas Prácticas.
- Tipificación de faltas.
- Algún artículo que persiga lograr una coordinación de las actividades empresariales que contribuya a una mejor protección de las/os trabajadoras/es (aplicación del art. 24 de la LPRL, desarrollado por el Real Decreto 171/2004).
- Algún artículo que proteja a los trabajadores de las empresas contratistas y subcontratistas sin representación legal.

Para finalizar, no podemos olvidar la importancia que juegan las Administraciones Públicas, de forma especial por su alta contratación con el sector de la limpieza, de forma que ellas debieran ser, por lo que representan, las primeras en traba-



jar para erradicar o combatir la aparición de los riesgos psicosociales, convirtiéndose así en ejemplo a seguir, además de conseguir la autoridad moral que les coloque en una buena situación a la hora de exigir un comportamiento análogo a los demás agentes. Por ello, como ya se recoge en el Plan Estratégico 2007-2010 de Seguridad y Salud Laboral de la Comunidad Autónoma Vasca, el desarrollo de una cultura preventiva en las Administraciones Públicas ha de estar "basada en el trabajo digno, valores éticos, seguridad, respeto mutuo, tolerancia, igualdad de oportunidades, cooperación y calidad del servicio, que contemple objetivos claros en la gestión respecto de la importancia fundamental que revisten los recursos humanos para lograr calidad en el servicio de que se trate". En este sentido es muy conveniente que en todos los contratos administrativos de contratación de servicios que celebren las distintas Administraciones Públicas, especialmente cuando como en el caso de la limpieza, el trabajo es continuado en sus centros, se recojan cláusulas que impulsen la incorporación por parte de las empresas contratadas de contenidos similares a los mencionados y que son propios de una cultura preventiva, de forma que impulsen organizaciones de trabajo más saludables y comprometidas con la prevención de toda aparición de riesgo psicosocial.

#### 4. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN.

Hemos pues de prever la existencia de diferentes problemas, de diferentes situaciones que puedan explicar la aparición de trastornos médicos en la plantilla derivados de la existencia de riesgos psicosociales. Exigencias laborales elevadas, bien por tiempos cortos y exigentes de ejecución, bien por requerimientos técnicos superiores a la formación recibida, trabajos encorsetados sin ningún margen de autonomía, jornadas mecánicas con horarios poco flexibles, trabajo aislado sin conciencia de grupo, situaciones de falta al respeto e integridad del trabajador mediante un trato injusto, acoso o violencia, situaciones de inseguridad laboral acompañadas muchas veces de un salario bajo, mantener todavía en pleno siglo XXI exposiciones a riesgos físicos fácilmente evitables son causas directas de un ambiente tóxico y nocivo con consecuencias para la salud.

Para hacer frente a dichas situaciones no se debe teorizar. Se deben buscar propuestas concretas, factibles, priorizando las actuaciones en cada momento dentro de un plan a corto, medio y largo plazo, recordando la necesidad posterior de evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.

##### Será responsabilidad de la dirección de la empresa.

- Redactar, exponer, negociar y aplicar el Plan de prevención de riesgos laborales.
- Organización del trabajo teniendo en cuenta las desigualdades de edad, género, origen, formación.
- Doble presencia: Permitir la compatibilidad de la vida familiar y laboral
- Planificación de la actividad preventiva
- Adaptación a los cambios: Cambios tecnológicos, de estatus, de titularidad de la empresa.
- Adaptar los factores físicos del puesto de trabajo.
- Consultar con las/los trabajadoras, informando y formando.
- Poner en práctica medidas de intervención.
- Aplicar medidas justas y democráticas.
- Potenciar el trabajo en equipo, disminuyendo la competitividad entre compañeros/ras.
- Facilitar una buena comunicación.

- Facilitar el uso de capacidades.
- Trato correcto y universal.
- Transparencia.
- Estabilidad de empleo

##### Será responsabilidad de la parte social, delegado de prevención, de personal o miembros del comité de empresa.

- Escuchar
- Preparar líneas de comunicación ágiles.
- Buscar un punto de común con otros sindicatos. Aunar criterios, partir de posiciones comunes
- Asesorarse en la negociación desde un punto de vista técnico.
- Sacar el problema del ámbito de la empresa buscando asesoramiento externo, mediación (Ararteko) con o sin denuncia ante Inspección de Trabajo.

##### Será responsabilidad del servicio de prevención.

- Escuchar
- Elevar propuestas preventivas y discutir las en el seno del Comité de Seguridad y Salud.
- Informar y formar.
- Identificar y evaluar los riesgos
- Proponer: Planificación exhaustiva y planteamiento por fases.
- Diálogo, cooperación y participación con los trabajadores y sus representantes.

##### Será responsabilidad del comité de seguridad y salud, en su defecto comité de empresa.

- Discutir los argumentos de la parte social y de la dirección de la empresa, oídas las explicaciones de las/los técnicos asistentes de servicios como el de prevención, arquitectura y obras, mantenimiento, etc.

##### Será responsabilidad del trabajador/a.

- Trabajar siguiendo las pautas de seguridad establecidas.
- Participar en las decisiones que se adoptan en relación con su ámbito de trabajo, cuando dicha posibilidad sea factible.
- Hablar con un/a superior, representante de las/los trabajadoras u otro compañero que pueda ayudarles si creen que son objeto de acoso o de un trato injusto.
- Solicitar formación.
- Mantener un intercambio fluido de información con los supervisores.

##### Será responsabilidad de la administración

- Estar vigilante. Establecer acciones de control
- Mejorar el apoyo social.
- Proponer protocolos y modelos a seguir dentro de las empresas.
- Establecer sistemas de alarma y si fuese necesario, procedimientos sancionadores.

##### Será responsabilidad de los medios de comunicación

- Hacer visibles los problemas, con rigor informativo.

##### Será responsabilidad de los centros formativos

- Recordar la importancia de tener en mente la prevención de riesgos laborales.

##### Será responsabilidad de todos/as

- Llevar una vida más sana.
- Realizar actividades gratificantes en el tiempo libre.
- Pedir ayuda a un/a profesional en cuanto se detecte la existencia de un problema de salud.



**Boletín de solicitud de SUSCRIPCIÓN a la revista S.E.S.L.A.P.**

Apellidos: ..... Nombre: .....

Profesión: ..... Fecha Nacimiento: .....

Organismo Público: .....

Dirección Particular: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

C.P.: ..... Teléfono: ..... Fax: .....

E-mail: .....

**Entidad pagadora:** (sólo cumplimentar si no coincide con el Departamento/Organismo)

N.I.F.: ..... Dirección: .....

Banco o Caja: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....

Titular de la Cuenta: .....

Banco o Caja \_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_ DC \_\_\_\_ Cuenta \_\_\_\_

Fecha: ..... Firma: .....

El precio de la suscripción a la revista es de 10 euros anuales. Socios de S.E.S.L.A.P. exentos.

Remitir a: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD LABORAL EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (S.E.S.L.A.P.)  
c/ Urbietta, 39 - 1º Izquierda  
20006 SAN SEBASTIAN



15

# agenda de congresos

**JORNADAS NACIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO.**

Fechas: 13 y 14 de Marzo de 2009

Lugar: Pamplona

SECRETARIA DEL CONGRESO

Congresos Navarra S.L. - C/ Larrabide 15 Bajo - 31005 Pamplona

T-948 274050 Fax-948 248227 congresos@congresosnavarra.com

**II CONGRESO DE PRL DE CANARIAS. PREVECAN'09**

Fechas: 25,26 y 27 de marzo de 2009 Las Palmas de Gran Canaria

SECRETARÍA DEL CONGRESO

Tel: + 34 922 65 62 62 - Fax: + 34 922 67 01 88

e-mail: congresos@magnacongresos.com

**ICOH 2009 - XXIX CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD LABORAL**

Fechas: 22/03/2009 - 27/03/2009

Categoría/s: Higiene, Formación, Medicina, General

Organizador: Comisión Internacional de Salud en el Trabajo, CIST (ICOH)

Lugar: Ciudad del Cabo - Sudáfrica - Teléfono: +27(0) 12 667 5160

Fax: +27(0) 11 507 5085 - E-mail: admin@icoh2009.co.za -Web: www.icoh2009.co.za

# Mujer y drogas. Un enfoque de género en los centros de trabajo

*El leer hace completo a la persona, el hablar lo hace expedito, el escribir lo hace exacto.* Francis Bacón

González, J. *Enfermero del Trabajo.*

## RESUMEN:

Si bien los problemas de adicción son más prevalentes en los hombres que en las mujeres, la proporción de quienes hacen uso de drogas legales tiende a igualarse, y en algunos casos como en el consumo de tabaco se ha observado un mayor crecimiento del número de fumadoras respecto al de fumadores.

La expresión de los hábitos de consumo entre las mujeres, así como los desencadenantes o las consecuencias, tiene en gran medida confluencia con los factores determinantes del consumo entre los hombres, pero también existen características diferenciadoras que en muchos casos no han sido suficientemente atendidas.

Por ello todo programa de intervención debe abogar por un análisis de la realidad de las drogas y sus consumos teniendo en cuenta la variable sexo y las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de hombres y mujeres. Y por una aplicación sistemática de la perspectiva de género en todas las acciones e intervenciones, y en todas las fases de análisis, planificación, ejecución y evaluación del programa.

**PALABRAS CLAVE:** consumo de drogas, actuaciones específicas de género.

## Introducción

De la Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012 deriva el Plan de Acción de la Unión Europea 2005-2008. En ambas iniciativas se enmarca una actitud preventiva con dos proyecciones bien definidas: evitar los riesgos ligados a los consumos de drogas y potenciar el bienestar a través del desarrollo de factores de protección en los centros de trabajo.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008<sup>1</sup> establece varias líneas de actuación. Entre ellas señala la necesidad de elaborar programas destinados a las mujeres afectadas por la problemática de la drogadicción, por padecerlas ellas mismas o sus familias, en colaboración con asociaciones de mujeres especializadas en toxicomanías, e impulsar acciones conjuntas con el Instituto de la Mujer. A su vez se realizarán programas de evaluación de la accesibilidad de las mujeres a los recursos asistenciales que impulsen medidas correctoras en cada caso<sup>2</sup>.

En el ámbito de la seguridad y la salud laboral la orientación de la Unión Europea adopta un enfoque global de cara a conseguir un bienestar en el trabajo. Su objetivo consiste en mejorar la calidad del trabajo. Y para ello propone una intervención holística que parte de la consolidación de una cultura de prevención de los riesgos laborales. De esta forma una empresa socialmente responsable<sup>3</sup> implica la consideración de la normativa vigente como un nivel de mínimos desarrollando actuaciones que amplíen y rebasen la legislación en vigor.

Una organización saludable<sup>4,5,6</sup> apuesta por el desarrollo del bienestar físico, psicológico y social de sus integrantes. En la empresa no basta con prevenir los riesgos. Hay que potenciar los recursos activos propios y/o de sus miembros que promuevan la calidad de vida, salud y bienestar e incrementen el control sobre los riesgos que puedan influir en la salud<sup>7</sup>. En este punto la

## SUMMARY:

Though the problems of addiction are more frequent in the men than in the women, the proportion of whom they use legal drugs tends to be equal, and in some cases like in the consumption of tobacco has been observed a major growth of the number of smokers with regard to that of smokers.

The expression of the habits of consumption among the women, as well as the trigger ones or the consequences, has to a great extent confluence with the determinant factors of the consumption among the men, but also characteristics that in many cases have not been sufficiently attended.

For it any program of intervention must plead for an analysis of the reality of the drugs and its consumptions having in it counts changeable sex and the different conditions, situations and needs of men and women. And for a systematic application of the perspective of kind in all the actions and interventions, and in all the phases of analysis, planning, execution and evaluation of the program.

**KEY WORDS:** consumption of drugs, specific actions of kind.



Organización Mundial de la Salud señala que los riesgos para la salud no actúan de forma aislada; se ha de responsabilizar de la salud tanto a la persona como a las estructuras sociales y al entorno que le rodea.

En la elaboración consensuada de un plan de prevención e intervención en drogas en el ámbito laboral tiene que establecerse una doble finalidad. De una parte generando los elementos necesarios para que la empresa se constituya como un espacio libre de drogas y adicciones, y de otra, facultando a todos los trabajadores, que a su vez pueden ser padres y madres, como agentes en el desarrollo de su propia salud y la de sus familias. Por tanto se parte de una doble concepción: que el escenario laboral es adecuado para la realización de campañas informativas y formativas de carácter universal, y que pueden desarrollarse en aquellas empresas que pudieran existir cierta vulnerabilidad o sensibilidad sobre la consecuencia negativa de los consumos, independientemente de que éstos sean potenciados por características personales, sociales o de factores de riesgos existentes en el propio medio laboral<sup>8</sup>.

### Realidad sociolaboral

En el ámbito estrictamente laboral la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012 constituye un instrumento para establecer el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales a corto y sobre todo a medio y largo plazo. Pretende dotar de coherencia y racionalidad las actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo desarrolladas por todos los actores relevantes y todas las partes implicadas en la empresa<sup>9</sup>. Por ello la Estrategia se orienta a conseguir dos objetivos generales: por un lado reducir de manera constante y significativa la siniestralidad laboral y aproximarse con ello a los valores medios de la Unión Europea; y de otro mejorar de forma continua y progresiva los niveles de seguridad y salud en el trabajo.

En la revisión de las líneas generales de actuación vigentes en materia de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en las empresas propuestas por el Plan Nacional sobre Drogas se constata un grado de cumplimiento insuficiente en el objetivo específico de implementar estrategias preventivas entre la población laboral<sup>10</sup>.

Existen factores de riesgo que se presentan tanto en el hombre como en la mujer. Partiendo de los datos existentes se hace evidente la presencia de factores de riesgo específicos en la mujer cuya presencia la hace más vulnerables a presentar un abuso de drogas. Algunas de estas circunstancias definen la realidad sociolaboral de los consumos de sustancias psicoactivas de la mujer y se manifiestan en distintos aspectos<sup>11</sup>:

- Los procesos de socialización de mujeres y hombres son distintos. Se mantiene una diferente asignación de roles que genera creencias individuales, percepciones, actitudes y conductas diferentes<sup>12</sup>.
- Los roles sociales definen diferentes normas de funcionamiento y criterios de transgresión, describiendo lo que es normal y desadaptativo<sup>13</sup>.
- El fenómeno de la invisibilización de la dinámica de consumo de la mujer drogodependiente ha sido una constante.
- Frente a los consumos de drogas la mujer percibe mayor riesgo especialmente en relación a las drogas ilegales, salvo en el caso del consumo de hipnosedantes donde la

percepción del riesgo es menor<sup>14</sup>. Los tranquilizantes, anti-depresivos y estimulantes son consumidos dos veces más por las mujeres<sup>15</sup>. En todos estos medicamentos las mujeres superan a los hombres en consumo ya sea por prescripción médica o por automedicación<sup>16</sup>. Esta situación es lo que Mabel Burín (1991) denominó "la tranquilidad recetada".

- Los motivos por los que la mujer se convierte en consumidora de alcohol recurrente pueden ser muy diversos. A menudo hay más de una causa que impulsa al consumo pareciéndose cada vez más a los patrones masculinos, en los que predomina una ingesta ligada a la búsqueda del placer y la diversión<sup>17</sup>.
- El tabaco es la sustancia más consumida por las mujeres. El 30.3% fuma a diario y el 4.2% ocasionalmente por lo que el total de fumadoras ascendería al 34.5%<sup>18</sup>.
- La autopercepción del estado de salud es un indicador subjetivo que refleja el estado físico, las enfermedades padecidas, los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. En las personas mayores de 18 años el estado de salud percibido es peor en las mujeres que en los hombres en todas las clases sociales refiriéndola como buena o muy buena el 54% de las mujeres y el 63% de los hombres<sup>19</sup>. Aspecto que se confirma con valores de 65% y 75.1% respectivamente según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006<sup>20</sup>.
- Existe una medicalización del malestar de la mujer<sup>21</sup>.
- Gran parte de las mujeres reduce progresivamente su consumo de drogas en la medida en que tiene más edad y se retira paulatinamente cuando en su entorno se intensifican<sup>22</sup>.
- La mujer presenta dos factores de protección específicos: mayor percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias y mayor valoración de la salud.
- Existe una detección tardía de los problemas de drogas en las mujeres. Una ocultación por su parte o una vida sociolaboral normalizada dificultan la identificación por los profesionales<sup>23</sup>.
- La menor permisividad social conlleva al retraso o a la ausencia de demanda de solicitud de ayuda, negando en muchas ocasiones la existencia de la adicción<sup>24</sup>.
- Los profesionales pueden tener la falsa idea de que la drogodependencia en las mujeres es más severa y difícil de abordar que en los hombres proyectando inconscientemente estas expectativas en su intervención<sup>25</sup>.
- Determinadas características individuales definen la posición de las mujeres en el mercado laboral<sup>26</sup>. Y diferentes trabajos ocupados de forma mayoritaria por mujeres hace que predominen riesgos distintos<sup>27</sup>.
- La progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral ha estado marcada por la existencia de una segregación laboral de género, tanto horizontal<sup>28</sup> (se concentra en unos pocos sectores de actividad económica, sobre todo en los servicios) como vertical, ocupando la mayoría de trabajos menos cualificados y con menor responsabilidad. Debido a esta segregación del mercado laboral, un sector importante de hombres se concentran en ocupaciones con alto riesgo de accidentes laborales. Así mismo el desempleo, los contratos precarios y los salarios bajos son más frecuentes en las mujeres<sup>29</sup>.
- Existe un mayor nivel de estigmatización tanto en el consumo público como privado.



- En situaciones de adicción en la mujer existe un problema de escasez de datos. Esto puede deberse en parte a la falta de estudios sistemáticos<sup>30</sup> sobre mujeres en diversas áreas de investigación, inclusive en el área de las adicciones<sup>31</sup>.
- Los datos de consumo permiten percibir diferencias entre el hombre y la mujer en cuanto a formas de consumir, patrones de uso, tipo de adicciones, dosis, cantidades...
- El impacto que causa el uso de drogas en las mujeres se produce de muchas maneras que son únicas debido a las características de la identidad femenina, principalmente las diferencias biológicas y de género. Las mujeres son más vulnerables a los efectos de las drogas y en consecuencia su salud se verá más afectada en un periodo más corto de tiempo por el abuso intensivo de cualquier sustancia<sup>32</sup>.

### Tasas de ocupación y de desempleo en la UE 2006<sup>33</sup>

La actividad laboral femenina en España ha aumentado considerablemente. Sin embargo la tasa de ocupación femenina española (61.1%) aún está por debajo de la tasa masculina (87.2%) y de la media europea.



18

	Tasa de ocupación		Tasa de desempleo	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Alemania	69.1	79.8	9.6	10.4
Austria	76.7	90.1	4.7	3.9
Bélgica	71.8	87.2	7.6	6.4
Dinamarca	80.3	88.2	5.1	4.2
España	<b>61.1</b>	<b>87.2</b>	<b>14.4</b>	<b>7.2</b>
Finlandia	77.7	84.2	8.2	7.3
Francia	73.4	86.4	9.0	6.8
Grecia	58.1	86.1	5.7	5.7
Holanda	75.8	90.3	3.8	3.8
Irlanda	67.7	88.9	4.6	4.6
Italia	59.6	86.9	5.4	5.4

### Evolución de la población en relación con la actividad económica según sexo, 1997-2007<sup>34</sup>

	1997		2007	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Población de 16 años y más	16.811,6	15.876,9	19.298,5	18.598,4
Activos	6.589,0	10.352,2	9.528,1	12.876,3
- ocupados	<b>4.753,9</b>	<b>8.780,5</b>	<b>8.479,8</b>	<b>11.997,1</b>
- parados	1.835,1	1.571,7	1.048,3	879,2
- parados que buscan primer empleo	519,5	284,6	114,3	71,4
Inactivos	10.222,7	5.384,4	9.770,4	5.722,0

Nota: los valores absolutos son miles de personas

La Encuesta de Población Activa de 2007 señala que las mujeres se concentran profesionalmente en un 84% en el sector servicios, mientras que los hombres lo harían en un 50% en el mismo sector y en otro 30% en el sector industrial y de la construcción. Esta concentración diferenciada implica que según los datos de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo los riesgos laborales más frecuentes en las mujeres sean los de tipo ergonómico y psicosocial. Entre los primeros realizan con más frecuencia trabajos que requieren mantener la misma postura y tareas que impliquen movimientos repetitivos. Dentro de los segundos se ven obligadas a asumir ritmos elevados de trabajo y profesiones con alta demanda emocional (enseñanza, sanidad...). En la propia encuesta recoge la ausencia de promoción laboral en sus trabajos, aspecto éste que no se observa en los hombres.



## Algunos ejemplos de riesgos habituales en trabajos feminizados

	<b>Ergonómicos</b>	<b>Psicosociales</b>
Profesiones sanitarias	Manipulación manual, posturas forzadas	Demandas emocionales, trabajo a turnos, trabajo nocturno, violencia de clientes y familiares
Guarderías	Manipulación manual, posturas forzadas	Demandas emocionales
Limpieza	Manipulación manual, posturas forzadas	Horarios "asociales", violencia
Industria de alimentación	Movimientos repetitivos, bajas temperaturas	Estrés asociado a trabajo repetitivo en cadena
Catering y restauración	Manipulación manual, movimientos repetitivos	Estrés asociado al trabajo desbordante o intenso, trato con el público, violencia y acoso
Textil, ropa y calzado	Movimientos repetitivos, posturas forzadas	Estrés asociado a trabajo repetitivo en cadena
Lavanderías	Manipulación manual, posturas forzadas, calor	Estrés asociado a tareas repetitivas y a ritmo elevado
Sector cerámico	Movimientos repetitivos, manipulación manual	Estrés asociado a trabajo repetitivo en cadena
Industria "ligera"	Movimientos repetitivos, posturas forzadas, manipulación manual	Estrés asociado a trabajo repetitivo en cadena
Centro de atención telefónica (call centres)	Posturas forzadas, excesivo sedentarismo	Estrés asociado a la atención a clientes, ritmo de trabajo y repetitividad
Enseñanza	Posturas forzadas, mucho tiempo de pie	Demandas emocionales, violencia
Peluquería	Posturas forzadas, movimientos repetitivos, mucho tiempo de pie	Estrés asociado a la atención a clientes, trabajo a ritmo elevado
Trabajo de oficina	Movimientos repetitivos, posturas forzadas, dolor de espalda debido a postura sedente	Estrés asociado la falta de control sobre el trabajo, interrupciones frecuentes, trabajo monótono
Agricultura	Manipulación manual, posturas forzadas, equipo de trabajo y de protección personal inadecuados	

Fuente: Agencia Europea, 2003

Siniestralidad laboral (%)<sup>35</sup>

<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>	
20.4		79.6	
Accidentes graves	Accidentes mortales	Accidentes graves	Accidentes mortales
11	3.8	89	96.2

## Datos de consumo femenino en los centros de trabajo

Evolución de las pautas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el mundo del trabajo entre las mujeres en los últimos diez años<sup>36</sup>.

El consumo...	<b>Alcohol</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Drogas</b>
Ha disminuido	6	10	4
<b>Ha incrementado</b>	<b>62</b>	<b>74</b>	<b>47</b>
Se mantiene igual	19	9	17
Ns/Nc	13	7	32
Total %	100	100	100

Evolución de las pautas de consumo de alcohol en el mundo del trabajo entre las mujeres durante los últimos diez años según sector de actividad<sup>37</sup>.

El consumo...	<b>Sector de actividad</b>			
	Agricultura	Industria	Construcción	Servicios
Ha disminuido	13	6	7	5
<b>Ha incrementado</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>63</b>
Se mantiene igual	14	17	2	19
Ns/Nc	10	17	3	13
Total %	100	100	100	100



Evolución de las pautas de consumo de alcohol en el mundo del trabajo entre las mujeres durante los últimos diez años según edad y sexo del entrevistado<sup>38</sup>.

El consumo...	Edad del entrevistado				Sexo	
	16 a 34	35 a 44	45 a 54	55 o más	Varón	Mujer
Ha disminuido	6	6	6	7	7	4
<b>Ha incrementado</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>69</b>	<b>65</b>	<b>61</b>	<b>64</b>
Se mantiene igual	26	20	16	16	20	17
Ns/Nc	13	16	9	12	12	15
Total %	100	100	100	100	100	100

Evolución de las pautas de consumo de tabaco en el mundo del trabajo entre las mujeres durante los últimos diez años según sector de actividad<sup>39</sup>.

El consumo...	Sector de actividad			
	Agricultura	Industria	Construcción	Servicios
Ha disminuido	10	11	11	11
<b>Ha incrementado</b>	<b>80</b>	<b>72</b>	<b>81</b>	<b>73</b>
Se mantiene igual	7	7	8	10
Ns/Nc	3	10	-	6
Total %	100	100	100	100

Evolución de las pautas de consumo de tabaco en el mundo del trabajo entre las mujeres durante los últimos diez años según edad y sexo del entrevistado<sup>40</sup>.

El consumo...	Edad del entrevistado				Sexo	
	16 a 34	35 a 44	45 a 54	55 o más	Varón	Mujer
Ha disminuido	11	9	10	16	11	11
<b>Ha incrementado</b>	<b>74</b>	<b>72</b>	<b>78</b>	<b>70</b>	<b>74</b>	<b>73</b>
Se mantiene igual	7	12	7	6	9	8
Ns/Nc	8	7	5	8	6	8
Total %	100	100	100	100	100	100

Evolución de las pautas de consumo de otras drogas en el mundo del trabajo entre las mujeres durante los últimos diez años según sector de actividad<sup>41</sup>.

El consumo...	Sector de actividad			
	Agricultura	Industria	Construcción	Servicios
Ha disminuido	10	6	3	4
<b>Ha incrementado</b>	<b>60</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>49</b>
Se mantiene igual	13	15	23	18
Ns/Nc	17	38	31	29
Total %	100	100	100	100

Evolución de las pautas de consumo de otras drogas en el mundo del trabajo entre las mujeres durante los últimos diez años según edad y sexo del entrevistado<sup>42</sup>.

El consumo...	Edad del entrevistado				Sexo	
	16 a 34	35 a 44	45 a 54	55 o más	Varón	Mujer
Ha disminuido	4	5	4	6	5	4
Ha incrementado	41	48	48	43	44	52
Se mantiene igual	20	20	16	10	18	15
Ns/Nc	35	27	32	41	33	29
Total %	100	100	100	100	100	100



Evolución del consumo de drogas entre las mujeres en general, 1999-2006 (%)<sup>43</sup>.

	1999	2006	Diferencia
Tabaco (1)	28.1	30.3	+2.2
Alcohol (2)	4.9	2.3	-2.6
Inhalantes (3)	0.1	0.1	0.0
Cannabis (3)	7.0	9.3	+2.3
Cocaína (3)	1.6	2.4	+0.8
Éxtasis (3)	0.6	1.4	+0.8
Heroína (3)	0.2	0.1	-0.1
Otros opiáceos (3)	0.4	0.2	-0.2
Alucinógenos (3)	0.4	0.8	+0.4
Anfetaminas (3)	0.6	1.1	+0.5
Tranquilizantes (3)	6.7	9.1	+2.4
Hipnóticos (3)	2.9	3.4	+0.5

1. Consumo diario

2. Consumo abusivo

3. Consumo en los últimos doce meses

### Motivaciones para el consumo en los centros de trabajo<sup>44</sup>

- Factores o elementos que pueden influir en el consumo de tabaco.

Dos son los factores mayoritariamente citados siendo ambos de carácter psicosocial: los horarios excesivos y los turnos de trabajo son señalados por el 59% de las entrevistadas, y las tareas rutinarias o monótonas en un 54%. También predominan quienes asocian el consumo de tabaco con situaciones de fatiga y tensión difícilmente recuperables a la salida del trabajo (40%), malas relaciones con compañeros, subordinados y jefes (37%), cargas de trabajo percibidas como excesivas o escasas (36%), situaciones de excesiva competitividad (34%), responsabilidades excesivas (32%), excesivo tiempo de ida y vuelta al trabajo (31%) y situaciones de aislamiento y/o hacinamiento (30%).

- Factores o elementos que pueden influir en el consumo de alcohol.

Los tres más citados son los horarios excesivos y los turnos inadecuados (48%), las malas relaciones con compañeros y la insatisfacción con el trabajo (47%). Con menor frecuencia las situaciones de fatiga (41%), la incompatibilidad entre la vida personal y laboral y las situaciones de preocupación por la estabilidad laboral (ambas el 39%), las tareas rutinarias o monótonas (38%), las situaciones de aislamiento (35%), la carencia de un apoyo social adecuado (34%), las responsabilidades excesivas y la insatisfacción con el reconocimiento (33% cada factor), las cargas de trabajo excesivas o escasas (32%) y las situaciones de excesiva competitividad (31%). La influencia a la exposición a temperaturas inadecuadas: calor y frío (25%).

- Factores o elementos que pueden influir en el consumo de otras drogas.

Cuatro son los factores más señalados: horarios excesivos (49%), situaciones de fatiga (43%), insatisfacción con el trabajo desempeñado (42%) y malas relaciones con compañeros (40%). En menor grado las tareas rutinarias o monótonas y responsabilidades excesivas (33%), carencia de un apoyo social adecuado y situaciones de preocupación por la estabilidad laboral (32%) y la insatisfacción con el reconocimiento o el trato recibido (30%).

### Competencias de los profesionales de la salud laboral y de la prevención de riesgos laborales

La Comisión Europea describe en el documento "Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad en el mundo del tra-

bajo: una nueva estrategia de salud y seguridad" la forma de entender la salud laboral al considerar entre sus objetivos la integración de la dimensión de igualdad entre mujeres y hombres en la evaluación de riesgos, de forma que se tengan en cuenta las particularidades de las mujeres en lo que respecta a la seguridad y salud en el trabajo. Trasladar a la salud laboral un enfoque integrado de género<sup>45</sup> conlleva utilizar un método de trabajo que permita conocer y actuar en función de las particularidades, necesidades e intereses de hombres y mujeres. La prevención de riesgos por tanto debe incorporar a sus procedimientos esta nueva perspectiva de género abordando de forma integral los problemas que afectan específicamente a las mujeres. Aspecto que recogido en la Ley 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres donde señala que el tratamiento de datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas... deben permitir el análisis de género, incluyendo siempre que sea posible, su desagregación por sexo<sup>46</sup>.

El enfoque de género se fundamenta en la idea de que lo femenino y lo masculino son una construcción cultural derivada del modo en que han sido percibidas y vividas las diferencias biológicas. El ordenamiento de género de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento para hombres y mujeres que se transmiten a través de los diferentes espacios de socialización. No obstante catalogar sexo como biológico y género como psicosocial o antropológico limita una correcta comprensión de la realidad y sus matices<sup>47</sup>.

El propósito de la salud laboral es servir a la salud y el bienestar de los trabajadores en su faceta individual y colectiva. La práctica de la salud laboral debe realizarse de acuerdo con los protocolos específicos vigentes y principios éticos rigurosos. Los profesionales de la salud laboral deben contribuir a mejorar la salud pública desde una perspectiva global basando su actividad en la promoción de programas y políticas de salud laboral en los espacios de trabajo<sup>48</sup>.

Los profesionales de la salud laboral deben asesorar a la dirección y a los trabajadores sobre los factores existentes en la empresa que puedan afectar a la salud de los empleados. La evaluación de los riesgos laborales debe conducir al establecimiento de una política general de salud y seguridad en el trabajo y a un programa de prevención específico adaptado a las necesidades de la empresa. Los profesionales de la salud laboral deben proponer dicha política y programa con base en el conocimiento científico, técnico y al propio de la organización. Los programas conllevan una fase de diseño, implantación, seguimiento de casos y evaluación del proceso y de resultados.



Los objetivos, métodos y procedimientos de vigilancia de la salud<sup>49</sup> en esta situación particular deben estar claramente definidos. Debe evaluarse la relevancia y la validez de los métodos y procedimientos. La vigilancia debe llevarse a cabo con el consentimiento informado de los trabajadores. Como parte del proceso de obtención del consentimiento, se debe informar a los trabajadores acerca de las posibles consecuencias resultantes de su participación en la aplicación de los programas de detección y vigilancia de la salud. En el art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales<sup>50</sup> señala que el empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. Con carácter general, todas las pruebas y exámenes médicos tendrán carácter voluntario para el trabajador, exceptuando los siguientes casos: cuando la realización del reconocimiento sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores, para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para sí mismo, para los demás trabajadores, o para otras personas relacionadas con la empresa, y cuando lo establezca una disposición legal en relación con la protección de riesgos laborales y actividades de especial peligrosidad.

Los profesionales de la salud laboral deben fomentar y procurar la participación de trabajadores y directivos en el diseño e implementación de programas de educación y promoción de la salud, y de detección o screening de riesgos para la salud. Deberán también tomar medidas para asegurar la confidencialidad, guardia y custodia de los datos personales de salud de los trabajadores. Aspectos que se recogen en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>51</sup> y en el Real Decreto posterior donde se aprueba su reglamento de desarrollo<sup>52</sup>.

Los profesionales de la salud laboral proporcionarán orientación y asesoramiento profesional que facilite pautas adecuadas para asumir y solucionar las situaciones derivadas del consumo. A su vez informarán sobre los efectos y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas e incidirá que los consumos recreacionales la sitúan en situación de riesgo.

Los datos médicos personales deben estar registrados en archivos confidenciales y deben permanecer bajo la guardia y custodia de los profesionales de la salud laboral. El acceso a dichos datos así como su transmisión, divulgación y utilización se rige por la legislación de protección de datos y el código ético de los profesionales sanitarios.

El trabajador debe ser claramente informado cuando su estado de salud o la naturaleza de las tareas que desarrolla en su puesto de trabajo son tales que pueden poner en peligro la seguridad de terceros. Las pruebas biológicas<sup>53</sup> deben ser elegidas en función de su validez e importancia para la salud de los trabajadores, teniendo en cuenta su sensibilidad, especificidad y valor predictivo. Los profesionales de la salud ocupacional no deben utilizar pruebas de detección o screening, o realizar investigaciones que no tengan el suficiente valor predictivo en relación a los requerimientos del puesto asignado. Cuando sea posible elegir, debe darse preferencia a los métodos y pruebas no invasivas, que no entrañen peligros para la salud del trabajador involucrado. Las pruebas invasivas deben estar sujetas al consentimiento informado del trabajador y se deben realizar ajustándose a los protocolos estandarizados.

## Un problema que requiere una solución y una atención específica

Cuestionario para identificar un problema adictivo<sup>54</sup>:

- ¿Sientes que necesitas consumir todos los días?
- ¿Interfiere en tu trabajo?
- ¿Consumes más que antes?
- ¿Consumes más de lo que quisieras?
- ¿Te dicen otras personas que consumes demasiado?
- ¿Mientes cuando dices cuánto consumes?
- ¿Te ocasiona problemas económicos?
- ¿Perjudica a las personas de tu alrededor?
- ¿Te está ocasionando problemas de salud?
- ¿Quieres dejarlo pero no puedes?

Una sola respuesta afirmativa significa que existe un problema y que tal vez precise ayuda. No se trataría tanto de asustar ni de atemorizar pero sí de buscar posibles soluciones orientando profesionalmente de la forma más adecuada.

## Un modelo de abordaje terapéutico de las drogas en la mujer

En el tratamiento de las adicciones en la mujer existen maneras específicas de intervenir siendo prioritario el abordaje de aspectos psicoafectivos y relacionales<sup>55</sup>.

- Fase de acogida y vínculo terapéutico

En toda relación terapéutica la existencia y mantenimiento del vínculo o relación empática con la persona que solicita ayuda es de vital importancia. La experiencia clínica en el tratamiento con mujeres señala que estos elementos predisponen a la motivación y adherencia al programa. La alianza y el vínculo terapéutico deben ser herramientas centrales del trabajo con mujeres. En la primera etapa de un programa de tratamiento para las mujeres es más importante que el terapeuta sea empático, acogedor y que se establezca un clima de confianza antes que la información que pueda proporcionarse. La primera entrevista de acogida es primordial, debe ser abierta, de escucha activa, flexible y variable en el tiempo, estando el terapeuta centrado en la mujer donde ha de primar la comprensión sobre la confrontación. Debe reconocerse que la mujer tiene una dificultad para solicitar ayuda ante un problema de consumo.

- Fase de estructuración

En una segunda etapa del proceso es necesario fomentar habilidades que posibiliten la toma de decisiones y resolución de conflictos ayudando en la estructuración de la vida cotidiana potenciando sus propios recursos. Mantener la incondicionalidad del vínculo es clave para reforzar la confianza y permitir la continuidad. No sólo es necesaria la calidad de la relación sino también la asiduidad y constancia de la atención individual, ya que están directamente relacionadas con mejores resultados en el tratamiento<sup>56</sup>.

Aprender a identificar, reconocer y manejar los deseos de consumo sin olvidar que las mujeres suelen presentar mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Parece importante ayudarles a manejar su ansiedad sin recurrir exclusivamente al soporte farmacológico<sup>57</sup>. Mantener una actitud cuidadosa e imparcial evitando posiciones de superioridad o culpabilización transmitiendo optimismo y una adecuada conciencia del problema como eje durante toda la intervención<sup>58</sup>.



- Fase de reinserción

Etapa del proceso terapéutico donde será prioritario entrenar, habilitar y facilitar la autonomía de la persona promoviendo el mantenimiento de la abstinencia, la readaptación de las relaciones laborales, adquirir estilos de vida saludables y reducir o eliminar comportamientos y/o factores de riesgo.

### Elementos que pueden mejorar los programas actuales y que conviene tener en cuenta en los futuros<sup>59</sup>

- Las actuaciones en materia de drogodependencias deben estar integradas en el diseño del plan general de salud de la empresa. La integración será real y no sólo formal.
- Los programas deben estar recogidos en los convenios para que tengan estabilidad y permanezcan en el tiempo.
- Los programas deben estar adaptados a la realidad de cada empresa y deben contar con la participación y el consenso de todos los estamentos. Deben estar integrados en todos los niveles de la línea jerárquica de la organización.
- Deben asegurar la estabilidad en el empleo y la no sanción a los trabajadores que se acojan a ellos. Deben primero rehabilitar y luego reinsertar a los trabajadores que los hayan seguido.
- Deben incluir elementos de mediación para facilitar la detección precoz de los casos. Por tanto deben aportar formación específica a los futuros mediadores.
- Deben proporcionar la atención especializada necesaria a los trabajadores con problemas de consumo. Dicha atención se proporcionará fuera de la empresa pero con el apoyo y supervisión del programa.
- Deben ser evaluados. Hay que recoger tanto indicadores de salud individual como otros indicadores generales de reducción de conflictos y absentismo entre otros.
- La prevención de las drogodependencias en la empresa pasa por una vigilancia de la salud colectiva de la plantilla de la empresa sujeta a protocolos de salud integral.
- La prevención de las drogodependencias en la empresa pasa también por la formación en drogas y otros temas relativos a la salud laboral, así como la formación y el entrenamiento en habilidades sociales. Todo ello mejorará el conocimiento de los trabajadores sobre la influencia que los factores de riesgo laboral tienen sobre la salud en general y el consumo de drogas en particular.
- La prevención de las drogodependencias en el medio laboral afecta a la cultura preventiva de la empresa. En este contexto los problemas de consumo de drogas han de ser considerados como problemas de salud.
- Con el fin de optimizar los medios disponibles, se utilizarán de forma coordinada los recursos extralaborales y comunitarios existentes dependientes de las comunidades autónomas, ayuntamientos, organizaciones sociales...

### Conclusiones

Existe información suficiente para decir que los patrones de consumo según edad, sexo y sustancia consumida son diferentes. Pero no existe la información necesaria para realizar un análisis de género del consumo.

Constituye una exigencia legal la aplicación de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres<sup>60</sup> que estipula que las políticas, estrategias y programas de salud integrarán en su formulación, desarrollo y evaluación las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

Debido a condicionamientos sociales y culturales, la adicción en la mujer es un comportamiento mucho más estigmatizado y rechazado que en el hombre. Ante esto se tiende a invisibilizar el problema. La mujer sufre una mayor sanción social por la ruptura de determinados roles tradicionalmente femeninos que pueden verse afectados por el consumo de drogas. Esto conlleva entre otras consecuencias que las mujeres tengan más dificultades a la hora de recibir ayuda y de acceder a los tratamientos de drogodependencia. Se precisa un enfoque de género que permita superar estas barreras<sup>61</sup>.

Es preciso mejorar la metodología y técnicas de investigación para profundizar más en las diferencias de género. Un ejemplo de ello es la información limitada que aportan las técnicas cuantitativas sobre las diferencias de género, por tanto se debe impulsar una mayor adaptación de éstas para esos fines y a su vez utilizar técnicas cualitativas<sup>62</sup>. Tanto la información cuantitativa como la cualitativa son necesarias y complementarias para el diseño e implementación de las estrategias preventivas y asistenciales. La cuantitativa aporta información sobre la magnitud del problema y su distribución, y la cualitativa explica por qué suceden los hechos.

Si bien la drogadicción puede ser un problema de salud serio, crónico y recurrente en mujeres y hombres de todas las edades y condiciones sociales y laborales, en la población femenina el abuso de drogas puede presentar problemas que requieran distintos métodos de tratamiento<sup>63</sup>.

Se necesita conocer mejor cómo afectan a las mujeres y a los hombres las diferentes sustancias que se consumen (según los aspectos biológicos diferenciales) y qué repercusiones sobre su salud mental tienen en función del género<sup>64</sup>. Es importante que los resultados de las investigaciones sobre género y drogas se tengan en cuenta para la formación del personal sanitario en la formación continuada.

Los contenidos sobre formación e información específica en drogas tienen que estar integradas dentro del diseño de un plan de actuación a través de un programa específico de intervención. Estos aspectos permiten comprender mejor las motivaciones para el consumo y las dificultades para el tratamiento de las dependencias en mujeres y hombres.

Dentro de la política general de salud de la empresa se necesita la perspectiva de género en todos los niveles de abordaje de esta problemática. Es importante incluir variables relacionadas con el género en los protocolos de valoración inicial y seguimiento así como estudios de evaluación que permitan avalar las actuaciones específicas.

La privacidad que afecta a las mujeres en los consumos de sustancias psicoactivas debido al enjuiciamiento social relacionado con las desigualdades en razón de género, dificulta claramente el recorrido de su recuperación<sup>65</sup>.

En el caso de las trabajadoras con problemas de drogodependencias la propuesta de medidas de apoyo para acudir a tratamiento (flexibilizar horarios, adaptar o cambiar de puesto de trabajo...) teniendo como objetivo prioritario el mantenimiento del empleo es un acierto<sup>66</sup>.



Aunque los cambios sociales han reducido las diferencias entre hombres y mujeres en algunos aspectos, el abuso de sustancias se ha considerado tradicionalmente un problema masculino. Esta conducta se consideraba incompatible con la mujer. Por tanto, mientras el abuso de algunas drogas por parte del hombre podía excusarse en ciertas circunstancias, idéntico comportamiento era estigmatizado cuando afectaba a las mujeres<sup>67</sup>. Puede afirmarse que esta actitud ha evitado que muchas mujeres consuman drogas, pero en muchas sociedades también ha dificultado extraordinariamente la búsqueda de ayuda. Las actitudes negativas frente al consumo de drogas por parte de las mujeres, combinadas con la dificultad de ésta a admitir su consumo y dependencia, explican la escasez de datos referidos específicamente a las mujeres.

Se trataría de definir un modelo de intervención sensible a las diferencias de género<sup>68</sup> tanto en hombres como en mujeres considerando que la ocultación de la dinámica de consumo de la mujer drogodependiente es una limitación. El equipo de investigación en drogodependencias de la Universidad de Deusto cuestiona en uno de sus últimos trabajos si resultaría necesario desarrollar programas terapéuticos específicos para mujeres toxicómanas. La investigación recoge las opiniones de mujeres en tratamiento y de profesionales. Si bien las primeras no lo consideran preciso, los profesionales entrevistados opinan todo lo contrario<sup>69</sup>. El debate es enriquecedor y dinámico dada la rápida evolución que se está produciendo actualmente tanto en el ámbito legislativo como político y social. Esta situación hará sin duda que en un futuro puedan cambiar alguno de los planteamientos expuestos.

- <sup>1</sup> Plan Nacional sobre Drogas 2000. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- <sup>2</sup> Plan Nacional sobre Drogas 2000. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Evaluación 2003. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- <sup>3</sup> Comisión de las Comunidades Europeas (2001). Libro Verde Fomentar un marco para el desarrollo de la responsabilidad social de las empresas. Bruselas 18.07.2001 COM (2001) 366 final
- <sup>4</sup> Gimeno, M.A (coord). Evaluación de las organizaciones saludables. Una propuesta metodológica. UGT-PV 2008
- <sup>5</sup> Observatorio de Salud Laboral. Prioridades estratégicas en salud laboral desde el punto de vista de los profesionales. Aportaciones para la elaboración de una estrategia española en materia de salud y seguridad en el trabajo 2005
- <sup>6</sup> Solé, M.D. NTP 639. La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad
- <sup>7</sup> Guía de prevención de riesgos laborales para las mujeres de la Comunidad de Madrid. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Consejería de Empleo y Mujer. Comunidad de Madrid
- <sup>8</sup> Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2006
- <sup>9</sup> Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- <sup>10</sup> Plan Nacional sobre Drogas 2000. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Evaluación 2003. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- <sup>11</sup> Plan Nacional sobre Drogas 2000. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Evaluación 2003. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- <sup>12</sup> Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones Madrid Salud 2005
- <sup>13</sup> Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones Madrid Salud 2005
- <sup>14</sup> Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones Madrid Salud 2005
- <sup>15</sup> Informe salud y género 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer 2005
- <sup>16</sup> Informe salud y género 2006. Las edades centrales de la vida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer 2007
- <sup>17</sup> Gómez J. El alcoholismo femenino, una verdad oculta. Trastornos adictivos. 2006; 8(4): 251-60
- <sup>18</sup> El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid 2007
- <sup>19</sup> Informe salud y género 2006. Las edades centrales de la vida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer 2007
- <sup>20</sup> Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística
- <sup>21</sup> Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Jornada Mujer y Drogas. Madrid, 21 diciembre 2006. Conclusiones
- <sup>22</sup> Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones Madrid Salud 2005
- <sup>23</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer 2007
- <sup>24</sup> Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones Madrid Salud 2005
- <sup>25</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer 2007
- <sup>26</sup> Género y salud laboral en el ámbito de lo tecnológico. Gobierno de Canarias
- <sup>27</sup> Género y salud laboral en el ámbito de lo tecnológico. Gobierno de Canarias
- <sup>28</sup> Carrasco-Potino M, Ruiz-Cantero MT, Gil-González D, Álvarez-Dardet Díaz C, Torrubiano-Domínguez J. Epidemiología de las desigualdades del desarrollo de género en España (1990-2000). Rev Esp Salud Pública 2008. 82: 283-299

- <sup>29</sup> Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 245-249
- <sup>30</sup> Laguna Goya N, de Andrés Rodríguez-Trelles F. Participación de las mujeres en los ensayos clínicos. Estudio inicial en archivos de la agencia española de medicamentos y productos sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 343-350
- <sup>31</sup> Guía mujer y drogodependencias. Consellería de Salut y Consum. Govern de les Illes Balears 2007
- <sup>32</sup> Guía mujer y drogodependencias. Consellería de Salut y Consum. Govern de les Illes Balears 2007
- <sup>33</sup> Fundación Encuentro y Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)
- <sup>34</sup> Encuesta de Población Activa, 4º trimestre 2007. Instituto Nacional de Estadística
- <sup>35</sup> Mujeres y hombres 2006. Instituto Nacional de Estadística
- <sup>36</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>37</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>38</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>39</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>40</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>41</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>42</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>43</sup> El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid 2007
- <sup>44</sup> Las mujeres y las drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo 2000
- <sup>45</sup> Salud Laboral y género. UGT
- <sup>46</sup> Ley orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE 71, 23/03/2007. [http://www.mtin.es/mujer/politicas/Ley\\_Igualdad.pdf](http://www.mtin.es/mujer/politicas/Ley_Igualdad.pdf)
- <sup>47</sup> Romo N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Universidad de Granada. Departamento de Antropología y Trabajo Social
- <sup>48</sup> Código internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional. Actualización 2002. International Commission on Occupational Health, World Health Organization, International Labour Organization 2007
- <sup>49</sup> Guía básica y general de orientación de las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores. Versión octubre 2007
- <sup>50</sup> Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- <sup>51</sup> Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- <sup>52</sup> Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal [http://www.boe.es/g/es/bases\\_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2008/00979](http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2008/00979)
- <sup>53</sup> Código internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional. Actualización 2002. International Commission on Occupational Health, World Health Organization, International Labour Organization 2007
- <sup>54</sup> Guía mujer y drogodependencias. Consellería de Salut y Consum. Govern de les Illes Balears 2007
- <sup>55</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer 2007
- <sup>56</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer 2007
- <sup>57</sup> Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer 2007
- <sup>58</sup> Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de Adicciones Madrid Salud 2005
- <sup>59</sup> Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS 2006
- <sup>60</sup> Ley orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. [http://www.mtin.es/mujer/politicas/Ley\\_Igualdad.pdf](http://www.mtin.es/mujer/politicas/Ley_Igualdad.pdf)
- <sup>61</sup> Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Jornada Mujer y Drogas. Madrid, 21 diciembre 2006. Conclusiones
- <sup>62</sup> Estudio documental sobre drogas y violencia de género. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Gobierno Vasco. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales 2007
- <sup>63</sup> Guía mujer y drogodependencias. Consellería de Salut y Consum. Govern de les Illes Balears 2007
- <sup>64</sup> Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Jornada Mujer y Drogas. Madrid, 21 diciembre 2006. Conclusiones
- <sup>65</sup> Gómez J. El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastornos adictivos*. 2006; 8(4): 251-60
- <sup>66</sup> Instituto de la Mujer. La salud laboral de las mujeres. Salud XIV
- <sup>67</sup> OIT. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Abuso de alcohol y drogas
- <sup>68</sup> Vogel, L. La salud de la mujer trabajadora en Europa. Desigualdades no reconocidas. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud 2003. <http://hesa.etui-rehs.org>
- <sup>69</sup> Pantoja, L. ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? *Avances en drogodependencias*, Bilbao. Instituto Deusto de Drogodependencias 2007



# Protocolo de prevención y actuación ante posibles situaciones de acoso laboral y sexual en el Ayuntamiento de Sta. Coloma de Gramenet: elaboración y aprobación por unanimidad del grupo de trabajo del Comité de Seguridad y Salud



26

Autores: Martínez Ujaldón María, Martínez Núñez Marian, Herraiz Pizarro Antoni.  
Centro de Trabajo: Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet  
Dirección: Plaça de la vila, 1 – 08921 Santa Coloma de Gramenet  
Teléfono: 93 462 40 00 ext 2514  
Email: martinezum@gramenet.cat

**Palabras clave: protocolo acoso laboral y sexual, sesiones de discusión, unanimidad.**

## Introducción

Desde el inicio de la Revolución industrial hasta la actualidad, los cambios no han dejado de producirse en las sociedades y en las organizaciones, y esto rememora la clásica cita de Heraclito: "Nada perdura, excepto el cambio". No obstante, en las últimas décadas del siglo XX, y ahora a principios del siglo XXI, lo más destacado es la velocidad en que suceden estos cambios y transformaciones, que sin duda influyen en la obligación y la necesidad de adaptación por parte de las personas y organizaciones en sus contextos reales.

Derivado de todo este proceso de cambio, existe un interés y una preocupación para conocer lo que realmente sucede dentro de las organizaciones, con una especial conciencia de las numerosas problemáticas que han ido conviviendo o están apareciendo. En este sentido, y focalizándonos en el fenómeno de la violencia en el lugar de trabajo, las encuestas europeas sobre condiciones de vida y trabajo nos están mostrando como en la última década el acoso sexual y la violencia física en el trabajo se están estabilizando en unos porcentajes bajos, mientras que el mobbing o acoso laboral está obteniendo porcentajes más elevados.

Conscientes de las consecuencias tan graves que la violencia tiene en el lugar de trabajo, cabe destacar que son numerosas variables y procesos organizativos los que facilitan o inhiben su aparición y su mantenimiento. Así, el liderazgo, el conflicto de rol, el control sobre el trabajo, el clima social, la ambigüedad de rol y la sobrecarga de trabajo, entre otras, contribuyen positivamente o negativamente en la aparición de la violencia.

Todos estos conocimientos posibilitan la toma de conciencia y abren las puertas a una perspectiva positiva de las relaciones humanas dentro del entorno laboral en que nos movemos. Por eso, es razonablemente positivo para todo el Ayuntamiento el hecho de definir diferentes estrategias de acoso que no serán toleradas. De la misma manera es beneficioso el hecho de velar para que haya una buena consideración y un soporte por parte de nuestros superiores, para disminuir la tensión relacionada con el trabajo, para aumentar la calidad del trabajo y del bienestar, para generar relaciones saludables con los compañeros y compañeras de trabajo, así como para aumentar la satisfacción con la participación.

Conscientes de todo esto, el Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet, considerado como un ente

único en el cual todos los/as trabajadores/as (directivos, empleados y representantes sociales) forman parte, realizó durante el año 2006 y 2007, la evaluación de factores de riesgos psicosociales a todos sus empleados/as. Los indicios de mobbing en algún servicio municipal, entre otros resultados, plantearon la necesidad de abordar este tema mediante la elaboración de un protocolo que contemplara los aspectos del acoso laboral y del acoso sexual entre sus trabajadores/as.

Con este compromiso, el Comité de Seguridad y salud del Ayuntamiento, en el que se encuentran representadas todas las secciones sindicales –CCOO, UGT, CGT y USOC, ha elaborado, durante el primer trimestre del 2008, un protocolo para abordar la prevención y actuación ante posibles situaciones de acoso laboral (mobbing) y sexual.

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el proceso de elaboración del Protocolo de prevención y actuación ante posibles situaciones de acoso laboral y sexual en el Ayuntamiento, realizado por un grupo de trabajo formado por todos los miembros del Comité de Seguridad y Salud (CSS), y un miembro más de una sección sindical, y aprobación del mismo por unanimidad del grupo.

### Material y métodos

El Comité de Seguridad y Salud es un órgano paritario formado por 12 personas, cuya composición es de seis delegados de prevención, representando a las 4 secciones sindicales de la empresa, y seis miembros de la organización. El Comité de Seguridad y Salud se reúne periódicamente, y en él se discuten y aprueban todos los aspectos relacionados con la prevención de riesgos laborales, entre ellos los aspectos psicosociales.

En el marco del Comité de Seguridad y Salud, tres de las secciones sindicales –CCOO, CGT y UGT- presentaron un protocolo propio cada una, que junto con el elaborado por la empresa, sumaban un total de cuatro documentos sobre como abordar el acoso laboral y sexual en el Ayuntamiento, documentos que coincidían en el objetivo, pero no en el procedimiento ni en las disposiciones finales.

Para crear un marco unitario de objetivos, desarrollo y conclusiones, todos los miembros del CSS acordamos solicitar la colaboración de la Universidad de Barcelona.

A partir de entonces se creó un grupo de trabajo, formado por los 12 miembros del CSS, un miembro más de la sección sindical CGT (se acordó que cada sección sindical podría aportar un afiliado especializado en temas de acoso), una psicóloga del Servicio de prevención y un profesor titular del departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona.

El profesor de la Universidad elaboró un documento marco en el que se recogían las propuestas de los cuatro documentos iniciales, y su función principal fue la de coordinar a todo el grupo de trabajo durante siete sesiones de discusión.

Cada sesión de trabajo, fue de 3 horas de duración. La metodología de las tres primeras sesiones consistió en formar subgrupos mixtos de trabajo para discutir los aspectos básicos del protocolo: prevención, mediación y actuación. El objetivo del subgrupo era el de unificar criterios entre las discrepancias de cada miembro. Las cuatro sesiones siguientes consistieron en que todo el grupo de trabajo, conjuntamente, abordara el documento desde el inicio y discutiera párrafo a párrafo su contenido, intentando que la mayoría de los que estaban de acuerdo convencieran a los que discrepaban.

### Resultados

El producto del trabajo en equipo, durante 7 sesiones de discusión quincenales, ha sido el “protocolo de prevención y actuación ante posibles situaciones de acoso laboral (mobbing) y sexual.”

El protocolo se centra en tres fases fundamentales:

**Política de prevención:** define el compromiso de todo el Ayuntamiento en aplicar la prevención primaria.

Así, el objetivo de este protocolo es prevenir las conductas que deriven en un acoso, siempre con el propósito de evitar y disminuir los ataques que provoca la violencia laboral contra las personas y velar así por su dignidad e integridad psíquica y moral. Desde esta óptica preventiva, se desprende la eficacia de la utilización de medidas específicas según cada situación de violencia. El protocolo elaborado es una herramienta flexible y dinámica capaz de dar respuesta a la máxima cantidad de situaciones posibles.

Saber que es o que no es acoso sexual i/o laboral, o tener conciencia de las consecuencias que pueden tener determinados actos en las personas, es cuestión de formación y de conciencia laboral.



Por eso, se define que todos los trabajadores y trabajadoras recibirán una copia del protocolo y de sus actualizaciones o modificaciones. Recibirán información y formación completa y sistemática sobre las mejores prácticas para la prevención del acoso moral y sexual. El Ayuntamiento proporcionará a los responsables formación y capacitación en materia de prevención del acoso en general y sobre el funcionamiento de este protocolo en particular.

Se establece la idoneidad de dar formación continuada en habilidades sociales y personales, como la mediación, la gestión del estrés o la resolución de conflictos.

Se define, promover una campaña informativa y formativa específica para favorecer la creación de espacios compartidos entre los diferentes niveles jerárquicos del Ayuntamiento, y de esa forma, la delimitación entre comportamientos aceptables y no aceptables

facilitará la introducción de políticas o códigos de conducta compartidos.

Se define, crear y mantener en la intranet páginas dedicadas a la información sobre la prevención y la resolución del acoso y sobre el funcionamiento del protocolo. Se crearán y mantendrán fuentes de información más completas y detalladas en relación con la prevención y la solución de los casos de acoso para uso de las personas protegidas que deseen obtener esa información.

Con la finalidad de hacer un seguimiento y evaluación de la aplicación de este protocolo, el Ayuntamiento realizará encuestas y estudios anónimos, en consulta con el Comité de Seguridad y Salud.

Se define, que el Ayuntamiento entiende la necesidad de abordar la problemática del acoso laboral y sexual desde una óptica positiva, que permita el desarrollo de políticas preventivas, acciones formativas y incen-



tivos a las buenas prácticas profesionales con el fin de conseguir índices óptimos de salud psicosocial en el entorno laboral. Pretende evitar y minimizar ciertas problemáticas y fomentar el estado de bienestar en todos sus trabajadores y trabajadoras.

Desde este enfoque positivo y de manera operativa, el Ayuntamiento y todos sus trabajadores, con la elaboración de este protocolo, promueven el establecimiento de un banco de experiencias donde los trabajadores/as, los responsables y las áreas y departamentos que obtengan las mejores valoraciones en la evaluación de riesgos psicosociales podrán compartir sus dinámicas y formas de trabajar con el resto de trabajadores. Este intercambio se hará de forma periódica e incorporada a la dinámica preventiva de riesgos.

El Comité de Seguridad y Salud tendrá un papel activo en todo este proceso y recogerá propuestas de los trabajadores, que a título individual o colectivo, hagan sugerencias o propuestas de mejora en el ámbito del ambiente laboral, de los métodos de trabajo o de otras que puedan ser relevantes.

El Ayuntamiento elaborará un Manual de acogida para cada profesional que sea contratado, informará de los valores y de la misión de la organización. Los jefes se harán responsables, en sus servicios o departamentos, de la acogida, inicio laboral i aceptación del nuevo trabajador en el equipo. Velarán por la transparencia de la información y de aquello que es inherente a la organización, y harán el seguimiento del proceso de aceptación y pertenencia al grupo social de trabajo.

**Política de mediación:** propone elegir a trabajadores con perfil adecuado en habilidades cognitivas y comunicativas para ejercer una función mediadora.

El Ayuntamiento reconoce que, además de la importancia destacada de la prevención en los caso de violencia sexual y laboral, también es fundamental la implementación de políticas de mediación una vez un caso de posible acoso ya ha empezado, destacando aquí la prevención secundaria.

El objetivo primordial de este posicionamiento proviene del interés común en resolver las dificultades que aparezcan con el mínimo de conflicto y estrés para los trabajadores involucrados.

Así, cualquier empleado que crea ser acosado o cualquiera que tenga conocimiento de una posible situación de acoso, podrá exponer a la instancia mediadora la conducta o conductas de acoso para recibir ayuda o consejo de manera inmediata, siempre bajo la confidencialidad.

Se define la Instancia Mediadora, que estará formada por dos miembros del Ayuntamiento que cuenten con la formación adecuada (uno de ellos efectuará las funciones de secretario). Tendrán dos suplentes. Ningún miembro de la Instancia Mediadora podrá participar en las deliberaciones relativas a una reclamación en la que pueda tener alguna vinculación o interés. En estos casos, un miembro suplente ocupará su lugar.

El Comité de Seguridad y salud publicará un perfil de miembro de la Instancia mediadora para que quien quiera se pueda presentar voluntariamente.

La Instancia mediadora ha de actuar de manera independiente e imparcial. En todo momento tendrá que respetar la confidencialidad de los procedimientos presentados mediante la aceptación y firma de un documento de compromiso.

La Instancia mediadora se encargará de fomentar el principio de solución de las reclamaciones. Por propia iniciativa, llevará a término investigaciones, y propondrá al Comité de Seguridad y Salud medidas para mejorar las condiciones y el ambiente de trabajo en el Ayuntamiento.



Las personas afectadas y la Instancia Mediadora podrán aproximarse de una manera no confrontada, con la intención de resolver el problema de manera alternativa, y conseguir que ambas partes ganen, si así es posible.

La Instancia Mediadora hará un informe con las conclusiones de la mediación, que dirigirá al CSS en el término de 30 días desde el inicio de la mediación. Este informe recogerá las medidas que se han tomado, que serán registradas y formarán parte de las alternativas posibles ante conflictos de esta naturaleza, y serán así, material reutilizable.



**30** En determinadas situaciones que se considere necesario, la Instancia Mediadora pedirá asesoramiento externo, fuera del ámbito de actuación del Ayuntamiento, para beneficiarse de una asesoría profesional y experta que le facilite la toma de decisiones.

**Política de Actuación:** mediante representación paritaria entre empresa y parte social que confirmará y/o resolverá la situación del posible acoso.

Si la política de mediación no es eficaz, la situación perdura o alguna de las partes lo decide, se iniciará el procedimiento de actuación formal y vinculante, que ha de tener una función más resolutive y propositiva que represora y punitiva.

El trabajador que así lo crea, tendrá que redactar por escrito una queja formal a la Comisión de actuación. Esta queja será muy precisa y con el máximo de detalles en referencia a las conductas de acoso que hayan sucedido en el puesto de trabajo.

El/la presunto/a acosador será notificado, también por escrito, de las alegaciones imputadas contra él. Recibirá la recomendación de colaborar con la Comisión de Actuación en todo aquello que se requiera para solucionar el problema de la forma más positiva posible para todas las partes implicadas.

La queja estará sometida a una evaluación inicial por parte de un miembro de la Comisión de Actuación y se volverá a plantear la idoneidad de resolver el posible conflicto con todas las partes implicadas de manera mediada. Si esta fórmula es ineficaz, se iniciará una investigación formal para determinar los hechos y la responsabilidad de cada una de las partes implicadas. Es decir, para identificar conductas de riesgo en materia de acoso laboral o sexual.

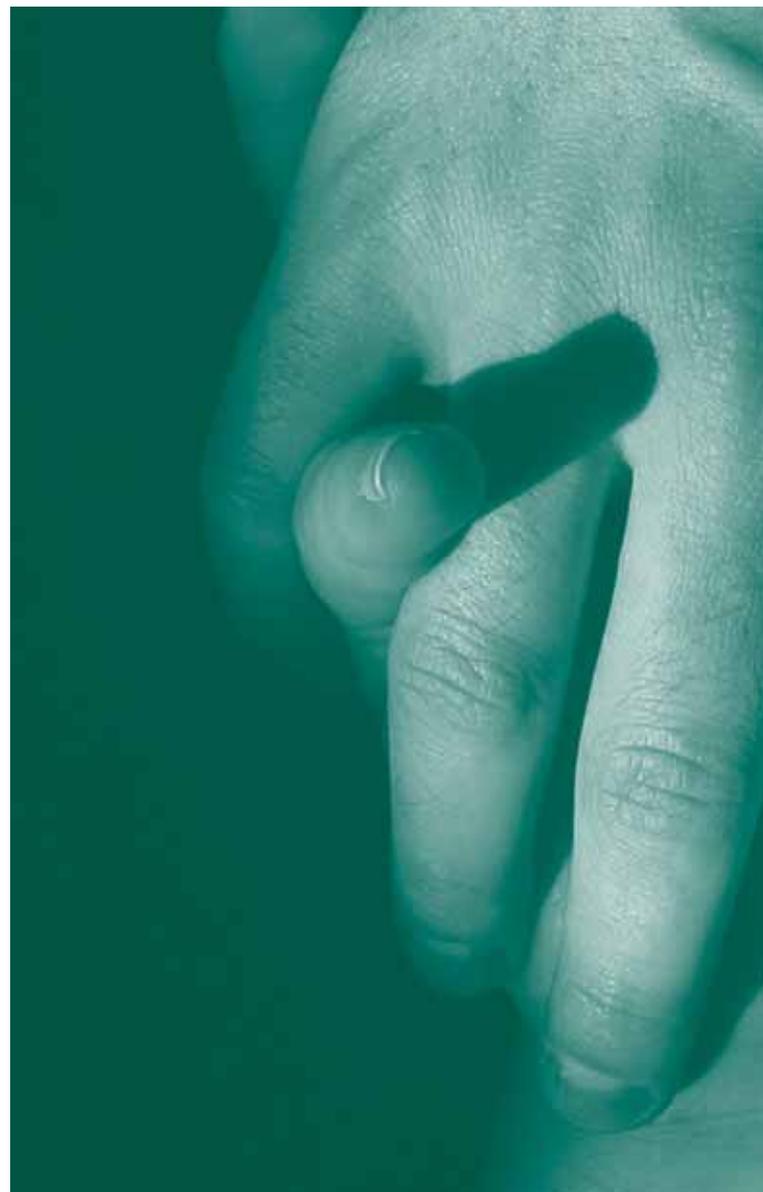
La Comisión de Actuación hará un informe con las conclusiones de su actuación, que dirigirá al CSS en un término de 30 días desde el inicio de la actuación.

Este informe determinará las actuaciones a seguir y informará a las partes implicadas.

La comisión de Actuación ha de garantizar la confidencialidad, el respeto y la protección de todos los trabajadores implicados. Si el informe concluye que no hay indicios de conductas de riesgo en materia de acoso laboral o sexual, la Comisión de Actuación informará a las partes afectadas y el CSS, propondrá un acuerdo de resolución del conflicto y dará por finalizada su intervención.

Si el informe concluye que hay indicios de conductas de fraude o engaño por parte de las partes implicadas, se aplicarán dispositivos disciplinarios.

Si la comisión de actuación determina que sí ha habido indicios de acoso laboral o sexual, se propondrá al órgano competente el inicio de un expediente disciplinario, con el asesoramiento jurídico pertinente.



En los expedientes disciplinarios se seguirá lo estipulado por los servicios jurídicos del Ayuntamiento, de acuerdo con la reglamentación específica laboral y funcional aplicable.

La Comisión de Actuación elaborará un resumen del caso, con la máxima imparcialidad y asegurando la confidencialidad y el anonimato de todos los implicados, donde figuraran las acciones de acoso detectado, así como la resolución tomada. El Ayuntamiento hará público este resumen para que todos/as trabajadores/as puedan tomar conciencia de los hechos y se sensibilicen, con el propósito de evitar nuevos casos de acoso.

En determinadas situaciones que se considere necesario, la Instancia Mediadora pedirá asesoramiento externo, fuera del ámbito de actuación del Ayuntamiento, para beneficiarse de una asesoría pro-

fesional y experta que le facilite la toma de decisiones.

La Comisión de Actuación, de carácter permanente y renovable, estará formada por cuatro miembros permanentes (con suplentes):

- Jefa del servicio de Prevención
- Un responsable directivo (escogido por la empresa)
- Dos trabajadores del ayuntamiento (escogidos por la parte social)

Los miembros suplentes actuarán, si uno de los titulares es incapaz se actuar en un caso particular, teniendo en cuenta consideraciones personales, o en ausencia justificada del miembro titular.

La participación en las funciones de la Comisión de Actuación se considerará parte de las funciones laborales.

Todos los miembros de la comisión de Actuación han de actuar de manera independiente e imparcial. Se abstendrán de realizar declaraciones o acciones que puedan afectar negativamente la posición de la comisión de actuación o la dignidad de las personas implicadas.

#### Discusión / conclusiones

- El trabajo en equipo de todos los miembros del CSS junto con el profesor de la Universidad y el resto de los miembros que han formado el grupo de trabajo, ha permitido elaborar un protocolo de actuación con amplia participación, que ha sido consensuado y aprobado por unanimidad, creándose un compromiso en todos los participantes.
- La necesidad de dotarnos de un instrumento que marca una política institucional de tolerancia cero frente a conflictos de agresividad y acoso, implicándose el conjunto de los trabajadores en la salud y el bienestar de la plantilla.
- Esta práctica de trabajo ha originado la creación de una subcomisión del CSS que trabaja todos los aspectos de la prevención de manera consensuada y operativa.
- La participación de las dos partes (social y empresa) es fundamental en la aplicación del protocolo y en su éxito futuro.





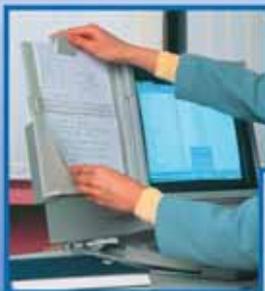
# Cuidamos tu salud trabajando con el ordenador



## Línea de **Prevención Total 3M**

PARA USUARIOS INTENSIVOS DEL ORDENADOR

Línea desarrollada para prevenir problemas visuales y musculoesqueléticos derivados de la adopción de malas posturas al trabajar con el ordenador. Fabricada según las Normas ISO 9241 y pensada para aquellas personas que trabajan de manera intensiva con el ordenador.



## Línea **Comfort 3M**

PARA USUARIOS OCASIONALES DEL ORDENADOR

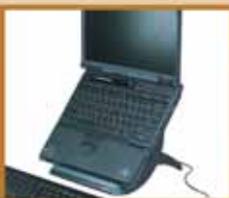
Esta línea ha sido pensada para aquellas personas que trabajan de manera ocasional con el ordenador, una línea cómoda y moderna que te permitirá disfrutar del máximo confort.



## Línea **Movilidad 3M**

PARA USUARIOS DE ORDENADORES PORTÁTILES

Si viajas y necesitas cambiar de ubicación tu portátil, ésta es tu línea de productos para adoptar siempre posturas correctas frente al ordenador.



Para más información contacte con:  
3M España, S.A.  
Dpto. Productos para la Oficina  
C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 19-25 • 28027 Madrid  
Tel.: 91 321 60 00 • Fax: 91 321 61 51  
[www.3m.com/es/oficina](http://www.3m.com/es/oficina)

Llamada Gratuita  
**900 210 584**  
3M Centro de Información al Cliente  
[cic.es@mmm.com](mailto:cic.es@mmm.com)

