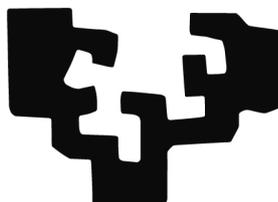


eman ta zabal zazu



**UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO/EUSKAL HERRIKO UNIVERSITATEA**

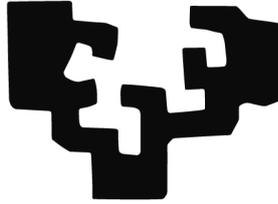
Facultad de Medicina y Enfermería  
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

**Tesis doctoral**

Evolución y desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo

Javier González Caballero  
2017

eman ta zabal zazu



## **UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO/EUSKAL HERRIKO UNIVERSITATEA**

Facultad de Medicina y Enfermería  
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

### **Tesis doctoral**

Evolución y desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo

Directoras

Prof. Dra. M<sup>a</sup> Teresa Laespada Martínez  
Prof. Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Municio Martín



A mis padres, porque en silencio se lo prometí.



## AGRADECIMIENTOS

No hay deber más necesario que el de dar las gracias

Marco Tulio Cicerón

Cualquier proyecto de investigación requiere la disposición y generosidad de un gran número de personas. Afortunadamente son muchas las colaboraciones que han contribuido a que este trabajo vea la luz. Arduo y laborioso pero siempre ilusionante, me ha permitido ahondar en una disciplina de profundo compromiso y calado social, la Enfermería del Trabajo.

*Con tu puedo y con mi quiero vamos juntos compañero* (Mario Benedetti). La conclusión de este proyecto inicial es un reconocimiento a la dedicación de las directoras y la amable generosidad de compañeros, profesionales, amigos y familia. En definitiva, a la participación espontánea de muchas personas sin más pretensión que el deseo de contribuir a la proyección y reconocimiento de esta especialidad. En este recorrido donde los pequeños grandes esfuerzos y la actitud juegan un papel primordial, este trabajo se ha convertido en un saludable ejercicio de gratitud y consideración.

*Cada persona que pasa por nuestra vida es única. Siempre deja un poco de sí y se lleva un poco de nosotros. Habrá los que se llevarán mucho, pero no habrá de los que no nos dejarán nada* (Jorge Luis Borges). Las profesoras María Teresa Laespada Martínez y María Ángeles Municio Martín han seguido mi trayectoria en distintas facetas, en inicio como alumno y posteriormente dirigiendo este proyecto con trasfondo de anhelo personal. Su disposición en las tareas de dirección representa lo que es, una expresión de actitud y amabilidad.

La mítica frase pronunciada por Martin Luther King en su multitudinario discurso en el Memorial Lincoln de Washington, *I have a dream*, contribuyó a cambiar el rumbo de la historia reciente. En una escala menor pero no menos emotiva, mi estancia en la Universidad de Texas tutelada por el profesor Jordi Delclòs i Clanchet, ha permitido hacer realidad uno de mis sueños. Con una capacidad inusitada de contagiar una vitalidad desbordante, asomarse a un mundo de posibilidades a través de una realidad sociolaboral compleja, ha sido un regalo. Nunca se lo agradeceré bastante. La cálida acogida de Conchita Gómez-Morán y la disposición entusiasta de Maricé Barahona hicieron el resto. Mención especial requiere tanto la delegación de la American Association of Occupational Health Nurses en Texas, como los tutores que en las distintas visitas me dedicaron tiempo y profesionalidad. Gracias por transmitirme la realidad de la especialidad en vuestro entorno.

El aforismo de San Agustín *Da lo que tienes para que merezcas recibir lo que te falta*, ha superado con creces mis pretensiones iniciales y expresa con nitidez los sentimientos que ahora asoman. Alfonso Lourido, Ana García, Nieves Moro, Paloma Modino y Nuria Ibáñez atesoran una bondad innata. El compromiso personal y la capacidad para compartir su conocimiento me reconfortan, os hacen grandes.

Histórica y famosa es la referencia donde Gertrude Stein advierte a Ernest Hemingway que las observaciones no son literatura. En alusión a esta cita, años más tarde en el libro *Conversaciones íntimas con Truman Capote* (Anagrama, 1986), el autor pregunta al entrevistado si cree que las observaciones son literatura, Truman responde: *no, pero pueden ser arte*. Assumpció Guixeras, Cova Fernández, Puri Magán, Pilar Fernández, Gregorio Gil, Helena Jiménez, Carlos Álvarez, Belinda

Yufera, Cristina Bejarano, Luis Carlos Abecia, Juan Bilbao, Mercedes Gómez del Pulgar, Alfredo Menéndez, Jose M<sup>a</sup> Viñals, Lisa Pompeii, Mónica Ubalde, José Mari Pacho, Centro de Investigación en Salud Laboral (Universitat Pompeu Fabra), los/as Presidentes de las asociaciones españolas de Enfermería del Trabajo y participantes en el estudio, cada una de vuestras apreciaciones las he recibido con sumo agrado. Sin lugar a dudas, el cuidado de vuestros detalles ha aportado mayor rigor a este trabajo.

*Los sucesos lo dirán, Sancho, respondió don Quijote; que el tiempo, descubridor de todas las cosas, no se deja ninguna que no saque a la luz, aunque esté escondida en los senos de la tierra.* Al profundizar en el origen y evolución de esta profesión no debemos olvidar a aquellos que nos precedieron en su ejercicio, su esfuerzo no resultó baladí. La mejor historia está escrita por las acciones de quienes la hicieron posible con el fin de mejorar la condición de los demás. A ellos pertenece este trabajo.

*Del modo insensible ha de ser quien no se decide a inventar algo nuevo y permanece siempre en la vieja ruta solamente imita a otros y no se atreve a reflexionar,* Alberto Durero (1471-1528) refiriéndose al diálogo que establece con su obra Apocalipsis. El espacio que ocupa la Enfermería del Trabajo es necesario en el proceso de mejora no sólo de las condiciones laborales sino en el aumento de la calidad de vida en el trabajo; esa relación convierte a esta disciplina en una especialidad de gran implicación sociolaboral. En esta faceta enfermera no puedo pasar por alto su contribución al desarrollo personal y profesional. Mi gratitud hacia ella es infinita.

En un pasaje de la obra de Saint-Exupéry, *El Principito*, el zorro entabla una amena conversación con el inquieto niño viajero sobre el valor de amistad. Antes de despedirse le regala un *sencillo secreto... sólo se ve bien con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.* Los míos hacen bueno este regalo y ellos lo saben. Olga, Luis, Luca, Aldo e Isabel, gracias por vuestra luz.

Finalmente, este relato de afectos estaría incompleto sin un querer indeleble, el recuerdo de mis abuelos. Sus enseñanzas y cuidados forman parte de mi equipaje.

En palabras de Antonio Machado... *sólo recuerdo la emoción de las cosas.*

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	ix
ÍNDICE .....	xi
ÍNDICE DE TABLAS .....	xiii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	xxi
RESUMEN .....	xxiii
ABSTRACT.....	xxv
PRÓLOGO .....	1
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO .....	11
1. Aproximación a las condiciones de trabajo y salud en la historia .....	13
2. Origen de la atención sanitaria en los centros de trabajo .....	14
3. Las Asambleas de Practicantes constatan una realidad sociolaboral inquietante que condiciona su presencia en fábricas, talleres, minas... ..	17
4. Los servicios médicos de empresa inician su singladura .....	21
5. Relación de la Enfermería del Trabajo con la ENMT y el INSHT.....	22
6. Presencia internacional de la especialidad .....	28
7. Normas legales influyentes en el desarrollo de las competencias de la especialidad .....	33
8. Conclusiones .....	41
OBJETIVOS.....	51
1. Objetivos estratégicos .....	53
2. Objetivos operativos.....	53
HIPÓTESIS.....	55
MATERIAL Y MÉTODO .....	59
1. Tipo de estudio .....	61
2. Ámbito de estudio .....	62
3. Población a estudio.....	64
4. Diseño del instrumento .....	66
5. Panel de expertos .....	70
6. Cuestionario.....	74
7. Prueba piloto .....	77
8. Análisis de resultados .....	78
RESULTADOS .....	81
1. Análisis descriptivo .....	83
2. Análisis bivariante.....	95
2.1 Importancia profesional .....	95
2.2 Grado de desarrollo.....	141
3. Análisis multivariante .....	188
3.1 Importancia profesional .....	188
3.2 Grado de desarrollo.....	190

DISCUSIÓN .....	193
1. Principales hallazgos.....	195
1.1 Aspectos sociodemográficos.....	196
1.2 Importancia profesional.....	200
1.3 Desarrollo profesional.....	205
2. Limitaciones y fortalezas .....	210
3. Líneas futuras de investigación .....	213
 CONCLUSIONES.....	 215
 ANEXOS.....	 219
Anexo I. Asambleas de Practicantes de Medicina y Cirugía .....	221
Anexo II. Disposiciones normativas que contemplan la presencia de un Practicante en los centros de trabajo, 1941-1953.....	225
Anexo III. Disposiciones normativas que no contemplan la presencia de un Practicante en los centros de trabajo, 1941-1953.....	227
Anexo IV. Aspectos más relevantes del modelo de contrato de trabajo del Practicante de fábricas, talleres, mutualidades.....	228
Anexo V. Características del puesto de socorro .....	229
Anexo VI. Programa del curso de Diplomado en Traumatología, Medicina y Cirugía de Urgencia	230
Anexo VII. Propuesta formativa del Delegado Nacional de Practicantes de Empresa, Fábricas y Talleres para el curso de ATS de Empresa.....	231
Anexo VIII. Temario del primer curso abreviado para ATS de Empresa.....	232
Anexo IX. Conferencias programadas en el Colegio Oficial de Practicantes y ATS de Madrid, 1961.....	233
Anexo X. Programa para el curso de preparación específica del ATS de Empresa.....	235
Anexo XI. Programa docente del curso de Diplomados en Enfermería y ATS de Empresa impartido por la ENMT .....	239
Anexo XII. Funciones de los ATS de Empresa .....	244
Anexo XIII. Programa docente del primer curso de Diplomados en Enfermería y ATS de Empresa impartido en la Comunidad Autónoma Vasca.....	246
Anexo XIV. Programa formativo actual de la especialidad de Enfermería del Trabajo .....	249
Anexo XV. Cuestionario Competencias de Enfermería del Trabajo.....	254
Anexo XVI. Características sociodemográficas del grupo profesional. Referencias bibliográficas.	263
Anexo XVII. Competencias de la especialidad en distintos países. Referencias bibliográficas.....	265
Anexo XVIII. Asociaciones y sociedades profesionales de Enfermería del Trabajo y especialidades afines que han recibido el cuestionario Competencias de Enfermería del Trabajo .....	267
Anexo XIX. Perfil de los participantes en la prueba piloto .....	268
Anexo XX. Ponencias y comunicaciones relacionadas con la tesis .....	269
Anexo XXI. Publicaciones relacionadas con la tesis.....	271
 BIBLIOGRAFÍA .....	 273

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según edad.....	83
Tabla 2.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo por Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia.....	84
Tabla 3.	Distribución según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo.....	84
Tabla 4.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la posesión del título y el acceso a la prueba de evaluación de la competencia.....	85
Tabla 5.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según los años de ejercicio profesional en el ámbito de la salud laboral.....	85
Tabla 6.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo que pertenecen a asociaciones o sociedades específicas o multidisciplinares relacionadas con la especialidad según número de socios (n), respuestas (n <sub>1</sub> ) y porcentajes.....	86
Tabla 7.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo que pertenecen a una segunda asociación o sociedad profesional.....	87
Tabla 8.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales.....	87
Tabla 9.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la formación superior en prevención de riesgos laborales y su especialidad.....	88
Tabla 10.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo.....	88
Tabla 11.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la relación contractual con la empresa.....	89
Tabla 12.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el horario de trabajo.....	89
Tabla 13.	Distribución según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización.....	90
Tabla 14.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la actividad económica principal de la empresa.....	90
Tabla 15.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo.....	91
Tabla 16.	Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España.....	91
Tabla 17.	Análisis de las competencias en el área preventiva según la importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.....	92
Tabla 18.	Análisis de las competencias en el área asistencial según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.....	93
Tabla 19.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.....	93
Tabla 20.	Análisis de las competencias en el área de gestión según importancia profesional y grado de desarrollo en el puesto de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.....	94

Tabla 21.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	94
Tabla 22.	Análisis de las competencias en el área preventiva por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	95
Tabla 23.	Análisis de las competencias en el área asistencial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	96
Tabla 24.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	96
Tabla 25.	Análisis de las competencias en el área de gestión por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	97
Tabla 26.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	97
Tabla 27.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	98
Tabla 28.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	99
Tabla 29.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	100
Tabla 30.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	100
Tabla 31.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	101
Tabla 32.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar .....	102
Tabla 33.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar .....	103
Tabla 34.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar .....	103
Tabla 35.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar .....	104
Tabla 36.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar .....	104
Tabla 37.	Análisis de las competencias en el área preventiva según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar .....	105
Tabla 38.	Análisis de las competencias en el área asistencial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar .....	106
Tabla 39.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar .....	107
Tabla 40.	Análisis de las competencias en el área de gestión según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar .....	108
Tabla 41.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar .....	108

Tabla 42.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	109
Tabla 43.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	110
Tabla 44.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	111
Tabla 45.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	111
Tabla 46.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	112
Tabla 47.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	113
Tabla 48.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	114
Tabla 49.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.....	114
Tabla 50.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	115
Tabla 51.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.....	115
Tabla 52.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar.....	116
Tabla 53.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar.....	117
Tabla 54.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar .....	118
Tabla 55.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar.....	119
Tabla 56.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar .....	120
Tabla 57.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	121
Tabla 58.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	122
Tabla 59.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	123

Tabla 60.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	124
Tabla 61.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	125
Tabla 62.	Análisis de las competencias en el área preventiva según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	126
Tabla 63.	Análisis de las competencias en el área asistencial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	127
Tabla 64.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	128
Tabla 65.	Análisis de las competencias en el área de gestión según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	129
Tabla 66.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	130
Tabla 67.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	131
Tabla 68.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	132
Tabla 69.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	132
Tabla 70.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	133
Tabla 71.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	133
Tabla 72.	Análisis de las competencias en el área preventiva según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	134
Tabla 73.	Análisis de las competencias en el área asistencial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	135
Tabla 74.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	135
Tabla 75.	Análisis de las competencias en el área de gestión según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	136
Tabla 76.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	136
Tabla 77.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	137
Tabla 78.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	138
Tabla 79.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	139
Tabla 80.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	139

Tabla 81.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar.....	140
Tabla 82.	Análisis de las competencias en el área preventiva por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	141
Tabla 83.	Análisis de las competencias en el área asistencial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	142
Tabla 84.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	142
Tabla 85.	Análisis de las competencias en el área de gestión por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	143
Tabla 86.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación por sexo. Distribución de la media y desviación estándar .....	143
Tabla 87.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	144
Tabla 88.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	145
Tabla 89.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	146
Tabla 90.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	146
Tabla 91.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	147
Tabla 92.	Análisis de las competencias en el área preventiva según acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar.....	148
Tabla 93.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar.....	149
Tabla 94.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar .	149
Tabla 95.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar.....	150
Tabla 96.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar .....	150
Tabla 97.	Análisis de las competencias en el área preventiva según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar.....	151
Tabla 98.	Análisis de las competencias en el área asistencial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar.....	152
Tabla 99.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar.....	153
Tabla 100.	Análisis de las competencias en el área de gestión según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar.....	154
Tabla 101.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar.....	155

Tabla 102.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	156
Tabla 103.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	157
Tabla 104.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	158
Tabla 105.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	158
Tabla 106.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar .....	159
Tabla 107.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	160
Tabla 108.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	161
Tabla 109.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	161
Tabla 110.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	162
Tabla 111.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	162
Tabla 112.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar .....	163
Tabla 113.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar .....	164
Tabla 114.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar .....	165
Tabla 115.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar .....	166
Tabla 116.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar .....	167
Tabla 117.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	168
Tabla 118.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	169
Tabla 119.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	170

Tabla 120.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	171
Tabla 121.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar .....	172
Tabla 122.	Análisis de las competencias en el área preventiva según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	173
Tabla 123.	Análisis de las competencias en el área asistencial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	174
Tabla 124.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	175
Tabla 125.	Análisis de las competencias en el área de gestión según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	176
Tabla 126.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	177
Tabla 127.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	178
Tabla 128.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	179
Tabla 129.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	179
Tabla 130.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar .....	180
Tabla 131.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	180
Tabla 132.	Análisis de las competencias en el área preventiva según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	181
Tabla 133.	Análisis de las competencias en el área asistencial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	182
Tabla 134.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	182
Tabla 135.	Análisis de las competencias en el área de gestión según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar.....	183
Tabla 136.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar .....	183
Tabla 137.	Análisis de las competencias en el área preventiva según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	184
Tabla 138.	Análisis de las competencias en el área asistencial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	185
Tabla 139.	Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	186
Tabla 140.	Análisis de las competencias en el área de gestión según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	186

Tabla 141.	Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar .....	187
Tabla 142.	Modelo multivariante final de la importancia profesional de las competencias de Enfermería del Trabajo.....	188
Tabla 143.	Modelo multivariante final del grado de desarrollo de las competencias de Enfermería del Trabajo.....	191

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AAOHN	American Association of Occupational Health Nurses.
ABOHN	American Board for Occupational Health Nurses.
ATS	Ayudante Técnico Sanitario.
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales.
CGEE	Consejo General de Enfermería Española.
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras.
CNAE	Clasificación Nacional de Actividades Económicas.
CNEET	Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería del Trabajo.
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería.
ENMT	Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.
EIR	Enfermero/a Interno/a Residente.
ETT	Empresa de Trabajo Temporal.
EU-OSHA	Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.
FOHNEU	Federation of Occupational Health Nurses within the European Union.
INSALUD	Instituto Nacional de Salud.
ICOH	International Commission on Occupational Health.
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
MEYSS	Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OSME	Organización de los Servicios Médicos de Empresa.
SCOHN	Scientific Committee on Occupational Health Nursing.
SPA	Servicio de Prevención Ajeno.
SPP	Servicio de Prevención Propio.
UBS	Unidad Básica Sanitaria.
UE	Unión Europea.



## RESUMEN

**Introducción:** La Enfermería del Trabajo constituye un espacio profesional necesario en el proceso de mejora tanto de las condiciones de trabajo como de la calidad de vida laboral. La publicación de la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo incluye el primer programa formativo de la especialidad y reconoce a este colectivo competencias en las áreas preventiva, asistencial, legal y pericial, gestión, docencia e investigación, realizando el proceso de adquisición en las unidades docentes multidisciplinares mediante el sistema de residencia.

**Objetivo:** Conocer la opinión y percepción que los especialistas en Enfermería del Trabajo tienen sobre sus propias competencias profesionales descritas en la Orden SAS/1348/2009.

**Metodología:** Esta investigación de carácter observacional, descriptivo y transversal utilizó como población a estudio los especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a sociedades profesionales específicas y/o multidisciplinares de carácter autonómico o estatal relacionadas con esta disciplina. La recogida de datos se realizó en 2012 mediante un cuestionario diseñado *ad hoc* por un panel de expertos donde se consideraron las competencias aprobadas. El análisis descriptivo inicial incluyó un relato del perfil sociodemográfico de la población a estudio, continuó con un análisis bivariado que determinó la importancia y el grado de desarrollo que le confiere el profesional a cada una de sus atribuciones según las variables independientes consideradas, para finalmente establecer un modelo de regresión lineal múltiple explicativo de los factores determinantes.

**Conclusiones:** La adscripción profesional a cada modalidad de servicio de prevención, el sector económico al que pertenece la empresa y los años de experiencia profesional, resultan influyentes tanto en la importancia como en el grado de desarrollo de cada una de sus atribuciones. Los especialistas consideraron más relevantes todos los aspectos relacionados con competencias del ámbito de la prevención. En cambio, el mayor grado de desarrollo se alcanzó en el área asistencial.

**Palabras clave:** Enfermería del Trabajo. Competencia profesional.



## ABSTRACT

**Introduction:** Occupational Health Nursing is a profession central to the improvement of working conditions and the quality of working life. In Spain, the passage of public Order SAS/1348/2009 on May 6th presents the first training program of the specialty and ascribes specific competences in the areas of prevention, clinical care services, legal expertise, management, teaching and research. This training is to be obtained in multidisciplinary academic units through a formal residency program.

**Objective:** To measure the opinions and perceptions that occupational health nursing specialists in Spain have of their own professional competences, as described in public Order SAS/1348/2009.

**Methodology:** This cross-sectional, descriptive study surveyed Occupational Health Nurse members of specific and/or relevant multidisciplinary professional societies at the autonomous community or state levels in Spain. A questionnaire centered on the approved professional competencies, designed by an expert panel, was administered in 2012 to collect the data. Descriptive statistics established the sociodemographic profile of respondents. Bivariate analysis, followed by multivariate linear regression analysis, were then used to measure associations between specific independent variables and both the perceived importance and degree of development of each competency.

**Conclusions:** Type of occupational health service, the economic sector to which the company belonged and years of professional experience were associated with both the importance and degree of development of each of the competencies. Respondents considered preventive activities to be the most important, whereas the greatest degree of development was in clinical care services.

**Key words:** Occupational Health Nursing. Professional competence.



## **PRÓLOGO**

...el descubrimiento no es fruto de ningún talento originariamente especial, sino del sentido común mejorado y robustecido por la educación técnica y el hábito de meditar sobre problemas científicos

Santiago Ramón y Cajal



La especialidad de Enfermería del Trabajo cuenta con una larga trayectoria en el ámbito de la atención especializada por su formación específica y presencia en los centros de trabajo. La capacitación profesional para desarrollar sus competencias viene refrendada por un amplio soporte normativo, ocupando un espacio necesario en el proceso de mejora no sólo de las condiciones laborales sino en el aumento de la calidad de vida en el trabajo. Esta relación convierte a la Enfermería del Trabajo en una especialidad de profundo contenido social, cuyo objetivo es prevenir aquellos factores que influyan en la salud del trabajador aportando bienestar a las personas.

En el recorrido histórico de esta especialidad su desarrollo profesional ha discurrido paralelo a la evolución de la propia profesión enfermera. De esta forma, con la publicación de la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo, se define un nuevo marco de actuación basado en el desarrollo y aplicación de las competencias aprobadas.

El objeto central de este estudio es profundizar en el cuerpo de conocimientos de esta disciplina enfermera. Se trata de conocer la opinión y percepción que los propios especialistas en Enfermería del Trabajo tienen sobre las competencias profesionales descritas en la disposición citada. El ejercicio de la profesión basado en las competencias aprobadas permite desempeñar su cometido de forma plena, adquirir niveles de decisión autónoma, definir y hacer visible el rol como colectivo, y dejar constancia de su contribución en este escenario de trabajo tan específico. Por tanto, comprender la interpretación que esta disciplina realiza de sus competencias contribuye a la construcción de una identidad colectiva, a una búsqueda de la excelencia en la práctica profesional.

La especialidad está inmersa en un entorno laboral complejo, diverso y variable. En este escenario se están produciendo cambios significativos a los que asoman nuevos retos para la salud y seguridad de los trabajadores. Identificar las opiniones sobre las atribuciones recogidas en la disposición legal referida y conocer la realidad sociolaboral basada en la adquisición y aplicación de competencias, contribuye a conseguir los objetivos propuestos.

El conocimiento de esta realidad legitima el *modus operandi* como colectivo e incrementa el cuerpo doctrinal como especialidad. En definitiva, se impulsa una profesión donde se promueve su autonomía, el ejercicio de sus responsabilidades y el desarrollo de sus propias competencias. Aspectos estos que redundarán en un aumento de la calidad de vida de las personas objeto de nuestros cuidados, la población trabajadora.

Profundizar en las actitudes colectivas, las opiniones individuales y la valoración enfermera de la especialidad permite una revisión sobre el ejercicio profesional. En consecuencia, este estudio que aborda la práctica enfermera actual está condicionado por la instauración real de las competencias descritas en la norma. Por tanto la valoración del propio conocimiento específico basado en una trayectoria profesional debe inducir a una reflexión y un debate profesional que tendrá su traducción en una práctica que busca la excelencia.



## **INTRODUCCIÓN**

Lo importante es no dejar nunca de hacerse preguntas. No perder jamás la bendita curiosidad

Albert Einstein



En la 60ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud se establecen las líneas prioritarias de actuación a través del Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017. En el tercer objetivo propone la mejora del funcionamiento de los servicios de salud laboral y el acceso a los mismos a través del incremento de las capacidades de sus recursos humanos<sup>1</sup>. En el ámbito de la Unión Europea, el Marco Estratégico en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2020 define sus propios retos. Entre ellos destaca la mejora de la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo, actuando sobre los riesgos actuales, nuevos y emergentes, donde los especialistas en salud laboral muestran una activa participación<sup>2</sup>.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo actual constituye un instrumento para establecer las políticas generales de prevención de riesgos laborales<sup>3</sup>. Entre los planteamientos propuestos con objeto de promover actuaciones concretas en materia de salud laboral destaca los siguientes: reforzar los recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención tomando como referencia los problemas detectados durante la evaluación de riesgos, valorar las actuaciones sanitarias buscando una mayor colaboración con los servicios de prevención, promover la formación de especialistas conforme a las necesidades de prevención de riesgos laborales, y estimular que las disciplinas de Enfermería y Medicina del Trabajo sean asumidas por la empresa como recursos propios. Y todo ello en base a la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, donde constata el derecho que tienen los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo<sup>4</sup>.

Desde que se aprobó la citada ley, las actuaciones en este ámbito han experimentado un auge notorio. En este periodo de tiempo ha pasado de ser una disciplina minoritaria a consolidarse como un aspecto fundamental en el marco de las relaciones laborales. Ello pone de manifiesto que la cultura preventiva se ha incorporado a la sociedad pasando a convertirse en una cuestión que es objeto de preocupación social.

La ley también supone un cambio en las pautas de actuación de las empresas con el fin de establecer una mejora en las condiciones de trabajo. Para poder alcanzar los objetivos pretendidos describe una serie de iniciativas dentro de un modelo de actuación proactivo en materia de seguridad y salud en el trabajo. Esta manera de proceder por parte de los profesionales, ha supuesto en ocasiones un profundo cambio en el modo de concebir en esta disciplina. No en vano, con anterioridad era común la presencia de un modelo reactivo donde se actuaba una vez producidos los hechos indeseados en este campo, el accidente de trabajo y la enfermedad profesional<sup>5</sup>.

En los últimos años los cambios experimentados en las profesiones sanitarias y por tanto en la Enfermería han sido múltiples, cambios internos de la propia profesión, estructurales de los sistemas sanitarios y externos en la propia sociedad. Esta evolución está motivada por factores económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos, sanitarios y tecnológicos, pero lo importante es que todos ellos están estrechamente relacionados y en consecuencia los que se producen en un sector repercuten de forma directa o indirecta en el resto.

La Enfermería<sup>i</sup> como profesión está influenciada y condicionada por todos estos cambios que crean nuevos escenarios sociosanitarios que deben afrontar las profesiones sanitarias. Además no puede plantearse solamente cómo adaptarse a ellos, sino que debe entender cuáles son los

---

<sup>i</sup> La utilización del término Enfermería y los genéricos que se derivan incluye a profesionales de ambos sexos. El uso gramatical del género masculino en referencia a mujeres y hombres tiene un carácter inclusivo, únicamente pretende aplicar la economía en la expresión y facilitar la lectura.

valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad laboral, de las organizaciones y de sus integrantes para formarse y poder proporcionar unos cuidados expertos y de calidad óptima.

Este nuevo escenario plantea a la Enfermería del Trabajo no sólo cuestiones prácticas y técnicas sino también aspectos éticos, de relaciones con la organización y también interpersonales, de búsqueda de la satisfacción profesional y de ofrecer un producto enfermero que busque la excelencia. Así las posibilidades profesionales han sufrido una evolución progresiva en un corto plazo de tiempo, y por ello esta especialidad debe considerar no sólo las respuestas a las modificaciones sustanciales en la demanda de cuidados basados en la adquisición de competencias profesionales, sino que también debe ser capaz de consensuar cual es la oferta profesional que deberán desarrollar<sup>6</sup>.

De esta forma, la presencia de esta especialidad en los centros de trabajo supone una mejora de la asistencia que se presta a los trabajadores; favorece la protección de la salud de la población objeto de nuestros cuidados, promueve la instauración de hábitos saludables en el contexto laboral y previene problemas de salud relacionados o agravados por las condiciones de trabajo o la actividad profesional. Para ello se considerará no sólo las circunstancias individuales de cada trabajador, sino también las características específicas del puesto de trabajo o tareas que realiza y sus posibles problemas de salud no relacionados estrictamente con el mismo<sup>7,8</sup>.

La evolución que se ha producido en el desarrollo disciplinar de esta especialidad en los últimos años motiva esta investigación centrada en el análisis de la identidad profesional basada en el desarrollo de nuevas competencias laborales. Para su desarrollo requiere valorar la conveniencia de cada acción, elegir la mejor intervención entre las posibles, proponer las actividades más pertinentes, reflexionar sobre todo el proceso realizado y buscar mejoras para explicar las actuaciones realizadas en las nuevas situaciones que puedan producirse. Por ello, el proceso consiste de una parte, en aplicar los conocimientos prácticos obtenidos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos, y de otra, en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica o a través de las conclusiones obtenidas de la investigación aplicada<sup>9</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud dependiente de la OMS aboga por un desarrollo de la salud laboral basado en la participación y cooperación de los trabajadores, empresarios e instituciones específicas de este ámbito. En su implementación es necesaria la cooperación interdisciplinar y la constitución de un equipo en el cual debe integrar a los profesionales de salud que prestan sus cuidados a los trabajadores<sup>10</sup>.

En definitiva, se trata de dar respuesta a los problemas de salud en los centros de trabajo; de esta forma se atenúan los perjuicios ocasionados por las enfermedades producidas o relacionadas con el cometido profesional, permite recobrar los niveles de salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas. En este contexto, la inversión en salud y actuaciones preventivas en materia de riesgos laborales por parte de los poderes públicos y las organizaciones empresariales es una aportación decisiva al bienestar, tanto por el efecto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad general y de los servicios sanitarios en particular. Estas circunstancias llevan consigo un aumento de su productividad asociada, sin olvidar las consecuencias positivas que las políticas de atención y cuidados en los entornos laborales tienen en la propia salud<sup>11</sup>.

En esta nueva realidad, el objetivo último de la Enfermería del Trabajo consiste en abordar las necesidades de cuidados de salud de las personas donde desarrollen su contenido laboral, realizando las acciones con la máxima garantía para quienes las reciben y ofreciendo nuevos y mejores servicios dentro de sus competencias. De esta forma, el rol profesional viene determinado por la comunidad científica, las normas legales vigentes y la realidad sociolaboral que establece aquello que se espera de un profesional<sup>12</sup>.

La relación particular entre los conceptos cuidado, persona, salud y entorno constituye el núcleo de la disciplina y las competencias enfermeras<sup>13</sup>. Por tanto, el especialista en Enfermería del Trabajo es el profesional sanitario que con actitud científica y ética, utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados en cada momento, proporciona una atención especializada mediante la prestación de cuidados enfermeros.

Un análisis de la especialidad como profesión requiere no sólo el conocimiento sobre los cuidados de salud que se prestan a las personas en los entornos de trabajo, sino también los métodos para abordar los problemas derivados de las demandas al proporcionar un servicio a las personas. El conocimiento y la prestación de cuidados en las organizaciones constituyen la esencia y la identidad que justifica nuestro cometido profesional. Para generar ese conocimiento y su posterior aplicación práctica se deben considerar las siguientes premisas:

- La práctica clínica. Los espacios de trabajo concitan dos circunstancias, los hechos susceptibles de investigación y el ámbito de aplicación de resultados y conclusiones.
- La investigación. Su interés es manifiesto, permite una explicación científica de las acciones desarrolladas a través del progreso en la práctica profesional.
- La evidencia científica. La calidad de los cuidados prestados basados en la mejor evidencia científica contribuye a la búsqueda de la excelencia en el ejercicio profesional<sup>14,15,16</sup>.

Considerando el marco normativo descrito que define y describe las competencias profesionales del colectivo de especialistas en Enfermería del Trabajo, la trayectoria y experiencia acumulada, la presencia activa en el ámbito de las organizaciones y, por último, la evolución en el compromiso en una atención integral al trabajador, se plantea una investigación que se centre en las opiniones que los propios profesionales tienen respecto a las competencias de esta especialidad<sup>17,18</sup>.

Esas opiniones de los profesionales y sus actitudes ante las competencias descritas en la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad, proporciona identidad y significado al colectivo de la Enfermería del Trabajo, cuyo cometido es dar respuesta a las necesidades de cuidados de salud a las personas receptoras de nuestra cartera de servicios en los centros de trabajo.



## **MARCO TEÓRICO**

Se trata de mantener la curiosidad y el escepticismo fundamental de que todo es relativo y no hay ninguna idea absoluta

Francisco Ayala



## 1. Aproximación a las condiciones de trabajo y salud en la historia

El análisis del recorrido histórico de esta disciplina que desempeñan los especialistas de la salud laboral denota una lenta evolución de las competencias en su ámbito profesional. De esta forma, el Código de Hammurabi (1760 a.C.) fijaba diversas reglas para armonizar la vida cotidiana de Babilonia. En sus 282 artículos establecía el salario en función de la naturaleza del trabajo realizado, contemplaba las indemnizaciones en caso de accidentes, regulaba la responsabilidad profesional y dictaba entre otros preceptos, los honorarios médicos según se atendiera a un hombre libre o esclavo (arts. 215, 216 y 217).

Los papiros egipcios de Edwin Smith y Deir El Medina constituyen otro referente obligado en el análisis de los antecedentes en esta materia. El primero es el tratado quirúrgico más antiguo conocido (1600 a.C.) que describe con todo detalle observaciones anatómicas, diagnósticas y de tratamiento de cuarenta y ocho tipos de problemas médicos. El segundo papiro revela la imagen íntima de la vida cotidiana de los obreros egipcios. Existen abundantes testimonios escritos y representaciones gráficas que hacen referencia a las condiciones de trabajo de la época. Los médicos encargados de la asistencia únicamente cobraban por acto profesional; en caso de ausencia en determinadas comunidades de trabajadores existía la figura del Práctico, un auxiliar que colaboraba en la atención a los esclavos y del que su existencia está suficientemente probada<sup>19</sup>.

En un análisis más detallado de los textos se constata la presencia de un denominador común, citan las parasitosis y las cataratas como las enfermedades más prevalentes entre quienes trabajaban en canales o ríos; a su vez señalan la existencia de deformidades esqueléticas y fracturas como consecuencia de los trabajos más penosos<sup>20</sup>. Igualmente, el papiro Leyda (1350) indica que estaba prevista la atención prestada a quienes intervenían en la construcción y mantenimiento de las tumbas de príncipes y altos funcionarios<sup>21</sup>. De forma complementaria en este Egipto faraónico, el texto *Sátira de los oficios* ilustra de forma elocuente los peligros y las consecuencias de ejercer determinados labores manuales<sup>19</sup>.

En el estudio de las enfermedades de los trabajadores, la principal contribución de Hipócrates (460-377 a.C.) fue descartar los elementos religiosos en el origen de las enfermedades. Al mismo tiempo fue el primero en proponer tratamientos para enfermedades y accidentes presentados por quienes trabajaban en la extracción de minerales. En su obra *Tratado de los aires, las aguas y los lugares*, no establece una relación entre el trabajo y la enfermedad, pero sí describe de forma independiente y sin interrelación entre sí la influencia del ambiente de trabajo, el tipo de actividad, los hábitos dietéticos, la práctica deportiva o la climatología.

Este progreso se estancó durante la Edad Media al regresar el conocimiento científico a un concepto mágico y religioso de la enfermedad, persistiendo un modelo social de supervivencia bajo el servilismo feudal y la doctrina cristiana basada en la creencia de la salvación.

En la época visigoda surgen las cofradías en forma de asociaciones profesionales. Se constituyen en calidad de agrupaciones cuyo objeto era proteger a sus integrantes en los supuestos de enfermedad, invalidez, vejez y fallecimiento. Entre las prebendas del auxilio por enfermedad se incluía los siguientes aspectos: subsidio económico que se entregaba a los cofrades enfermos, asistencia médico-farmacéutica prestada de forma gratuita por medio de médicos y boticarios pertenecientes a la cofradía, atención en el hospital propio de la organización gremial y protección en los supuestos de vejez o invalidez<sup>22,23</sup>.

Las enfermedades relacionadas con la actividad minera y el contacto con los metales (*morbi metallici*) que se extraen, son las primeras patologías de origen laboral descritas. Ulrich Ellembog (1440-1499) redacta el manuscrito *Von den giftigen besen temppffen und Reuchen* donde relata los síntomas de intoxicación por plomo, mercurio y ácido nítrico en los obreros que acuñaban las monedas. De nuevo se retoma la investigación de las enfermedades relacionadas con el trabajo.

El desarrollo de una actividad laboral y el menoscabo en la salud están íntimamente ligados y condicionados por diversos factores. La implicación y compromiso de Bernardino Ramazzini (1633-1714) y Johann Peter Frank (1745-1821) hizo que se consideraran sus descripciones como el origen de la concepción sociolaboral y profesional de la enfermedad. Ambos autores constatan no sólo la actividad laboral como inductora de enfermedad sino que estiman el ámbito de trabajo como un espacio adecuado para desarrollar actuaciones sociosanitarias<sup>24</sup>, aspecto que este último autor ratifica en su obra *Sobre la miseria de los pueblos como madre de la enfermedad* (1790). En otro de sus legados, el sexto volumen de su tratado *Policía minera* (1829), trata de forma concisa los accidentes de trabajo y las enfermedades de origen laboral<sup>25</sup>.

De forma clásica se considera que el verdadero pionero y precursor de la trayectoria científica de la medicina e higiene del trabajo es Bernardino Ramazzini, quien en su emblemático, *De morbis artificum diatriba*<sup>26</sup> (*Tratado de las enfermedades de los artesanos*, 1ª ed. Módena 1700 y 2ª ed. Padua 1713<sup>27</sup>), expone los efectos que sobre la salud ejercen todos los oficios conocidos en la época<sup>28</sup>, alentando a los médicos a realizar una pormenorizada historia clínico-laboral donde se observara la relación entre trabajo y posible enfermedad, acompañado del relato de las experiencias de los propios trabajadores. La obra surge de la observación de un trabajador dedicado a la limpieza de cloacas. Con una metodología concisa contribuyó a constatar la actividad laboral como causa de enfermedad, analizando los riesgos derivados de la práctica de cada oficio, así como las medidas preventivas más adecuadas para intentar minimizar las consecuencias. En este contexto, sus observaciones y su experiencia le llevaron a distinguir entre enfermedades causadas por la utilización de determinados materiales de otras cuyo origen radicaba en el proceso productivo.

## 2. Origen de la atención sanitaria en los centros de trabajo

En el siglo XVI se crearon las primeras enfermerías vinculadas a los centros de trabajo. El Hospital Real de Laborantes de El Escorial es el primer centro asistencial creado de forma específica para la atención de trabajadores, en este caso los destinados a la construcción del monasterio de El Escorial, permaneciendo operativo entre 1563 y 1599<sup>29</sup>. Cifrado en veinte mil el número de personas vinculadas a la obra en los momentos de máxima actividad, la creación de una estructura asistencial estaba justificada donde se constata la existencia de once camas que se ampliaron a setenta con el fin de atender a los *jornaleros enfermos*<sup>19</sup>.

Un ejemplo más es la construcción del hospital de las minas de Almadén en 1752 para prestar asistencia a los mineros que trabajaban en el yacimiento de extracción de mercurio. De hecho, tanto la decisión de crear un centro hospitalario como la atención prestada, han estado vinculadas históricamente a la significación económica que reportaba la actividad; en ese momento la minería era una actividad floreciente que generaba pingües beneficios. Aunque el hospital que disponía de cuarenta camas entró en funcionamiento en marzo de 1774 y desarrolló su mayor actividad asistencial entre 1780 y 1809<sup>30</sup>, su creación la justifican distintas circunstancias: proporcionar primeros auxilios y pronta recuperación en caso de accidente de trabajo de los mineros para asegurarse la producción, mantener el control de los brotes epidémicos debido al hacinamiento

y paliar los efectos deletéreos de la intoxicación mercurial<sup>31</sup>. Desde 1568 disponían de una enfermería<sup>32</sup> para atender a los mineros y no fue hasta finales de este siglo que contó atención médica<sup>33</sup>. Esta atención se hacía extensiva a los familiares de los trabajadores<sup>34</sup>.

La constitución de áreas asistenciales a modo de enfermerías tanto para atender a los trabajadores como a sus familias en el ámbito productivo respondió a dos circunstancias en las que subyacen intereses productivos y un mayor control social. De una parte la figura del paternalismo industrial facilita la asistencia y recuperación al trabajador cualificado, y de otra se trataba de cumplir la normativa recientemente aprobada, el Reglamento de Policía Minera y una legislación específica de accidentes de trabajo. En este contexto, el cometido de la Enfermería se centra en tres líneas de actuación: conseguir la pronta reincorporación del trabajador especialista asalariado, realizar exámenes de salud previos de ingreso a las empresas ante la masiva demanda de personal cualificado que reuniera un perfil específico según el exigente trabajo a desarrollar, y todo ello sin olvidar la tarea educativa de promoción de hábitos saludables<sup>35</sup>. No obstante cuando la recuperación no se producía en su totalidad al trabajador se le asignaba un tipo de trabajo de menor exigencia; el médico era el encargado de permitir el acceso a los conocidos permisos de saneamiento<sup>36</sup>. Otras ayudas económicas a los mineros incapacitados eran las denominadas limosnas, que en caso de fallecimiento el destinatario eran las viudas o huérfanos<sup>37</sup>.

Mención especial requiere el hospital de Riotinto por la repercusión social que tuvo su construcción y posterior funcionamiento entre los mineros, sus familias y las poblaciones cercanas. En 1873 la empresa británica Río Tinto Company Limited adquirió las minas del mismo nombre. A partir de este hecho tiene lugar la construcción de un nuevo hospital (1877), se crean dispensarios en distintas localidades para atender a los mineros (1879) y se edifica otro centro asistencial en Huelva (1885). Los medios para acometer estos proyectos proceden de las deducciones en los salarios de los trabajadores y de aportaciones patronales.

Consecuencia de la intensa actividad extractiva en los yacimientos mineros, se crea una estructura asistencial con objeto de prestar atención inmediata y quirúrgica tanto a los posibles accidentados como a la población inglesa residente; atención que benefició también a los habitantes de poblaciones próximas debido a la carencia de recursos sanitarios en la zona. Se constata la presencia en el hospital de 36 enfermeras inglesas (1873-1954), 13 practicantes y 11 enfermeras españolas, cuya actividad prioritaria era la asistencia a los accidentados<sup>38</sup>. A su vez, el propio hospital disponía de un Reglamento de Practicantes (1894) de carácter interno que incluía las competencias de obligado cumplimiento entre los profesionales españoles adscritos al centro. El 12 de agosto de 1954, la explotación minera pasa a manos españolas donde continuaron trabajando profesionales de la enfermería atendiendo a accidentados hasta que en 1984 el hospital se incorpora a la red sanitaria del Servicio Andaluz de Salud<sup>39</sup>.

En el desarrollo de una legislación laboral específica España se incorpora de forma tardía con la Ley Benot (1873) sobre accidentes y condiciones de trabajo. Eduardo Benot (1822-1907) Ministro de Fomento en el segundo gobierno de la I República, aprueba esta norma de profundo calado social. En el art. 6 obligaba a las empresas que contaran con más de 80 obreros trabajando de forma permanente, a disponer de un botiquín y a contratar a un médico-cirujano cuya residencia no excediera de 10 kilómetros con el fin de atender a los accidentes de trabajo<sup>40</sup>. Este aspecto aun siendo un primer paso no deja de ser una medida limitada considerando los medios de transporte del momento, el estado de las vías de comunicación y la gravedad de los siniestros<sup>41</sup>.

En sintonía con el contenido de la primera ley sobre accidentes de trabajo aprobada en España<sup>42</sup>, los elevados niveles de siniestralidad laboral y el intrusismo reinante, el Colegio Central de Practicantes de Medicina y Cirugía que aglutinaba a las distintas sedes provinciales, remite reiteradas instancias al recién creado Instituto de Reformas Sociales donde solicitan la creación de plazas de Practicantes en sociedades de accidentes de trabajo, fábricas y talleres<sup>43</sup>.

Una vez que entra en vigor la ley citada, se aprueba el mismo año el Reglamento de Accidentes de Trabajo<sup>44</sup> y se desarrolla el *Catálogo de mecanismos* para prevenir y evitar los accidentes de trabajo<sup>45</sup>. Esta normativa conlleva una actuación concreta, el Libro Registro de Accidentes que es obligatorio en las empresas a partir del 5 de agosto de 1900<sup>22</sup>.

Con la publicación del texto refundido de la legislación de accidentes de trabajo en la industria (1932)<sup>46</sup>, se establece con carácter general el seguro obligatorio de accidentes introduciendo la indemnización por este motivo<sup>47,48,ii</sup>. La consecuencia práctica de esta norma fue la creación de la Clínica del Trabajo. Inaugurada en abril de 1933 en Madrid, su finalidad era la adaptación funcional de los accidentados del trabajo, la revisión y evaluación de las incapacidades laborales, así como desarrollar una importante tarea docente dentro de la medicina del trabajo. El texto describe las funciones del personal sanitario auxiliar vinculado a la Clínica, las enfermeras y los practicantes. En ambos casos uno de los requisitos previos era disponer del título acreditativo expedido por organismos acreditados. De forma complementaria, la figura de la Enfermera Visitadora constituía un enlace entre la propia Clínica del Trabajo y las entidades aseguradoras. Entre sus funciones alternaba el trabajo en la consulta con visitas domiciliarias para observar su evolución<sup>49</sup>.

Este mismo año se aprueba una modificación del Reglamento de la Ley de Accidentes del Trabajo en la Industria donde establece como obligación patronal una asistencia médica y farmacológica al trabajador accidentado<sup>50</sup>. Tarea que en primera instancia realizaron las compañías de seguros para más tarde asumir la responsabilidad las mutuas patronales. Así se constituyó la Mutua General de Seguros (Barcelona, 1907). Debido a las obligaciones asistenciales y al cada vez mayor número de trabajadores adscritos, la propia mutua crea una red de dispensarios a lo largo de su radio de acción, Cataluña, inaugurándose el primero en Badalona (1921)<sup>iii</sup>. En este contexto donde la ley dispone la creación de centros asistenciales es cuando la actuación de los profesionales de la salud laboral adquiere su verdadero valor y justifica su existencia, atiende y promueve una pronta recuperación del trabajador accidentado y de esta forma fomenta la mayor productividad empresarial<sup>51</sup>. Este modelo de carácter asistencial y que a su vez compensa en situaciones de menoscabo ha persistido hasta épocas recientes.

En base a la doctrina social compilada en el Fuero del Trabajo (1938), el Estado se comprometía a ejercer una acción constante y eficaz en defensa del empleado, su vida, su trabajo y a fijar las bases que regularan las relaciones entre trabajadores y patronos; entre ellas figuraba el deber empresarial de asistencia y protección para con los asalariados<sup>52</sup>. En consecuencia, en 1940 se aprueba el Reglamento general de Seguridad e Higiene en el Trabajo<sup>53</sup>, cuyo objetivo era proteger al

---

<sup>ii</sup> Los empresarios incluidos en el ámbito de acción de esta Ley de Accidentes de Trabajo tienen obligación de tener asegurado a sus obreros contra el riesgo de accidente que pueda producir incapacidad permanente y de facilitar la asistencia médica, farmacéutica y quirúrgica que sea necesaria como consecuencia del accidente.

<sup>iii</sup> Cuatro médicos y un practicante atendían de forma permanente este dispensario que contaba con 14 camas. Debido a las necesidades asistenciales la red se inauguraron nuevos centros en Barcelona (1924), Viella (1926) y Manresa (1927).

trabajador contra los riesgos propios de su profesión que pongan en peligro su salud. El art. 100 destaca que todos los centros de trabajo dispondrán de un botiquín con el material preciso para las curas de urgencia o que su escasa importancia no requieran la intervención facultativa. Asimismo, cuando la relevancia del establecimiento lo exija, dispondrá de una enfermería de urgencia atendida por personal sanitario acreditado, provista de camillas, aparatos para la respiración artificial y del material adecuado para atender en primera instancia a las víctimas de los accidentes de cualquier clase.

Finalmente, en 1971 el reglamento citado se derogó mediante la Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo<sup>54</sup> en vigencia hasta la publicación de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Esta norma se aprueba al amparo de la propia Constitución española de 1978, señalando en su artículo 40.2 que los poderes públicos velarán por la seguridad e higiene en el trabajo<sup>142</sup>. Entre las aportaciones de la Ley se busca orientar la acción preventiva en la empresa como un aspecto esencial para garantizar el nivel de protección eficaz en cuanto a la seguridad y salud de los trabajadores, y a su vez pretende la integración de la prevención en el proceso productivo y en la organización utilizando como recurso a los servicios de prevención que poseen un carácter multidisciplinar<sup>4</sup>.

### **3. Las Asambleas de Practicantes constatan una realidad sociolaboral inquietante que condiciona su presencia en fábricas, talleres, minas...**

La firma del Tratado de Versalles de 1919 en cuyo apartado XIII preveía la creación de la OIT, constituye un hecho relevante en el desarrollo de la salud laboral<sup>55</sup>. Se inicia así una etapa social de la medicina y enfermería del trabajo que tuvo su traducción en los principios rectores de la OIT<sup>56,57,58</sup>: progreso económico de cada país, mejora de las condiciones de trabajo, protección del empleado, justicia social y bienestar común<sup>59,60,61</sup>.

El mundo del trabajo ha experimentado un enorme cambio en el último siglo. Este desarrollo económico a través de la construcción social ha traído consigo una mejora en las condiciones en que se desarrolla y un aumento en los servicios de salud que se presta a los trabajadores. Sin embargo, los nuevos entornos laborales y sus circunstancias han dado lugar a diferentes inquietudes sobre los problemas de salud que afectan a la población laboral<sup>62,63</sup>.

En este contexto, el espacio que ocupa la Enfermería del Trabajo es necesario en el proceso de mejora no sólo de las condiciones laborales sino en el aumento de la calidad de vida en el trabajo, y es precisamente la relación entre enfermería y trabajo lo que convierte esta actividad profesional en la especialidad de mayor contenido social cuyo fin es prevenir que los posibles factores nocivos presentes en el trabajo influyan en la salud del trabajador<sup>iv</sup>. Sin abandonar un rol más tradicional centrado en tareas asistenciales, se ha llegado en la actualidad a una actuación profesional basada en la evidencia científica<sup>64</sup>, la investigación metodológica y la acción preventiva. Por tanto, la cultura reactiva que imperaba en materia de prevención de riesgos laborales ha dejado paso a un nuevo enfoque proactivo<sup>65</sup>.

---

<sup>iv</sup> A. Canga. *La medicina del trabajo del siglo XXI*. Discurso de ingreso como Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. Oviedo, 2004.

En la evolución histórica de esta especialidad enfermera, son varios los documentos donde se reclama de forma activa y reiterada la presencia de un Practicante en determinados ámbitos de trabajo por la significativa siniestralidad laboral que presentan. Así, en el Reglamento de Colegiación voluntaria de Practicantes de Valencia (1903)<sup>66</sup> demanda que se provean y doten de suficientes plazas de Practicantes en compañías ferroviarias y zonas mineras. De la misma forma, en las sucesivas Asambleas Nacionales de Practicantes de Medicina y Cirugía que tienen lugar entre 1903 y 1935, el tenor de las reivindicaciones tiene un denominador común, solicitan la contratación donde pueda ser necesario de un médico y por tanto de un practicante en empresas terrestres, industrias fabriles o sociedades de accidentes de trabajo entre otras<sup>67,68</sup> (Anexo I).

Las condiciones de trabajo y la vinculación laboral con las organizaciones empresariales constituyen factores relevantes que explican el origen de las desigualdades en la protección de la salud en el trabajo. Conscientes de esta evidencia y del carácter perjudicial e influencia de algunos trabajos en el mantenimiento de los niveles de salud, estas peticiones colectivas se traducen en una iniciativa concreta. El Colegio de Sevilla crea una comisión que *visitando fábricas y talleres, fuese contactando con la clase obrera, buscando que fuera tomando conciencia de la necesidad de pedir a sus patronos la existencia de Practicantes en sus centros de trabajo laborales*<sup>412</sup>; actuación que reiteran nuevamente en 1931<sup>428</sup>. Fruto de esta iniciativa, en 1933 la compañía Catalana de Gas (en la actualidad Gas Natural) convoca una huelga para demandar la presencia de un profesional en el botiquín de la empresa. Además, este mismo año tuvo lugar un congreso internacional de enfermeras en las ciudades de París y Bruselas; entre las ponencias presentadas una a destacar, *La enfermera en la industria*<sup>428</sup>.

1933 y 1934 constituyen años relevantes para la profesión, se publica el primer modelo de contrato que en adelante regulará el trabajo del Practicante tanto en fábricas, talleres, oficinas y almacenes, como en mutualidades, clínicas y empresas dedicadas a la atención de accidentes de trabajo. En su contenido determina el tipo de jornada, la permanencia en el centro, el tiempo destinado a las curas, las visitas domiciliarias a los accidentados, la obligación de acudir siempre en situaciones de urgencia, la remuneración económica según la dedicación y el número de trabajadores asignados, finalmente incluía las sanciones en base al tipo de falta cometida en el ejercicio de su profesión (Anexo IV).

En la Junta General ordinaria de la Asociación Sindical Profesional de Practicantes de 1934, la comisión rectora establece distintas secciones que integran la asociación, una de ellas corresponde a accidentes de trabajo en fábricas, talleres y oficinas. A propuesta de un asistente se acordó investigar el cumplimiento por parte de los empresarios y profesionales de la recientemente aprobada modalidad de contrato de trabajo<sup>69</sup>. Finalmente, el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión publica una norma (1934) que aprueba la tarifa mínima de honorarios de los médicos al servicio de las sociedades de seguros de accidentes de trabajo; el listado de tarifas incluye algunos de los tratamientos realizados por los Practicantes en las empresas y mutualidades de accidentes de trabajo: administración de suero antitetánico, anestesia general, inyectables de suero fisiológico, mecanoterapia... siendo el material utilizado a cargo de las empresas<sup>70</sup>.

En paralelo, el acta de la Primera Asamblea general de la Sociedad Española de Medicina del Trabajo (1935) incluye las siguientes consideraciones: definición de las funciones del Practicante en la empresa, características de los puestos de socorro presentes en un área industrial y dotación de los recursos humanos y materiales de los que debe estar provisto (Anexo V). A su vez propone que los Practicantes encargados del puesto de asistencia serán tantos como turnos de ocho horas de trabajo se efectúen en la zona donde tenga su radio de acción. Entre los sus cometidos en esta clase de puestos de socorro destacan los siguientes<sup>71</sup>:

- Realizar una primera cura a heridos graves hasta su traslado al hospital<sup>v</sup>.
- Practicar curas diarias a los lesionados leves.
- Comunicar tanto la actuación realizada como la posible incapacidad temporal al accidentado o acompañante.
- Registrar los datos de filiación de todos los trabajadores que se atienden, los tratamientos realizados a los que no cursan con baja y el diagnóstico de los accidentados graves o de pronóstico reservado.
- Control del registro de existencias: apósitos, medicamentos, instrumental, etc.

En enero de 1936, el presidente de la Federación Nacional de Colegios de la profesión señala que entre los proyectos inminentes de la institución estaba solicitar a los órganos correspondientes *...la presencia necesaria de Practicantes en botiquines de urgencia en fábricas y talleres*<sup>72</sup>. Con motivo de la convocatoria de la Junta general del Colegio Oficial de Practicantes de Madrid de ese año, dos de las conclusiones requieren especial atención: se respetarán los derechos de los Practicantes pertenecientes a mutualidades y empresas de asistencia médico-farmacéutica una vez incorporados al nuevo seguro creado y en aquellas capitales donde no existan mutualidades se convocará el oportuno concurso oposición<sup>73</sup>.

En abril de 1939 se anuncia el final de la Guerra Civil. Tras años de inactividad el Consejo Nacional retoma su cometido y celebra su Asamblea Nacional de Colegios Oficiales de Practicantes de España; entre otras conclusiones solicita la presencia de Practicantes en todos los botiquines de empresa<sup>74</sup>. En los años posteriores al conflicto bélico, el propio Consejo manifiesta su preocupación por los niveles que adquiere la lacra del intrusismo profesional para el colectivo. Se constata de manera reiterada la presencia de enfermeros autorizados a prestar servicios sanitarios en industrias azucareras<sup>vi</sup>. Esta realidad se traduce en constantes apelaciones y gestiones ante ministerios y autoridades como así se pone de manifiesto en sucesivos números de la revista corporativa del Consejo General, Medicina y Cirugía Auxiliar. La respuesta de la Dirección General de Trabajo tiene fecha de 29 de diciembre de 1941: *Las fábricas o explotaciones que tengan más de 50 obreros, tendrán la obligación de tener un practicante titulado*<sup>75</sup>.

Henry Sigerist (1891-1957), auténtico impulsor de la vertiente social de la medicina, propone escribir la historia de la humanidad a través de la historia del trabajo. El autor considera el carácter central que ocupa el trabajo en nuestra vida y la influencia que ejerce tanto en la esfera personal como de relación<sup>76</sup>. Este condicionante, junto con la realidad social y laboral hace que la existencia de esta especialidad en los centros de trabajo sea relativamente reciente. La Enfermería del Trabajo adquiere una presencia manifiesta en los centros productivos a finales de la década de los cuarenta con la entrada en vigor de una amplia normativa específica de aplicación en el ámbito laboral (Anexos II y III). Bien es cierto que la inclusión en casi todas las reglamentaciones nacionales

---

<sup>v</sup> Ilustrativo es también el texto *Instrucciones para los primeros auxilios a los accidentados del trabajo*, donde realiza concisas indicaciones sobre heridas, contusiones, distensiones, esguinces, luxaciones, fracturas, quemaduras y lesiones oculares. Instituto Nacional de Previsión núm. 351, 1933.

<sup>vi</sup> En sendos artículos de título *Practicantes y enfermeras* y *Las relaciones entre el médico y el practicante* publicados en los Boletines del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de mayo-junio y agosto de 1941 respectivamente, señala que el Estado trata de erradicar el intrusismo profesional a pesar de estar *desbordado como consecuencia de la guerra pasada*; circunstancia que tuvo una repercusión limitada *pues fueron muchos los enfermeros que continuaron desempeñando la carrera de practicante*. Recuérdese que en esta época el Practicante era un profesional titulado con formación universitaria y el enfermero era concebido como un auxiliar de éste en todas las Reglamentaciones laborales.

de trabajo de las diferentes industrias implicaba tener garantizada su situación profesional, no quedando la vinculación laboral particular a merced del empresario como sucedía en otros tiempos. Al estar incluido como un activo más de la empresa con su nómina correspondiente, se hacen extensivos todos los derechos y beneficios que la legislación social concede a todos los trabajadores.

Largos años de demandas reflejadas en las conclusiones de las asambleas nacionales de practicantes tuvieron su traducción en los Estatutos de las profesiones de Auxiliares Sanitarios y de sus Colegios Oficiales (1945). En su artículo 10 señala que los botiquines de fábricas, talleres, ferrocarriles, espectáculos públicos, factorías y explotaciones industriales cuya existencia exija la legislación vigente, estarán a cargo de un Practicante bajo la dirección de un médico<sup>77,vii</sup>.

Debido a la gran expansión industrial de Cataluña en esta época, el Consejo General de los Colegios Oficiales de España encargó una ponencia conjunta a los colegios provinciales de Practicantes que la integran. El motivo no era otro que la celebración de la Asamblea Nacional de Colegios en Barcelona en octubre de 1945. De título *Practicantes de la industria, fábricas y talleres*, se trató de poner en valor la importancia de la presencia de un Practicante al frente de los botiquines en los centros de trabajo y a su vez de promover el reconocimiento social y *la elevación moral y económica del Practicante de Industria*<sup>78</sup>.

En 1946 la Dirección General de la Red Nacional de Ferrocarriles Españoles (RENFE) aprobó un proyecto de reorganización de sus servicios sanitarios; esta nueva distribución trajo consigo un aumento significativo de las plazas de Practicante (127)<sup>79</sup> y unas mejoras económicas significativas. La estructura asistencial la constituyen una organización central de carácter directivo y otra periférica o regional dependiente de la primera<sup>80</sup>. La modificación tiene su origen en la Reglamentación Nacional de Trabajo de RENFE publicada en una disposición de 1944. En esta norma clasificaba tanto a los Practicantes como a las Enfermeras en la categoría de personal técnico auxiliar, realizando los primeros las funciones *inherentes a su profesión* y las segundas, visitas a los trabajadores enfermos y accidentados en sus domicilios<sup>81</sup>.

El salón de actos del Colegio Oficial de Practicantes de Madrid es el foro escogido para celebrar la III Asamblea Nacional de Consejos Provinciales de Practicantes (1948). La cuarta ponencia presentada por el Consejo provincial de Vizcaya tiene por título *Practicantes en las empresas de accidentados de trabajo*. Las conclusiones se asumen por unanimidad.

Consecuencia de esta evolución, en 1949 el Ministerio de Trabajo crea una comisión específica que tiene su traducción inmediata, se aprueban las condiciones de trabajo de los Practicantes adscritos al Servicio Centralizado que intervengan en la asistencia de los obreros accidentados. En base a esta disposición, los Practicantes que prestan sus servicios en estas entidades se clasifican como Practicante de guardia (presta atención de urgencia y realiza curas periódicas), Practicante de especialidades (ayuda en la atención médica y/o quirúrgica) y Practicante visitador (practica curas en el domicilio del accidentado que no pueda desplazarse al centro asistencial). Aun así, las funciones inherentes a cada categoría se realizaban indistintamente por cualquiera de ellos cuando las necesidades del servicio lo permitan y siempre dentro de su jornada (art. 8). De forma complementaria, esta norma recoge otros aspectos relativos a las retribuciones

---

<sup>vii</sup> En los Estatutos citados recoge las disposiciones generales, requisitos, funciones y condiciones necesarias para ejercer las profesiones legalmente reconocidas por el Estado según la Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional, que son las de practicante, matrona y enfermera. Únicamente en el primer caso indica su presencia en los centros de trabajo. Boletín Oficial del Estado núm. 331 de 26 de noviembre de 1944.

según las horas de prestación de servicios (diurnos o nocturnos), el reconocimiento de la antigüedad en el puesto, los derechos a dietas por desplazamiento fuera de su localidad de residencia, o los descansos compensatorios por trabajar en días festivos<sup>82</sup>.

En Estocolmo (1949) se reunieron cuatro mil enfermeras con motivo de la segunda edición del Congreso Internacional citado anteriormente; entre otras actividades para los asistentes incluía visitas a escuelas de enfermería, hospitales, geriátricos, servicios de higiene pública y fábricas<sup>83,84</sup>.

Por último, desde el 7 de junio de 1952 la Enfermería española cuenta con un organismo que aglutina a las organizaciones profesionales existentes hasta ese momento, la Agrupación Sindical Española de Enfermeras encuadrada en el Sindicato de Actividades Diversas. Convocadas por el sindicato, se celebró en Madrid (1953) una primera asamblea nacional a la que asistieron mil quinientas profesionales. En el aspecto social se aprobaron distintas propuestas sobre accidentes de trabajo, cuya prestación sería cubierta por la Mutualidad Nacional de Enfermeras con la aportación de una cuota mensual. También se propuso que las enfermeras afectadas de lesiones pulmonares contraídas en el ejercicio de su profesión (actuales enfermedades profesionales) tuvieran preferencia de ingreso en los sanatorios<sup>85</sup>.

#### **4. Los servicios médicos de empresa inician su singladura**

El año 1953 fue un momento prolijo en acontecimientos. Nuestro marco normativo asume las Recomendaciones de la OIT nº 97 sobre la Protección de la salud de los trabajadores<sup>163</sup> y la nº 112 sobre los Servicios de Medicina del Trabajo que propugnan actuaciones sanitarias e intervenciones en materia de higiene industrial. Esta incorporación legislativa se materializa en la creación de los Servicios Médicos de Empresa (1959)<sup>164</sup>, incluyendo ambas recomendaciones aspectos relativos a la observancia de los exámenes de salud previos a la incorporación y periódicos una vez en la organización, la identificación y declaración de enfermedades profesionales, la atención de urgencias, el estudio de los puestos de trabajo, la adaptación de los trabajadores, la recogida de datos estadísticos y epidemiológicos y la educación sanitaria. No obstante, previamente a la recomendación 112 de la OIT, este aspecto se había contemplado en Francia al ser el primer país que obligaba a la creación de los servicios sanitarios en las empresas (1946). Otro antecedente similar tiene lugar en Alemania, donde a instancia gubernamental se crea la figura del Médico de Fábrica de la Organización, Higiene y Protección del pueblo.

Con estos antecedentes la legislación española en el ámbito de la salud laboral, se remonta a la publicación del Decreto de 21 de agosto de 1956 por el que se organizan los Servicios Médicos de Empresa<sup>86</sup> y la Orden de 22 de diciembre de 1956 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa<sup>87</sup>. Su creación se justifica por el incremento de los riesgos profesionales de los trabajadores derivados del empleo de nuevas materias y procesos industriales; estableciéndose con carácter obligatorio en empresas de 500 o más trabajadores. Entre los objetivos de su creación está conservar y mejorar la salud de los trabajadores, la protección contra los riesgos médicos genéricos o específicos del trabajo y la patología común previsible, la promoción adecuada del personal hacia los distintos puestos de trabajo en atención a sus capacidades psicofisiológicas para cada tarea y todo ello, en aras de promover el bienestar de los trabajadores y el eficaz rendimiento individual y colectivo.

El propio Reglamento hace mención expresa a los profesionales de Enfermería (arts. 47, 59 y 60). En el primero describe una potencial situación: en ausencia del médico del seguro encargado de la asistencia, el contratado por la empresa es responsable de la primera cura o prestación de

auxilio al trabajador accidentado o inesperadamente enfermo durante su trabajo; por tanto se organizará el servicio de modo que pueda ser suplida su actuación por nuestra especialidad. En todo caso, el médico está obligado a acudir siempre que sus servicios fueran necesarios. En el segundo artículo indica que las empresas deben disponer del personal enfermero que se precise según la legislación vigente, quedando descrita su actividad profesional, derechos y deberes por la normativa de régimen interno del servicio. Y en el tercero hace referencia a los aspectos formativos, alegando que mientras no se desarrolle una normativa específica sobre su cualificación, ésta será asumida por los médicos del servicio.

Esta formación quedó regulada con la publicación de un Reglamento posterior que reforma el anteriormente señalado (1959)<sup>94</sup> e incluye además otros aspectos significativos, en concreto define la remuneración de los profesionales que los integran (art. 89). La retribución de los médicos así como la de los ATS de Empresa masculinos y femeninos se fijarán por acuerdo con las respectivas empresas. Su cuantía dependerá del tiempo de dedicación a la función asignada y no será comparativamente inferior a la mínima concebida por los reglamentos laborales a los técnicos titulados superiores cuando se trata de los primeros, y a los ayudantes técnicos para los segundos. En el caso de las Enfermeras de Empresa percibirán el 75% de la remuneración de éstos últimos<sup>88</sup>.

## 5. Relación de la Enfermería del Trabajo con la ENMT y el INSHT

En 1959 el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo se integra en el Instituto Nacional de Previsión junto con la Clínica de Enfermedades Profesionales y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo<sup>89,90</sup>. Una vez concluida la reorganización, este mismo año se constituye la Organización de los Servicios Médicos de Empresa (OSME) destinada a orientar, supervisar e inspeccionar los servicios médicos de empresa<sup>91,viii</sup>.

Con el fin de proporcionar una mejor asistencia a un mayor número de trabajadores, la Administración amplió la obligatoriedad de los Servicios Médicos de Empresa de carácter autónomo o mancomunado a centros de trabajo con más de 100 trabajadores; o con menor número pero cuya actividad conlleve la exposición a riesgos laborales especialmente graves<sup>34,92</sup>. Esta circunstancia justifica que el Ministerio de Trabajo apruebe el Decreto 1036/1959 de 10 de junio por el que se reorganizan los Servicios Médicos de Empresa<sup>93</sup>.

A pesar de este avance en la protección del trabajador la realidad sociolaboral es otra. Dos datos resultan significativos: el Instituto Nacional de Estadística estima en 1960 una población activa laboral española de 11.505.142 personas y el II Censo Laboral en 1961 cuantifica el número de empresas y trabajadores asegurados. De su lectura se concluye que el 98,56% de las empresas no estaban obligadas a constituir los antiguos Servicios Médicos de Empresa por emplear a menos de 100 trabajadores, quedando sin protección el 54,88% de los empleados. A la vista de los datos se comprende la importancia de incluir a estas pequeñas empresas en un sistema que permita la atención de esta población activa. Con el objeto de subsanar esta cuestión, la OSME propugna la

---

<sup>viii</sup> Entre los cometidos asignados a la OSME, le corresponde el estudio y proyecto de normas en materia de competencia y reglamentación de las funciones de los Auxiliares Sanitarios en los Servicios Médicos de Empresa (art. 2.1.d). Este estudio es continuación de otro elaborado por el Ministro de Trabajo Fermín Sanz Orrio en 1958 donde justificaba la creación de los servicios de practicantes en las empresas. C. Gallardo, V. Villa. *La enfermería sevillana. El colegio y su historia 1931-1960*.

creación de los Dispensarios Médicos Laborales de carácter fijo con destino a las zonas industriales y móviles para el resto.

Finalmente, en la Orden de 21 de noviembre de 1959 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa, se reconoce la condición de ATS de Empresa y de Enfermera de Empresa a quien acredite la posesión del correspondiente diploma de aptitud expedido por la ENMT<sup>94</sup>, creada por el Ministerio de Trabajo para la formación especializada de profesionales en el ámbito de la salud laboral<sup>95</sup>. La posesión del citado diploma era indispensable para la inclusión en las relaciones oficiales de profesionales vinculados a los Servicios Médicos de Empresa<sup>ix</sup>.

El art. 53 del Reglamento citado centra buena parte de la atención de los profesionales. En su contenido incluye una opción no contemplada hasta ese momento. Para evitar pérdidas de jornadas de trabajo y facilitar la atención sanitaria a los trabajadores por parte de los Servicios Médicos de Empresa, se concedía la posibilidad de asistirles cuando padecían enfermedades comunes que no constituyeran causa de incapacidad temporal para la actividad laboral. Esta posibilidad se establecía con el objeto de mejorar la asistencia, haciendo posible el diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades que padecían y facilitando un seguimiento ambulatorio de enfermos crónicos con capacidad para continuar en el trabajo. De forma específica, la atención a los empleados por parte de los ATS de Empresa no debida a los accidentes de trabajo estaba regulada, se convenía mediante acuerdo las remuneraciones complementarias a percibir por esta actividad. Las empresas interesadas debían solicitar autorización de asistencia a sus trabajadores mediante solicitud dirigida a la OSME<sup>96</sup> y todos los Servicios Médicos de Empresa autorizados quedaban sujetos a su acción inspectora en lo que respecta a sus actividades<sup>93</sup>.

En los servicios médicos constituidos para una sola empresa el Reglamento señalado es conciso, exige la presencia de al menos un Practicante o ATS masculino o femenino por cada mil trabajadores o fracción de mil trabajadores, incrementándose esta dotación por la empresa en número suficiente para garantizar la asistencia urgente en cualquier momento. En los supuestos de servicios mancomunados se seguirá el mismo criterio, garantizando la adecuada asistencia y la atención en caso de urgencia. En todo caso, las visitas de inspección por parte de la OSME constituyen un elemento de juicio que determina y fija el número adecuado de profesionales<sup>94</sup>.

También hace una referencia explícita a los ATS que vinieran desempeñando su cometido profesional antes de la publicación de una nueva norma que reorganizaba los Servicios Médicos de Empresa (Decreto 1036/1959). Para confirmar definitivamente su nombramiento, las empresas debían notificar su presencia a la OSME. Además, era condición *sine qua non* asistir y superar los cursos breves que a los efectos organizaba la ENMT<sup>97,98</sup>.

Siguiendo las indicaciones de la legislación vigente, la propia Escuela convoca por primera vez distintos cursos abreviados para los ATS que ejercían antes del citado Decreto y de esta forma cumplir con uno de sus objetivos prioritarios: proporcionar una formación específica homogénea a los ATS que trabajaban en los recién creados Servicios Médicos de Empresa<sup>99</sup>. En 1961 se realizaron siete cursos abreviados en Madrid (Anexo VIII), Barcelona, Sevilla, Bilbao<sup>x</sup>, Oviedo.

---

<sup>ix</sup> Con anterioridad, el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo impartió en 1948 un único curso de especialización dirigido a Practicantes de título *Traumatología, medicina y cirugía de urgencia* (Anexo VI). Así mismo, el representante del Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la figura del Delegado Nacional de la especialidad de Empresa, realizó una propuesta del contenido del programa formativo específico de los futuros especialistas (Anexo VII).

Las previsiones eran que a estas convocatorias de cursos acudieran la mitad de los ATS que ejercían en esos momentos (2.500)<sup>100</sup>, celebrándose en 1962 los restantes cursos abreviados pendientes de realización. Esta demanda de formación específica se concreta en dos actuaciones por parte del Consejo General de Auxiliares Sanitarios, convocatoria del primer premio de investigación bajo el lema: *Perspectiva profesional en la medicina del trabajo*<sup>101</sup> y la publicación de un texto en edición limitada que recogía el contenido de diversas conferencias impartidas sobre la especialidad en el colegio profesional de Madrid<sup>102,xi</sup> y Vizcaya (Anexo IX).

Finalizada la formación abreviada en 1962, la propia ENMT anuncia el inicio de cursos con carácter regular para capacitar adecuadamente en el ámbito de la medicina del trabajo a los futuros Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa<sup>103</sup>. Estos primeros cursos regulares se llevaron a cabo en Madrid, Barcelona, Valencia, Málaga, Sevilla y Santander.

Con motivo de la celebración del XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo (Madrid, 1963), el director de la OSME propone en su conferencia *Los servicios de medicina del trabajo en las empresas*, que la enfermería debe estar especialmente preparada para desempeñar su especialidad. Para este fin defiende una propuesta formativa que se desarrollaría en un curso académico de tres trimestres, asistiendo durante los dos primeros a la ENMT y el último a un servicio médico autorizado y concertado con la propia Escuela<sup>104</sup>.

Este mismo año, la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo establece los contenidos de la formación regular a través del primer *Programa para el curso de preparación específica del Ayudante Técnico Sanitario de Empresa*<sup>xii</sup> (Anexo X), circunstancia que fue una constante anual hasta 2005.

Entre el año 1961, año en que comenzó a impartirse el primer curso breve para aquellos Ayudantes Técnicos Sanitarios que no disponían de la titulación adecuada hasta la entrada en vigor del Real Decreto de especialidades enfermeras, la ENMT ha expedido 35.343 diplomas de Enfermería de Empresa<sup>34,105</sup>. Durante este periodo de tiempo la propia Escuela también elaboró un programa formativo bajo el título *Curso de Diplomados en Enfermería y Ayudantes Técnicos Sanitarios (1984)*<sup>xiii</sup>. Compuesto por contenidos teóricos y prácticos, los primeros estaban distribuidos en 118 lecciones que incluían: aspectos generales, la medicina del trabajo aplicada, higiene industrial, patología del trabajo, seguridad en el trabajo, primeros auxilios, legislación y psicología industrial (Anexo XI).

---

<sup>x</sup> En el transcurso del periodo formativo era frecuente programar visitas profesionales a empresas, en este caso los 160 asistentes visitaron el hospital de Altos Hornos de Vizcaya que atendía a trabajadores accidentados y familiares tanto en el centro de producción como en sus domicilios. P. Abad. *Historia del sanatorio quirúrgico de Altos Hornos de Vizcaya*, 1981.

<sup>xi</sup> Al mismo tiempo aparece un boletín informativo de la Delegación Nacional de Empresa del Colegio Oficial de Madrid con diferentes secciones: sociedad, legislación, cultura y aspectos técnicos. P. Barreiro y JM. Bermejo. *El Colegio de Enfermería de Madrid. Cien años de historia*. Madrid, 2009.

<sup>xii</sup> F. Díaz. Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, 1963.

<sup>xiii</sup> En 1980 la ENMT publicó otro programa similar, realmente una era versión casi idéntica de 105 lecciones teóricas e idéntico número de lecciones prácticas. Biblioteca de la ENMT.

En la trayectoria de esta disciplina enfermera el INSHT siempre ha demostrado un estrecho vínculo. Una vez constituido el propio Instituto publica varios documentos relevantes:

- La circular sobre Orientaciones técnicas de cumplimiento obligatorio por parte de los servicios médicos de empresa y su personal sanitario que incluye las funciones reglamentarias, remuneraciones y horarios de trabajo de médicos, ATS y enfermeras de empresa (1964)<sup>106</sup>.
- Las Normas y modelos de aplicación dentro de los servicios médicos de empresa (1969)<sup>107</sup>.
- Las funciones de los ATS de Empresa donde se clasifica con exhaustividad las actuaciones dentro de los servicios médicos de empresa según las funciones descritas: básicas, de carácter médico, fisiológico, psicológico, sanitarias, administrativas, de relación y de índole formativa (1969)<sup>108</sup> (Anexo XII).

El proceso formativo tutelado hasta este momento por la ENMT se descentraliza, en 1989 el Instituto Nacional de la Salud inició la convocatoria de cursos regulares para la formación de profesionales de la Enfermería de Empresa en aquellas Comunidades Autónomas en las que no estaban transferidas las competencias del Insalud; el objetivo era concreto, crear un sistema homogéneo y accesible de los profesionales de la enfermería a esta formación específica en todo el Sistema Nacional de Salud con una estructura similar al programa docente diseñado por la ENMT (Anexo XIII).

Finalmente, tres instituciones implicadas en la formación continua de los profesionales de la salud, el Instituto de Salud Carlos III<sup>109</sup>, la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo<sup>110</sup> y el INSALUD, definieron de forma conjunta otro programa formativo impartido a los Diplomados en Enfermería de Empresa<sup>xiv</sup>. La última colaboración institucional con este mismo fin queda recogida en la Resolución de 19 de enero de 2005 del Instituto de Salud Carlos III<sup>111</sup>.

El Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de Enfermería establece que a partir de su entrada en vigor no se convoquen más cursos para la formación en Enfermería de Empresa, sin que ello suponga modificación alguna del ámbito funcional para el que están habilitados los Diplomados Universitarios de Enfermería y los ATS que tengan el diploma correspondiente<sup>151</sup>. Asimismo, regula la formación de los futuros especialistas en calidad de Enfermero Interno Residente (EIR) a través de un sistema de residencia en unidades docentes acreditadas para la formación especializada. Sistema al que se accede a través una convocatoria anual de carácter estatal.

La obtención del título de especialista implica estar adscrito a una unidad docente multiprofesional<sup>152</sup> acreditada y completar un período formativo de dos años. El postgrado incluye una práctica profesional programada y tutelada conforme a lo previsto en el programa formativo señalado en la Orden SAS/1348/2009. La pretensión es obtener los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propias de la especialidad de forma simultánea a la progresiva responsabilidad inherente al ejercicio autónomo. En definitiva, se trata de garantizar que cada residente cuente con el correspondiente plan individual de formación verificado en colaboración con los tutores asignados y adecuado a un itinerario formativo previamente definido<sup>112</sup>.

---

<sup>xiv</sup> Anexo IV de la Resolución de 22 de septiembre de 1995 de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud (BOE núm. 241; 9 de octubre de 1995) y Anexo III de la Resolución de 30 de abril de 2002 del Instituto de Salud Carlos III (BOE núm. 139; 11 de junio de 2002) por la que se convocan cursos regulares para la formación de enfermeras y enfermeros de empresa en el territorio gestionado por el INSALUD.

La unidad docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir la formación reglada en especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades. En el caso de las unidades docentes de salud laboral se formarán tanto especialistas en Enfermería del Trabajo como en Medicina del Trabajo<sup>113</sup> que se acrediten por el Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>150</sup>.

El referido Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de Enfermería considera dos vías de acceso al título de especialista. En la primera los aspirantes debían encontrarse en una de las estas situaciones:

- Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad durante un período mínimo de cuatro años.
- Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad durante un período mínimo de dos años, siempre que además se acredite la adquisición de una formación continuada acreditada según lo previsto en la Ley 44/2003 de al menos 40 créditos en este ámbito concreto. En el caso de los aspirantes al título de especialista en Enfermería del Trabajo, se entiende cumplido el período de formación complementaria cuando el solicitante se encuentre en posesión del Diploma de ATS/DUE de Empresa y no pueda acceder al título de enfermero especialista de acuerdo con lo dispuesto en la disposición transitoria tercera.
- Haber ejercido durante al menos tres años como profesor de Escuelas Universitarias de Enfermería adscritas en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad, siempre que además se acredite al menos un año de actividad asistencial en actividades propias de esta disciplina.

Este mismo Real Decreto contempla otro tipo de acceso al título de Especialista en Enfermería del Trabajo. De esta forma, obtuvieron directamente la citada titulación los diplomados en Enfermería y Ayudantes Técnico Sanitarios que se encontraban en posesión del Diploma de ATS/DUE de Empresa o de Enfermería del Trabajo, siempre y cuando acreditaran un ejercicio profesional mínimo de cuatro años en el correspondiente ámbito.

La Resolución de 17 de julio de 2009 de la Secretaría General de Universidades establece las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en el Real Decreto sobre especialidades enfermeras<sup>114</sup>, además de la composición de la comisión evaluadora y los criterios de valoración. En consecuencia, la Dirección General de Política Universitaria convoca mediante Resolución de 23 de marzo de 2011 la prueba correspondiente al acceso al título de Enfermero/a especialista en Enfermería del Trabajo<sup>115</sup>. La convocatoria estaba dirigida a evaluar la competencia de los aspirantes en el ámbito de sus conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el adecuado ejercicio de la especialidad, cuando no se contemplara alguno o parte de los supuestos señalados anteriormente. La calificación final recibida por cada aspirante fue de *apto* o no *apto*, constituyendo cinco personas la comisión evaluadora tanto titular como suplente<sup>114</sup>.

Enfermeros/as que han obtenido el título de especialista en Enfermería del Trabajo a través de las vías excepcionales contempladas en la disposición transitoria segunda y tercera del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería

#### Comunidades Autónomas y extranjero

Sexo	Edad	A	Ar	As	B	C	Ca	CL	CM	Ct	Ce	E	G	R	M	Me	Mu	N	PV	V	Ex	Total
Mujer	20-29	31	10	3		5		9	6	27			14	2	9		4	8	17	9		154
	30-39	334	100	46	17	57	46	230	79	383	4	46	146	24	289		69	75	165	139	1	2.250
	40-49	88	32	37	14	20	26	80	38	210	2	19	48	9	190	4	13	47	115	97	2	1.091
	50-59	69	54	58	23	35	28	73	37	306	1	10	63	14	202		20	38	140	103	1	1.275
	60-69	26	11	5	3	9	6	17	5	79		2	14	5	43		2	9	37	23		296
	70-79	1					1								1				1			
Total CC.AA		555	207	149	57	127	106	409	165	1005	7	77	285	54	734	4	108	177	475	371	4	5.070

#### Comunidades Autónomas y extranjero

Sexo	Edad	A	Ar	As	B	C	Ca	CL	CM	Ct	Ce	E	G	R	M	Me	Mu	N	PV	V	Ex	Total
Varón	20-29	12	4	4		1	1	4	1				4	2	1		1		3	10		48
	30-39	146	18	15	5	24	9	36	20	65		19	32	2	63	1	30	3	24	47		559
	40-49	90	15	13	10	17	7	31	14	53	3	10	26	6	57	1	15	5	39	32		444
	50-59	177	43	71	14	35	30	66	43	151	1	20	62	6	187	1	61	12	100	154	1	1.235
	60-69	77	16	11	4	20	13	43	5	90		8	17	1	81		22	1	39	74		522
	70-79	2	2	3		4		2	2	4					10		2			5		
Total CC.AA		504	98	117	33	101	60	182	85	363	4	57	141	17	399	3	131	21	205	322	1	2.844
Total		1059	305	266	90	228	166	591	250	1368	11	134	426	71	1133	7	239	198	680	693	5	7.914

CC.AA: Comunidades Autónomas. A: Andalucía; Ar: Aragón; As: Asturias; B: Baleares; C: Canarias; Ca: Cantabria; CL: Castilla León; CM: Castilla La Mancha; Ct: Cataluña; Ce: Ceuta; E: Extremadura; G: Galicia; R: La Rioja; M: Madrid; Me: Melilla; Mu: Murcia; N: Navarra; PV: País Vasco; V: Valencia; Ex: Extranjero.

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Dirección General de Política Universitaria. Subdirección General de Títulos y Reconocimientos de Cualificaciones.

Admisión y superación de la prueba objetiva a través de la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería

Enfermeros admitidos a la prueba objetiva de evaluación de la competencia	2.487
Enfermeros que han superado la prueba objetiva de la evaluación de la competencia	2.211

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Dirección General de Política Universitaria. Subdirección General de Títulos y Reconocimientos de Cualificaciones.

Por tanto, la formación de enfermeros especialistas en Enfermería del Trabajo ha pasado de estar tutelada e impartida por la ENMT hasta la entrada en vigor de la normativa específica sobre especialidades, a las Comunidades Autónomas a través de las Unidades Docentes; estas unidades están constituidas por un conjunto de recursos humanos y materiales pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes o de investigación que se consideren necesarios para impartir formación reglada teórico-práctica en especialidades de ciencias de la salud por el sistema de residencia<sup>152</sup>.

Oferta de plazas de Enfermero Interno Residente. Convocatoria de pruebas de acceso a formación sanitaria especializada

Año	Plazas Enfermería del Trabajo	Total plazas EIR
2009/2010	12	611
2010/2011	13	848
2011/2012	15	1.006
2012/2013	22	963
2013/2014	21	961
2014/2015	19	959
2015/2016	14	968

Nota: El 22 de septiembre de 2009 se convoca la primera oferta de plazas de formación en la especialidad. El plazo de presentación de solicitudes para acceder al título de Enfermería del Trabajo finalizó el 22 de marzo de 2010. Fuente: Ministerios de Educación y Sanidad, Política Social e Igualdad.

## 6. Presencia internacional de la especialidad

Diferentes asociaciones de carácter profesional tanto en el ámbito de la Unión Europea como en Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil, Australia y Nueva Zelanda tienen definidas las competencias propias en este ámbito de trabajo. Únicamente en Norteamérica estas asociaciones poseen la facultad de acreditar como especialistas a aquellos profesionales que superen un examen específico. En este supuesto, el cumplimiento de dos requisitos previos resulta indispensable: certificar 3.000 horas de experiencia laboral desarrollando funciones como Enfermero del Trabajo y haber cursado una formación específica en el ámbito de la especialidad. Es preceptivo acreditar ambos requisitos en los últimos cinco años previos a solicitar el reconocimiento como especialista.

Entre las citadas asociaciones profesionales se incluyen las siguientes:

- Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (FOHNEU). Creada en el Reino Unido (1993), la integran representantes de cada una de las federaciones de asociaciones nacionales que la constituyen (28 Estados): Austria, Bélgica, Bulgaria, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Holanda, Polonia, Portugal, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia y Reino Unido, y seis en calidad de observadores: Bosnia Herzegovina, Montenegro, Serbia, Noruega, Suiza y Turquía<sup>116</sup>. En 1995 establece un currículum formativo y las líneas prioritarias de actuación de los futuros profesionales basado en la propuesta de Rossi y Heikkinen (1990)<sup>117</sup>.
- Asociación Civil de Enfermería en Salud Ocupacional de la República de Argentina<sup>118</sup> y la Sociedad Argentina de Enfermería del Trabajo<sup>119</sup>. Únicamente cinco universidades ofrecen un programa de formación específica y no disponen de un órgano que acredite y certifique a los especialistas<sup>120</sup>.
- Asociación Nacional de Enfermeros del Trabajo (ANENT, Brasil)<sup>121</sup>. Son escasas las universidades que imparten un contenido formativo específico, no obstante en estos supuestos siguen las recomendaciones propuestas por la asociación con un programa docente de 600 horas. La sociedad tampoco posee la facultad de acreditar a quienes concluyan la formación de postgrado. No obstante, el gobierno de Brasil dispone de un

programa concreto a través del cual los especialistas en Enfermería del Trabajo pueden cursar estudios de doctorado tanto en EE.UU. como en Canadá<sup>122</sup>.

- American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN). Es la organización corporativa con una trayectoria más dilatada. Inicia su actividad en 1942 bajo el nombre de American Association of Industrial Nurses y en 1977 adopta la denominación actual<sup>123,124,125,126</sup>. La propia entidad elabora unos documentos que son referentes para el colectivo; entre otros destacan los fundamentos que sustentan la práctica profesional<sup>127</sup>, la definición y ámbito de trabajo de la especialidad<sup>128</sup>, las cuestiones éticas que plantea su ejercicio<sup>129</sup> y las competencias tanto transversales como específicas (establecidas en 1999 y revisadas en 2003 y 2007)<sup>130</sup>.
- American Board for Occupational Health Nurses (ABOHN). Constituida el 21 de mayo de 1971 estaba integrada inicialmente por representantes de la American Association of Industrial Nurses, American Academy of Occupational Medicine, Industrial Medical Association, American Industrial Hygiene Association y la Advisory Council of the American Association Industrial Nurses. Actualmente cuenta con 12.000 asociados y es el único órgano de certificación y acreditación para las enfermeras de salud ocupacional en EE.UU.<sup>121,131</sup>.
- Australian College of Occupational Health Nurses (ACOHN). Creado en 1976 con el fin de aglutinar a los especialistas vinculados a la industria, servicios e instituciones públicas, define sus competencias profesionales en 1994<sup>132,133</sup>.
- The New Zealand Occupational Health Nurses Association (NZOHNA) inicia su singladura en 1973 y cuenta con 317 miembros registrados (Ringén, 2013).
- Canadian Nurses Association. Acredita a los futuros especialistas mediante el Certified Occupational Health Nurses-Canada (COHN-C)<sup>134</sup> y para ello ha elaborado un listado específico de competencias<sup>135</sup>. Mediante acuerdo entre esta asociación y la americana ABOHN la certificación obtenida es válida en ambos países<sup>136</sup>. Con carácter asociativo, la Canadian Occupational Health Nurses Association comenzó su actividad en 1984 y en la actualidad está integrada por 2.000 profesionales<sup>137</sup>.
- International Commission on Occupational Health (ICOH) a través del Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN)<sup>138,139</sup>. Sus objetivos desde su creación en 1906 (Milán, Italia) son favorecer el desarrollo y la formación continuada de los profesionales de la salud ocupacional. Actualmente está representada en 93 países.

Por último, la Oficina Regional para Europa de la OMS también ha realizado su aportación con un extenso documento sobre el rol de esta especialidad enfermera en los centros de trabajo<sup>140</sup>.

Del análisis y desarrollo de las atribuciones profesionales de la Enfermería del Trabajo en los países citados se puede concluir lo siguiente: en unos casos es el periodo de formación de postgrado y la forma de acceso al mismo, en otros la definición, estructura y desarrollo de las propias competencias de la especialidad, y en los más, su acreditación y los órganos reguladores de la profesión los que difieren con respecto al objeto de esta tesis, que se centra en la opinión, análisis e interpretación concreta de la Orden SAS/1348/2009 por la que se aprueba y publica las competencias básicas de carácter transversal y específicas de la Enfermería del Trabajo de vigencia y aplicación exclusiva en España. Circunstancia ésta que limita establecer paralelismos con las

competencias de otras instituciones que desarrollan su trabajo en este ámbito. No obstante, tomando como criterio básico en la definición de competencias las señaladas por la Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería del Trabajo y considerando las salvedades señaladas, a continuación se establece un cuadro comparativo entre las distintas sociedades científicas y otras instituciones supranacionales sobre las competencias referidas, léase el Ministerio de Sanidad y Política Social (España), la Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, la American Association of Occupational Health Nurses, Canadian Nurses Association, Scientific Committee on Occupational Health Nursing y la Organización Mundial de la Salud.

Competencias	Orden SAS 1348/2009	FOHNEU	AAOHN	CNA	SCOHN	OMS
<b>Básicas</b>						
Identificación y resolución de problemas relacionados con la Enfermería del Trabajo.	•	•	•	•	•	•
Aplicación de principios éticos y deontológicos.	•		•	•		•
Formación continuada.	•	•	•	•	•	•
Tomar decisiones basadas en conocimientos técnicos y la evidencia científica.	•	•	•	•		•
Trabajo equipo multidisciplinar.	•	•	•	•	•	•
<b>Específicas</b>						
Área preventiva	•	•	•	•	•	•
Área asistencial	•	•	•	•	•	•
Área legal y pericial	•	•	•	•		•
Área de gestión	•	•	•	•	•	•
Área de docencia/investigación	•	•	•	•	•	•

Ministerio de Sanidad y Política Social, España: Orden SAS 1348/2009.

FOHNEU: Federation of Occupational Health Nurses within the European Union.

AAOHN: American Association of Occupational Health Nurses.

CNA: Canadian Nurses Association.

SCOHN: Scientific Committee on Occupational Health Nursing.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Elaboración propia.

De forma complementaria se incluyen una de las conclusiones del estudio realizado por la Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (2004) donde se analizan los distintos programas de estudios de la especialidad impartidos y las competencias de mayor desarrollo en los catorce estados participantes. De su análisis destacan sobremanera las siguientes: promoción de salud en los centros de trabajo, prestación de primeros auxilios, realización de exámenes de salud, prevención de accidentes laborales, evaluación de riesgos profesionales y tareas administrativas.

### Competencias de la Enfermería del Trabajo en los países que integran la FOHNEU\*

Países	B	D	F	Fr	A	G	H	I	Ho	P	R	E	S	UK
Health promotion		•	•		•	•	•	•	•	•			•	•
Health education		•	•						•				•	•
Health surveillance & assistance		•	•	•	•	•	•	•	•	•			•	•
Health, safety training		•	•			•	•		•					•
Risk/workplace assistance & evaluation (surveys)			•		•	•	•		•	•			•	•
Psychosocial health			•						•	•				•
Sickness absence management			•						•				•	•
Absence management								•	•					•
Attendance/absence managem.														•
Counselling & rehabilitation									•				•	•
Accident prevention		•	•	•				•	•					•
Administration		•	•	•	•				•	•			•	•
Occupational disease prevention		•	•	•				•	•				•	•
Medical/curative care			•	•					•					
Clinical practice			•		•									
First aid management-training			•						•				•	
First aid				•	•	•	•	•	•				•	
Employment health assistant														•
Social care														
Assistant to physician					•		•		•				•	

\* FOHNEU: Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. B: Bélgica, D: Dinamarca, F: Finlandia, Fr: Francia, A: Alemania, G: Grecia, H: Hungría, I: Irlanda, Ho: Holanda, P: Portugal, R: Rumanía, E: España, S: Suecia, UK: Gran Bretaña.

Fuente: Staun J. Occupational Health Nurses status in European Union States 2005-2009. Final results. FOHNEU, 2012.

La propia Federación publica un segundo informe (2012)<sup>275</sup> que utiliza como elemento de contraste con el estudio inicial (2004). Con respecto a la primera edición del trabajo, en esta ocasión participaron cinco países más, Croacia, Chipre, Malta, Rumanía y Eslovenia. En su desarrollo, de nuevo describe las competencias de la especialidad en cada país y analiza los distintos programas docentes que se imparten, observando una tendencia generalizada a que la formación especializada se realice a través de un máster universitario.

En un mundo laboral cambiante, el envejecimiento del colectivo, la aplicación de nuevas tecnologías y el estrés constituyen los tres riesgos más destacados que destacan los profesionales. El propio informe, en una descripción por países, señala que los estudios relacionados con la prevención y promoción de la salud son las principales áreas de investigación de la Enfermería del Trabajo en España; asimismo, alega como principal causa para desarrollar nuevos proyectos la falta de financiación. Finalmente, concluye que la presencia de servicios de prevención tanto en el ámbito público como privado está muy extendida dentro del área de estudio, la Unión Europea. Su existencia es obligatoria en países como Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Holanda, Portugal, Eslovenia, España, Turquía y en Chipre y Rumanía solamente en el sector público.

En otros países como Dinamarca, Irlanda, Malta, Suecia, Suiza y Reino Unido su constitución es voluntaria, aun así disponen de una larga tradición en la presencia de este tipo de servicios. Únicamente las disposiciones legales obligan a contratar a especialistas en Enfermería del Trabajo en Alemania, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Portugal y Turquía<sup>276</sup>.

#### Número de Enfermeros/as del Trabajo de los países que integran la Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU

Año	B	D	F	Fr	A	G	H	I	Ho	P	R	E	S	UK
2005	850	80	2400	5000	-	100	-	200	1200	600	-	11000	1300	4000
2009	-	95	2355	5000	1500	100	3500	200	1000	650	-	-	1200	7500

B: Bélgica, D: Dinamarca, F: Finlandia, Fr: Francia, A: Alemania, G: Grecia, H: Hungría, I: Irlanda, Ho: Holanda, P: Portugal, E: España, S: Suecia, UK: Gran Bretaña.

Fuente: Staun J. Occupational Health Nurses status in European Union States 2005-2009. Final results. FOHNEU, 2012.

Por último, en este relato de la presencia internacional de la especialidad, The School of Public Health of The University of Texas en colaboración con la OMS, realizó el primer estudio a nivel mundial sobre las competencias de los profesionales vinculados a la salud laboral. Definidas cuatro categorías de análisis en función del tipo de competencia y grado de desarrollo de los países participantes: enfermeras, médicos, ergonomistas e higienistas industriales, el proyecto analizó 118 competencias en 89 estados de los cinco continentes, estableciendo contacto con 222 instituciones implicadas<sup>141</sup>.

#### Enfermería del Trabajo: competencias realizadas en distintos países. Rango y porcentaje\*

Datos en %	Países en vías de desarrollo	Países desarrollados
Administrative	41,20-47,90	51,10-63,10
Professional practice	51-58,60	64,20-74,90
Research	35-44,20	34,80-50,90
Worker health/fitness	43,50-49,20	58,10-69,10
Employee education/training	45,20-54,30	47,20-62,80
Emergency response	47,80-55,60	50,60-69,40
Environmental health and safety	26,40-27,30	29,40-39,30

\* Los criterios del Banco Mundial clasifican la situación económica de cada país según la renta per cápita nacional.

## 7. Normas legales influyentes en el desarrollo de las competencias de la especialidad

La capacitación profesional de la Enfermería del Trabajo para desarrollar sus competencias viene refrendada por un *corpus* legislativo constituido básicamente por la publicación de las siguientes disposiciones:

- La Constitución española de 29 de diciembre de 1978<sup>142</sup>. En su artículo 40.2 insta a los poderes públicos a garantizar una protección de la salud, a fomentar una política que garantice la formación y readaptación profesional y a velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
- La Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad<sup>143</sup> establece que corresponde a los profesionales sanitarios especialistas en salud laboral promover con carácter general la salud integral del trabajador. Esta actuación se desarrolla no sólo a través de la vigilancia de la salud para detectar precozmente la exposición a factores de riesgo, sino también promueve la observancia de las condiciones de trabajo y ambientales que pudieran resultar nocivas.
- La Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales y su modificación posterior en la Ley 54/2003 de 12 de diciembre<sup>4</sup>, tiene por objeto determinar las garantías y responsabilidades para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales.
- El Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención<sup>144</sup> y sus modificaciones posteriores recogidas en dos Reales Decretos, 337/2010 de 17 de enero<sup>145</sup> y 899/2015 de 9 de octubre<sup>146</sup>. En esta normativa son objeto de tratamiento aquellos aspectos que hacen posible la prevención de riesgos laborales como actividad integrada en el conjunto de actuaciones de la empresa y en todos los niveles jerárquicos de la misma junto con la acreditación de la entidad especializada.
- El Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre de Ordenación de la actividad profesional de enfermería<sup>147</sup>. Esta disposición aprueba los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la profesión enfermera.
- La Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>148</sup>. Todo profesional que desarrolle su actividad asistencial en el área sanitaria del servicio de prevención estará sujeto a esta norma; por tanto está obligado a la correcta prestación de sus técnicas, a respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente, y al cumplimiento de los deberes en materia de información y documentación clínica.
- La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>149</sup>. Establece que el sistema supervisará los programas de formación de postgrado especializada propuestos por las comisiones nacionales correspondientes, así como el número de especialistas necesarios en cada convocatoria.

- La Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias<sup>150</sup>. Tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario en el ámbito preventivo y asistencial, tanto público como privado, garantizando que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para desarrollar su cometido.
- En el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería queda recogida por primera vez la especialidad de Enfermería del Trabajo<sup>151</sup>.
- El Real Decreto 183/2008 de 8 febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan aspectos del sistema de formación sanitaria especializada<sup>152</sup>. La norma centra su contenido en distintos aspectos: define y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud cuyos programas formativos conducen a la obtención del título oficial de especialista, regula las características específicas de dichos títulos, las unidades docentes, los órganos colegiados y personales que intervienen en la supervisión y organización de los períodos formativos por el sistema de residencia, los procedimientos de evaluación de los especialistas en formación y controla la calidad de las estructuras docentes que imparten dichos programas.
- La Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo<sup>153</sup>. Considerando el carácter multidisciplinar de los equipos profesionales que actúan en el ámbito de la salud laboral, esta disposición permite a los enfermeros especialistas en este área ejercer su profesión con plena autonomía técnica y científica; por tanto deben adquirir y mantener las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de sus funciones en los distintos ámbitos de actuación de la especialidad.
- El Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención<sup>154</sup> y su modificación posterior consolidada en el Real Decreto 901/2015 de 9 de octubre<sup>155</sup>. Esta norma incorpora los requisitos técnicos y las condiciones mínimas exigidas al área sanitaria de los servicios de prevención de riesgos laborales para su autorización y mantenimiento de los estándares de calidad en su funcionamiento. Entre otros aspectos, aborda los relacionados con los medios materiales y humanos necesarios para la atención de la actividad sanitaria de los servicios de prevención.
- Y la Ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública<sup>11</sup> tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas y actuaciones desarrolladas por la Administración, organizaciones empresariales y asociaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los factores que más influyan en su salud. Este ideario tiene su traducción en el ámbito de la salud laboral estableciendo un conjunto de acciones sanitarias en materia de prevención y en sintonía con lo dispuesto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Concluido el repaso de la normativa más relevante de aplicación a la Enfermería del Trabajo, el acervo legislativo descrito determina en su conjunto el desarrollo de las competencias de esta disciplina enfermera.

Otras disposiciones de carácter internacional que también han influido en la evolución y desarrollo de las competencias profesionales de la especialidad son:

- La Constitución de la Organización Mundial de la Salud<sup>156</sup>. Tanto en la doctrina de la OMS como de la OIT recogen los criterios y principios generales de la vigilancia de la salud de los trabajadores: garantizada por el empresario, gratuita, voluntaria y en la que participe el trabajador; basada en principios éticos, de confidencialidad respecto a la intimidad, dignidad y no discriminación laboral por motivos de salud; realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación, capacidad acreditada y con los recursos materiales adecuados a las funciones que se realizan.
- Los tratados constitutivos de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (1952), de la Energía Atómica (1957) y de la Comunidad Económica Europea (1957) incluyen disposiciones sobre la adopción de medidas adecuadas en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo, teniendo los dos primeros preceptos carácter de disposición mínima en esta materia<sup>157,158</sup>. El último aporta el acuerdo de los países integrantes de promover la mejora de las condiciones de trabajo y la protección de los daños que se derivan (arts. 117 y 118).
- La Estrategia Mundial OMS de la Salud Ocupacional para Todos<sup>159</sup> insta a los Estados miembros a que elaboren programas nacionales de salud laboral basados en sus propuestas, prestando especial atención a la creación de servicios integrales de salud en el trabajo para la población activa, incluidos los colectivos con necesidades especiales<sup>xv</sup>.
- El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores nº 155 de la OIT<sup>160</sup>. El contenido tiene por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante la misma reduciendo al mínimo la incidencia en las causas de los riesgos inherentes en el centro de trabajo.
- El Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo nº 161 de la OIT<sup>161</sup>. Los servicios de salud en el trabajo deben asegurar que las siguientes funciones se ajusten a los riesgos que presenta la organización: identificar y evaluar las condiciones de trabajo que puedan afectar a la salud de los trabajadores; asesorar tanto en materia de prevención de riesgos laborales incluyendo los equipos de protección individual y colectiva; vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con su actividad profesional; fomentar la adaptación del trabajo a los trabajadores; adoptar medidas que favorezcan la reinserción profesional; colaborar en la formación y educación en materia de salud, higiene y ergonomía en el trabajo; organizar los primeros auxilios y la atención de urgencia; participar en el análisis de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

---

<sup>xv</sup> Las diferencias en el estado de salud y la esperanza de vida que existen entre los ciudadanos de distintos países, o incluso de un mismo país, son consecuencia del entorno social en el que nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen. Entre los factores sociales, el trabajo es uno de los más influyentes en la salud de las personas. *Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health*. OMS, 2008.

- El Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo nº 187 de la OIT<sup>162</sup> reconoce la magnitud y el impacto negativo de los accidentes, enfermedades y muertes ocasionadas o relacionadas con el trabajo sobre la productividad, el desarrollo socioeconómico y la esfera personal. Por tanto, el convenio sustenta sus principios de acción en una premisa básica: desarrollar un sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo mediante una política concreta y la instauración de programas específicos.
- La Recomendación OIT nº 97 sobre la protección de la salud de los trabajadores<sup>163</sup>. En su contenido cita dos medidas técnicas de protección contra los riesgos que afecten a la salud de los trabajadores: la legislación nacional debe contener disposiciones para prevenir, reducir o eliminar los riesgos de enfermedad en los lugares de trabajo, e incluso sobre los métodos que pueda ser necesario aplicar con respecto a riesgos específicos que puedan afectar la salud del trabajador. De otra parte, el empresario adoptará todas las medidas apropiadas para que las condiciones de los lugares de trabajo permitan asegurar una protección adecuada de la salud del trabajador.
- La Recomendación OIT nº 112 sobre los servicios de medicina del trabajo<sup>164</sup>. El contenido engloba una atención organizada en los lugares de trabajo destinada a asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique a su salud o de las condiciones en que se efectúa el trabajo; contribuye a la adaptación física y mental de los trabajadores, en particular por la adecuación del trabajo a los empleados y por su ubicación en puestos de trabajo adecuados a sus aptitudes.
- La Recomendación de acompañamiento de la OIT nº 164<sup>165</sup> correspondiente al Convenio nº 155. La Recomendación plantea a las autoridades competentes de cada país: aprobar o revisar disposiciones legales en materia de seguridad y salud de los trabajadores; fomentar estudios con objeto de identificar los riesgos e instaurar medidas para minimizarlos; estimular la cooperación empresarial para eliminar los riesgos o reducirlos en la medida en que sea factible; adoptar medidas específicas y coordinar las acciones que deban realizarse a diferentes niveles; y adoptar una sistemática adecuada en los supuestos de trabajadores discapacitados.
- La Recomendación de acompañamiento de la OIT nº 171<sup>166</sup> correspondiente al Convenio nº 161. Los términos que definen la vigilancia de la salud de los trabajadores contemplarán los siguientes aspectos: una evaluación de la salud de los trabajadores previa a la asignación de tareas específicas que puedan entrañar un riesgo para su salud; una vigilancia de la salud periódica en aquel puesto que implique una exposición a riesgos específicos; una evaluación de la salud de los trabajadores que reanudan su actividad tras una ausencia prolongada por motivos de salud con el fin de determinar la adaptación a sus tareas, considerando una nueva ubicación o una readaptación; una evaluación de la salud al concluir una actividad que entrañe riesgos de inducir consecuencias ulteriores para la salud; y por último, adoptar normas que protejan la intimidad de los trabajadores y procuren que la vigilancia de su salud no sea utilizada con fines discriminatorios.
- La Recomendación de acompañamiento de la OIT nº 197 correspondiente al Convenio nº 187<sup>167</sup> desarrolla los principios y acciones básicas en materia de seguridad y salud en el trabajo que han de constituir el sustrato que defina la política nacional en esta materia y a la vez permita establecer los criterios para su evaluación.

- El primer Programa de acción de las Comunidades Europeas en materia de seguridad e higiene en el trabajo (1978)<sup>168</sup> centra sus prioridades en el desarrollo y vigilancia de la seguridad y salud de los trabajadores, el estudio de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la promoción de la investigación en materia de seguridad y salud en el trabajo. El segundo propone la forma de organizar los servicios de medicina del trabajo<sup>169</sup> y, el tercero, condensa su interés en la exposición a sustancias y agentes nocivos para la salud<sup>170</sup>.
- El Marco General de acción de la Comisión de las Comunidades Europeas en materia de seguridad, higiene y protección de la salud en el trabajo (1994-2000)<sup>171</sup> vela por el cumplimiento de la normativa aprobada. Con un enfoque preventivo, en un informe posterior de la propia Comisión (2002)<sup>172</sup> entiende que los servicios de prevención son multidisciplinarios. Por último, en la Recomendación del Consejo de la Unión Europea (2003) sobre la aplicación de las políticas de empleo de los Estados miembros<sup>173</sup>, propone integrar la seguridad y salud en el trabajo dentro de las líneas de actuación comunitarias en la estrategia europea de empleo.
- El Octavo Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo<sup>174</sup>. Incluye la enseñanza y la formación a profesionales en materia de higiene, ergonomía, seguridad y salud en el trabajo aplicando de técnicas adecuadas y la participación de los propios trabajadores.
- La Directiva Marco de la Comunidad Europea 1989/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo<sup>175</sup>. Su objeto no es otro que armonizar las diferentes normativas de los Estados miembros ante los riesgos profesionales buscando un ordenamiento de las distintas disposiciones básicas en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea dispone que todo trabajador tiene derecho a realizar un cometido profesional en condiciones que respeten su salud, seguridad y dignidad<sup>176</sup>.
- Las Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de la OIT<sup>177</sup>. En su contenido aboga por unas políticas coherentes que protejan a los trabajadores de los riesgos a los que estén expuestos en el trabajo sin obviar la mejora de la productividad. Incluye métodos y herramientas prácticas para ayudar a profesionales de la salud laboral, trabajadores y empresas a establecer y aplicar sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo que permitan reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.
- El Código Internacional de Ética para los profesionales de la salud ocupacional<sup>178</sup>. Son varias las razones por las que la Comisión Internacional de Salud Ocupacional ha adoptado este Código: el creciente reconocimiento de las responsabilidades que se les adjudica a los profesionales de la salud y de la seguridad en el trabajo frente a los trabajadores, empresarios y autoridades laborales. Un incremento del número de profesionales de la salud y seguridad en el trabajo como resultado de la creación de servicios de salud laboral. Y por último, el desarrollo del enfoque multidisciplinar de la salud ocupacional, implicando que especialistas de diferentes ámbitos se involucren en los servicios de prevención de riesgos laborales.

Todos estos informes elaborados por los distintos organismos involucrados señalan el derecho fundamental de cada trabajador a recibir los estándares más altos de cuidados de salud en su ámbito de trabajo y orientan a las oportunas modificaciones legislativas en la práctica de la salud laboral<sup>179</sup>.

Mención especial requiere la trasposición de la Directiva de la Comunidad Europea 89/391/CEE<sup>180</sup>. Se instaura con intención de aplicar medidas que promuevan la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en sus centros de trabajo. En España se realiza mediante la publicación de la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales<sup>4</sup> y su modificación posterior en la Ley 54/2003<sup>181</sup> de reforma del marco normativo de la Prevención de riesgos laborales.

En consecuencia, surge el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>144</sup> donde señala que los servicios de prevención que desarrollen funciones de vigilancia y control de la salud de los trabajadores deberán contar con un médico especialista en medicina del trabajo o diplomado en medicina de empresa y un ATS/DUE de Empresa. Aspecto éste que ha sido regulado posteriormente por el Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención<sup>154</sup>.

En esta evolución legislativa, el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería<sup>151</sup> revisa una norma precedente que regulaba la obtención del título de enfermero especialista<sup>182</sup> pero que no contemplaba la Enfermería del Trabajo. En consecuencia, es la primera vez donde que queda recogida esta especialidad enfermera en nuestra legislación (art. 2.1.d).

El inevitable desarrollo técnico y científico de las ciencias en general y de la salud laboral en particular, hace que la especialización en cualquiera de las áreas de conocimiento sea una necesidad a la que los poderes públicos deber dar respuesta regulando su puesta en funcionamiento y actualización. Así la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo<sup>153</sup> establece un punto de inflexión en esta disciplina enfermera. En su exposición describe las competencias profesionales de esta especialidad en un escenario laboral tan específico en el que se viene desarrollando la profesión a lo largo de varias décadas, por tanto, el análisis de su contenido resulta esencial para conocer la identidad colectiva como profesión.

La propia Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería del Trabajo, constituida el 27 de febrero de 2007, elabora el primer programa formativo de esta especialidad en el marco de las previsiones contenidas en la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales, define esta disciplina enfermera, establece los ámbitos de actuación profesional, las funciones y las competencias tanto básicas de carácter transversal como específicas en las distintas áreas: preventiva, asistencial, legal y pericial, gestión, docencia e investigación (Anexo XIV).

### **Competencias básicas de carácter transversal**

La formación de especialistas en Enfermería del Trabajo tiene como objetivo formar a profesionales que puedan realizar las actividades propias de su especialidad, dirigidas a prevenir, promover, proteger y restaurar la salud de la población trabajadora con un enfoque laboral y comunitario, integral e integrado, con una base científica y un conocimiento empírico. Al concluir el periodo formativo se habrá adquirido la capacidad de:

- Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos dentro de contextos más amplios relacionados con la enfermería del trabajo.
- Transmitir información, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de la especialidad.
- Integrar conocimientos y enfrentarse a situaciones complejas, emitiendo juicios que tengan en cuenta los principios deontológicos y éticos de la profesión, así como las circunstancias sociales del medio en el que se ejerce.
- Destreza en el aprendizaje que le permita continuar estudiando de un modo que habrá de ser en gran medida autodirigido o autónomo.
- Tomar decisiones basadas en principios éticos, conocimientos técnicos y evidencia científica.
- Aplicar sus conocimientos a su trabajo en el equipo multidisciplinar de los servicios de prevención o en los que desarrolle su actividad.

### **Competencias específicas**

Las competencias profesionales que deben adquirir los enfermeros especialistas en enfermería del trabajo, se pueden agrupar en cinco grandes áreas: preventiva, asistencial, legal y pericial, de gestión y docente e investigadora.

Área preventiva:

- Incrementar el nivel de salud de la población trabajadora mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos derivados del trabajo, protección de la salud, y formación de los trabajadores.
- Detectar precozmente los factores de riesgo derivados del trabajo, así como cualquier alteración que pueda presentarse en los trabajadores tanto sanos como enfermos, llevando a cabo las actividades necesarias para el control y seguimiento de los mismos, profundizando en la población especialmente sensible.
- Promover la participación activa del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos a los que están expuestos en su trabajo, fomentando la responsabilidad laboral en materia de salud y seguridad, promoviendo la participación de la población trabajadora en planes de emergencia.
- Colaborar, participar, y en su caso dirigir las actividades de planificación y dirección relativas a la implantación de los planes de emergencia.
- Realizar campañas de promoción de la salud y fomentar una cultura de salud en el ámbito de su competencia.
- Asesorar a los órganos de dirección de las empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- Interactuar con los distintos agentes sociales: organizaciones sindicales y sociedades científicas para el desarrollo de más recursos y nuevas iniciativas para la mejora de la salud y la seguridad de los trabajadores.

#### Área asistencial:

- Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales.
- Proporcionar una atención integral a los trabajadores, ayudándoles en la recuperación de la salud y en la reincorporación al trabajo, ante todo tipo de procesos con especial incidencia en las alteraciones de origen laboral.
- Manejar correctamente medicamentos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral, con el nivel de competencia fijado por la legislación vigente.
- Proponer e incentivar la continuidad de los tratamientos y cuidados proporcionados a la población trabajadora, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, estableciendo los canales de comunicación adecuados, coordinado si es necesario con otros profesionales sanitarios.
- Colaborar en el equipo multidisciplinar y en su caso, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud de los trabajadores para el desempeño de su trabajo, realizando los informes oportunos.
- Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad.
- Realizar los procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral.

#### Área legal y pericial:

- Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral para la salud humana, en particular en caso de las incapacidades.
- Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología común que pudiera colisionar con la actividad laboral.
- Detectar y valorar en el ámbito competencial de la profesión enfermera, los estados de salud que sean susceptibles de cambio de puesto de trabajo.
- Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral.
- Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante las entidades y los organismos competentes.

#### Área de gestión:

- Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la enfermería del trabajo.
- Gestionar cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar el coste/efectividad de los mismos.
- Trabajar y colaborar activamente en el equipo multidisciplinar de los servicios de prevención ocupando su puesto de enfermero/a especialista.
- Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos.
- Coordinar sus actuaciones con el Sistema Nacional de Salud.
- Gestionar un sistema de registro apropiado y accesible que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.

Área de docencia e investigación:

- Realizar comunicaciones científicas y de divulgación.
- Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, de forma individualizada o en grupos.
- Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar continuamente la actividad profesional y con ello elevar la salud de la población trabajadora.
- Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir los resultados de las intervenciones enfermeras.

En resumen, la adquisición de competencias durante la formación en la especialidad tiene como objeto el aprendizaje de los conocimientos, técnicas y habilidades relacionadas con<sup>183</sup>:

- La prevención del riesgo que pueda afectar a la salud humana como consecuencia de las circunstancias y condiciones de trabajo.
- Las patologías derivadas del trabajo en sus tres grandes vertientes de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo y, en su caso, la adopción de las medidas necesarias de carácter preventivo, diagnóstico enfermero, terapéutico y rehabilitador.
- La valoración pericial enfermera de las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno de trabajo para la salud humana.
- La formación e investigación sobre la salud de los trabajadores y su relación con el medio laboral.
- Las organizaciones empresariales y sanitarias en general, y en particular el estudio de la salud de las personas y grupos en sus relaciones con el medio laboral.
- La promoción de la salud en el ámbito laboral.

En definitiva, es una especialidad de orientación clínica y social que confluyen cinco áreas de competencia fundamentales: preventiva, asistencial, legal y pericial, gestora, docente e investigadora.

## 8. Conclusiones

Los estudios de opinión entre el personal sanitario son particularmente escasos, se centran de forma mayoritaria en ámbitos generalistas y son exiguos entre poblaciones más seleccionadas<sup>184</sup>. Hasta donde se conoce, no existe precedente de un estudio donde se analice el contenido de la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo que define un nuevo marco de actuación basado en la aplicación y desarrollo de las competencias aprobadas en el contexto español. Esta carencia se hace extensiva a trabajos de un tenor similar en sociedades profesionales afines de nuestro entorno comunitario, en concreto las adheridas a la Federation of Occupational Health Nurses within the European constituida por veintiocho Estados miembros y seis en calidad de observadores.

La investigación pretende comprender la práctica de la Enfermería del Trabajo actual a través del análisis de la opinión y valoración de sus competencias profesionales. De esta forma, la evaluación de la percepción colectiva, las actitudes y las expectativas expresadas en su desarrollo, permiten observar la realidad social y laboral en la que está inmersa la especialidad. No en vano,

profundizar y conocer la percepción de los propios especialistas confiere identidad como profesión y contribuye al incremento de su acervo científico.

El desarrollo profesional de esta especialidad ha discurrido paralelo a la evolución de la propia profesión enfermera. A este relato histórico no puede abstraerse la especialidad objeto de estudio, pero conviene destacar algunas circunstancias específicas que han condicionado su desarrollo<sup>185</sup>:

- Ausencia de un cuerpo doctrinal que sustentase este área del conocimiento.
- El marco normativo no recogía la definición y competencias inherentes a la disciplina.
- Carencia de autonomía en la implantación de sus propias capacidades profesionales.
- Limitaciones epistemológicas tanto en la aplicación de la mejor evidencia científica disponible sustentada en el desarrollo de sus competencias<sup>186,187</sup> como la inexistencia de un lenguaje común y específico.
- La falta de reconocimiento profesional de la contribución enfermera<sup>188</sup> y el carácter invisible del cuidado que practica<sup>189</sup>.
- La ausencia de autoridad de las enfermeras constituye el principal obstáculo cuando se pretende implantar las conclusiones de una investigación<sup>190</sup>. En este campo, la investigación en seguridad y salud laboral de la especialidad está siendo más lenta y desigual.

Este análisis de las competencias de Enfermería del Trabajo objeto de estudio se muestra en sintonía con el mapa de líneas de investigación descritos en los siguientes informes: *Estrategia Global de Salud Ocupacional para Todos* (OMS, 1996)<sup>191,192</sup>; *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 2008-2017* (OMS, 2007)<sup>1</sup>; *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012* (INSHT, 2007)<sup>3</sup>; *Integración de la Seguridad y Salud en el Trabajo en las gestión de las empresas* (EU-OSHA, 2010)<sup>193</sup>; *Análisis de situación de la investigación en materia de condiciones de trabajo, seguridad y salud laboral en España* (INSHT, 2011)<sup>194</sup>; *Health of people of working age* (Unión Europea, 2011)<sup>195</sup>; *Diagnóstico de la situación en materia de seguridad y salud laboral en España* (2011)<sup>196</sup>; *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2020* (INSHT, 2014)<sup>197</sup>.

No sólo determinados informes específicos elaborados por instituciones de referencia sino organismos como el National Institute for Occupational Safety and Health<sup>198</sup> y la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (*Prioridades para la investigación sobre seguridad y salud en el trabajo en Europa en el período de 2013-2020*)<sup>199</sup>, también consideran una línea prioritaria de investigación el estudio de las actuaciones y la cartera de servicios ofrecido por los departamentos de seguridad y salud en el trabajo.

En el proceso de adquisición de competencias y su posterior desarrollo profesional las ventajas son manifiestas<sup>200,201</sup>:

- Permite disponer de un concepto claro de la función y responsabilidad enfermera.
- Contribuye a la protección del destinatario de los cuidados enfermeros, el trabajador.
- Promueve la responsabilidad profesional, individual y colectiva.
- Define el rol como especialistas dentro del equipo multidisciplinar.
- Permite el diseño de los planes de estudios de los especialistas en Enfermería del Trabajo, facilita la evaluación de procedimientos en contextos teóricos y prácticos, y su observancia conlleva el mantenimiento de la competencia.
- Contribuye a clarificar las expectativas profesionales ajustadas a las funciones basadas en una práctica profesional en el marco de sus competencias.
- Y constituye una base para el establecimiento de disposiciones normativas.

La formación en la especialidad de Enfermería del Trabajo tiene como objetivo formar a profesionales que puedan realizar las actividades propias de su especialidad, dirigidas a prevenir, promover, proteger y restaurar la salud de la población trabajadora con un enfoque laboral y comunitario, integrado e integral, con una base científica y un conocimiento empírico.

El profesional de la Enfermería del Trabajo como integrante del servicio de prevención de riesgos laborales debe estar capacitado para llevar a cabo las funciones que el artículo 31.3 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales asigna a dichos servicios<sup>4</sup>:

- Diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva.
- Evaluación de factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y salud del trabajador.
- Determinar prioridades al adoptar medidas preventivas y vigilancia de su eficacia.
- Información y formación a la población trabajadora.
- Prestación de primeros auxilios y participación en el diseño de planes de emergencia.
- Vigilancia de la salud del trabajador en relación con los riesgos derivados del trabajo.
- Colaboración con el Sistema Nacional de Salud y Autoridades Sanitarias<sup>153</sup>.

Este escenario puede representarse de una manera más simplificada con el fin de resaltar aquellos aspectos más relevantes en torno a la Enfermería del Trabajo y la realidad social y laboral en la que está inmersa.

Activos	Debilidades
Los poderes públicos están obligados a velar por la seguridad y salud en el trabajo.	Exige sumar esfuerzos de los agentes sociales, empresariales, institucionales y profesionales.
Es precisa una estrategia en materia de seguridad y salud en el trabajo ordenada, coherente y que coordine políticas y actuaciones.	Las consecuencias de una inadecuada gestión provocan accidentes, costes elevados, pérdida de competitividad y conflictividad laboral.
Se constata una tendencia positiva hacia un mercado laboral que presente mayor igualdad, pero todavía persisten desigualdades en materia de género.	Es imprescindible la integración de la dimensión igualitaria hombres/mujeres en la evaluación de los riesgos y las medidas preventivas a aplicar. Se tendrá en cuenta la particularidad de la mujer.
La actividad sanitaria de los servicios de prevención incluye entre sus funciones la vigilancia de la salud; mediante procedimientos validados tiene como objetivo detectar de forma sistemática los síntomas y signos precoces de los daños derivados del trabajo, identificar las situaciones de riesgo, así como proponer las medidas preventivas necesarias. La vigilancia de la salud debe estar integrada en la planificación	La vigilancia de la salud de los trabajadores en muchas ocasiones no es específica para los riesgos a los que están expuestos. No está clara la prioridad de las actividades preventivas frente a las asistenciales; se solapan con frecuencia. La interdisciplinariedad dentro de los servicios de prevención no está desarrollada en todas sus posibilidades.

Activos	Debilidades
de la actividad preventiva de la empresa <sup>xvi</sup> .	<p>La escasez de personal sanitario con la formación especializada dificulta la tarea preventiva.</p> <p>Los protocolos de vigilancia de la salud deben ser revisados continuamente.</p> <p>Las iniciativas de buenas prácticas aplicadas a las enfermedades más prevalentes afianzan valores y hábitos preventivos<sup>xvii</sup>.</p>
Desarrollo de recursos que permitan interactuar a las partes implicadas.	<p>Infradeclaración de las enfermedades profesionales.</p> <p>La legislación preventiva favorece por su exigencia documental un cumplimiento formal de las obligaciones preventivas de limitada traducción práctica.</p>
Un marco normativo amplio y desarrollado.	<p>No se dispone de un sistema de calidad que permita una evaluación de las actuaciones en materia preventiva.</p>
<p>Presencia de distintos especialistas en los servicios de prevención.</p> <p>La demanda de servicios enfermeros se orienta a solucionar problemas de salud combinando los cuidados con el asesoramiento y orientación.</p>	<p>A pesar de las actividades realizadas no existe un intercambio real de documentación, experiencias y conocimientos. Se trata de evitar duplicidades.</p>
Trayectoria profesional de los servicios de prevención.	

<sup>xvi</sup> Entre las deficiencias detectadas en la aplicación normativa de prevención de riesgos laborales, el *Informe anual de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social 2011* (MEYSS, 2012) constata un hecho reiterado, la subcontratación de los exámenes de salud que se practican a los trabajadores se realiza a través de clínicas privadas. A esta cuestión se suma la dificultad generalizada de los SPA de disponer de especialistas en Enfermería y Medicina del Trabajo. Aspecto que se aborda de forma exhaustiva en el Real Decreto 843/2011 que regula la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. Otra cuestión relevante del informe tiene relación con los tipos de conciertos que se establecen entre los SPA y las empresas. En muchos de los casos las actividades preventivas son objeto de discrepancia al estar condicionadas por un incremento económico, motivando que finalmente se prescindiera de este tipo de actuaciones.

<sup>xvii</sup> Se considera una buena práctica profesional a toda forma de desarrollo de una actividad en la empresa que se muestra coherente con los objetivos generales y específicos de la prevención y optimiza su efectividad en relación con los resultados buscados. En esta línea, el Instituto de Salud Laboral de Noruega (2000) y la Oficial Regional para Europa de la OMS (2002), han elaborado sendos referentes de guías de buenas prácticas dirigidas a los servicios de prevención. En la revisión bibliográfica realizada por Boix y Rodríguez (INSHT, 2012), los autores confirman que la implicación de la dirección en la gestión de prácticas preventivas junto con la participación de los trabajadores, se relacionan con menores tasas de siniestralidad laboral. En consecuencia, la prioridad de los objetivos de salud en una empresa depende del clima preventivo de la organización, de su capacidad en hacer compatibles los objetivos de prevención con los aspectos productivos.

Activos	Debilidades
	La salud laboral exige un mayor compromiso, colaboración y coordinación con otras disciplinas de la prevención de riesgos laborales.
Evolución y desarrollo de los sistemas de recopilación de datos relativos a la situación y tendencias de la siniestralidad laboral.	Una mayor calidad de los sistemas de información permite facilitar la investigación de causas y el diseño de políticas operativas.
Coordinación de los agentes implicados en la política general preventiva de la organización.	La excesiva burocracia puede dificultar la consecución de objetivos concretos.
Canales de información específicos sobre prevención de riesgos laborales dirigidos a profesionales, trabajadores, empresarios.	Posibilidad de dispersión y pérdida de efectividad de los contenidos y de la información.
<p>La Enfermería del Trabajo forma parte del equipo multidisciplinar que constituye el servicio de prevención de riesgos laborales.</p>	<p>Está facultada para participar en la planificación de la vigilancia de la salud en función de los riesgos identificados.</p> <p>Contribuir a identificar y determinar los problemas de salud a través de los exámenes de salud, controles biológicos y pruebas complementarias.</p> <p>Analizar los distintos registros o fuentes de información disponibles.</p> <p>Participar en el análisis de las causas de los accidentes<sup>xviii</sup> y enfermedades profesionales.</p> <p>Integrar la información derivada de la vigilancia de la salud con la evaluación de riesgos y analizarla con criterios epidemiológicos.</p> <p>Seleccionar los indicadores de salud que permitan evaluar la eficacia y efectividad de los programas de prevención de riesgos laborales.</p> <p>Colaborar en las investigaciones que contribuyan a identificar problemas de salud relacionados con el trabajo.</p> <p>Participar en la adaptación de los protocolos específicos de vigilancia de la salud en función de los riesgos identificados y el perfil del trabajador.</p>

<sup>xviii</sup> El *Informe anual de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social 2011* (MEYSS, 2012) aprecia un problema cada vez más frecuente, la infracalificación de los tipos de accidentes de trabajo; considera como leves aquellos de mayor gravedad. De forma paralela, otra práctica común detectada por este organismo en las empresas consiste en evitar la tramitación de los oportunos formularios con varios fines interesados. En la revisión bibliográfica realizada en el trabajo *Criterios de buena práctica profesional en actividades preventivas* (INSHT, 2012), los autores confirman que la implicación de la dirección en la gestión de prácticas preventivas junto con la participación de los trabajadores, se relacionan con menores tasas de siniestralidad laboral.

Activos	Debilidades
	<p>Aportar la óptica enfermera en la comunicación a empresarios, miembros del servicio de prevención y delegados de prevención, sobre la necesidad de introducir medidas de prevención, protección y adaptación del trabajo a la persona.</p> <p>Mantener y actualizar la historia clínico-laboral del estado de salud del trabajador.</p> <p>Intercambiar información con el resto del equipo multidisciplinar.</p> <p>Basar las actuaciones en principios de equidad, independencia, universalidad, ética y respeto según establece la ICOH.</p> <p>Colaborar con la autoridad sanitaria tanto en la investigación de casos e implantación de medidas preventivas como en el desarrollo de programas de salud que se diseñen (vacunas, adicciones, ejercicio físico, nutrición...).</p>
<p>La Enfermería del Trabajo oferta un modelo de atención especializado, accesible y continuo en el tiempo.</p>	<p>Predominio de un rol subordinado (Ramió, 2005)<sup>202</sup>. Rigidez organizativa.</p> <p>Desconocimiento de sus cometidos en otros ámbitos asistenciales.</p> <p>Escasa implantación de guías de práctica clínica e indicaciones basadas en la evidencia científica (Rodríguez, 2013; Graham et al., 2000)<sup>203</sup>.</p> <p>Limitado desarrollo de la investigación y publicación en revistas especializadas.</p>

Oportunidades	Realidades
La salud laboral debiera estar más integrada en el ámbito de la salud pública colaborando con los servicios de atención primaria y de asistencia sanitaria especializada.	La salud laboral está poco contemplada en las políticas y estrategias de las áreas de sanidad de la Administración.
En la vigilancia de la salud se debe incorporar una concepción integral, considerar los riesgos inherentes a la actividad, las diferencias de género y las medidas adecuadas en cada caso.	La atención de las particularidades de mujeres y hombres con sus especificidades adolece de una especial atención.
Las inspecciones a que se someten las unidades básicas sanitarias en ocasiones no disponen de criterios comunes.	La ausencia de criterios unificados trae consigo distorsiones.
La vigilancia de la salud postocupacional constituye una asignatura pendiente.	Se deben articular mecanismos para disponer de datos objetivos y aplicar los criterios adecuados mediante protocolos y guías de vigilancia de la salud específicas.
La investigación científica permite generar conocimiento para su aplicación posterior en la práctica profesional <sup>xix</sup> .	Ausencia de centros específicos de investigación en materia de prevención de riesgos laborales que formen a especialistas en este ámbito.
El desarrollo de un fondo bibliográfico entre investigadores y profesionales contribuye a crear y difundir evidencias en este ámbito <sup>204</sup> .	Déficit de centros de referencia para impartir formación continuada y actualización de conocimientos y habilidades técnicas. Los estudios disponibles muestran escasa solidez y son discrepantes en sus resultados <sup>205</sup> . Es preciso identificar las necesidades previas para establecer las líneas prioritarias de investigación. Una continuidad en la investigación precisa grupos de trabajo estables <sup>xx</sup> .

<sup>xix</sup> B. Martínez. I Jornada sobre medicina del trabajo y la enfermería de empresa en el siglo XXI. Retos y cuestiones pendientes. Zaragoza, 2002.

<sup>xx</sup> Aunque la investigación en seguridad y salud comienza a recibir la atención debida, todavía es necesario consolidar grupos de investigación que incrementen la producción científica de calidad en esta área. El INSHT realizó la primera convocatoria de proyectos de investigación en este ámbito en 2003, incorporándose como línea de investigación diferenciada al Plan Nacional I+D+I este mismo año. A su vez, entre las conclusiones del *Informe de salud laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004* (Durán y Benavides, 2004) destaca varios aspectos: la investigación en esta materia es escasa por falta de continuidad en la financiación de proyectos, la carencia de centros que lideren la investigación en esta disciplina condiciona su progresión y la inexistencia de líneas prioritarias de estudios limita su evolución.

Oportunidades	Realidades
<p>Un análisis y mejora constante de las condiciones de trabajo...</p> <p>Generar y difundir conocimiento en materia de seguridad y salud en el trabajo...</p> <p>La profesionalidad basada en la formación continuada, la especialización, la investigación, e innovación...</p> <p>Considerar al trabajador y su entorno laboral en el centro de la actividad enfermera...</p> <p>Garantizar la continuidad asistencial como aspecto esencial de la calidad de los cuidados<sup>207</sup> ...</p> <p>Contribuir desde una perspectiva específica enfermera al logro de los objetivos del plan general de salud de la organización...</p> <p>Colaborar con la Administración competente en salud laboral realizando iniciativas tanto en este ámbito como de carácter epidemiológico...</p>	<p>La técnica de investigación predominante es el análisis descriptivo y los estudios son realizados en su mayoría en el ámbito de la universidad<sup>xxi</sup>. La investigación en materia de seguridad y salud laboral sigue siendo una asignatura pendiente en España<sup>206</sup>.</p> <p>Es necesaria una mayor colaboración entre universidades y áreas de educación, trabajo y sanidad de la Administración.</p> <p>... permite una disminución de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que va a ser percibida como una mejora de las condiciones de salud<sup>301</sup>.</p>
<p>Defensa social y profesional de la actuación enfermera poniendo en valor la importancia del cuidado, restablecer su naturaleza, creer en su importancia y en su carácter terapéutico<sup>208</sup>.</p>	<p>La invisibilidad y el valor social del cuidado enfermero, la influencia del género en la profesión, la subordinación de la enfermería a la medicina caracterizada por la jerarquía y desigualdad, la escasa utilización del método científico en la práctica profesional y el estrés laboral son realidades que constatan distintos estudios (Perraut, 2001; Domínguez, 2001; García, 2004; Cano, 2004; Germán, 2004; Fajardo, 2004)<sup>208</sup>.</p>

<sup>xxi</sup> La mayor parte de la investigación epidemiológica se centra en factores de riesgo físicos y psicosociales, tiene escasa proyección tanto en la intervención como en la evaluación de las medidas propuestas y necesita un enfoque que defina los problemas y establezca soluciones. Muntaner C et cols. EMCONET Network. *The solution space: developing research and policy agenda to eliminate employment-related health inequalities*. Int J Health Serv 2012; 40 (2): 309-14.

Oportunidades	Realidades
	En el proceso de formación continua las competencias específicas se deben completar con otras transversales: habilidades de comunicación, resolución de problemas en el ámbito de la especialidad, toma de decisiones basadas en principios éticos y deontológicos...
Sistematizar la práctica clínica para identificar y proponer soluciones a problemas de salud reales o potenciales <sup>209</sup> .	Identificar con claridad los cuidados enfermeros. Una praxis profesional basada en la aplicación de protocolos conlleva una actualización continua y aumenta la calidad científica y técnica de la Enfermería del Trabajo <sup>210</sup> .
Aportar instrumentos metodológicos que sirvan de soporte para la actuación enfermera basada en la evidencia y el procedimiento científico.	Una difusión adecuada de los resultados proporciona calidad a los servicios prestados y repercute en la mejora de la salud de los trabajadores.
Fomentar el uso de la metodología enfermera en la atención prestada de esta especialidad.	La implantación de una práctica profesional basada en la mejor de las evidencias se considera buena práctica al estar sujeta a una evaluación permanente.
Garantizar la continuidad y la calidad de los cuidados definiendo las actuaciones enfermeras en cada proceso asistencial.	La Enfermería especializada se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado en la praxis que maximiza el conocimiento enfermero. El uso de las competencias atribuidas permite dar respuesta a las necesidades de la población trabajadora (Ramírez et al, 2002) <sup>211</sup> .
Los estudios concluyen que la falta de liderazgo y el reconocimiento de la profesión a las contribuciones de los propios enfermeros repercuten de forma negativa en el colectivo (Alberdi, 1997; Durán, 2002; Teixidor, 2002) <sup>208</sup> .	Dos son los factores entre otros que desencadenan estrés y generan un impacto negativo: escaso reconocimiento social y la presión asistencial (Ferrer, 2001; Fernández, 2002; Tomás, 2002; Carmona, 2002; Cabanas, 2002) <sup>208</sup> .

El avance basado en la consolidación del conocimiento y la necesidad de profundizar en el mismo son el principal motivo de toda investigación<sup>212,213,214</sup>. Junto con la gestión de los recursos, la práctica profesional y la formación continuada<sup>215</sup>, son los pilares que constituyen el progreso de la ciencia enfermera. Por tanto el desarrollo de proyectos de investigación se debe utilizar para legitimar el cuerpo doctrinal de la Enfermería<sup>216,217</sup>.

El proceso de búsqueda de la excelencia en la práctica profesional parte del conocimiento de la percepción que tiene la Enfermería del Trabajo de sus competencias<sup>218,219</sup>. Analizar el significado que adquieren estas competencias en la construcción de una identidad enfermera resulta esencial. Para ello se propone una aproximación cualitativa y cuantitativa a las competencias descritas.



## **OBJETIVOS**

Nuestras acciones crean nuestro destino

Heráclito de Éfeso



La Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería del Trabajo ha determinado unas competencias en el marco de las previsiones contenidas en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, ratificadas por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud como órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada<sup>153</sup>. En base a las competencias descritas y una vez definidas las líneas principales que justifican la realización del estudio, se establecen los siguientes objetivos:

## 1. Objetivos estratégicos

- Interpretar y evaluar la práctica de esta especialidad enfermera a través de la concepción y ejercicio de la profesión basado en las competencias vigentes<sup>220,221</sup>.
- Describir la realidad sociolaboral en la que está inmersa esta disciplina enfermera cuya actuación proporciona bienestar a las personas en el contexto de las organizaciones.
- Identificar y analizar si las percepciones personales sobre las competencias que se realizan a través de la práctica profesional son compartidas por el colectivo de especialistas en Enfermería del Trabajo que ejercen en los distintos escenarios laborales.
- Analizar la evolución histórica y la presencia de especialistas en los centros de trabajo así como la descripción de las competencias a través de los sucesivos programas formativos impartidos.

## 2. Objetivos operativos

- Definir el perfil sociológico y profesional del especialista que realiza las competencias descritas en la norma que determina sus atribuciones.
- Determinar la importancia y el nivel de desarrollo percibido por parte de los especialistas de las capacidades profesionales que se citan en la disposición legal vigente según determinadas características: edad, sexo, año de obtención del título, realización de la prueba de la evaluación de la competencia, años de ejercicio de la especialidad, número de especialistas que dispone la organización, número de trabajadores de la empresa, vinculación laboral, número de centros de trabajo, sector de actividad económica, formación específica en prevención de riesgos laborales, relación contractual con la organización y tipo de jornada.

Identificar las opiniones, conocer la realidad sociolaboral de los profesionales y proporcionar información sobre los problemas existentes y las bondades en relación con la aplicación y desarrollo de las competencias resulta imprescindible para conseguir los objetivos propuestos. En definitiva, se pretende profundizar en la interrelación existente entre las competencias formativas adquiridas y la opinión que merece su nivel de implantación y desarrollo en los respectivos entornos de trabajo. De esta forma, permite no sólo caracterizar de una manera realista el escenario actual, sino también focalizar las actuaciones sobre las demandas profesionales a resolver y los aspectos a mejorar<sup>222</sup>. Estas premisas contribuyen a un mejor diseño de las futuras actuaciones de manera ajustada, evitando abordar las cuestiones desde una perspectiva equivocada.

Por tanto, es fundamental identificar los activos o puntos fuertes como profesión, conocer las debilidades del colectivo, y descubrir las perspectivas a medio y largo plazo como elementos básicos en la toma de decisiones y diseño de líneas de actuación. En última instancia se pretende proporcionar información que constata la realidad de una especialidad que permita estimular y desarrollar la calidad de los cuidados prestados al trabajador.



## **HIPÓTESIS**

No menos que el saber me place el dudar

Dante Alighieri



Hipótesis nula 1: La Enfermería del Trabajo no alcanza un desarrollo significado de las competencias contempladas en la norma que regula sus atribuciones profesionales.

Hipótesis alternativa 1: La Enfermería del Trabajo alcanza su mayor grado de desarrollo profesional en las competencias acreditadas del ámbito preventivo y asistencial.

Hipótesis nula 2: La Enfermería del Trabajo no considera prioritaria ninguna competencia transversal o específica en la ejecución de su cometido profesional.

Hipótesis alternativa 2: La Enfermería del Trabajo considera determinante la protección de los datos relativos a la vigilancia de la salud y la asistencia sanitaria de la población laboral.

Hipótesis nula 3: La importancia y el desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo no están influenciadas por aspectos relacionados con el contexto de su ejecución.

Hipótesis alternativa 3: La importancia y el desarrollo de las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo están influenciadas por aspectos relacionados con el contexto de su ejecución.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

Mide lo que sea medible y haz medible lo que no lo sea

Galileo Galilei



El propósito metodológico de la evaluación de las competencias es recoger suficientes evidencias para que las personas realicen y desempeñen unas tareas determinadas con éxito<sup>223</sup>, ajustándose al marco normativo que regula su adquisición, a los criterios establecidos por la organización con la que se mantiene la relación laboral, a las especificidades de un ámbito concreto o sector profesional de trabajo y a las demandas de la población laboral objeto de los cuidados, los trabajadores.

El objeto no es otro que la obtención de resultados que permitan un análisis y una visión global de la especialidad. En definitiva, una percepción más amplia del panorama de fortalezas y debilidades del colectivo en la ejecución y desarrollo de sus competencias<sup>224</sup>.

## 1. Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal<sup>215,225,226</sup> para el que se diseña el cuestionario *Competencias de Enfermería del Trabajo* de carácter autoaplicado, anónimo y de respuestas cerradas en su mayoría que consta de 67 ítems (Anexo XV).

El perfil de la investigación se ajusta a un carácter fundamentalmente descriptivo y participado. En el desarrollo del estudio se emplean tanto estrategias cualitativas como cuantitativas. Las primeras nos permiten definir y profundizar en la importancia, idoneidad y desarrollo de las competencias citadas considerando el contexto en el cual se implementan. Las segundas tienen su aplicación mediante el tratamiento estadístico de la información obtenida del cuestionario remitido por correo electrónico.

La elaboración del cuestionario que contiene los aspectos incluidos en la Orden SAS/1348/2009, se determinó mediante el consenso del grupo de expertos procedentes de las asociaciones profesionales españolas de Enfermería del Trabajo más significativas tanto de carácter autonómico como estatal.

El trabajo de campo se desarrolla en los meses de septiembre y octubre de 2012 donde se administra el cuestionario a los especialistas en Enfermería del Trabajo. La participación es voluntaria, las respuestas tienen carácter anónimo y el acceso es a través de un link facilitado por la propia asociación o sociedad profesional estatal o autonómica a la que pertenece el profesional. En el caso de las personas que aceptaron participar en el estudio, el sistema les solicitó previamente su consentimiento, siendo el tiempo estimado para cumplimentar las distintas preguntas de diez minutos.

La realidad laboral compleja y cambiante en la que está inmersa la especialidad en sus distintos escenarios de trabajo no resulta fácil de objetivar. Con este fin se estableció una estrategia de estudio con el fin de resolver las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el perfil del especialista en Enfermería del Trabajo que ejerce sus competencias en los distintos sectores laborales?
- ¿Qué importancia confiere el profesional a las distintas competencias aprobadas en la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo?
- ¿Cuál es la valoración actual del nivel de desarrollo de las competencias específicas en su ámbito de trabajo?
- ¿Representan las competencias aprobadas la actividad actual de la Enfermería del Trabajo?

## 2. Ámbito de estudio

La población o universo de estudio está compuesta por especialistas en Enfermería del Trabajo que pertenecen a asociaciones o sociedades científicas de esta disciplina enfermera de ámbito autonómico o estatal registradas en el Ministerio del Interior o la Consejería de la Comunidad o Ciudad Autónoma correspondiente.

Al tratar de analizar la interpretación que los propios profesionales de la Enfermería del Trabajo realizan de sus competencias resulta influyente entre otras opciones, el contexto social en el que está situada la profesión, la realidad laboral en que cada colega desarrolla sus competencias, así como las actitudes, los valores y el concepto de profesión de cada especialista:

- Actitudes: se pueden considerar los esquemas o patrones desde los cuales las personas perciben e interpretan su entorno; son tendencias a comportarse de forma similar ante una determinada situación, circunstancia o persona<sup>227</sup>. En su estructura están integradas por tres componentes, cognitivo (pensamientos), emocional (sentimientos) y conductual (expresión de los pensamientos y sentimientos)<sup>230</sup>. Por tanto, cada profesional según el nivel de compromiso con estas y otras actitudes las incorpora a su trayectoria y experiencia laboral.
- Valores: la administración de cuidados enfermeros implica la toma de decisiones en la práctica asistencial. En su aplicación influyen los valores históricos, culturales, creencias y modos de vida del profesional que se compromete a suministrar unos servicios basados en la aplicación de unas competencias que le son propias<sup>228</sup>; es una forma de ser o de actuar de un individuo o de un colectivo<sup>229</sup>. Las conclusiones de dos estudios llevados a cabo entre enfermeras anglosajonas no determinan la importancia de un trabajo de investigación por su carácter cuantitativo y/o cualitativo, si no por su calidad y pertinencia donde la inclusión de experiencias cotidianas, emociones, pensamientos, creencias y valores aportan valor añadido; aspectos éstos que permiten contextualizar el cuidado enfermero<sup>230</sup>.
- Competencias: el CIE define el concepto competencia como un nivel de realización que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio<sup>231</sup>. La CNEET determina las competencias de esta disciplina en el marco de las previsiones contenidas en la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales que se traduce en la Orden SAS/1348/2009 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo<sup>xxii</sup>.
- Profesión enfermera: la Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias refiere que corresponde al colectivo enfermero la dirección, evaluación y prestación de cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades<sup>150</sup>.

---

<sup>xxii</sup> El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (Madrid, 2001) incluye distintas acepciones del término competencia. Entre ellas destacamos la entrada: pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. La Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud define el término competencia como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean.

- Enfermería del Trabajo: es una especialidad que aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral al objeto de alcanzar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de la población trabajadora, teniendo en cuenta las características individuales del trabajador, del puesto de trabajo y del entorno sociolaboral en que éste se desarrolla. Ejercerán su profesión con plena autonomía técnica y científica por lo que deben adquirir y mantener las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de sus funciones en los distintos ámbitos de actuación de la especialidad (CNEET, 2009)<sup>153</sup>.
- Formación académica: la existencia de un programa académico establecido con unos contenidos específicos, una metodología definida y una duración concreta, determinan la adquisición de competencias de esta especialidad. Desde la publicación del Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa (1959) hasta el Real Decreto sobre especialidades enfermeras (2005), la ENMT regulaba de la formación de los ATS o Enfermeros/as de Empresa, título que facultaba para ejercer la profesión en su ámbito específico de trabajo. En esta última disposición define a su vez la formación de los futuros especialistas en calidad de EIR a través de un sistema de residencia en unidades docentes acreditadas. Sistema al que se accede a través de una convocatoria de carácter estatal.
- Formación continua: proceso que acompaña al profesional durante su vida laboral y le permite obtener los conocimientos y las prácticas más adecuadas para adaptarse a las necesidades que se puedan presentar en su trayectoria profesional.
- Condiciones de trabajo: cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador<sup>4</sup>.

La publicación de la Real Orden de 28 de diciembre de 1929 establece la colegiación obligatoria de los Practicantes vigente hasta la actualidad<sup>232</sup>. Este registro así regulado para el ejercicio de la profesión no se hace extensivo a otros aspectos. De esta forma, no es frecuente que esté consignada la posesión por parte del colegiado de una determinada especialidad de las aprobadas en el Real Decreto 450/2005, tanto en el Colegio profesional de adscripción como en el propio CGEE<sup>151</sup>. La notificación por parte del especialista tiene un carácter voluntario. Esta circunstancia motiva que se establezca el ámbito de estudio entre las distintas sociedades científicas por su posibilidad de aglutinar a profesionales afines en general y de esta disciplina enfermera en particular.

### 3. Población a estudio

Enfermeros/as del Trabajo adscritos a distintas sociedades científicas y/o profesionales de esta especialidad de ámbito estatal o autonómico.

La población objeto de estudio se caracteriza por disponer de un perfil similar:

- Pertenecen a una o varias de las asociaciones consignadas en el ámbito de estudio.
- Disponen de un nivel de competencia reconocido en la especialidad de su trabajo.
- Asumen funciones tanto básicas de carácter transversal como específicas en las distintas áreas definidas por la CNEET en la Orden SAS/1348/2009: preventiva, asistencial, legal y pericial, gestión, docencia e investigación.
- Es un grupo profesional relativamente homogéneo en cuanto a la formación específica previa de acceso, la exposición a determinados riesgos profesionales<sup>131,233,234</sup>, el nivel socioeconómico y la ocupación de puestos con categoría laboral similar<sup>235,236</sup>.

Considerando el carácter participativo y voluntario del cuestionario, los criterios establecidos permiten el acceso a la herramienta de estudio de un colectivo amplio de especialistas:

- Criterio de inclusión: ser especialista en Enfermería del Trabajo, pertenecer a una sociedad científica de carácter autonómico o estatal de esta disciplina enfermera y dar el consentimiento por escrito de participación en el estudio.
- Criterios de exclusión: no estimar oportuno participar en la investigación propuesta y no cumplimentar al menos el 60% del cuestionario remitido.

No se predetermina el tamaño muestral porque es factible el acceso a todo el universo de personas objeto de estudio, el número era limitado. Este supuesto incluye los especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a sociedades y asociaciones profesionales de carácter científico relativas al ámbito específico de la especialidad o afines a la salud laboral y la prevención de riesgos laborales.

El número de especialistas se obtuvo de forma directa a través de la presidencia de las distintas asociaciones o sociedades científicas en junio de 2012, siendo 1.985 los Enfermeros/as del Trabajo registrados. En la tabla anexa se presenta una distribución de la población total agrupada en función de la pertenencia a sociedades profesionales de carácter específico de la especialidad y otras integradas por disciplinas afines.

Distribución de los profesionales de Enfermería del Trabajo que pertenecen a asociaciones o sociedades específicas o generalistas relacionadas con la especialidad

Sociedades profesionales específicas de la especialidad	Nº de socios
Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AET	850
Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AAET	65
Asociación Canaria de Enfermería del Trabajo, ASCANET	16
Asociación Cántabra de Enfermería del Trabajo, ACET	29
Asociació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral, ACITSL	63
Asociación de Diplomados y Especialistas en Enfermería del Trabajo de Navarra, ADETNA	56
Asociación Extremeña de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AEXET	35
Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo, AMET	150
Asociación Murciana de Enfermería del Trabajo, AMURET	20
Sociedad Valenciana de Enfermería del Trabajo, SVET	62
Total	1.196

Nota: La Federación Española de Enfermería del Trabajo (FEDEET) aglutina a las asociaciones Asturiana, Canaria, Cántabra, Catalana, Navarra, Extremeña y Valenciana. En el caso de la Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo (AMET) pertenece a la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral (AET).

Sociedades profesionales que incluyen otras disciplinas afines	Nº de socios
Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral, AEPSAL	250
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, SESLAP	38
Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, SEMST	501
Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo	10
Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo	26
Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja	135
Sociedad Balear de Medicina y Seguridad del Trabajo	2
Sociedad Cántabra de Medicina del Trabajo	32
Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo	15
Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball	100
Sociedad Extremeña de Medicina del Trabajo	-
Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales, SGPRL	15
Sociedad Navarra de Medicina y Enfermería del Trabajo	60
Lan Medikuntzaren Euskal Elkarte. Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo	60
Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo	46
Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, AEEMT	-
Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario, ANMTAS	-
Total	789

Nota: La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) aglutina a las sociedades Andaluza, Asturiana, de Aragón y La Rioja, Balear, Cántabra, Castellana, Catalana, Extremeña, Gallega, Navarra, Vasca y Valenciana. La Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) y la Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS) están constituidas exclusivamente por especialistas en Medicina del Trabajo.

Σ Total	1.985
---------	-------

Fuente: Elaboración propia.

#### 4. Diseño del instrumento

La bibliografía específica disponible establece las competencias de los especialistas en el ámbito de la salud laboral y la prevención de riesgos laborales, pero no se disponía de un instrumento validado que evaluara las citadas atribuciones profesionales. Con motivo de esta investigación se elabora uno de carácter específico denominado *Competencias de Enfermería del Trabajo*.

Previamente a la elaboración del cuestionario se realizó una revisión de la literatura científica publicada en el período 1990-2011 en la base de datos PubMed que entre otros índices bibliográficos incluye el International Nursing Index. Se observa que los términos más utilizados durante el periodo de búsqueda relacionados con las competencias de la Enfermería del Trabajo son los siguientes: occupational health, occupational health nursing, occupational health services, professional competence, specialties nursing and societies nursing.

La búsqueda de referencias se inicia en octubre de 2011 y se actualiza en diciembre del mismo año. En una primera aproximación se utilizaron los términos DeCS citados pero la búsqueda no resultó muy específica, observándose un número significativo de artículos que no se ajustaban al enfoque del estudio.

#### Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS

Inglés	Español	Núm. Registro	Identificador	Referencias bibliográficas
Occupational Health	Salud Laboral	29064	D016272	86.646
Occupational Health Nursing	Enfermería del Trabajo	9970	D009785	7.572
Occupational Health Services	Servicios de Salud del Trabajador	9971	D009786	11.538
Professional competence	Competencia Profesional	11795	D011361	67.640
Specialties Nursing	Especialidades de Enfermería	13426	D013041	83.258
Societies Nursing	Sociedades de Enfermería	13340	D012956	13.645

Fuente: Los descriptores DeCS, el número de registro y el identificador se obtienen de la Biblioteca Virtual en Salud. Las referencias bibliográficas recuperadas proceden de la base de datos PubMed.

La combinación de términos procedentes del vocabulario controlado DeCS permite delimitar los resultados obtenidos hasta recopilar 597 artículos de los que se eliminaron las referencias duplicadas; considerando los recursos disponibles se procede a la lectura del título, resumen y palabras clave de los trabajos de los que se seleccionaron 80 para su lectura a texto completo.

### Criterios de búsqueda, identificación y selección de citas bibliográficas

Vocabulario controlado DeCS	Citas identificadas	Selección de citas
occupational health nursing AND professional competence AND specialties nursing AND societies nursing	381	29
occupational health nursing AND occupational health AND specialties nursing AND societies nursing	113	14
professional competence AND occupational health AND specialties nursing AND societies nursing	10	8
occupational health services AND occupational health nursing AND professional competence AND occupational health	92	28
occupational health services AND occupational health nursing AND professional competence AND occupational health AND specialties nursing AND societies nursing	1	1
Total	597	80

En base al criterio de pertinencia permitió realizar una nueva selección donde 23 referencias son desestimadas al considerar que su contenido no era relevante para el estudio. La lectura exhaustiva de los 57 artículos finales obtenidos invita a una reflexión crítica y permite extraer algunas conclusiones:

- Ofrecen propuestas para el desarrollo de las competencias a través de su aplicación en los centros de trabajo.
- Exponen la mejora de un procedimiento aplicado al que suman la percepción sobre la/s competencia/s instaurada/s.
- La implantación de una práctica profesional sustentada por la mejor de las evidencias se valora una vez integrada en la cartera de servicios y su evolución como buena práctica estará sujeta a una evaluación permanente.
- En el proceso de formación continua, las competencias específicas se deben completar con otras transversales: habilidades de comunicación, resolución de problemas en el ámbito de la especialidad, toma de decisiones basadas en principios éticos y deontológicos...
- El diseño, planificación e instauración de intervenciones adquieren su mayor nivel de éxito cuando se realizan a partir de modelos de experiencia contrastada.
- La investigación predominante es descriptiva, el uso de fuentes secundarias es lo más habitual y los estudios son realizados en su mayoría en el marco de la universidad.

## Búsqueda y selección final de artículos

	Núm.
Citas identificadas en la base de datos	597
Citas duplicadas eliminadas	122
Citas eliminadas tras el análisis del título, resumen y palabras clave	315
Citas seleccionadas	80
Artículos excluidos tras el análisis del texto completo	23
Artículos con texto completo analizados	57

## Criterios de selección de las referencias bibliográficas

Criterio	Justificación
Artículo e idioma	Referencias recuperadas en la base de datos PubMed según los descriptores DeCs citados. Los artículos están escritos en inglés o español.
Población a estudio	Enfermeros/as del Trabajo pertenecientes a distintas sociedades científicas específicas o generalistas donde se incluyen otras especialidades implicadas en la salud laboral. En la valoración del artículo se estima la afinidad al objeto de estudio, su pertinencia respecto al ejercicio profesional basado en la aplicación de competencias, y aquellos que sustentan sus intervenciones en la mejor práctica clínico-laboral demostrable científicamente.
Sector profesional y lugar de trabajo	Se consideran los estudios dentro de los sectores profesionales indicados en la CNAE <sup>237</sup> y los lugares de trabajo descritos por la CNEET <sup>153</sup> .
Aplicabilidad	Actuaciones que permitan la aplicación de las competencias propias dentro del equipo multidisciplinar del servicio de prevención; selección de estudios de perfil cuantitativo y/o cualitativo que incluyan necesidades, inquietudes y opiniones de estos especialistas en los centros de trabajo; y trabajos científicos sobre experiencias prácticas aplicadas al desarrollo de sus competencias.
Organismos implicados	Búsqueda de literatura gris en páginas webs de instituciones relacionadas: OMS, OIT, NIOSH, EU-OSHA, INSHT y sociedades científicas involucradas.
Relevancia	Son de interés estudios de revisión bibliográfica que aportan una síntesis de la aplicación tanto de evidencia científica como enfermera, referencias de metaanálisis realizados en la especialidad y aquellos que evalúen variables similares relacionadas con la selección de descriptores.

En esta misma línea, un estudio conjunto elaborado por la Universidad de Cantabria (2010) destaca que la evaluación de las buenas prácticas en salud laboral fundamentadas en evidencias científicas tienen algunas debilidades<sup>238</sup>:

- Limitaciones en las evidencias disponibles por su escaso número.
- Dificultad en la aplicación de las evidencias a la práctica profesional.
- Las intervenciones que se hacen en la empresa son a nivel individual; en los supuestos en que sean colectivas no se establece un grupo de control.

- No se investiga los efectos de las intervenciones a largo plazo.
- La salud laboral es un área de los denominados *campos huérfanos* de la medicina.

La búsqueda bibliográfica se completa con otras en Google, Google académico y páginas webs correspondientes a instituciones nacionales y supranacionales afines: OIT, OMS, EU-OSHA, NIOSH, AAOHN, FOHNEU e INSHT. Aunque el hilo conductor de la literatura científica obtenida en la búsqueda son las competencias de la Enfermería del Trabajo, este proceso de revisión complementaria ha permitido identificar otros documentos que sin duda contribuyen a enriquecer esta tesis. Los informes que han servido para la elaboración del cuestionario se citan posteriormente.

Finalmente, también se han considerado aquellos artículos publicados con anterioridad a la fecha de búsqueda citados de forma reiterada por los autores analizados en el estudio.

Concluida la revisión de la búsqueda bibliográfica y la recepción de aportaciones por parte del grupo de asesores procedentes de las distintas sociedades científicas, se traduce en la redacción final del cuestionario autoaplicado; consta de 67 preguntas en su mayoría cerradas y se presenta a través de la aplicación Google Docs®. Se ha estimado oportuno este medio por su fácil accesibilidad, su inmediatez, comodidad y su carácter económico. Además, cuenta con el aval de las distintas sociedades profesionales, lo que permite al receptor identificar fácilmente su procedencia y estimular su participación.

El cuestionario que está estructurado en tres bloques diferenciados, le precede una presentación inicial donde se proporciona información general, explica el ideario del proyecto de investigación, incluye unas instrucciones básicas de carácter informativo, define el tiempo estimado para cumplimentar la serie de preguntas y, por último, agradece la participación en este proyecto de interés colectivo.

El primer bloque hace referencia a las características sociodemográficas del grupo profesional. Con el fin de seleccionar los ítems más apropiados revisamos la siguiente literatura complementaria (Anexo XVI).

El segundo bloque engloba el listado de competencias definidas por la CNEET e incluidas en la Orden SAS/1348/2009 que aprueba el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. La revisión de literatura específica donde se analizan las competencias del colectivo en distintos países proporciona una perspectiva más amplia al objeto de estudio (Anexo XVII).

Las habilidades y destrezas que las organizaciones con las que establecemos una relación laboral valoran de un profesional, constituyen el tercero y último bloque. En la elaboración de este apartado se consulta de forma específica el *Informe Final del proyecto Tuning Educational Structures in Europe* (2003). Este documento surge en el contexto de la creación del Espacio Europeo de Educación Superior con los siguientes objetivos: crear planes de estudios donde la prioridad es la adquisición de competencias, enfocar los métodos pedagógicos hacia su aprendizaje, implantar la realización obligatoria de prácticas durante el periodo formativo y establecer los requisitos para la obtención del título de grado, tiene un carácter de referencia y en ningún caso normativo<sup>239</sup>.

Las posibilidades de respuesta en el primer bloque están constituidas por una serie de opciones múltiples a elegir entre la que más se ajuste al perfil del profesional.

El segundo tramo del cuestionario corresponde a las competencias específicas incluidas en la Orden SAS/1348/2009. En cada competencia se propone responder a las siguientes preguntas aplicando una escala de Likert de descripción gradual numerada (0 a 10):

- ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
- ¿Qué grado de desarrollo ha alcanzado esta competencia en su trabajo?

La escala manifiesta el grado de acuerdo y desacuerdo de la competencia objeto de valoración y el nivel de implantación en su contexto laboral (el valor cero implica nula importancia y el diez máxima importancia). Esta misma sistemática se aplica al tercer y último bloque del cuestionario.

Ninguna de las preguntas diseñadas tiene filtros ni saltos en el ánimo de facilitar un tránsito más ágil al cumplimentar el cuestionario. Tampoco incluye en los ítems de respuestas múltiples la opción no sabe/no contesta con el fin de provocar la respuesta del destinatario.

El cuestionario se facilita de forma individual, autoadministrada y anónima. Esta última característica estaba garantizada; el modo de cumplimentarse impedía la identificación del autor/a.

## **5. Panel de expertos**

Esta investigación valora y analiza la percepción de las competencias relativas al ejercicio de la actividad profesional de los especialistas en Enfermería del Trabajo. Para ello se utilizó una metodología de consenso invitando inicialmente al panel de expertos que intervienen a reflexionar sobre estos aspectos:

- La dimensión de los elementos objeto de análisis a través del cuestionario.
- La oportunidad de realizar el estudio en los términos planteados.
- Las aportaciones y la proyección del estudio que se defiende.

El grupo de trabajo estaba constituido por diez presidentes de sociedades profesionales estatales o autonómicas y un miembro del Consejo General de la Enfermería Española, coordinados por el investigador principal. En su condición de especialistas independientes con al menos cinco años de trayectoria profesional, emitieron una interpretación sobre el contenido de la herramienta de estudio, el cuestionario. Al concluir la dinámica de trabajo establecida, el formato propuesto se validó mediante consenso.

Los criterios aplicados en la selección de expertos fueron los siguientes:

- Experiencia profesional, clínica, docente e investigadora en la especialidad.
- Ejercicio actual de esta disciplina enfermera.
- Independencia a la hora de emitir sus criterios.
- Actitud receptiva a otro tipo de juicios sobre el objeto de estudio.
- Presidir una sociedad científica específica de la profesión. Aunque no cumple esta condición, se estima oportuno la participación del CGEE como órgano que aglutina a los colegios provinciales por su representatividad dentro del colectivo.

## Perfil de los integrantes del panel de expertos

Asociación profesional específica	Experiencia <sup>1</sup>	Formación <sup>2</sup>
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo	33	Enf. del Trabajo
Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo	26	Enf. del Trabajo
Asociación Canaria de Enfermería del Trabajo	14	Enf. del Trabajo
Asociación Cántabra de Enfermería del Trabajo	29	Enf. del Trabajo
Asociació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral	>35	Enf. del Trabajo
Asociación de Diplomados y Especialistas en Enf. del Trabajo de Navarra	>35	Enf. del Trabajo
Asociación Extremeña de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral	12	Enf. del Trabajo
Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo	18	Enf. del Trabajo
Sociedad Valenciana de Enfermería del Trabajo	30	Enf. del Trabajo
Federación Española de Enfermería del Trabajo	>35	Enf. del Trabajo
Consejo General de Enfermería de España	>35	Enf. del Trabajo

<sup>1</sup> Años de trayectoria profesional.

<sup>2</sup> Especialista en Enfermería del Trabajo.

Inicialmente se estableció contacto personal y/o telefónico con los respectivos presidentes de las asociaciones profesionales específicas existentes de la especialidad tanto a nivel autonómico como en el territorio nacional<sup>xxiii</sup>. Se les invita a participar en el estudio en calidad de representantes más visibles y voz autorizada de sus respectivas sociedades científicas. A continuación, se remite un correo electrónico donde se presenta y explica los objetivos del proyecto de investigación y se determina la estructura del cuestionario junto con el link de acceso al mismo a través de Google Docs®.

Durante el proceso de elaboración del cuestionario se invitó a los presidentes a aportar cuantas sugerencias y apreciaciones estimaran al instrumento de medida propuesto. Se sometió a un proceso de validación<sup>240</sup> y posteriormente a un análisis realizado mediante prueba piloto a 30 profesionales de distintos sectores de trabajo. La evaluación de los distintos ítems se realiza mediante una escala de Likert numerada y gradual de 0 a 10, donde el primer y último valor se les asigna nula y máxima importancia respectivamente.

En la primera quincena de junio de 2012 se inicia el trabajo de campo con dos rondas de contacto mediante teléfono y correo electrónico incidiendo en algunas consideraciones:

- La definición de las competencias y su disposición en el formato diseñado.
- La estructura utilizada en la elaboración del cuestionario.
- Las referencias bibliográficas consultadas.
- La coherencia entre los objetivos propuestos y el contenido del cuestionario.
- La población objeto de la investigación.
- El criterio de selección del panel de expertos.
- La dinámica de trabajo una vez facilitada la herramienta de estudio.
- La relevancia del proyecto propuesto y el carácter factible de su ejecución.

---

<sup>xxiii</sup> Entre los representantes de las asociaciones profesionales específicas que han constituido el panel de expertos, no se consigna la Asociación Andaluza, Aragonesa, Gallega, Madrileña y Murciana de Enfermería del Trabajo. Su constitución se formalizó una vez concluida la colaboración con las sociedades científicas participantes.

- El compromiso tanto del experto de no difundir el contenido del cuestionario hasta su redacción definitiva, como del investigador de cumplir la disposición legal vigente en materia de protección de datos<sup>241</sup>.
- Teléfono y correo electrónico del investigador con el objeto de resolver las posibles dudas.

Los resultados recibidos permitieron una evaluación globalmente positiva por el panel de expertos, tanto de las competencias específicas del colectivo como las requeridas por la empresa con la que se establece una relación laboral. Esta premisa no resultó así en algunos supuestos incluidos en el apartado de datos sociodemográficos y en el modo de redacción de una de las preguntas que de forma reiterada aparece en el segundo bloque del cuestionario. Esta circunstancia hizo necesario modificar los ítems relativos a:

- Criterios de pertenencia a las distintas sociedades profesionales propuestas.
- Tipos de vinculación laboral del profesional con la organización.
- Modalidades de jornada y turno de trabajo.
- Opciones o modalidades de contrato que se establecen.
- Actividad principal o sector al que pertenece la empresa.
- Y formular de forma más nítida la pregunta que permite al especialista una correcta evaluación tanto de las competencias enfermeras transversales como específicas en su centro de trabajo.

En la modificación, inclusión o exclusión de ítems se consideró el acuerdo por mayoría entre los expertos.

Una vez concluida la recepción e incorporación de las aportaciones, la tercera vuelta incluyó el envío del cuestionario definitivo resultado del consenso junto con una nota de agradecimiento.

Realizado el análisis pormenorizado de la herramienta de estudio que respondía a los propósitos iniciales, el consenso del grupo de expertos indica que la versión propuesta se ajusta a los objetivos definidos, valora de forma adecuada el tiempo destinado a la respuesta de las preguntas, la sencilla comprensión de los distintos ítems y la dinámica ágil al completar el cuestionario, donde el formato de presentación se ha tenido en cuenta; aspectos éstos que facilitan su cumplimentación. No obstante, pudiera ser mejorado si se consiguiera una versión más reducida.

En la validez de contenido del cuestionario *Competencias de Enfermería del Trabajo* se aplicó la metodología propuesta por Moriyama<sup>242</sup>. La estructura y formulación de los distintos ítems se sometió a un proceso de validación e idoneidad mediante el criterio de expertos. Los principios propuestos por el autor se encuadran en las siguientes dimensiones: *razonable y comprensible, sensible a variaciones, suposición justificable, componentes claramente definidos y datos factibles de obtener*. Se considera válido el conjunto de ítems cuando sus respuestas constatan idéntico consenso al propuesto por Moriyama, igual o superior al 70%. Los participantes puntuaron cada uno de los ocho criterios mediante una escala ordinal de 1 a 5, donde el primer valor corresponde a la dimensión *totalmente en desacuerdo* y el último a la categoría *totalmente de acuerdo*.

El cuestionario se facilitó a los once especialistas en Enfermería del Trabajo integrantes del grupo de consenso. Los resultados de validez de contenido mostraron los siguientes porcentajes de acuerdo, valores que son superiores a los parámetros mínimos establecidos:

- Resulta adecuado valorar la opinión de los especialistas sobre la Orden SAS/1348/2009 que regula las competencias propias (96,36%).
- Incluye todas las competencias señaladas en la Orden SAS/1348/2009 (89,09%).
- El contenido del cuestionario se ajusta a los objetivos del estudio (90,90%).
- El orden establecido en los distintos ítems es lógico (89,09%).
- Las preguntas y respuestas propuestas resultan de fácil comprensión (90,90%).
- El lenguaje utilizado es pertinente y permite su cumplimentación sin dificultad (89,09%).
- Puede contribuir a profundizar en esta área de conocimiento (92,72%).
- El tiempo destinado se ajusta al propuesto (92,72%).

Posteriormente, el formato propuesto se somete a dos nuevas revisiones realizadas por la Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España) y la Unidad de Investigación Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España).

De nuevo se estableció contacto personal y/o telefónico con los presidentes de las distintas sociedades profesionales que contaban con especialistas en esta área de enfermería y se les explicó el proyecto de investigación (Anexo XVIII). Tras obtener la conformidad a la propuesta, desde las propias sociedades se envió un correo electrónico a los integrantes de la misma que incluía una carta de presentación y el link de acceso al cuestionario. La recogida de información se inició el 17 de septiembre de 2012; a los siete y quince días de enviado el cuestionario se realizó un recordatorio por el mismo medio. La cumplimentación se realizó on line y el link de acceso estuvo disponible durante 30 días desde el primer envío.

Con el fin de respetar la Ley de Protección de datos de carácter personal, los envíos se efectuaron con copia oculta a los destinatarios finales. A los/as presidentes se solicitó la inclusión del investigador entre los potenciales receptores al objeto de disponer de la fecha de envío.

El cuestionario finalmente diseñado consta de 67 preguntas, se presenta en Google Docs® y se reproduce a texto completo en el Anexo XV; asimismo se han codificado las variables con el fin de procesar la información en una base de datos en formato Excel®. Revisados y depurados los posibles errores se realiza el análisis con los programas estadísticos Statistical Program for Social Sciences® (SPSS) versión 19.0 y Stata® versión 11 (Stata Corp. Inc. College Station Texas).

## 6. Cuestionario

En función de los tres bloques que consta el cuestionario se definen las variables relativas a cada uno de los apartados:

### 6.1 Del profesional de Enfermería del Trabajo (ítems 1-19)

- Edad: abierto para posteriormente agrupar en intervalos (21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 60-75).
- Sexo: hombre/mujer.
- Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja, Valenciana, Ceuta y Melilla. Permite valorar la existencia de diferencias de opinión en función del territorio de residencia.
- Año de obtención del título de Enfermería de Empresa: abierto desde la fecha que se inició la impartición de los cursos específicos en 1961 hasta la publicación en 2005 del Real Decreto 450/2005 sobre especialidades enfermeras que establece el sistema de formación especializada EIR.
- Especialidad de Enfermería del Trabajo: si/no. El Real Decreto 450/2005 sobre especialidades enfermeras establece en sus disposiciones adicionales los supuestos para homologar el título anterior o en su defecto realizar una prueba escrita creada *ad hoc*.
- ¿Ha realizado la prueba de la evaluación de la competencia para la obtención del título de especialista?: si/no.
- Años de ejercicio como profesional de la salud laboral: abierto para posteriormente agrupar en intervalos.
- Sociedad/es profesionales: incluye las 28 asociaciones científicas ya descritas de carácter autonómico o estatal a las que puede mostrar vinculación el especialista.
- Formación complementaria en materia de prevención de riesgos laborales; se proponen cuatro opciones: ninguna, nivel básico, intermedio y superior. Las tres últimas se ajustan a lo dispuesto en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
- En los supuestos de la formación de nivel superior la propia Ley establece las siguientes especialidades: Seguridad, Higiene industrial y Ergonomía y Psicología aplicada. Se incluyen los epígrafes de respuesta: ninguna, las combinaciones resultantes de las especialidades descritas y todas.
- Vinculación laboral actual: contiene las categorías de servicio de prevención propio, ajeno, mancomunado, mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, empresas de trabajo temporal, autónomo, EIR en Enfermería del Trabajo, ampliando estudios, en paro y jubilación.

- Tipo de contrato. Incluye las opciones: indefinido, fijo discontinuo, eventual, interino, contrato relevo, por obra o servicio, autónomo, en formación, empresa de trabajo temporal, en paro y jubilación.
- Jornada de trabajo. El enunciado permite varias posibilidades: jornada partida mañana y tarde, jornada continua fijo de mañana, jornada continua fijo de tarde, jornada fijo de noche, turnos mañana/tarde, turnos mañana/tarde/noche, turnos: otro tipo.
- Número de especialistas que trabajan en la empresa, institución, mutua colaboradora con la Seguridad Social...
- Sector profesional. La CNAE (2009) establece cuatro sectores de actividad:
  - Agrario: agricultura, ganadería, silvicultura, pesca.
  - Industria: manufacturera y extractiva, química, metal, otras industrias.
  - Servicios: comercio y hostelería, transporte y comunicaciones, intermediación financiera, actividades inmobiliarias, servicios empresariales (ETT), actividades sanitarias (mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), servicios sociales, administración, otras actividades sociales y personales.
  - Construcción.
- Número de trabajadores en la empresa. Las diferentes encuestas de condiciones de trabajo realizadas por el INSHT definen cinco categorías: menos de 10 trabajadores, de 10 a 49, de 50 a 249, de 250 a 499 y 500 o más.
- Número de centros de trabajo que compone la empresa. Al igual que en la anterior variable se cifran cuatro categorías: un centro, de 2 a 5, de 6 a 10 y más de 10.

## **6.2 De las competencias (ítems 20-49)**

Considerando la importancia de estas variables se desglosan en cinco áreas que coinciden con la descritas por la CNEET en la Orden SAS/1348/2009: preventiva, asistencial, legal y pericial, gestión, docencia e investigación. Cada una de las 29 competencias incluye dos escalas de Likert de 0 a 10 (el valor 0 implica nula importancia y el 10 máxima importancia) donde cuantifica dos aspectos, de una parte la importancia profesional que confiere a esa atribución y de otra, el desarrollo de la misma en su puesto o centro de trabajo.

Área preventiva (ítems 20-26). Conjunto de actividades cuyo objetivo es reducir o eliminar riesgos laborales para la salud del trabajador mediante intervenciones individuales o colectivas:

- Incrementar el nivel de salud de la población trabajadora mediante acciones en distintos ámbitos.
- Detectar precozmente los factores de riesgo derivados del trabajo.
- Promover la participación activa del trabajador.
- Realizar campañas de promoción de la salud.
- Colaborar, participar y dirigir las actividades relativas a planes de emergencia.
- Asesorar a los órganos de dirección de las empresas e instituciones.
- Interactuar con los distintos agentes sociales.

Área asistencial (ítems 27-33). Conjunto de actividades que tienen como objetivo la resolución de problemas de salud de los trabajadores en el entorno laboral, fundamentalmente relacionadas con las condiciones de trabajo:

- Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales.
- Proporcionar una atención integral a los trabajadores.
- Administrar medicamentos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral.
- Proponer la continuidad de los tratamientos y cuidados proporcionados a la población trabajadora.
- Colaborar en el equipo multidisciplinar en la evaluación de la aptitud de los trabajadores para el desempeño de su trabajo.
- Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo.
- Realizar procedimientos de cirugía menor en el ámbito de la salud laboral.

Área legal y pericial (ítems 34-38). Conjunto de actividades desarrolladas con óptica enfermera cuyo objetivo es identificar, cuantificar y valorar las secuelas de los daños a la salud relacionados con el trabajo y su impacto sobre la capacidad para trabajar con el fin de compensar social y económicamente al trabajador afectado:

- Valorar pericialmente las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral.
- Valorar pericialmente las consecuencias de la patología común que puedan inferir en la actividad laboral.
- Detectar y valorar los estados de salud que sean susceptibles de cambio de puesto de trabajo.
- Valorar pericialmente las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral.
- Asesorar y orientar en la gestión y trámite de los expedientes de incapacidad.

Área de gestión (ítems 39-44). Conjunto de actividades incluidas en la planificación, programación y control operativo del desarrollo de las competencias profesionales<sup>243</sup>.

- Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo.
- Gestionar cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad que permitan valorar su coste/efectividad.
- Trabajar con el equipo multidisciplinar del servicio de prevención ocupando el puesto de enfermero/a especialista.
- Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales.
- Coordinar sus actuaciones con el Sistema Nacional de Salud.
- Gestionar un sistema de registro accesible que asegure la confidencialidad.

Área de docencia e investigación (ítems 45-49). Conjunto de actividades que permiten mantener, consolidar y desarrollar las competencias del profesional de enfermería:

- Realizar comunicaciones científicas y de divulgación.
- Informar y formar a la población trabajadora según las necesidades.
- Proponer e intervenir en proyectos de investigación encaminados a mejorar la actividad profesional.
- Utilizar instrumentos que mejoren los resultados de las intervenciones enfermeras.

### **6.3 De la organización, de la empresa (ítems 50-67)**

Mediante la escala flexible de Likert de medición de actitudes se ponderan las 18 competencias consideradas más relevantes por las entidades, organizaciones, empresas e instituciones con las que el profesional establece la relación laboral. La escala está compuesta por valores entre 0 y 10 que discurren entre nula y máxima importancia:

- Trabajar en equipo multidisciplinar.
- Aceptación de la diversidad y multiculturalidad.
- Conocimientos específicos sobre el área de trabajo.
- Liderazgo.
- Capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica.
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
- Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
- Capacidad para asistir a formación continuada.
- Capacidad crítica y autocrítica.
- Toma de decisiones.
- Habilidades básicas de manejo del ordenador.
- Compromiso ético.
- Habilidades en las relaciones interpersonales.
- Conocimiento de una segunda lengua no materna.
- Comunicación oral y escrita en la propia lengua.
- Habilidades de investigación.
- Habilidad de gestión de la información para analizar la proveniente de distintas fuentes.

## **7. Prueba piloto**

Concluida la elaboración del cuestionario en base a la literatura científica consultada, los documentos adicionales ya descritos y las consideraciones de los presidentes de las sociedades científicas, se realiza una prueba piloto con 30 profesionales de salud laboral vinculados a distintos ámbitos y sectores de trabajo durante la segunda quincena de junio de 2012.

La recepción de respuestas al cuestionario propuesto permite la observación de los siguientes aspectos:

- Evaluar si la consecución de los objetivos del estudio eran factibles con el contenido del método propuesto.
- Conocer el grado de aceptación del cuestionario, la adecuación semántica y el orden lógico de las preguntas y respuestas.
- Valorar el medio de administración de la herramienta de estudio, cuestionario on line.
- Evaluar la idoneidad de la redacción de los enunciados, contenido y comprensión de las preguntas y las opciones de respuesta.
- Considerar una visión transversal con enfoque de género en la selección de los ítems.
- Determinar la pertinencia de las diferentes categorías de preguntas y respuestas.
- Definir qué contenido de las preguntas y/o respuestas pudieran resultar no oportunos o interpretados de forma inadecuada.

- Valorar el tiempo asignado a cumplimentar el cuestionario y las fechas de envío a los destinatarios.
- Evaluar la tasa de respuesta del cuestionario individual.
- Observar el funcionamiento de la aplicación Google Docs® y el programa de análisis de datos.
- Identificar otros problemas y dificultades en el desarrollo del cuestionario.

La prueba piloto se lleva a cabo entre 30 profesionales, 29 especialistas en la Enfermería del Trabajo y uno en Medicina del Trabajo, presentes en distintos escenarios laborales; entre los más representativos destacamos:

- Servicio de prevención propio.
- Servicio de prevención ajeno.
- Servicio de prevención mancomunado.
- Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Profesor titular del Grado en Enfermería.
- Profesor adscrito a una Unidad Docente de la especialidad.
- Miembros de la CNEET y por tanto participantes en la redacción de la Orden SAS/1348/2009 objeto del estudio.
- Profesionales en situación de desempleo.
- Y aquellos que han cesado en su actividad laboral por jubilación.

Aceptada su participación la actitud ha estado presidida por la colaboración. El cuestionario se cumplimenta adecuadamente en todos los casos excepto en uno que disculpa su realización por motivos personales (Anexo XIX).

Las conclusiones de este primer test permitieron incorporar las propuestas realizadas. Finalmente, una nueva revisión por parte de la Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España) y la Cátedra de Epidemiology, Human Genetics and Environmental Sciences, School of Public Health, The University of Texas (Houston, EE.UU.) constituyó el inicio del trabajo de campo entre los meses de septiembre y octubre de 2012.

## 8. Análisis de resultados

El análisis de los datos obtenidos permite un diagnóstico de los principales activos y debilidades de unos profesionales de la salud laboral que integran la organización preventiva en las empresas. Su interpretación resulta necesaria para adoptar una actitud de autocrítica, instaurar nuevas pautas de actuación y sobre todo, pretende un debate dentro del colectivo en torno a la evaluación de la eficacia y la calidad de la cartera de servicios ofertados que sustentan el desarrollo de las propias competencias.

Una vez caracterizada la población de estudio, la definición de las variables y su análisis, permiten razonar los resultados obtenidos del cuestionario. La utilización de la escala de Likert en los distintos constructos de la herramienta de estudio, nos aproxima y cuantifica la percepción que tiene la especialidad sobre sus competencias así como traslada a un sistema numérico aspectos intangibles como las opiniones<sup>244</sup>.

En el análisis descriptivo de la relación entre variables se consideran independientes las características sociodemográficas (ítems 1-19). La valoración por parte de este grupo profesional resulta clave en un colectivo que presta y oferta una cartera de servicios, en tanto que la mayor o menor demanda condiciona el desarrollo de sus competencias. Las variables dependientes corresponden con los valores obtenidos de las opiniones sobre la importancia y el nivel de desarrollo tanto de las competencias señaladas en la Orden SAS/1348/2009 (ítems 20-49) como de aquellas más valoradas por las organizaciones que nos contratan (ítems 50-67). Este último bloque de preguntas no se contempla en el análisis de esta tesis.

En el tratamiento estadístico se utilizaron las siguientes escalas de medidas según el tipo de variables. En el caso de las cualitativas se determina frecuencia y porcentaje. En las cuantitativas media y desviación estándar si la distribución era normal, y medidas de posición como mediana y rango intercuartílico si la distribución era asimétrica.

En el estudio de las relaciones de la importancia y nivel de desarrollo de las competencias según determinadas características sociodemográficas y laborales, se seleccionaron las siguientes variables independientes para efectuar el análisis bivariado: edad, sexo, año de obtención del título, realización de la prueba de la evaluación de la competencia, años de ejercicio de la especialidad, número de especialistas que dispone la organización, número de trabajadores de la empresa, vinculación laboral, número de centros de trabajo, sector de actividad económica, formación específica en prevención de riesgos laborales, relación contractual con la organización y tipo de jornada. En su determinación se utilizaron dos instrumentos estadísticos:

- Test de la T de Student que determina las diferencias entre las medias obtenidas del análisis de las competencias según el sexo y la participación en la prueba de evaluación para la acreditación como especialista.
- Regresión lineal simple para el resto de las variables independientes.

Una vez seleccionadas las variables estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) se incorporaron a un modelo de regresión lineal múltiple. En el formato final de análisis tanto para la importancia profesional como para el grado de desarrollo de cada competencia, se determinaron de nuevo aquellas variables independientes con un valor  $p < 0,05$ . De esta forma, los resultados últimos incluyen los coeficientes y los valores de  $R^2$  que reflejan el porcentaje de la varianza explicada por cada modelo así como el valor  $p$  global del modelo conjunto.

Finalmente, los valores obtenidos en cada una de las competencias evaluadas se presentan en tablas que describen y recopilan los aspectos descritos. Este estudio descriptivo incluye unas determinaciones globales y otras estratificadas que aglutinan la percepción de los especialistas en Enfermería del Trabajo según las variables indicadas.

En el análisis de los resultados finales se emplearon dos paquetes de programas estadísticos, Statistical Program for Social Sciences® (SPSS) versión 19.0 y Stata® versión 11 (Stata Corp. Inc. College Station Texas).

Metodología: ficha técnica

Tipo de estudio	Descriptivo, observacional y transversal.
Base	Sociedades profesionales específicas y/o multidisciplinares españolas vinculadas con la Enfermería del Trabajo.
Sujetos de estudio	Enfermeros/as del Trabajo adscritos a sociedades científicas y/o profesionales de ámbito estatal o autonómico de la especialidad.
Ámbito	Estatal y autonómico.
Justificación normativa	Entrada en vigor de la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
Revisión bibliográfica	En octubre de 2011 se realiza una revisión de la literatura científica en la base de datos PubMed correspondiente al periodo 1990-2011; posteriormente se actualiza en diciembre del mismo año.
Herramienta de estudio	Cuestionario <i>Competencias de Enfermería del Trabajo</i> de carácter anónimo y autoaplicado compuesto por 67 ítems.
Panel de expertos	Constituido por diez presidentes de asociaciones o sociedades específicas de Enfermería del Trabajo y un miembro del CGEE. Las distintas rondas de contacto se desarrollan en la primera quincena de junio de 2012.
Revisión del cuestionario	Unidad de Apoyo a la Investigación en Enfermería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España). Unidad de Investigación Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España). Cátedra de Epidemiology, Human Genetics and Environmental Sciences, School of Public Health, The University of Texas (Houston, EE.UU.).
Prueba piloto	29 especialistas en Enfermería del Trabajo y 1 en Medicina del Trabajo.
Fecha de prueba piloto	Segunda quincena de junio de 2012.
Profesionales participantes	1985 especialistas en Enfermería del Trabajo agrupados en 28 sociedades profesionales de los cuales 1196 (60,25%) pertenecen a asociaciones profesionales específicas y 789 (39,75%) a sociedades multidisciplinares.
Explicación del proyecto	Sí.
Envío del cuestionario	Septiembre y octubre de 2012.
Datos recogidos	El cuestionario está estructurado en tres bloques diferenciados. El primero aporta un perfil sociodemográfico del grupo profesional, el segundo una valoración de las competencias incluidas en la Orden SAS/1348/2009 y el último, una percepción de las habilidades o destrezas que las organizaciones valoran de un profesional.
Criterio de participación	Dar el consentimiento por escrito de participación en el estudio, ser especialista en Enfermería del Trabajo y pertenecer a una sociedad científica y/o profesional de carácter autonómico o estatal.
Criterio de exclusión	No estimar oportuno participar en la investigación propuesta y no cumplimentar al menos el 60% del cuestionario remitido.

## **RESULTADOS**

De todo lo que es posible aprender, elige y aprende lo mejor. Y de todo lo que hayas aprendido elige lo mejor y enséñalo a los demás

Tales de Mileto



En este capítulo se presentan los resultados más destacables obtenidos del cuestionario *Competencias de Enfermería del Trabajo* agrupados en dos apartados: perfil sociodemográfico del grupo profesional y percepción de las competencias definidas por la CNEET. Cada capítulo se subdivide en apartados cuyo texto se ilustra con tablas de información complementaria<sup>xxiv</sup>.

## 1. Análisis descriptivo

### 1.1 Características de la población estudiada

La población objeto de estudio está formada por 1985 especialistas en Enfermería del Trabajo agrupados en 28 sociedades profesionales de carácter estatal o autonómico. Entre los integrantes, 1196 (60,25%) pertenecen a asociaciones específicas de la especialidad y 789 (39,75%) a sociedades afines multidisciplinares.

Los receptores del cuestionario aceptaron la participación voluntaria en el 100% de los supuestos. En todos los casos la tasa de respuesta fue plena para cada uno de los ítems estudiados. De las 324 respuestas recibidas (16,32%), 106 corresponden a hombres (32,72%) y 218 a mujeres (67,28%) con una edad media de 43,30 años (DE: 9,97) y un rango de 21 a 75 años (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según edad**

Edad en años	n	%
21-30	20	6,20
31-40	135	41,60
41-50	78	24,10
51-60	82	25,30
60-75	9	2,80
Total	324	100

---

<sup>xxiv</sup> En adelante el uso del término genérico trabajadores incluye a personas de ambos sexos; no obstante, cuando el análisis sea diferenciado, se utilizarán los conceptos hombres y mujeres.

En las Comunidades Autónomas de Cataluña (28,09%), Madrid (15,12%) y Valenciana (9,26%) reside el mayor número de participantes en el estudio (Tabla 2).

**Tabla 2. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo por Comunidad o Ciudad Autónoma de residencia**

C. Autónoma	n	%	C. Autónoma	n	%
Andalucía	28	8,64	Ceuta	-	-
Aragón	8	2,47	Extremadura	7	2,16
Asturias	17	5,25	Galicia	5	1,54
Baleares	6	1,85	La Rioja	-	-
C. Valenciana	30	9,26	Madrid	49	15,12
Canarias	9	2,78	Melilla	1	0,31
Cantabria	8	2,47	Murcia	10	3,09
Castilla La Mancha	4	1,23	Navarra	23	7,10
Castilla León	13	4,01	País Vasco	15	4,63
Cataluña	91	28,09			
Total				324	100

### 1.2 Obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo y años de ejercicio profesional

El 88,58% de los participantes disponían de la formación necesaria requerida previamente a la publicación del Real Decreto sobre especialidades enfermeras en 2005 (Tabla 3).

**Tabla 3. Distribución según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo**

Año	n	%
1961-1999	166	51,23
2000-2005	121	37,35
2006-2012	37	11,42
Total	324	100

Teniendo en cuenta las distintas modalidades de acceso a la especialidad mediante las vías excepcionales contempladas en la disposición transitoria segunda y tercera del Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de Enfermería, el 95,40% de los participantes del estudio disponen del título de especialista en Enfermería del Trabajo (Tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la posesión del título y el acceso a la prueba de evaluación de la competencia**

		n	%
Título de especialista en Enfermería del Trabajo	Si	309	95,40
	No	15	4,60
Prueba de evaluación de la competencia	Si	115	35,50
	No	209	64,50

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Media 17,45 (DE: 12,70). Mediana 13,0.

La experiencia profesional de cuatro de cada diez especialistas se sitúa en el intervalo entre 10 y 19 años de ejercicio activo en este ámbito, valor que alcanza el 75% si incluimos el periodo entre 0 y 9 años, correspondiendo una media de 14,11 años (DE: 8,17) y una mediana de 12,0 (Tabla 5).

**Tabla 5. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según los años de ejercicio profesional en el ámbito de la salud laboral**

Años	n	%
0-9	111	34,30
10-19	131	40,40
20-29	61	18,80
≥30	21	6,50

Base: total de respuestas recibidas (n=324). Media 14,11 (DE: 8,17). Mediana 12,0.

### 1.3 Pertenencia a sociedades profesionales relacionadas con la especialidad

La distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo por sociedad profesional de adscripción se presenta en la Tabla 6. Se observa la significativa vinculación a asociaciones específicas (60,25%) vs. sociedades multidisciplinares (39,75%). Entre las primeras destaca la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral que representa el 42,80% del colectivo y la Federación Española de Enfermería del Trabajo con un 16,41%. Dentro de las segundas, la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo concita al 25,25% de la muestra.

La Tabla 2 muestra la distribución de los especialistas según la Comunidad Autónoma de residencia. Este asentamiento guarda un paralelismo con un nivel de asociacionismo más elevado y por tanto mayor representatividad del colectivo; esta activa presencia en sociedades profesionales tiene otra consecuencia, tasas de respuestas más elevadas en cada caso (Tabla 6).

**Tabla 6. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo que pertenecen a asociaciones o sociedades específicas o multidisciplinares relacionadas con la especialidad según número de socios (n), respuestas (n<sub>1</sub>) y porcentajes**

Sociedades profesionales específicas de la especialidad	n	%	n <sub>1</sub>	%
Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral	850	42,82	81	25
Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral	65	3,27	15	4,63
Asociación Canaria de Enfermería del Trabajo	16	0,81	7	2,16
Asociación Cántabra de Enfermería del Trabajo	29	1,46	7	2,16
Asociació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral	63	3,17	41	12,65
Asociación de Diplomados y Especialistas en Enf. del Trabajo de Navarra	56	2,82	11	3,40
Asociación Extremeña de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral	35	1,76	5	1,54
Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo	150	7,56	3	0,93
Asociación Murciana de Enfermería del Trabajo	20	1,01	6	1,85
Sociedad Valenciana de Enfermería del Trabajo	62	3,12	18	5,56
<b>Total</b>	<b>1196</b>	<b>60,25</b>	<b>194</b>	<b>59,88</b>
Sociedades profesionales que incluyen otras disciplinas afines	n	%	n <sub>1</sub>	%
Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral	250	12,59	7	2,16
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública	38	1,91	22	6,79
Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo	501	25,25	2	0,62
Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo	10	0,50	5	1,54
Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo	26	1,31	-	-
Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo Aragón y La Rioja	135	6,80	3	0,93
Sociedad Balear de Medicina y Seguridad del Trabajo	2	0,10	-	-
Sociedad Cántabra de Medicina del Trabajo	32	1,61	2	0,62
Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo	15	0,76	-	-
Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball	100	5,04	48	14,81
Sociedad Extremeña de Medicina del Trabajo	-	-	1	0,31
Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales	15	0,70	1	0,31
Sociedad Navarra de Medicina y Enfermería del Trabajo	60	3,02	12	3,70
Lan Medikuntzaren Euskal Elkartea. Sociedad Vasca Medicina del Trabajo	60	3,02	8	2,47
Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo	46	2,32	10	3,09
Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo	-	-	1	0,31
Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>789</b>	<b>39,75</b>	<b>122</b>	<b>37,66</b>
Ninguna			3	0,92
Otra			5	1,54
<b>Σ Total</b>	<b>1985</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

El grueso de la población estudiada (70,70%) no pertenece a una segunda sociedad afín a la disciplina de estudio (Tabla 7).

**Tabla 7. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo que pertenecen a una segunda asociación o sociedad profesional**

Sociedad o asociación profesional	n	%
Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral	9	2,80
Federación Española de Enfermería del Trabajo	10	3,10
Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral	11	3,40
Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo	28	8,60
Ninguna	229	70,70
Otras	37	11,40

Base: total de respuestas recibidas (n=324).

#### 1.4 Formación específica en prevención de riesgos laborales

La mayor parte de los especialistas en Enfermería del Trabajo (80,86%) han cursado una formación de postgrado de nivel superior con una duración mínima de 600 horas lectivas. Con carácter minoritario, el 8,33% del colectivo ha participado en acciones formativas para la obtención de los niveles básico e intermedio, siendo la carga lectiva de estos títulos de 50 y 300 horas respectivamente (Tabla 8).

**Tabla 8. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales**

Nivel de formación	n	%
Básico e intermedio	27	8,33
Superior	262	80,86
Ninguna	35	10,80
Total	324	100

En la formación de nivel superior, el Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención, incluye las especialidades y disciplinas preventivas de medicina del trabajo, seguridad en el trabajo, higiene industrial y ergonomía y psicología aplicada. Destaca sobremanera que la mitad de los participantes (49,38%) acreditan formación complementaria en cada una de las áreas preventivas que señala la norma. Considerando de forma individual cada especialidad, Ergonomía y Psicología aplicada concita el mayor interés (12,65%) (Tabla 9).

**Tabla 9. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la formación superior en prevención de riesgos laborales y su especialidad**

Especialidades	n	%
Higiene industrial	15	4,62
Seguridad en el trabajo	19	5,86
Ergonomía y Psicología aplicada	41	12,65
Combinación de dos especialidades	34	10,49
Todas	160	49,38
Ninguna	55	16,97
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

### 1.5 Vinculación profesional, relación contractual con la empresa y tipo de jornada de trabajo

Atendiendo a la vinculación de la Enfermería del Trabajo con la empresa que establece una relación laboral, la Tabla 10 presenta diferentes categorías de respuestas. La pertenencia a la modalidad de servicio de prevención propio y/o mancomunado<sup>xxv</sup> y ajeno es mayoritaria entre los asociados, 59,87% en el primer caso y 29,94% en el segundo.

**Tabla 10. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo**

Centros de trabajo y/o recurso preventivo	n	%
Servicio de prevención propio	159	49,07
Servicio de prevención ajeno	97	29,94
Servicio de prevención mancomunado	35	10,80
Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	17	5,25
Otros:	16	4,94
Empresa de Trabajo Temporal	1	
Autónomo/a	3	
Enfermero/a Interno/a Residente en Enfermería del Trabajo	2	
Ampliando estudios	3	
En paro	6	
Jubilación	1	
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

<sup>xxv</sup> El Servicio de prevención mancomunado se considera a todos los efectos un servicio propio de las empresas que lo integran, debiendo cumplir los requisitos exigibles a esta modalidad preventiva (art. 21 del Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención).

Respecto a la relación contractual del profesional con la empresa, la Tabla 11 muestra distintas modalidades de vinculación laboral. El contrato indefinido destaca por ser la fórmula más prevalente en el 86,11% de los especialistas; el carácter eventual o interino apenas representa al 10% del colectivo.

**Tabla 11. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la relación contractual con la empresa**

Relación contractual	n	%
Indefinido	279	86,11
Eventual, interino, por obra o servicio	29	8,95
Otros:	16	4,94
Fijo discontinuo	4	
Autónomo/a	3	
En formación	2	
En paro	6	
Jubilación	1	
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

En el análisis según el tipo de jornada de trabajo asoma una tendencia, seis de cada diez especialistas tienen una jornada continua de mañana. Este porcentaje decrece notablemente entre quienes disponen de jornada partida (mañana y tarde) (22,84%). Otras posibilidades horarias son minoritarias.

**Tabla 12. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el horario de trabajo**

Horario de trabajo	n	%
Jornada continua: fijo de mañana	196	60,49
Jornada partida: mañana y tarde	74	22,84
Otros:	54	16,67
Jornada continua: fijo de tarde	8	
Jornada continua: fijo de noche	1	
Media jornada	3	
Turnos: mañana/tarde	7	
Turnos: mañana/tarde/noche	10	
Turnos: otro tipo	25	
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

**1.6 Número de especialistas en Enfermería del Trabajo en el centro, sector de actividad económica principal de la empresa, número de trabajadores en plantilla y número de centros de trabajo con que cuenta la organización**

La vigencia del Real Decreto 843/2011 que establece los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, tiene una influencia manifiesta en la presencia de la Enfermería del Trabajo en las organizaciones. Bajo esta premisa, casi la mitad de los participantes están vinculados a entidades que disponen de un único especialista en el centro de trabajo, cifra que alcanza el 70,37% si consideramos la existencia de dos especialistas (Tabla 13).

**Tabla 13. Distribución según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización**

Número de especialistas en Enfermería del Trabajo	n	%
1	152	46,91
2	76	23,46
Otros:	96	29,63
3	27	
4	21	
5	19	
6	6	
7	4	
8	2	
9	3	
10	14	
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

De forma mayoritaria, el grueso del colectivo está vinculado a dos sectores económicos, servicios (68,21%) e industria (22,22%) (Tabla 14).

**Tabla 14. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según la actividad económica principal de la empresa**

Sector de actividad	Rama de actividad	n	%
Agrario	Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca.	28	8,64
Industria	Industria manufacturera y extractiva, química, metal...	72	22,22
Servicios	Comercio y hostelería; transporte y comunicaciones; intermediación financiera, actividades inmobiliarias, servicios empresariales (ETTs); actividades sanitarias (mutuas); servicios sociales; administración; otras actividades sociales y personales.	221	68,21
Construcción	Construcción.	3	0,93
<b>Total</b>		<b>324</b>	<b>100</b>

Nota: en la agrupación por actividad económica se ha considerado la clasificación de la CNAE 2009.

El 60% de los participantes desempeñan su trabajo en un servicio de prevención propio (Tabla 10) y casi el 71% de la muestra está vinculado a organizaciones de 500 o más trabajadores, cifra que se eleva al 83,02% si consideramos las empresas que superan los 250 operarios (Tabla 15).

**Tabla 15. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo**

Número de trabajadores en el centro/s de trabajo	n	%
De 1 a 249 trabajadores:	55	16,98
Menos de 10 trabajadores	8	
De 10 a 49 trabajadores	15	
De 50 a 249 trabajadores	32	
De 250 a 499 trabajadores	39	12,04
500 y más trabajadores	230	70,98
Total	324	100

El 67,59% de los especialistas pertenecen a organizaciones integradas por seis o más centros de trabajo (Tabla 16).

**Tabla 16. Distribución de los especialistas en Enfermería del Trabajo según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España**

Número de centros de trabajo	n	%
1 centro de trabajo	44	13,58
De 2 a 5 centros de trabajo	61	18,83
De 6 a 10 centros de trabajo	37	11,42
Más de 10 centros de trabajo	182	56,17
Total	324	100

El perfil general del especialista que respondió a este cuestionario se corresponde a una mujer con una edad media de 43,30 años, una media de años transcurridos desde la obtención del título de especialista de 17,45 y una experiencia en este ámbito de 14,11 años. Residente en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid, de forma mayoritaria accede al título de Enfermería del Trabajo sin participar en la prueba de evaluación de la competencia, pertenece a una sociedad profesional específica de la disciplina y ha cursado formación de nivel superior en prevención de riesgos laborales. Con una vinculación contractual de carácter indefinido a un servicio de prevención propio del sector servicios, realiza una jornada continua de mañana donde gran parte del colectivo, ejerce como único especialista en una organización con una plantilla superior a 500 trabajadores distribuida en seis o más centros de trabajo.

## 1.2 Análisis descriptivo de competencias, grado de desarrollo e importancia atribuida

Las habilidades donde la oscilación de la media intracompetencia destaca sobremanera son las siguientes: propuesta e intervención en proyectos de investigación orientados a mejorar la actividad profesional (3,98) (Tabla 21); utilización y mejora de instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras (3,87) (Tabla 21) y coordinación de actuaciones con el sistema público de salud (3,84) (Tabla 20).

De forma independiente tres son las competencias que destacan por su puntuación más elevada en importancia profesional: gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos (9,14) (Tabla 20); incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción y prevención de riesgos (9,04) (Tabla 17) e identificar problemas de salud laboral reales o potenciales (9,04) (Tabla 18). Entre las de menor trascendencia citan la valoración pericial en el ámbito enfermero de las consecuencias derivadas de la patología laboral en la salud (7,35) (Tabla 19); realizar procedimientos de cirugía menor en el ámbito de la salud laboral (7,05) (Tabla 18); asesorar y orientar en la gestión y tramitación de la incapacidad laboral (6,80) (Tabla 19).

En cuanto al mayor grado de desarrollo resaltan las siguientes: gestión de un sistema de registro de confidencialidad (7,64) (Tabla 20); prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo (6,95) (Tabla 18) e identificar problemas de salud laboral reales o potenciales (6,93) (Tabla 18). Un menor grado de desarrollo alcanzan la valoración pericial enfermera de la consecuencias de patología común en el desarrollo del trabajo (3,85) (Tabla 19); valoración pericial en el ámbito enfermero de la consecuencias derivadas de la patología laboral (3,62) (Tabla 19) y asesoramiento en la gestión y tramitación de incapacidades laborales (3,33) (Tabla 19).

**Tabla 17. Análisis de las competencias en el área preventiva según la importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia		Media	DE
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Importancia profesional	9,04	1,53
	Grado de desarrollo	6,40	2,26
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Importancia profesional	8,83	1,55
	Grado de desarrollo	6,45	2,22
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Importancia profesional	8,47	1,65
	Grado de desarrollo	5,86	2,38
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Importancia profesional	7,67	2,16
	Grado de desarrollo	4,83	2,99
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Importancia profesional	8,90	1,48
	Grado de desarrollo	6,45	2,59
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Importancia profesional	8,54	1,60
	Grado de desarrollo	5,22	2,80
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Importancia profesional	7,68	1,97
	Grado de desarrollo	4,35	2,75

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

**Tabla 18. Análisis de las competencias en el área asistencial según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia		Media	DE
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Importancia profesional	9,04	1,29
	Grado de desarrollo	6,93	2,29
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Importancia profesional	8,71	1,60
	Grado de desarrollo	5,98	2,73
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Importancia profesional	8,62	1,58
	Grado de desarrollo	6,38	3,09
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Importancia profesional	8,16	1,85
	Grado de desarrollo	5,43	2,96
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Importancia profesional	8,57	1,80
	Grado de desarrollo	6,06	2,99
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Importancia profesional	8,77	1,91
	Grado de desarrollo	6,95	3,27
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Importancia profesional	7,05	2,83
	Grado de desarrollo	4,37	3,53

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

**Tabla 19. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia		Media	DE
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Importancia profesional	7,35	2,42
	Grado de desarrollo	3,62	2,98
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Importancia profesional	7,44	2,34
	Grado de desarrollo	3,85	3,03
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Importancia profesional	8,51	1,79
	Grado de desarrollo	5,27	3,05
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Importancia profesional	7,73	2,27
	Grado de desarrollo	4,59	3,09
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Importancia profesional	6,80	2,73
	Grado de desarrollo	3,33	3,10

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

**Tabla 20. Análisis de las competencias en el área de gestión según importancia profesional y grado de desarrollo en el puesto de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia		Media	DE
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Importancia profesional	8,60	1,69
	Grado de desarrollo	5,68	3,03
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad que permitan valorar su coste/efectividad	Importancia profesional	7,90	2,10
	Grado de desarrollo	4,50	2,98
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Importancia profesional	8,99	1,45
	Grado de desarrollo	6,66	2,76
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Importancia profesional	7,98	2,08
	Grado de desarrollo	5,23	2,99
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Importancia profesional	7,74	2,36
	Grado de desarrollo	3,90	3,03
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Importancia profesional	9,14	1,45
	Grado de desarrollo	7,64	2,75

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

**Tabla 21. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según importancia profesional y grado de desarrollo en el centro de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia		Media	DE
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Importancia profesional	7,85	2,18
	Grado de desarrollo	4,35	3,12
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Importancia profesional	8,73	1,57
	Grado de desarrollo	5,95	2,84
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Importancia profesional	8,09	2,16
	Grado de desarrollo	4,11	2,96
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Importancia profesional	7,80	2,32
	Grado de desarrollo	3,93	2,84

Base: total de respuesta recibidas (n=324).

## 2. Análisis bivariante

### 2.1 Importancia profesional

#### 2.1.1 Por sexo

No se observan diferencias relevantes en la percepción de las distintas destrezas en función del sexo, no obstante dos competencias constituyen la excepción. En el área asistencial, los hombres se muestran más proclives a realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral (Tabla 23). En la segunda, relativa al cambio de puesto de trabajo en base al estado de salud, son la mujeres quienes manifiestan una mayor disposición (Tabla 24).

El análisis del efecto del sexo sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 22 a 26.

**Tabla 22. Análisis de las competencias en el área preventiva por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Hombre	105	9,02	1,41	-0,12
	Mujer	216	9,05	1,59	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Hombre	105	8,69	1,46	-0,94
	Mujer	216	8,90	1,59	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Hombre	105	8,44	1,41	-0,19
	Mujer	216	8,49	1,76	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Hombre	105	7,69	2,12	0,31
	Mujer	214	7,65	2,18	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Hombre	105	8,73	1,58	-1,29
	Mujer	213	8,99	1,42	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Hombre	104	8,33	1,78	-1,51
	Mujer	215	8,64	1,50	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Hombre	105	7,60	1,96	-0,58
	Mujer	216	7,72	1,98	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 23. Análisis de las competencias en el área asistencial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Hombre	106	9	1,30	-0,39
	Mujer	217	9,06	1,28	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Hombre	106	8,76	1,34	0,54
	Mujer	215	8,68	1,72	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Hombre	106	8,62	1,57	-0,08
	Mujer	215	8,62	1,59	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Hombre	106	8,04	1,92	-0,83
	Mujer	214	8,21	1,82	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Hombre	106	8,42	2,01	-1,06
	Mujer	215	8,64	1,69	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Hombre	106	9,03	1,54	1,89
	Mujer	216	8,63	2,05	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Hombre	105	7,63	2,38	2,78**
	Mujer	216	6,77	2,99	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 24. Análisis de las competencias en el área legal y pericial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Hombre	106	7,21	2,42	-0,72
	Mujer	215	7,41	2,42	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Hombre	106	7,25	2,35	-1,02
	Mujer	213	7,53	2,34	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Hombre	105	8,16	2,18	-2,40*
	Mujer	214	8,68	1,55	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Hombre	105	7,67	2,34	-0,36
	Mujer	213	7,76	2,23	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Hombre	106	6,46	2,85	-1,54
	Mujer	214	6,96	2,66	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 25. Análisis de las competencias en el área de gestión por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Hombre	104	8,53	1,75	-0,72
	Mujer	215	8,63	1,67	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Hombre	103	7,78	2,23	-0,59
	Mujer	212	7,96	2,04	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Hombre	105	9	1,48	0,08
	Mujer	215	8,98	1,44	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Hombre	105	8,21	1,92	1,45
	Mujer	213	7,87	2,14	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Hombre	103	8	2,02	1,16
	Mujer	213	7,61	2,51	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Hombre	105	8,93	1,63	-1,72
	Mujer	215	9,24	1,35	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 26. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Hombre	105	7,96	2,30	0,49
	Mujer	215	7,80	2,12	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Hombre	105	8,66	1,81	-0,88
	Mujer	214	8,77	1,44	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Hombre	104	8,08	2,20	-0,80
	Mujer	212	8,10	2,14	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Hombre	104	7,83	2,37	-0,03
	Mujer	211	7,79	2,31	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.2 Según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo

Los valores obtenidos muestran una tendencia similar independientemente del año de finalización de la formación específica. En la competencia del área de docencia e investigación utilizar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras, aquellos que han obtenido la especialidad en el intervalo 2000-2005 (37,35%) apuestan más decididamente por este criterio (Tabla 31).

El análisis del efecto del año de obtención del título de especialista sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 27 a 31.

**Tabla 27. Análisis de las competencias en el área preventiva según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1961-1999	164	9,01	1,73	0,09
	2000-2005	120	9,07	1,30	
	2006-2012	37	9,10	1,30	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1961-1999	164	8,76	1,71	0,28
	2000-2005	120	8,90	1,42	
	2006-2012	37	8,94	1,15	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1961-1999	164	8,53	1,70	0,18
	2000-2005	120	8,44	1,62	
	2006-2012	37	8,37	1,53	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1961-1999	162	7,88	2,27	2,24
	2000-2005	120	7,35	2,10	
	2006-2012	37	7,78	1,70	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1961-1999	164	8,84	1,49	0,19
	2000-2005	117	8,97	1,52	
	2006-2012	37	8,97	1,30	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1961-1999	163	8,63	1,52	0,74
	2000-2005	119	8,42	1,61	
	2006-2012	37	8,56	1,89	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1961-1999	164	7,75	2,03	0,61
	2000-2005	120	7,70	1,89	
	2006-2012	37	7,35	1,97	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 28. Análisis de las competencias en el área asistencial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1961-1999	166	9	1,39	0,28
	2000-2005	120	9,10	1,22	
	2006-2012	37	9,05	0,99	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1961-1999	166	8,65	1,64	0,35
	2000-2005	119	8,79	1,60	
	2006-2012	36	8,69	1,41	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1961-1999	165	8,61	1,63	0,19
	2000-2005	119	8,57	1,58	
	2006-2012	37	8,78	1,35	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1961-1999	164	8,14	1,87	0,27
	2000-2005	120	8,10	1,99	
	2006-2012	36	8,41	1,22	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1961-1999	164	8,56	1,88	0,23
	2000-2005	120	8,51	1,80	
	2006-2012	37	8,75	1,42	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1961-1999	165	8,72	2,17	0,16
	2000-2005	120	8,79	1,66	
	2006-2012	37	8,91	1,32	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1961-1999	164	6,91	3,01	0,55
	2000-2005	120	7,29	2,61	
	2006-2012	37	6,94	2,74	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 29. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1961-1999	164	7,24	2,73	0,34
	2000-2005	120	7,47	2,07	
	2006-2012	37	7,43	2,02	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1961-1999	163	7,38	2,46	0,17
	2000-2005	119	7,45	2,30	
	2006-2012	37	7,64	1,98	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1961-1999	163	8,48	1,96	0,05
	2000-2005	119	8,52	1,65	
	2006-2012	37	8,59	1,40	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1961-1999	162	7,62	2,53	0,33
	2000-2005	120	7,84	2,09	
	2006-2012	36	7,88	1,44	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1961-1999	163	6,53	2,96	1,97
	2000-2005	120	6,95	2,60	
	2006-2012	37	7,45	1,81	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 30. Análisis de las competencias en el área de gestión según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1961-1999	162	8,51	1,81	1,07
	2000-2005	120	8,76	1,55	
	2006-2012	37	8,43	1,60	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1961-1999	161	7,81	2,26	0,41
	2000-2005	118	8,05	1,92	
	2006-2012	36	7,83	1,91	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1961-1999	163	8,98	1,37	0,00
	2000-2005	120	9	1,60	
	2006-2012	37	9	1,37	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1961-1999	162	7,94	2,29	0,15
	2000-2005	119	8,05	1,91	
	2006-2012	37	7,94	1,58	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1961-1999	161	7,65	2,61	0,27
	2000-2005	118	7,88	2,07	
	2006-2012	37	7,62	2,15	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1961-1999	163	9,01	1,50	1,36
	2000-2005	120	9,27	1,45	
	2006-2012	37	9,27	1,21	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 31. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	F
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1961-1999	163	7,78	2,33	2,32
	2000-2005	120	8,12	1,83	
	2006-2012	37	7,29	1,83	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1961-1999	163	8,75	1,59	0,98
	2000-2005	119	8,82	1,49	
	2006-2012	37	8,40	1,72	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1961-1999	161	7,98	2,22	2,25
	2000-2005	119	8,38	1,91	
	2006-2012	36	7,63	2,55	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1961-1999	158	7,54	2,61	2,98*
	2000-2005	120	8,18	1,83	
	2006-2012	37	7,72	2,34	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.3 Según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia

En base al criterio de participación en esta prueba específica para obtener la acreditación oficial de especialista, no se observan valores significativos en la percepción de ninguno de los grupos de competencias que establece el programa formativo vigente.

El análisis del efecto del acceso a la prueba de la evaluación de la competencia sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 32 a 36.

**Tabla 32. Análisis de las competencias en el área preventiva según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	T
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	No	207	9,05	1,52	-0,08
	Si	114	9,03	1,57	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	No	207	8,86	1,45	-0,65
	Si	114	8,78	1,72	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	No	207	8,54	1,48	-0,92
	Si	114	8,35	1,93	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	No	205	7,6	2,29	0,74
	Si	114	7,79	1,91	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	No	207	8,91	1,37	-0,33
	Si	111	8,89	1,66	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	No	206	8,61	1,49	-1,11
	Si	113	8,42	1,78	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	No	207	7,71	1,98	-0,28
	Si	114	7,63	1,96	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 33. Análisis de las competencias en el área asistencial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	T
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	No	209	9,04	1,32	0,12
	Si	114	9,05	1,22	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	No	208	8,75	1,44	-0,79
	Si	113	8,62	1,86	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	No	208	8,67	1,48	-0,61
	Si	113	8,53	1,74	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	No	209	8,13	1,81	0,41
	Si	111	8,20	1,94	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	No	209	8,58	1,78	-0,09
	Si	112	8,54	1,84	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	No	209	8,77	1,98	-0,03
	Si	113	8,75	1,77	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	No	208	7,06	2,80	-0,03
	Si	113	7,04	2,91	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 34. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	T
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	No	208	7,31	2,42	0,30
	Si	113	7,41	2,43	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	No	207	7,37	2,31	0,59
	Si	112	7,56	2,40	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	No	207	8,49	1,80	0,15
	Si	112	8,53	1,78	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	No	205	7,72	2,33	-0,02
	Si	113	7,75	2,16	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	No	207	6,67	2,77	1,00
	Si	113	7,03	2,65	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 35. Análisis de las competencias en el área de gestión según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	T
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	No	207	8,62	1,68	-0,53
	Si	112	8,55	1,73	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	No	204	7,93	2,11	-0,38
	Si	111	7,85	2,08	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	No	207	9,03	1,39	-0,72
	Si	113	8,90	1,57	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	No	206	8,04	2,08	-0,79
	Si	112	7,88	2,07	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	No	204	7,86	2,25	-1,16
	Si	112	7,50	2,55	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	No	207	9,05	1,49	1,49
	Si	113	9,29	1,36	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 36. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	T
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	No	207	7,92	2,16	-0,67
	Si	113	7,73	2,22	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	No	206	8,78	1,51	-0,60
	Si	113	8,65	1,67	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	No	204	8,17	2,03	-0,89
	Si	112	7,96	2,37	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	No	203	7,80	2,33	-0,20
	Si	112	7,81	2,33	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.4 Según los años de ejercicio profesional en el ámbito de la salud laboral

La Enfermería del Trabajo con una experiencia profesional entre 10 y 19 años en el ámbito de su especialidad, se muestra más interesada en valorar las patologías derivadas de la actividad laboral y por tanto al asesoramiento en supuestos de incapacidad profesional (Tabla 39), también en desarrollar guías de buena praxis enfermera (Tabla 40) y por ende a la utilización de instrumentos que evalúen su actuación (Tabla 41).

El análisis del efecto de los años de ejercicio profesional en el ámbito de la salud laboral sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 37 a 41.

**Tabla 37. Análisis de las competencias en el área preventiva según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	N	Media	DE	F
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	0-9	110	9,03	1,44	1,37
	10-19	129	9,21	1,10	
	20-29	61	8,75	2,06	
	≥30	21	8,90	2,30	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	0-9	110	8,84	1,55	2,34
	10-19	129	9,05	1,08	
	20-29	61	8,45	2,13	
	≥30	21	8,52	1,86	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	0-9	110	8,37	1,78	1,09
	10-19	129	8,62	1,40	
	20-29	61	8,26	1,95	
	≥30	21	8,80	1,40	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	0-9	110	7,41	2,08	0,95
	10-19	129	7,70	2,25	
	20-29	60	7,91	2,06	
	≥30	20	8,10	2,24	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	0-9	107	8,86	1,67	0,56
	10-19	129	9,01	1,11	
	20-29	61	8,80	1,71	
	≥30	21	8,71	1,70	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	0-9	109	8,31	1,93	1,65
	10-19	129	8,72	1,23	
	20-29	60	8,50	1,66	
	≥30	21	8,80	1,53	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	0-9	110	7,52	2,07	0,76
	10-19	129	7,89	1,69	
	20-29	61	7,55	2,11	
	≥30	21	7,57	2,56	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 38. Análisis de las competencias en el área asistencial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	N	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	0-9	110	8,99	1,29	0,60
	10-19	131	9,13	1,09	
	20-29	61	9,04	1,41	
	≥30	21	8,76	1,92	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	0-9	109	8,61	1,73	1,42
	10-19	130	8,82	1,44	
	20-29	61	8,85	1,24	
	≥30	21	8,14	2,49	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	0-9	109	8,59	1,68	0,38
	10-19	130	8,54	1,63	
	20-29	61	8,80	1,30	
	≥30	21	8,71	1,45	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	0-9	109	8,11	2	1,23
	10-19	129	8,34	1,62	
	20-29	61	8,06	1,78	
	≥30	21	7,57	2,50	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	0-9	110	8,58	1,63	1,00
	10-19	129	8,72	1,60	
	20-29	61	8,26	2,17	
	≥30	21	8,42	2,52	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	0-9	110	8,78	1,58	0,07
	10-19	130	8,80	1,96	
	20-29	61	8,70	1,94	
	≥30	21	8,66	2,93	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	0-9	110	6,99	2,80	0,26
	10-19	129	6,96	2,88	
	20-29	61	7,32	2,74	
	≥30	21	7,23	3,11	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 39. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	0-9	110	7,41	2,17	3,52*
	10-19	130	7,74	2,20	
	20-29	60	6,55	2,90	
	≥30	21	6,85	2,93	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	0-9	109	7,44	2,28	1,81
	10-19	129	7,74	2,23	
	20-29	60	6,93	2,49	
	≥30	21	7	2,73	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	0-9	109	8,47	1,81	2,39
	10-19	130	8,76	1,27	
	20-29	59	7,98	2,56	
	≥30	21	8,57	1,50	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	0-9	109	7,88	2,07	2,53
	10-19	129	7,98	2	
	20-29	59	7,10	2,68	
	≥30	21	7,23	3,12	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	0-9	110	7	2,55	4,50***
	10-19	129	7,21	2,53	
	20-29	60	5,70	2,88	
	≥30	21	6,28	3,56	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 40. Análisis de las competencias en el área de gestión según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	0-9	110	8,50	1,73	2,96*
	10-19	127	8,91	1,26	
	20-29	61	8,11	2,25	
	≥30	21	8,61	1,68	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	0-9	108	7,87	2,12	1,72
	10-19	125	8,12	1,84	
	20-29	61	7,45	2,55	
	≥30	21	8,04	1,90	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	0-9	110	8,82	1,59	1,55
	10-19	128	9,17	1,28	
	20-29	61	8,83	1,59	
	≥30	21	9,14	1,27	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	0-9	109	7,88	2,06	0,25
	10-19	127	7,96	2,17	
	20-29	61	8,13	1,80	
	≥30	21	8,19	2,37	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	0-9	107	7,77	2,25	0,42
	10-19	128	7,85	2,39	
	20-29	61	7,47	2,37	
	≥30	20	7,60	2,83	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	0-9	110	9,27	1,43	2,34
	10-19	128	9,25	1,10	
	20-29	61	8,72	1,93	
	≥30	21	9	1,67	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 41. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	0-9	110	7,70	2,28	0,52
	10-19	129	8,03	1,97	
	20-29	60	7,76	2,33	
	≥30	21	7,76	2,52	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	0-9	110	8,72	1,66	0,28
	10-19	128	8,78	1,40	
	20-29	60	8,66	1,64	
	≥30	21	8,71	1,90	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	0-9	109	8,15	2,19	0,95
	10-19	127	8,27	1,82	
	20-29	59	7,74	2,49	
	≥30	21	7,71	2,77	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	0-9	109	8,05	2,07	4,29**
	10-19	125	8,10	1,81	
	20-29	61	6,83	3,07	
	≥30	20	7,06	3,03	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.5 Según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización

El número de especialistas no condiciona de forma relevante la opinión sobre la importancia de las distintas competencias salvo en una concreta vinculada al área preventiva, la detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento, aspecto favorecedor de la cultura preventiva en la organización. En este último supuesto, las empresas que disponen de dos profesionales lo consideran más importante vs. las entidades con menor o mayor número de especialistas (Tabla 42).

El análisis del efecto del número de especialistas vinculados a la empresa/organización sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 42 a 46.

**Tabla 42. Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1	152	9,01	1,63	1,62
	2	73	9,30	1,06	
	>2	96	8,90	1,67	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1	152	8,84	1,59	2,97*
	2	74	9,13	1,15	
	>2	95	8,58	1,71	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1	152	8,46	1,73	1,80
	2	74	8,77	1,12	
	>2	95	8,28	1,83	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1	151	7,50	2,47	0,87
	2	74	7,71	1,67	
	>2	94	7,89	1,94	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1	150	9,08	1,25	3,52*
	2	73	8,98	1,44	
	>2	95	8,50	1,76	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1	150	8,56	1,73	2,35
	2	74	8,81	1,23	
	>2	95	8,30	1,61	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1	152	7,60	2,13	0,79
	2	74	7,95	1,65	
	>2	95	7,60	1,93	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 43. Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1	152	9,11	1,23	2,71
	2	76	9,22	1,02	
	>2	95	8,78	1,51	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1	150	8,74	1,70	0,69
	2	76	8,85	1,17	
	>2	95	8,55	1,73	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1	152	8,73	1,46	1,07
	2	74	8,66	1,61	
	>2	95	8,42	1,72	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1	151	8,23	1,93	1,03
	2	75	7,90	1,85	
	>2	94	8,25	1,74	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1	152	8,61	2,01	0,26
	2	76	8,44	1,83	
	>2	93	8,59	1,36	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1	152	8,91	1,82	0,90
	2	76	8,75	1,89	
	>2	94	8,55	2,06	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1	152	7,02	2,91	0,45
	2	75	6,86	2,91	
	>2	94	7,26	2,65	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 44. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1	151	7,31	2,63	0,52
	2	76	7,17	2,31	
	>2	94	7,55	2,13	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1	150	7,37	2,59	0,67
	2	76	7,27	2,20	
	>2	93	7,68	2,02	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1	150	8,56	1,96	0,18
	2	76	8,42	1,82	
	>2	93	8,50	1,44	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1	149	7,83	2,38	0,38
	2	76	7,60	2,16	
	>2	93	7,68	2,18	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1	151	6,88	2,74	2,22
	2	75	6,24	2,74	
	>2	94	7,11	2,67	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 45. Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1	151	8,62	1,71	0,44
	2	74	8,44	1,77	
	>2	94	8,69	1,61	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1	151	7,87	2,24	0,10
	2	73	7,87	1,97	
	>2	91	7,97	1,97	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1	152	9,01	1,68	0,14
	2	74	9,04	1,23	
	>2	94	8,91	1,22	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1	152	7,98	2,20	0,12
	2	73	7,84	2,19	
	>2	93	8,10	1,76	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1	150	7,60	2,77	0,43
	2	74	7,78	1,95	
	>2	92	7,92	1,91	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1	152	9,21	1,51	0,42
	2	74	9,05	1,59	
	>2	94	9,08	1,23	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 46. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1	152	7,77	2,24	0,18
	2	74	7,89	2,23	
	>2	94	7,95	2,06	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1	150	8,82	1,55	0,29
	2	75	8,70	1,78	
	>2	94	8,63	1,43	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1	150	8,05	2,26	0,14
	2	73	8,21	1,91	
	>2	93	8,07	2,19	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1	149	7,81	2,42	0,04
	2	73	7,76	2,18	
	>2	93	7,82	2,31	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.6 Según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo

En base a este criterio, únicamente la competencia colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia incluida en el área preventiva, tiene un carácter significativo en opinión de los especialistas que trabajan en empresas que cuentan de 250 a 499 trabajadores (Tabla 47).

El análisis del efecto del tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 47 a 51.

**Tabla 47. Análisis de las competencias en el área preventiva según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1 a 249	52	8,86	1,53	0,53
	250 a 499	39	8,92	2,27	
	≥500	230	9,10	1,38	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1 a 249	53	8,77	1,77	0,10
	250 a 499	39	8,74	2,09	
	≥500	229	8,86	1,30	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1 a 249	53	8,45	1,80	0,54
	250 a 499	39	8,74	1,92	
	≥500	229	8,44	1,57	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1 a 249	52	8,09	1,93	3,13*
	250 a 499	39	8,17	1,98	
	≥500	228	7,48	2,22	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1 a 249	51	8,90	1,73	0,12
	250 a 499	39	9	1,73	
	≥500	228	8,89	1,37	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1 a 249	53	8,56	1,71	0,62
	250 a 499	38	8,78	1,80	
	≥500	228	8,5	1,54	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1 a 249	53	7,75	1,90	0,37
	250 a 499	39	7,92	2,10	
	≥500	229	7,62	1,96	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 48. Análisis de las competencias en el área asistencial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1 a 249	55	8,96	1,24	0,78
	250 a 499	39	9,28	1,31	
	≥500	229	9,02	1,29	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1 a 249	55	8,54	1,88	0,36
	250 a 499	39	8,82	1,44	
	≥500	227	8,73	1,56	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1 a 249	54	8,25	1,93	1,63
	250 a 499	39	8,61	1,38	
	≥500	228	8,71	1,51	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1 a 249	54	7,94	2,24	0,40
	250 a 499	38	8,34	1,90	
	≥500	228	8,18	1,75	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1 a 249	54	8,48	1,62	0,09
	250 a 499	38	8,68	2,26	
	≥500	229	8,57	1,76	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1 a 249	54	8,51	2,30	0,63
	250 a 499	39	8,97	1,78	
	≥500	229	8,79	1,83	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1 a 249	54	6,57	3,34	1,04
	250 a 499	39	6,84	2,91	
	≥500	228	7,21	2,68	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 49. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1 a 249	54	7,53	2,07	1,21
	250 a 499	39	7,84	2,23	
	≥500	228	7,22	2,50	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1 a 249	54	7,51	2,08	0,83
	250 a 499	39	7,87	2,21	
	≥500	226	7,34	2,42	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1 a 249	53	8,62	1,67	0,79
	250 a 499	39	8,79	1,64	
	≥500	227	8,43	1,84	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1 a 249	54	7,85	2,32	1,10
	250 a 499	38	8,15	2,30	
	≥500	226	7,63	2,25	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1 a 249	54	7,01	2,85	0,28
	250 a 499	39	6,89	2,61	
	≥500	227	6,73	2,73	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 50. Análisis de las competencias en el área de gestión según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1 a 249	52	8,75	1,31	0,46
	250 a 499	39	8,53	2,01	
	≥500	228	8,57	1,72	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1 a 249	52	7,86	2,10	0,01
	250 a 499	39	7,97	2,17	
	≥500	224	7,90	2,10	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1 a 249	52	9,09	1,10	0,60
	250 a 499	39	9,15	1,72	
	≥500	229	8,93	1,48	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1 a 249	52	8,26	1,93	0,26
	250 a 499	38	7,97	2,31	
	≥500	228	7,92	2,07	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1 a 249	52	8,05	1,89	0,80
	250 a 499	39	7,79	2,80	
	≥500	225	7,65	2,38	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1 a 249	52	9,23	1,11	0,53
	250 a 499	39	8,92	2,00	
	≥500	229	9,15	1,41	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 51. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	F
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1 a 249	53	7,92	2,13	0,50
	250 a 499	39	7,51	2,22	
	≥500	228	7,89	2,19	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1 a 249	52	8,82	1,66	0,16
	250 a 499	39	8,64	1,73	
	≥500	228	8,73	1,52	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1 a 249	48	8,37	1,78	0,44
	250 a 499	39	8,07	2,01	
	≥500	229	8,04	2,25	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1 a 249	50	8,14	2,05	0,42
	250 a 499	39	7,51	2,56	
	≥500	226	7,87	2,34	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.7 Según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo

De nuevo el análisis de los valores que toman las medias en las distintas áreas de competencias es homogéneo. Aun así, dos competencias del ámbito asistencial relativas a la atención prestada en las mutuas destacan sobremanera por la importancia que se les concede, administración de fármacos o productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral y

proporcionar una atención integral al trabajador. En cambio, el modelo de servicio de prevención mancomunado es más proclive a identificar problemas de salud reales o potenciales en los centros de trabajo (Tabla 53).

El análisis del efecto del vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 52 a 56.

**Tabla 52. Análisis de las competencias en el área preventiva según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	SPP	159	9,11	1,36	2,99
	SPA	96	8,97	1,54	
	SPM	35	9,57	0,69	
	Mutua	15	8	2,61	
	Otros	16	8,56	2,50	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	SPP	158	8,78	1,42	2,38
	SPA	97	8,88	1,71	
	SPM	35	9,42	0,77	
	Mutua	15	8,26	2,15	
	Otros	16	8,25	1,98	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	SPP	158	8,42	1,53	1,96
	SPA	97	8,55	1,90	
	SPM	35	8,91	1,09	
	Mutua	15	8,53	1,64	
	Otros	16	7,56	1,96	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	SPP	158	7,62	2,16	0,46
	SPA	96	7,60	2,22	
	SPM	35	7,88	2,06	
	Mutua	15	8,13	1,84	
	Otros	15	7,60	2,35	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	SPP	158	8,96	1,38	1,41
	SPA	95	8,87	1,78	
	SPM	35	9,11	0,93	
	Mutua	15	8,80	1,20	
	Otros	15	8,13	1,55	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	SPP	157	8,57	1,53	0,34
	SPA	97	8,53	1,76	
	SPM	34	8,73	1,16	
	Mutua	15	8,26	2,43	
	Otros	16	8,18	1,22	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	SPP	158	7,74	1,86	0,55
	SPA	97	7,62	2,17	
	SPM	35	7,91	1,44	
	Mutua	15	7,33	2,58	
	Otros	16	7,25	2,32	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 53. Análisis de las competencias en el área asistencial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	SPP	158	9,08	1,22	3,41**
	SPA	97	9,11	1,23	
	SPM	35	9,34	0,96	
	Mutua	17	8,52	1,66	
	Otros	16	8,12	1,92	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	SPP	157	8,87	1,23	2,42*
	SPA	96	8,38	2	
	SPM	35	8,88	1,89	
	Mutua	17	9,17	1,01	
	Otros	16	8,25	1,65	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	SPP	158	8,72	1,44	2,89*
	SPA	95	8,21	1,95	
	SPM	35	8,97	1,09	
	Mutua	17	9,29	0,91	
	Otros	16	8,62	1,40	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	SPP	157	8,24	1,61	1,49
	SPA	95	7,84	2,32	
	SPM	35	8,20	1,90	
	Mutua	17	8,88	1,31	
	Otros	16	8,43	1,15	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	SPP	157	8,63	1,79	1,66
	SPA	96	8,71	1,45	
	SPM	35	8,54	1,97	
	Mutua	17	8	2,87	
	Otros	16	7,68	1,88	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	SPP	158	8,83	1,91	1,00
	SPA	96	8,55	1,92	
	SPM	35	9,25	0,91	
	Mutua	17	8,64	2,80	
	Otros	16	8,50	2,25	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	SPP	158	7,13	2,70	2,26
	SPA	96	6,47	3,24	
	SPM	35	7,48	2,35	
	Mutua	17	8,47	2,60	
	Otros	15	7,33	1,98	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 54. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	SPP	158	7,25	2,48	0,6
	SPA	96	7,44	2,43	
	SPM	34	7,52	2,33	
	Mutua	17	7,88	2,61	
	Otros	16	6,75	1,69	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	SPP	157	7,35	2,29	0,56
	SPA	95	7,42	2,46	
	SPM	34	7,50	2,51	
	Mutua	17	8,23	2,46	
	Otros	16	7,43	1,67	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	SPP	157	8,47	1,78	0,30
	SPA	95	8,56	1,88	
	SPM	34	8,70	1,26	
	Mutua	17	8,41	2,59	
	Otros	16	8,18	1,27	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	SPP	155	7,60	2,23	0,71
	SPA	96	7,72	2,40	
	SPM	34	8,23	1,89	
	Mutua	17	8	2,42	
	Otros	16	7,75	2,48	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	SPP	158	6,63	2,70	0,49
	SPA	96	6,86	2,80	
	SPM	33	6,93	2,83	
	Mutua	17	7,47	2,74	
	Otros	16	7	2,55	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 55. Análisis de las competencias en el área de gestión según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	SPP	158	8,62	1,72	0,83
	SPA	96	8,68	1,74	
	SPM	35	8,65	1,28	
	Mutua	14	8,21	1,92	
	Otros	16	8,12	1,82	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	SPP	156	7,90	2,03	0,31
	SPA	94	7,78	2,45	
	SPM	34	8,08	1,67	
	Mutua	15	8,06	2,21	
	Otros	16	8,06	1,23	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	SPP	158	8,94	1,47	0,40
	SPA	96	9,04	1,54	
	SPM	35	9,20	1,13	
	Mutua	15	8,60	1,76	
	Otros	16	9	1,09	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	SPP	158	8,01	1,92	0,32
	SPA	94	7,90	2,36	
	SPM	35	8	2,04	
	Mutua	15	7,73	2,46	
	Otros	16	8,43	1,54	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	SPP	156	7,87	2,13	0,18
	SPA	95	7,61	2,63	
	SPM	34	7,70	2,39	
	Mutua	15	7,33	3,13	
	Otros	16	7,68	2,24	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	SPP	158	9,05	1,55	2,19
	SPA	96	9,30	1,33	
	SPM	35	9,51	0,61	
	Mutua	15	8,86	1,68	
	Otros	16	8,43	1,96	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 56. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	SPP	157	7,81	2,19	0,43
	SPA	96	7,85	2,29	
	SPM	35	8,25	1,44	
	Mutua	16	7,68	2,79	
	Otros	16	7,56	2,25	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	SPP	156	8,78	1,51	1,04
	SPA	96	8,76	1,52	
	SPM	35	8,94	1,13	
	Mutua	16	8,12	2,50	
	Otros	16	8,31	1,99	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	SPP	157	8,01	2,14	0,43
	SPA	93	8,18	2,18	
	SPM	35	8,17	2,07	
	Mutua	15	7,73	3,01	
	Otros	16	8,56	1,59	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	SPP	156	7,70	2,28	0,05
	SPA	94	7,92	2,39	
	SPM	34	7,88	2,19	
	Mutua	15	7,93	2,78	
	Otros	16	7,87	2,39	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.8 Según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España

En el análisis de las distintas atribuciones profesionales se observa que las competencias incrementar el nivel de salud de la población trabajadora mediante la prevención de riesgos y formación de trabajadores (Tabla 57) junto con la realización de proyectos de investigación, redacción de comunicaciones científicas y utilización de instrumentos de autoevaluación (Tabla 61), denotan relevancia y son más prevalentes en organizaciones con más de diez centros de trabajo.

El análisis del efecto del número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 57 a 61.

**Tabla 57. Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1	44	9,04	1,21	3,82**
	2 a 5	60	8,51	2,11	
	6 a 10	37	8,83	2,30	
	>10	180	9,26	1,08	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1	44	8,79	1,19	1,73
	2 a 5	61	8,47	1,94	
	6 a 10	37	8,67	1,85	
	>10	179	9	1,39	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1	44	8,52	1,35	2,12
	2 a 5	61	8,03	2,02	
	6 a 10	37	8,43	1,51	
	>10	179	8,63	1,59	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1	43	7,74	2,17	0,50
	2 a 5	60	7,40	2,35	
	6 a 10	37	7,86	1,37	
	>10	179	7,70	2,23	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1	42	8,90	1,30	1,26
	2 a 5	60	8,63	1,80	
	6 a 10	37	9	1,02	
	>10	179	8,97	1,48	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1	44	8,59	1,52	2,16
	2 a 5	60	8,15	1,93	
	6 a 10	37	8,35	1,84	
	>10	178	8,70	1,42	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1	44	7,79	1,87	2,37
	2 a 5	61	7,18	2,30	
	6 a 10	37	7,37	2,01	
	>10	179	7,89	1,84	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 58. Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1	44	8,90	1,11	2,53
	2 a 5	61	8,80	1,56	
	6 a 10	37	8,78	1,75	
	>10	181	9,21	1,08	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1	44	8,84	1,23	0,97
	2 a 5	61	8,55	1,62	
	6 a 10	37	8,35	2,04	
	>10	179	8,81	1,57	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1	44	8,61	1,27	0,50
	2 a 5	59	8,59	1,58	
	6 a 10	37	8,35	1,75	
	>10	181	8,69	1,61	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1	44	7,97	2,02	0,23
	2 a 5	60	8,11	1,69	
	6 a 10	37	8,13	1,91	
	>10	179	8,22	1,86	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1	44	8,54	1,57	1,58
	2 a 5	60	8,55	1,71	
	6 a 10	36	8	2,44	
	>10	181	8,69	1,72	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1	44	8,75	1,92	0,68
	2 a 5	60	8,61	2,13	
	6 a 10	37	8,45	2,29	
	>10	181	8,88	1,73	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1	44	7,29	2,61	1,36
	2 a 5	60	6,43	3,06	
	6 a 10	37	6,78	2,77	
	>10	180	7,26	2,81	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 59. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1	44	7,27	2,47	0,62
	2 a 5	60	7,10	2,21	
	6 a 10	37	7,72	2,14	
	>10	180	7,38	2,53	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1	43	7,53	2,30	1,11
	2 a 5	60	6,96	2,19	
	6 a 10	37	7,70	2,29	
	>10	179	7,52	2,41	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1	44	8,09	2,12	1,24
	2 a 5	59	8,42	1,47	
	6 a 10	36	8,44	2,19	
	>10	180	8,65	1,70	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1	43	8,06	1,86	0,81
	2 a 5	58	7,44	2,20	
	6 a 10	37	7,43	2,70	
	>10	180	7,81	2,28	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1	44	6,97	2,57	0,97
	2 a 5	60	6,23	2,73	
	6 a 10	37	6,91	3	
	>10	179	6,92	2,70	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 60. Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1	44	8,38	1,61	1,91
	2 a 5	60	8,2	2,07	
	6 a 10	36	8,69	1,56	
	>10	179	8,77	1,58	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1	44	7,63	2,48	1,29
	2 a 5	59	7,55	2,04	
	6 a 10	37	8,08	1,49	
	>10	175	8,05	2,12	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1	44	9,02	1,47	1,85
	2 a 5	60	8,60	1,70	
	6 a 10	37	8,97	1,21	
	>10	179	9,11	1,39	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1	44	7,90	2,18	1,72
	2 a 5	60	7,70	2,14	
	6 a 10	37	7,59	2,221	
	>10	177	8,18	1,99	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1	44	7,77	2,33	1,99
	2 a 5	59	7,18	2,84	
	6 a 10	36	7,36	2,29	
	>10	177	7,99	2,19	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1	44	9,06	1,26	1,20
	2 a 5	60	8,85	1,87	
	6 a 10	37	9,08	1,60	
	>10	179	9,26	1,29	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 61. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1	44	7,75	2,22	2,79*
	2 a 5	60	7,15	2,53	
	6 a 10	37	8,05	1,43	
	>10	179	8,07	2,14	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1	44	8,65	1,42	1,79
	2 a 5	59	8,28	2,10	
	6 a 10	37	8,91	1,01	
	>10	179	8,87	1,47	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1	43	8,16	1,95	2,60*
	2 a 5	57	7,38	2,60	
	6 a 10	37	7,91	2	
	>10	179	8,34	2,04	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1	43	7,90	2,24	3,07*
	2 a 5	59	7,11	2,76	
	6 a 10	37	7,56	2,27	
	>10	176	8,06	2,16	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.9 Según la actividad económica principal de la empresa

En el 72,41% de las veintinueve competencias profesionales que atribuye la norma a la Enfermería del Trabajo, la puntuación es más elevada en los sectores agrario, industria y servicios vs. construcción. De forma específica, esta notoriedad es más acusada en el ámbito de los servicios en los siguientes supuestos: incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la prevención de riesgos e interactuar con los agentes sociales para la mejora de la seguridad (área preventiva) (Tabla 62); identificar problemas de salud laboral reales o potenciales y prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo (área asistencial) (Tabla 63), así como coordinar las actuaciones con el sistema público de salud (área de gestión) (Tabla 65).

El análisis del efecto de la actividad económica principal de la empresa sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 62 a 66.

**Tabla 62. Análisis de las competencias en el área preventiva según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Agrario	28	8,31	3,06	6,21***
	Industria	71	9	1,39	
	Servicios	219	9,19	1,10	
	Construcción	3	6,33	5,50	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Agrario	28	8,35	2,66	2,55
	Industria	72	8,77	1,53	
	Servicios	218	8,94	1,28	
	Construcción	3	7	4,35	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Agrario	28	8,25	2,42	1,01
	Industria	72	8,30	1,60	
	Servicios	218	8,57	1,52	
	Construcción	3	7,66	3,21	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Agrario	27	7,66	2,40	0,24
	Industria	72	7,81	1,71	
	Servicios	218	7,62	2,27	
	Construcción	2	7,50	0,70	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Agrario	28	8,75	1,95	0,45
	Industria	70	8,81	1,60	
	Servicios	217	8,95	1,37	
	Construcción	3	8,66	1,52	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Agrario	28	8,32	2,59	0,49
	Industria	72	8,50	1,30	
	Servicios	216	8,57	1,54	
	Construcción	3	9,33	0,57	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Agrario	28	7,21	2,72	3,68**
	Industria	72	7,77	1,59	
	Servicios	218	7,76	1,91	
	Construcción	3	4,33	4,04	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 63. Análisis de las competencias en el área asistencial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Agrario	28	8,78	1,91	6,72***
	Industria	72	9	1,16	
	Servicios	220	9,13	1,13	
	Construcción	3	6	3,60	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Agrario	27	8,03	2,44	4,98***
	Industria	71	8,85	1,24	
	Servicios	220	8,78	1,52	
	Construcción	3	6,33	3,21	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Agrario	28	8,28	1,88	2,21
	Industria	70	8,44	1,73	
	Servicios	220	8,74	1,46	
	Construcción	3	7	2,64	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Agrario	28	7,89	2,55	0,29
	Industria	70	8,18	1,43	
	Servicios	219	8,18	1,88	
	Construcción	3	8,66	1,15	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Agrario	28	8,03	2,97	1,40
	Industria	71	8,47	1,34	
	Servicios	219	8,65	1,74	
	Construcción	3	9,66	0,55	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Agrario	28	7,85	2,82	3,46*
	Industria	71	8,80	1,83	
	Servicios	220	8,90	1,69	
	Construcción	3	7	5,19	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Agrario	28	5,53	3,69	3,47*
	Industria	71	6,85	2,78	
	Servicios	219	7,31	2,66	
	Construcción	3	7,66	4,04	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 64. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Agrario	28	7,67	2,19	0,76
	Industria	71	7,01	2,39	
	Servicios	219	7,41	2,46	
	Construcción	3	7,66	2,51	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Agrario	27	7,85	2,23	0,99
	Industria	71	7,09	2,30	
	Servicios	218	7,49	2,38	
	Construcción	3	8,33	1,52	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Agrario	27	8,51	2,27	0,33
	Industria	70	8,38	1,66	
	Servicios	219	8,53	1,77	
	Construcción	3	9,33	0,57	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Agrario	28	7,21	3,11	0,81
	Industria	70	7,68	1,77	
	Servicios	217	7,83	2,23	
	Construcción	3	6,66	5,77	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Agrario	28	6,71	3,30	0,69
	Industria	71	6,40	2,65	
	Servicios	218	6,94	2,67	
	Construcción	3	6,33	3,78	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 65. Análisis de las competencias en el área de gestión según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Agrario	27	8,40	2,18	0,73
	Industria	71	8,53	1,55	
	Servicios	218	8,65	1,65	
	Construcción	3	8	3,46	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Agrario	28	7,60	2,57	1,14
	Industria	71	7,61	2,01	
	Servicios	213	8,03	2,06	
	Construcción	3	8,33	2,08	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Agrario	28	8,82	2,09	0,69
	Industria	71	8,81	1,26	
	Servicios	218	9,06	1,42	
	Construcción	3	9,33	1,15	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Agrario	28	8,10	2,52	1,61
	Industria	71	7,57	2,30	
	Servicios	216	8,10	1,93	
	Construcción	3	8	2	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Agrario	28	7,42	3,02	3,09*
	Industria	70	7,34	2,58	
	Servicios	215	7,95	2,14	
	Construcción	3	4,66	3,21	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Agrario	28	8,75	2,39	2,04
	Industria	71	9,07	1,31	
	Servicios	218	9,23	1,27	
	Construcción	3	7,66	4,04	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 66. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Agrario	28	7,60	2,33	0,56
	Industria	71	7,61	2,16	
	Servicios	218	7,95	2,17	
	Construcción	3	8,33	2,88	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Agrario	28	8,64	1,94	0,16
	Industria	70	8,61	1,51	
	Servicios	218	8,78	1,54	
	Construcción	3	9	1,73	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Agrario	28	8	2,58	0,64
	Industria	69	7,95	1,97	
	Servicios	216	8,13	2,17	
	Construcción	3	9,66	0,57	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Agrario	26	7,84	2,97	0,84
	Industria	71	7,45	2,42	
	Servicios	215	7,93	2,14	
	Construcción	3	6,66	5,77	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.10 Según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales

De forma genérica se perciben unos valores de medias más elevados en aquellos participantes que no disponen de formación complementaria en materia de prevención de riesgos laborales y quienes han alcanzado el nivel superior, quedando de manifiesto en la actuación en materia de promoción y prevención de riesgos para incrementar el nivel de salud del trabajador (Tabla 67).

El análisis del efecto del nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 67 a 71.

**Tabla 67. Análisis de las competencias en el área preventiva según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	No	35	9,28	1,77	3,21*
	B/I	27	8,37	2,11	
	Superior	259	9,08	1,41	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	No	35	8,82	1,68	0,88
	B/I	27	8,44	2	
	Superior	259	8,87	1,48	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	No	35	8,85	1,59	1,59
	B/I	27	8,11	2,34	
	Superior	259	8,46	1,57	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	No	33	8,06	1,96	0,44
	B/I	27	7,44	2,20	
	Superior	259	7,64	2,18	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	No	35	9,20	1,15	1,61
	B/I	27	8,51	2,15	
	Superior	259	8,90	1,43	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	No	35	8,88	1,25	0,88
	B/I	27	8,48	1,94	
	Superior	257	8,50	1,60	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	No	35	7,91	2	0,36
	B/I	27	7,81	2,32	
	Superior	259	7,64	1,93	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 68. Análisis de las competencias en el área asistencial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	No	35	8,97	1,59	0,45
	B/I	27	8,85	1,37	
	Superior	261	9,07	1,23	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	No	35	8,74	1,42	0,46
	B/I	26	8,57	1,85	
	Superior	260	8,72	1,60	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	No	35	8,57	1,53	0,65
	B/I	27	8,96	1,65	
	Superior	259	8,59	1,58	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	No	35	8,62	1,49	1,23
	B/I	26	7,96	2,04	
	Superior	259	8,11	1,88	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	No	35	8,97	1,12	0,97
	B/I	26	8,38	2,09	
	Superior	259	8,53	1,84	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	No	35	8,65	2,42	0,12
	B/I	26	8,84	1,56	
	Superior	261	8,77	1,87	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	No	35	6,80	3,18	0,28
	B/I	26	7,23	2,95	
	Superior	260	7,07	2,78	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 69. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	No	35	7,80	2,06	0,67
	B/I	26	7,34	2,57	
	Superior	260	7,29	2,45	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	No	34	7,79	2,07	0,81
	B/I	26	7,69	2,57	
	Superior	259	7,37	2,35	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	No	35	8,85	1,30	0,74
	B/I	25	8,52	2,04	
	Superior	259	8,46	1,82	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	No	35	8,22	2,03	1,08
	B/I	26	7,88	2,56	
	Superior	257	7,65	2,27	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	No	35	7,28	2,59	1,18
	B/I	26	7,26	2,58	
	Superior	259	6,68	2,76	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 70. Análisis de las competencias en el área de gestión según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	No	34	8,97	1,33	1,54
	B/I	26	8	2,56	
	Superior	259	8,61	1,62	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	No	34	8,38	1,59	0,75
	B/I	26	7,80	2,46	
	Superior	255	7,85	2,12	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	No	35	9,11	1,07	0,68
	B/I	26	8,65	2,44	
	Superior	259	9	1,37	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	No	35	8,28	1,79	1,14
	B/I	26	7,69	2,36	
	Superior	257	7,97	2,08	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	No	34	8,20	2,18	0,76
	B/I	26	7,84	2,42	
	Superior	256	7,66	2,38	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	No	35	9,25	1,57	0,12
	B/I	26	9,07	2,03	
	Superior	259	9,13	1,37	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 71. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	No	35	8,40	1,45	2,39
	B/I	26	7,19	3,20	
	Superior	259	7,84	2,13	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	No	35	8,88	1,02	1,14
	B/I	26	8,30	2,57	
	Superior	258	8,76	1,50	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	No	35	8,37	1,89	0,84
	B/I	25	7,60	3,04	
	Superior	256	8,10	2,09	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	No	35	8,11	2,06	0,60
	B/I	26	8	3,26	
	Superior	254	7,74	2,25	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.11 Según la relación contractual con la empresa

Las modalidades de vinculación laboral de contrato indefinido (86,11%) y eventual, interino y por obra o servicio (8,95%) representan la práctica totalidad del colectivo (Tabla 11). En general, las valoraciones que realizan muestran un carácter homogéneo. No obstante pondremos en valor la competencia que concita una fuerte significación en ambas modalidades de contratación: colaborar con el equipo multidisciplinar en la aptitud del trabajador para el desempeño de su cometido ( $p < 0,001$ ) (Tabla 73).

El análisis del efecto de la relación contractual con la empresa sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 72 a 26.

**Tabla 72. Análisis de las competencias en el área preventiva según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Indefinido	276	9,07	1,49	1,99
	Eventual	29	9,13	0,83	
	Otros	16	8,31	2,75	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Indefinido	276	8,86	1,56	2,43
	Eventual	29	8,96	0,98	
	Otros	16	8	2,03	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Indefinido	276	8,50	1,69	0,30
	Eventual	29	8,31	1,33	
	Otros	16	8,31	1,49	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Indefinido	274	7,64	2,24	0,29
	Eventual	29	7,65	1,36	
	Otros	16	8,06	1,84	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Indefinido	274	8,91	1,51	0,96
	Eventual	29	9,06	0,96	
	Otros	15	8,46	1,59	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Indefinido	274	8,56	1,58	2,83
	Eventual	29	8,82	0,96	
	Otros	16	7,68	2,52	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Indefinido	276	7,69	2	0,13
	Eventual	29	7,68	1,67	
	Otros	16	7,43	2,09	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ .

**Tabla 73. Análisis de las competencias en el área asistencial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Indefinido	278	9,09	1,25	2,55
	Eventual	29	8,93	1,06	
	Otros	16	8,37	1,99	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Indefinido	276	8,72	1,61	0,76
	Eventual	29	8,86	1,15	
	Otros	16	8,25	2,01	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Indefinido	276	8,63	1,59	0,09
	Eventual	29	8,51	1,40	
	Otros	16	8,62	1,78	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Indefinido	277	8,13	1,92	1,22
	Eventual	29	8,10	1,51	
	Otros	14	8,85	1,02	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Indefinido	278	8,62	1,78	5,79***
	Eventual	29	8,82	1,16	
	Otros	14	6,85	2,50	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Indefinido	278	8,80	1,93	0,53
	Eventual	29	8,72	1,55	
	Otros	15	8,20	2,04	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Indefinido	277	6,99	2,91	1,11
	Eventual	29	7,20	2,59	
	Otros	15	7,93	1,62	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 74. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Indefinido	277	7,37	2,46	0,13
	Eventual	29	7,13	2,34	
	Otros	15	7,40	1,84	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Indefinido	275	7,44	2,35	0,60
	Eventual	29	7,13	2,55	
	Otros	15	8	1,73	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Indefinido	275	8,56	1,77	1,11
	Eventual	29	8,34	1,47	
	Otros	15	7,93	2,52	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Indefinido	275	7,78	2,26	0,66
	Eventual	28	7,28	2,44	
	Otros	15	7,66	2,16	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Indefinido	276	6,76	2,77	0,23
	Eventual	29	6,96	2,67	
	Otros	15	7,13	2,03	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 75. Análisis de las competencias en el área de gestión según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Indefinido	275	8,62	1,72	0,49
	Eventual	29	8,65	1,42	
	Otros	15	8,06	1,75	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Indefinido	272	7,86	2,18	0,50
	Eventual	28	8,07	1,53	
	Otros	15	8,40	1,40	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Indefinido	276	9	1,50	0,14
	Eventual	29	9,03	0,90	
	Otros	15	8,73	1,48	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Indefinido	274	8	2,11	1,45
	Eventual	29	8,13	1,48	
	Otros	15	7,46	2,47	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Indefinido	272	7,70	2,45	1,21
	Eventual	29	8,34	1,49	
	Otros	15	7,26	2,12	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Indefinido	276	9,19	1,36	1,37
	Eventual	29	8,89	1,97	
	Otros	15	8,86	1,91	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 76. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Indefinido	277	7,88	2,19	0,34
	Eventual	28	7,78	2,20	
	Otros	15	7,53	2,13	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Indefinido	275	8,74	1,58	0,54
	Eventual	29	8,89	1,11	
	Otros	15	8,40	2,02	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Indefinido	272	8,09	2,16	0,15
	Eventual	29	8,24	1,82	
	Otros	15	7,86	2,78	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Indefinido	271	7,84	2,32	0,19
	Eventual	29	7,51	2,44	
	Otros	15	7,80	2,24	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.1.12 Según el horario de trabajo

El 83,33% de los participantes del estudio desarrolla su actividad laboral en dos modalidades horarias, fijo de mañana y en jornada de mañana y tarde, siendo mayoritaria la primera opción (60,49%) (Tabla 12). Aun así, el criterio analizado no resulta determinante en las opiniones sobre la importancia de las atribuciones profesionales de los especialistas.

El análisis del efecto del horario de trabajo sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 77 a 81.

**Tabla 77. Análisis de las competencias en el área preventiva según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Fijo mañana	194	9,15	1,15	2,56
	Mañana/tarde	73	9,06	1,61	
	Otros	54	8,62	2,38	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Fijo mañana	193	8,98	1,23	2,54
	Mañana/tarde	74	8,70	1,78	
	Otros	54	8,46	2,09	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Fijo mañana	193	8,56	1,47	1,74
	Mañana/tarde	74	8,51	1,61	
	Otros	54	8,11	2,20	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Fijo mañana	193	7,53	2,18	0,93
	Mañana/tarde	73	7,79	1,98	
	Otros	53	8	2,29	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Fijo mañana	192	8,91	1,33	0,17
	Mañana/tarde	73	8,86	1,69	
	Otros	53	8,92	1,67	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Fijo mañana	192	8,57	1,48	0,89
	Mañana/tarde	73	8,65	1,47	
	Otros	54	8,29	2,10	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Fijo mañana	193	7,70	1,89	0,03
	Mañana/tarde	74	7,67	2,07	
	Otros	54	7,62	2,15	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 78. Análisis de las competencias en el área asistencial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Fijo mañana	195	9,07	1,20	0,39
	Mañana/tarde	74	9,08	1,30	
	Otros	54	8,90	1,56	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Fijo mañana	194	8,67	1,65	0,24
	Mañana/tarde	73	8,82	1,53	
	Otros	54	8,72	1,53	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Fijo mañana	194	8,49	1,68	1,88
	Mañana/tarde	73	8,72	1,60	
	Otros	54	8,94	1,07	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Fijo mañana	194	8,05	1,88	1,70
	Mañana/tarde	73	8,10	1,84	
	Otros	53	8,62	1,73	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Fijo mañana	194	8,59	1,77	0,10
	Mañana/tarde	73	8,52	1,67	
	Otros	54	8,53	2,08	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Fijo mañana	194	8,74	1,83	0,04
	Mañana/tarde	74	8,79	1,93	
	Otros	54	8,83	2,16	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Fijo mañana	193	7,09	2,75	0,19
	Mañana/tarde	74	6,89	2,92	
	Otros	54	7,16	3,06	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 79. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Fijo mañana	194	7,36	2,38	1,34
	Mañana/tarde	73	7,02	2,61	
	Otros	54	7,75	2,25	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Fijo mañana	193	7,44	2,35	1,80
	Mañana/tarde	72	7,06	2,49	
	Otros	54	7,92	2,06	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Fijo mañana	193	8,50	1,71	0,04
	Mañana/tarde	72	8,54	1,88	
	Otros	54	8,50	1,95	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Fijo mañana	194	7,69	2,28	0,63
	Mañana/tarde	71	7,63	2,23	
	Otros	53	8,01	2,28	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Fijo mañana	193	6,90	2,67	0,27
	Mañana/tarde	73	6,56	2,93	
	Otros	54	6,75	2,67	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 80. Análisis de las competencias en el área de gestión según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Fijo mañana	191	8,58	1,67	0,15
	Mañana/tarde	74	8,68	1,54	
	Otros	54	8,53	1,97	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Fijo mañana	187	7,84	2,11	0,83
	Mañana/tarde	74	7,79	2,14	
	Otros	54	8,25	2,01	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Fijo mañana	192	8,94	1,48	0,63
	Mañana/tarde	74	9,16	1,17	
	Otros	54	8,90	1,70	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Fijo mañana	190	7,98	1,99	0,13
	Mañana/tarde	74	7,90	2,27	
	Otros	54	8,09	2,13	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Fijo mañana	191	7,81	2,27	0,53
	Mañana/tarde	72	7,56	2,37	
	Otros	53	7,69	2,70	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Fijo mañana	192	9,13	1,36	0,32
	Mañana/tarde	74	9,24	1,32	
	Otros	54	9,03	1,91	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 81. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Fijo mañana	192	7,95	2,14	0,41
	Mañana/tarde	74	7,70	2,39	
	Otros	54	7,70	2,03	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Fijo mañana	192	8,69	1,61	1,95
	Mañana/tarde	74	9,02	1,24	
	Otros	53	8,49	1,77	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Fijo mañana	191	8,15	2,13	0,17
	Mañana/tarde	72	7,94	2,11	
	Otros	53	8,09	2,33	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Fijo mañana	188	7,89	2,24	0,51
	Mañana/tarde	74	7,66	2,40	
	Otros	53	7,69	2,56	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

Entre las variables estadísticamente significativas con un mayor peso específico en la importancia que se les confiere a las competencias descritas destacan las siguientes: los años de ejercicio profesional como especialista, el número de centros de trabajo que dispone la organización, el vínculo según la modalidad del recurso preventivo y el sector económico de actividad empresarial.

## 2.2 Grado de desarrollo

### 2.2.1 Por sexo

En cinco de las veintinueve habilidades valoradas correspondientes a las distintas áreas de actuación se observan diferencias relevantes en su percepción según el sexo. En todos los supuestos los hombres se muestran más proclives a colaborar en la implantación de planes de emergencia y fomentar la cultura preventiva (Tabla 82), a realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con la salud laboral (Tablas 83), a proponer proyectos de investigación y a la redacción de trabajos divulgativos (Tabla 86).

El análisis del efecto del sexo sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 82 a 86.

**Tabla 82. Análisis de las competencias en el área preventiva por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Hombre	105	6,58	2,34	0,99
	Mujer	215	6,31	2,22	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Hombre	105	6,57	2,34	0,78
	Mujer	215	6,39	2,16	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Hombre	105	6,12	2,31	1,49
	Mujer	215	5,73	2,41	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Hombre	104	5,41	2,91	2,57*
	Mujer	216	4,55	2,99	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Hombre	104	6,91	2,48	2,27*
	Mujer	214	6,22	2,62	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Hombre	104	5,41	2,93	0,94
	Mujer	216	5,13	2,74	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Hombre	105	4,57	2,71	0,98
	Mujer	215	4,25	2,77	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 83. Análisis de las competencias en el área asistencial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Hombre	106	7	2,26	0,35
	Mujer	217	6,90	2,31	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Hombre	106	6,30	2,63	1,33
	Mujer	214	5,83	2,77	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Hombre	106	6,85	2,64	1,94
	Mujer	215	6,15	3,27	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Hombre	104	5,37	3,03	-0,47
	Mujer	215	5,46	2,94	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Hombre	105	6,27	3	0,72
	Mujer	214	5,95	2,99	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Hombre	106	7,33	2,97	1,33
	Mujer	216	6,77	3,40	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Hombre	106	5,33	3,42	3,35*
	Mujer	215	3,89	3,49	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 84. Análisis de las competencias en el área legal y pericial por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Hombre	106	3,84	2,93	0,85
	Mujer	214	3,50	3,01	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Hombre	105	3,80	2,92	-0,20
	Mujer	212	3,87	3,08	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Hombre	106	5,13	3,01	-0,64
	Mujer	215	5,33	3,08	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Hombre	103	4,87	3	1,05
	Mujer	211	4,46	3,13	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Hombre	105	3,39	2,96	0,24
	Mujer	213	3,30	3,18	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 85. Análisis de las competencias en el área de gestión por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Hombre	105	5,80	2,86	0,57
	Mujer	214	5,62	3,12	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Hombre	105	4,96	2,92	1,94
	Mujer	212	4,28	2,99	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Hombre	104	6,55	2,96	-0,32
	Mujer	211	6,71	2,66	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Hombre	104	5,65	2,97	1,70
	Mujer	214	5,02	2,99	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Hombre	105	4,31	3,01	1,65
	Mujer	213	3,69	3,03	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Hombre	105	7,66	2,53	0,10
	Mujer	214	7,64	2,86	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 86. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación por sexo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sexo	n	Media	DE	t
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Hombre	105	5,08	3,03	2,95**
	Mujer	215	3,99	3,10	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Hombre	106	5,99	2,88	0,16
	Mujer	212	5,93	2,83	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Hombre	104	4,75	2,90	2,75**
	Mujer	210	3,80	2,94	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Hombre	103	4,28	2,88	1,56
	Mujer	209	3,77	2,81	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.2 Según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo

De forma coincidente, los especialistas que concluyeron su formación entre 1961 y 1999 (51,23%) (Tabla 3) denotan una disposición manifiesta a colaborar en actividades relacionadas con la implantación de planes de emergencia promoviendo la participación del trabajador y a realizar procedimientos de cirugía menor en el contexto laboral (Tablas 87 y 88 respectivamente). Así mismo, se constata una mayor capacidad de asesorar en la gestión de propuestas de incapacidad para el trabajo (Tabla 89) entre quienes finalizaron sus estudios entre 2006 y 2012 (11,42%) (Tabla 3).

El análisis del efecto del año de obtención del título de especialista sobre la importancia profesional se describe en las Tablas 87 a 91.

**Tabla 87. Análisis de las competencias en el área preventiva según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1961-1999	163	6,52	2,40	0,63
	2000-2005	120	6,32	2,05	
	2006-2012	37	6,10	2,31	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1961-1999	163	6,47	2,38	0,28
	2000-2005	120	6,50	2,01	
	2006-2012	37	6,18	2,18	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1961-1999	163	6,15	2,44	3,18*
	2000-2005	120	5,65	2,28	
	2006-2012	37	5,21	2,29	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1961-1999	164	5,42	3,08	8,41***
	2000-2005	119	3,99	2,88	
	2006-2012	37	4,94	2,23	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1961-1999	162	6,61	2,55	0,60
	2000-2005	119	6,30	2,61	
	2006-2012	37	6,24	2,76	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1961-1999	163	5,36	2,89	1,71
	2000-2005	120	4,87	2,73	
	2006-2012	37	5,75	2,61	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1961-1999	163	4,45	2,80	0,20
	2000-2005	120	4,26	2,75	
	2006-2012	37	4,24	2,59	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 88. Análisis de las competencias en el área asistencial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1961-1999	166	7,06	2,23	0,80
	2000-2005	120	6,72	2,48	
	2006-2012	37	7,02	1,93	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1961-1999	163	6,07	2,71	0,67
	2000-2005	120	5,78	2,89	
	2006-2012	36	6,27	2,29	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1961-1999	164	6,61	3,03	0,96
	2000-2005	120	6,10	3,18	
	2006-2012	37	6,29	3,05	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1961-1999	162	5,67	2,95	1,29
	2000-2005	120	5,07	3,08	
	2006-2012	37	5,59	2,56	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1961-1999	163	5,97	3,14	0,17
	2000-2005	120	6,14	2,88	
	2006-2012	36	6,19	2,72	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1961-1999	165	7,13	3,25	1,80
	2000-2005	120	6,50	3,51	
	2006-2012	37	7,64	2,23	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1961-1999	164	4,91	3,55	3,67*
	2000-2005	120	3,85	3,49	
	2006-2012	37	3,64	3,24	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 89. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1961-1999	163	3,68	2,99	0,67
	2000-2005	120	3,41	3,01	
	2006-2012	37	4,02	2,87	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1961-1999	162	3,97	2,97	1,59
	2000-2005	119	3,52	3,01	
	2006-2012	36	4,36	3,27	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1961-1999	164	5,27	3,10	0,50
	2000-2005	120	5,12	2,99	
	2006-2012	37	5,72	3,07	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1961-1999	161	4,86	3,14	1,48
	2000-2005	117	4,19	3,03	
	2006-2012	36	4,69	3,02	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1961-1999	162	3,17	2,96	4,31**
	2000-2005	120	3,10	3,11	
	2006-2012	36	4,80	3,39	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 90. Análisis de las competencias en el área de gestión según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1961-1999	163	5,83	2,96	0,40
	2000-2005	119	5,56	3,14	
	2006-2012	37	5,40	3,08	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1961-1999	161	4,68	3,01	0,77
	2000-2005	119	4,44	2,95	
	2006-2012	36	3,94	2,95	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1961-1999	159	6,57	2,80	0,34
	2000-2005	119	6,80	2,75	
	2006-2012	37	6,56	2,68	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1961-1999	162	5,17	3,10	0,40
	2000-2005	119	5,18	3,03	
	2006-2012	37	5,62	2,37	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1961-1999	162	3,98	2,99	0,04
	2000-2005	119	3,83	3,18	
	2006-2012	37	3,78	2,81	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1961-1999	162	7,48	2,78	0,55
	2000-2005	120	7,79	2,73	
	2006-2012	37	7,89	2,78	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 91. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el año de obtención del título de ATS de Empresa, Enfermería de Empresa o Enfermería del Trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Año	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1961-1999	163	4,69	3,02	1,70
	2000-2005	120	4,04	3,18	
	2006-2012	37	3,83	3,24	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1961-1999	162	6,10	2,80	0,62
	2000-2005	119	5,54	2,78	
	2006-2012	37	5,62	3,25	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1961-1999	158	4,27	3,01	0,28
	2000-2005	119	3,98	2,86	
	2006-2012	37	3,89	3,06	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1961-1999	156	4,02	2,95	0,10
	2000-2005	120	3,83	2,70	
	2006-2012	36	3,91	2,87	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.3 Según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia

Se aprecia una diferencia sustantiva entre quienes no participaron en la citada prueba y por tanto accedieron directamente al título de especialista (64,50%) (Tabla 4). De esta forma, colaboran más activamente en la implantación de planes de emergencia (Tabla 92), proporcionan una atención integral al trabajador con especial incidencia en las alteraciones laborales, manejan en mayor medida fármacos y productos sanitarios y, por último, realizan procedimientos de cirugía menor en el ámbito de la salud laboral (Tabla 93).

El análisis del efecto del acceso a la prueba de la evaluación de la competencia sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 92 a 96.

**Tabla 92. Análisis de las competencias en el área preventiva según acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	t
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	No	207	6,45	2,26	-0,56
	Si	113	6,30	2,26	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	No	206	6,61	2,24	-1,86
	Si	114	6,15	2,16	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	No	207	6	2,35	-1,30
	Si	113	5,6	2,43	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	No	206	5,07	2,97	-2,04*
	Si	114	4,40	2,99	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	No	206	6,59	2,49	-1,21
	Si	112	6,18	2,77	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	No	206	5,37	2,83	-1,25
	Si	114	4,95	2,74	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	No	206	4,54	2,81	-1,64
	Si	114	4,01	2,61	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 93. Análisis de las competencias en el área asistencial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	t
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	No	209	7,07	2,20	-1,50
	Si	114	6,67	2,45	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	No	207	6,22	2,59	-1,96*
	Si	113	5,55	2,93	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	No	207	6,80	2,82	-3,10***
	Si	114	5,63	3,41	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	No	205	5,56	2,91	-0,89
	Si	114	5,21	3,07	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	No	207	6,11	3	-0,14
	Si	112	5,97	2,98	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	No	209	7,22	3,11	-1,63
	Si	113	6,46	3,50	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	No	208	4,71	3,50	-2,02*
	Si	113	3,74	3,50	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 94. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	t
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	No	207	3,76	2,93	-1,15
	Si	113	3,35	3,07	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	No	206	3,91	2,95	-0,35
	Si	111	3,72	3,17	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	No	208	5,25	3,01	0,23
	Si	113	5,29	3,15	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	No	202	4,82	3,08	-1,53
	Si	112	4,19	3,08	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	No	205	3,28	2,95	0,38
	Si	113	3,42	3,38	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 95. Análisis de las competencias en el área de gestión según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	t
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	No	207	5,75	2,92	-0,55
	Si	112	5,55	3,24	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	No	205	4,63	2,97	-0,75
	Si	112	4,27	3	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	No	203	6,66	2,76	0,03
	Si	112	6,64	2,77	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	No	206	5,19	3,07	0,34
	Si	112	5,30	2,87	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	No	206	4,01	2,98	-1,03
	Si	112	3,68	3,13	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	No	207	7,59	2,73	0,56
	Si	112	7,75	2,82	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 96. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el acceso a la prueba de la evaluación de la competencia. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Prueba	n	Media	DE	t
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	No	207	4,59	3,10	-1,86
	Si	113	3,91	3,12	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	No	206	5,93	2,80	0,05
	Si	111	5,98	2,94	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	No	204	4,35	3	-1,74
	Si	110	3,67	2,84	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	No	200	3,97	2,83	-0,29
	Si	112	3,88	2,86	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.4 Según los años de ejercicio profesional en el ámbito de la salud laboral

En catorce de las veintinueve competencias analizadas que contempla el programa formativo de esta disciplina enfermera, los especialistas que atesoran una experiencia de 30 o más años de ejercicio activo alcanzan un mayor desarrollo profesional que el resto del colectivo. Ese desarrollo es manifiesto en todas las áreas competenciales que establece la norma, destacando sobremanera el área preventiva (participar en la implantación de planes de emergencia, diseño de campañas de promoción de la salud y asesoramiento a los directivos y agentes sociales en materia de condiciones de trabajo) (Tabla 97) y en aquellas atribuciones relacionadas con el ámbito legal y pericial (evaluar la patología derivada del trabajo, determinar la influencia de la enfermedad común en la actividad laboral, colaborar en los posibles cambios de puesto motivados por el estado de salud y asesorar en situaciones de incapacidad laboral) (Tabla 99).

El análisis del efecto de los años de ejercicio profesional en el ámbito de la salud laboral sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 97 a 101.

**Tabla 97. Análisis de las competencias en el área preventiva según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	0-9	110	6,25	2,13	0,95
	10-19	128	6,46	2,16	
	20-29	61	6,29	2,48	
	≥30	21	7,14	2,83	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	0-9	110	6,30	2,04	1,41
	10-19	128	6,63	2,22	
	20-29	61	6,14	2,36	
	≥30	21	7,04	2,61	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	0-9	110	5,47	2,37	2,55
	10-19	128	5,96	2,37	
	20-29	61	5,98	2,34	
	≥30	21	6,95	2,31	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	0-9	110	4,14	2,89	4,63***
	10-19	128	4,89	3,02	
	20-29	61	5,44	2,95	
	≥30	21	6,28	2,61	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	0-9	109	6,09	2,82	2,72*
	10-19	127	6,32	2,49	
	20-29	61	7,03	2,38	
	≥30	21	7,42	2,20	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	0-9	110	5,05	2,80	3,04*
	10-19	129	5,30	2,66	
	20-29	60	4,80	3,03	
	≥30	21	6,90	2,54	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	0-9	110	3,90	2,72	2,67*
	10-19	128	4,65	2,69	
	20-29	61	4,19	2,62	
	≥30	21	5,42	3,23	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 98. Análisis de las competencias en el área asistencial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	0-9	110	6,80	2,32	0,50
	10-19	131	7	2,19	
	20-29	61	6,86	2,54	
	≥30	21	7,42	2,13	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	0-9	109	5,76	2,78	0,85
	10-19	129	5,98	2,68	
	20-29	61	6,11	2,62	
	≥30	21	6,80	3,12	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	0-9	109	5,93	3,32	3,07*
	10-19	130	6,47	2,97	
	20-29	61	6,39	3,09	
	≥30	21	8,19	1,72	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	0-9	108	5,35	3,13	0,92
	10-19	129	5,37	2,75	
	20-29	61	5,36	3,12	
	≥30	21	6,47	2,90	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	0-9	109	6,15	2,90	1,00
	10-19	129	6,27	2,91	
	20-29	60	5,51	3,10	
	≥30	21	5,80	3,61	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	0-9	110	6,59	3,39	2,19
	10-19	130	6,83	3,41	
	20-29	61	7,34	2,78	
	≥30	21	8,52	2,61	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	0-9	109	3,71	3,45	5,74***
	10-19	130	4,20	3,54	
	20-29	61	5,01	3,38	
	≥30	21	6,95	2,99	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 99. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	0-9	110	3,42	3,01	3,13*
	10-19	129	3,97	3,08	
	20-29	60	2,85	2,56	
	≥30	21	4,66	2,95	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	0-9	107	3,45	2,98	2,58*
	10-19	130	4,23	3,07	
	20-29	69	3,33	2,93	
	≥30	21	4,95	2,83	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	0-9	110	5,30	3,05	2,83*
	10-19	130	5,38	3,02	
	20-29	60	4,48	3,13	
	≥30	21	6,61	2,63	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	0-9	108	4,42	3,06	2,12
	10-19	128	4,68	3,10	
	20-29	57	4,19	3,15	
	≥30	21	6,04	2,78	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	0-9	109	3,33	3,25	2,89*
	10-19	129	3,62	3,17	
	20-29	59	2,38	2,42	
	≥30	21	4,23	3,22	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 100. Análisis de las competencias en el área de gestión según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	0-9	109	5,34	3,12	2,75*
	10-19	128	5,99	2,89	
	20-29	61	5,18	3,08	
	≥30	21	7	2,91	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	0-9	109	4,04	3	3,82**
	10-19	126	4,76	2,94	
	20-29	61	4,18	2,82	
	≥30	21	6,28	2,91	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	0-9	109	6,63	2,69	1,44
	10-19	125	6,71	2,65	
	20-29	60	6,25	3,05	
	≥30	21	7,66	2,79	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	0-9	109	5,14	2,99	0,96
	10-19	128	5,19	2,93	
	20-29	61	5,09	3	
	≥30	21	6,28	3,36	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	0-9	109	3,73	3,15	1,66
	10-19	127	4,19	2,98	
	20-29	61	3,29	2,71	
	≥30	20	4,76	3,40	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	0-9	110	7,73	2,71	3,92
	10-19	127	7,99	2,42	
	20-29	61	6,62	3,40	
	≥30	21	8,09	2,18	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 101. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según los años de ejercicio profesional en salud laboral. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Años	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	0-9	110	3,87	3,15	2,19**
	10-19	129	4,59	3,11	
	20-29	60	4,26	2,91	
	≥30	21	5,61	3,30	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	0-9	108	5,96	2,93	1,79
	10-19	129	5,61	2,73	
	20-29	60	6,38	2,77	
	≥30	21	6,76	3,19	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	0-9	109	3,82	2,97	1,91
	10-19	126	4,29	2,84	
	20-29	59	3,84	2,80	
	≥30	20	5,4	3,76	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	0-9	108	3,87	2,83	3,38*
	10-19	124	4,04	2,76	
	20-29	60	3,33	2,64	
	≥30	20	5,50	3,44	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.5 Según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización

El número de especialistas presentes en cada empresa no destaca especialmente por ser un factor que condicione el grado de desarrollo de cada competencia, aun así existe una salvedad. En el grupo de actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la atención de urgencia y emergencia que se presta en los centros de trabajo revela el mayor desarrollo en organizaciones que cuentan con un único Enfermero del Trabajo vs. aquellas empresas que disponen de dos o más (Tabla 103).

El análisis del efecto del número de especialistas vinculados a la empresa/organización sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 102 a 106.

**Tabla 102. Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1	152	6,32	2,37	0,33
	2	74	6,39	2,06	
	>2	94	6,54	2,24	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1	151	6,39	2,34	0,06
	2	74	6,52	2	
	>2	95	6,48	2,20	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1	152	5,73	2,61	0,56
	2	74	5,91	2,16	
	>2	94	6,02	2,16	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1	151	4,79	2,92	0,28
	2	74	4,63	3,09	
	>2	95	5,05	3,04	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1	150	6,68	2,76	1,02
	2	74	6,37	2,54	
	>2	94	6,14	2,35	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1	151	5,24	2,88	0,00
	2	74	5,21	2,73	
	>2	95	5,21	2,77	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1	152	4,18	2,61	0,66
	2	74	4,51	2,81	
	>2	94	4,52	2,93	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 103. Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1	152	6,92	2,46	0,93
	2	76	7,21	1,83	
	>2	95	6,72	2,35	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1	152	6,31	2,77	1,04
	2	76	6,18	2,51	
	>2	92	5,57	2,82	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1	152	6,75	3,03	2,25
	2	75	6,34	2,99	
	>2	94	5,82	3,20	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1	150	5,50	2,96	0,06
	2	75	5,46	2,84	
	>2	94	5,30	3,10	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1	152	6,11	3,12	0,11
	2	74	5,93	2,79	
	>2	93	6,08	2,96	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1	152	7,42	3,05	3,35*
	2	76	6,69	3,33	
	>2	94	6,40	3,48	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1	152	4,38	3,46	0,19
	2	76	4,18	3,44	
	>2	93	4,49	3,72	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 104. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1	151	3,71	2,98	0,88
	2	76	3,26	2,71	
	>2	93	3,76	3,19	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1	149	4,04	3,12	0,86
	2	76	3,53	2,64	
	>2	92	3,80	3,18	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1	151	5,41	3,11	0,23
	2	76	5,19	2,83	
	>2	94	5,10	3,15	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1	147	4,92	3,09	1,48
	2	74	4,45	2,91	
	>2	93	4,19	3,21	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1	149	3,73	3,21	2,18
	2	75	2,98	2,71	
	>2	94	2,98	3,19	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 105. Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1	152	5,72	3,14	0,49
	2	74	5,40	2,89	
	>2	93	5,83	2,99	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1	150	4,43	3,04	0,32
	2	73	4,52	2,93	
	>2	94	4,61	2,95	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1	149	6,70	2,95	0,17
	2	73	6,78	2,56	
	>2	93	6,49	2,61	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1	152	5,03	3,10	0,58
	2	73	5,49	2,84	
	>2	93	5,35	2,94	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1	151	3,73	3,03	0,49
	2	73	4,26	2,98	
	>2	94	3,89	3,09	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1	152	7,58	2,97	0,16
	2	73	7,79	2,59	
	>2	94	7,63	2,52	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 106. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de especialistas en Enfermería del Trabajo vinculados a la empresa/organización. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Especialistas	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1	152	4,08	3,18	0,81
	2	74	4,63	2,90	
	>2	94	4,56	3,018	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1	151	6,03	2,97	0,22
	2	74	5,85	2,62	
	>2	93	5,90	2,84	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1	150	4,02	2,98	0,20
	2	72	4,30	2,76	
	>2	92	4,11	3,09	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1	148	3,76	2,83	0,59
	2	70	4,21	2,79	
	>2	94	7,01	2,90	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

## 2.2.6 Según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo

En el análisis en base a este criterio, las diferencias más visibles se muestran en dos actuaciones: el manejo de fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral resulta más notorio en empresas con 500 o más efectivos. En cuanto a la competencia prestar atención de urgencia en el centro de trabajo alcanza su mayor desarrollo en organizaciones que cuentan entre 250 y 499 trabajadores. Ambos supuestos muestran una fuerte significación (Tabla 108).

El análisis del efecto del tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 107 a 111.

**Tabla 107. Análisis de las competencias en el área preventiva según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1 a 249	52	6,53	1,76	0,21
	250 a 499	39	6,51	2,54	
	≥500	229	6,35	2,2	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1 a 249	53	6,49	1,99	0,02
	250 a 499	38	6,34	2,45	
	≥500	229	6,46	2,24	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1 a 249	53	6,16	1,98	0,57
	250 a 499	39	5,97	2,64	
	≥500	228	5,77	2,42	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1 a 249	53	5,18	2,60	0,77
	250 a 499	39	4,89	3,06	
	≥500	228	4,74	3,06	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1 a 249	51	6,68	2,37	0,25
	250 a 499	38	6,36	2,90	
	≥500	229	6,41	2,60	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1 a 249	53	5,49	2,64	0,27
	250 a 499	38	5,13	3,38	
	≥500	229	5,18	2,75	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1 a 249	53	4,24	2,65	0,73
	250 a 499	38	3,86	2,97	
	≥500	229	4,46	2,73	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 108. Análisis de las competencias en el área asistencial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1 a 249	55	6,90	2,17	0,06
	250 a 499	39	7,05	2,48	
	≥500	229	6,92	2,30	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1 a 249	53	5,24	2,94	2,00
	250 a 499	39	5,87	2,80	
	≥500	228	6,17	2,65	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1 a 249	54	4,85	3,28	8,28***
	250 a 499	39	6,41	3,19	
	≥500	228	6,75	2,92	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1 a 249	54	4,81	3,06	1,16
	250 a 499	37	5,48	3,11	
	≥500	228	5,57	2,91	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1 a 249	54	6,01	2,77	0,32
	250 a 499	39	6,46	2,86	
	≥500	226	6	3,07	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1 a 249	54	5,42	3,65	5,83***
	250 a 499	39	7,33	3,01	
	≥500	229	7,25	3,12	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1 a 249	53	3,64	3,56	0,85
	250 a 499	39	4,46	3,93	
	≥500	229	4,52	3,44	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 109. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1 a 249	54	3,59	3,08	0,04
	250 a 499	39	3,76	3,27	
	≥500	227	3,60	2,92	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1 a 249	52	3,55	3,04	0,21
	250 a 499	39	3,76	3,12	
	≥500	226	3,93	3,01	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1 a 249	54	4,94	3,06	0,48
	250 a 499	39	5,10	3,02	
	≥500	228	5,37	3,06	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1 a 249	53	4,77	2,87	0,30
	250 a 499	38	4,73	3,39	
	≥500	223	4,53	3,10	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1 a 249	54	3,14	3,14	0,21
	250 a 499	39	3,53	3,30	
	≥500	225	3,34	3,07	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 110. Análisis de las competencias en el área de gestión según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1 a 249	52	5,75	2,77	0,00
	250 a 499	39	5,66	3,18	
	≥500	228	5,67	3,08	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1 a 249	52	4,28	2,82	0,23
	250 a 499	38	4,78	3,03	
	≥500	227	4,51	3,02	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1 a 249	52	6,75	2,50	0,53
	250 a 499	38	7,02	2,86	
	≥500	225	6,57	2,81	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1 a 249	52	5,61	3,01	0,37
	250 a 499	39	5,30	3,04	
	≥500	227	5,13	2,99	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1 a 249	52	4,28	3,07	1,02
	250 a 499	39	3,28	2,85	
	≥500	227	3,92	3,05	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1 a 249	52	7,71	2,70	0,35
	250 a 499	39	7,33	3,11	
	≥500	228	7,68	2,71	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 111. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el tamaño de la plantilla del centro/s de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Plantilla	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1 a 249	53	4	2,84	0,91
	250 a 499	39	4,10	3,29	
	≥500	228	4,47	3,15	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1 a 249	52	6	2,80	0,17
	250 a 499	38	6,18	2,75	
	≥500	228	5,90	2,88	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1 a 249	52	4,05	2,86	0,19
	250 a 499	39	4,02	2,90	
	≥500	223	4,14	3	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1 a 249	51	4,41	2,85	1,34
	250 a 499	38	3,34	2,74	
	≥500	223	3,93	2,85	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.7 Según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo

La distribución de medias en función de la vinculación laboral aporta una tendencia llamativa, en el 62,07% de las competencias objeto de estudio, el desarrollo es muy significativo en una única modalidad de recurso preventivo, el servicio de prevención mancomunado. Estas atribuciones alcanzan su mayor exponente en todos y cada uno de los ámbitos de actuación

destacando de sobremanera: las actividades de carácter preventivo y asistencial donde se muestra una fuerte significación (Tablas 112 y 113). En el caso de las facultades profesionales relacionadas con las funciones periciales y de gestión, el tipo de servicio de prevención citado comparte protagonismo con las mutuas (Tablas 114 y 115).

El análisis del efecto vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 112 a 116.

**Tabla 112. Análisis de las competencias en el área preventiva según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	SPP	158	6,63	2,10	3,41**
	SPA	96	6,04	2,23	
	SPM	35	7,17	1,90	
	Mutua	15	5,06	3,73	
	Otros	16	5,81	2,25	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	SPP	157	6,64	2,16	4,12***
	SPA	97	6,24	2,10	
	SPM	35	7,22	1,62	
	Mutua	15	4,93	3,17	
	Otros	16	5,5	2,68	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	SPP	157	5,92	2,20	2,11
	SPA	97	5,67	2,35	
	SPM	35	6,74	2,34	
	Mutua	15	4,93	3,43	
	Otros	16	5,31	2,84	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	SPP	157	5,08	2,93	4,98***
	SPA	95	3,91	2,83	
	SPM	35	6,31	2,84	
	Mutua	15	4,66	3,53	
	Otros	16	4,87	2,87	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	SPP	158	6,83	2,37	4,24***
	SPA	95	5,69	2,60	
	SPM	35	7,25	2,27	
	Mutua	15	5,66	3,81	
	Otros	15	6,18	2,92	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	SPP	157	5,39	2,72	2,75*
	SPA	97	4,72	2,68	
	SPM	35	6,37	2,64	
	Mutua	15	4,46	3,66	
	Otros	16	4,87	3,18	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	SPP	158	4,75	2,69	3,20**
	SPA	96	3,63	2,69	
	SPM	35	4,94	2,56	
	Mutua	15	3,6	2,92	
	Otros	16	4,18	3,12	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 113. Análisis de las competencias en el área asistencial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	SPP	158	7,23	2,06	5,98***
	SPA	97	6,55	2,47	
	SPM	35	7,88	1,51	
	Mutua	17	5,76	3,26	
	Otros	16	5,43	2,27	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	SPP	156	6,70	2,41	12,14***
	SPA	96	4,56	2,71	
	SPM	35	6,80	2,52	
	Mutua	17	6,70	3,36	
	Otros	16	5	2,03	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	SPP	157	7,10	2,67	17,95***
	SPA	96	4,42	3,14	
	SPM	35	8,22	1,47	
	Mutua	17	6,88	4,02	
	Otros	16	6,62	2,60	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	SPP	156	5,95	2,78	6,51***
	SPA	96	4,20	3,03	
	SPM	35	5,77	2,59	
	Mutua	17	6,47	3,55	
	Otros	15	6	2,39	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	SPP	156	6,08	3,02	0,24
	SPA	96	6,06	2,77	
	SPM	35	6,28	3,06	
	Mutua	17	5,47	3,72	
	Otros	15	5,93	3,28	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	SPP	158	7,62	2,84	9,87***
	SPA	96	5,44	3,62	
	SPM	35	8,62	1,83	
	Mutua	17	6,88	3,72	
	Otros	16	5,81	3,42	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	SPP	157	5,02	3,46	12,93***
	SPA	96	2,33	2,94	
	SPM	35	6,11	2,83	
	Mutua	17	6,05	4	
	Otros	16	4,56	3,14	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 114. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	SPP	157	3,82	2,84	2,35*
	SPA	96	2,87	2,89	
	SPM	34	4,20	3,20	
	Mutua	17	4,35	3,74	
	Otros	16	4,06	3,10	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	SPP	155	4,07	2,81	2,90*
	SPA	95	3,02	3	
	SPM	34	4,58	3,06	
	Mutua	17	3,88	4,07	
	Otros	16	5,06	2,99	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	SPP	158	5,46	2,96	2,64*
	SPA	96	4,91	3,19	
	SPM	34	6,38	2,38	
	Mutua	17	3,76	3,52	
	Otros	16	5	3,22	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	SPP	154	4,74	3,04	3,97***
	SPA	94	3,89	3,01	
	SPM	33	6,36	2,59	
	Mutua	17	3,88	3,42	
	Otros	16	4,5	3,34	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	SPP	156	3,26	2,94	3,65**
	SPA	96	2,65	2,94	
	SPM	33	4,30	3,30	
	Mutua	17	4,47	3,84	
	Otros	16	4,87	3,36	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 115. Análisis de las competencias en el área de gestión según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	SPP	158	6,09	2,89	2,81*
	SPA	95	5,03	3,32	
	SPM	35	6,17	2,56	
	Mutua	15	4,66	3,37	
	Otros	16	5,37	2,68	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	SPP	157	4,75	2,91	2,48*
	SPA	95	3,70	2,99	
	SPM	34	5,38	2,86	
	Mutua	15	4,73	3,45	
	Otros	16	4,75	2,67	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	SPP	157	6,62	2,69	4,60***
	SPA	95	6,82	2,69	
	SPM	33	7,75	2,25	
	Mutua	15	4,13	3,58	
	Otros	15	6,13	2,66	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	SPP	158	5,37	2,97	2,21
	SPA	95	4,91	3,04	
	SPM	35	6,20	2,74	
	Mutua	15	4,13	3,06	
	Otros	15	4,53	3,06	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	SPP	156	4,27	3,06	3,24**
	SPA	96	3,02	2,98	
	SPM	35	4,17	2,77	
	Mutua	15	4,53	3,09	
	Otros	16	4,37	2,84	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	SPP	157	7,51	2,74	3,33**
	SPA	96	7,60	3,02	
	SPM	35	9	1,13	
	Mutua	16	7,66	2,91	
	Otros	16	6,25	2,84	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 116. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el vínculo profesional con los centros de trabajo y/o recurso preventivo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Centro	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	SPP	157	4,75	3,15	2,09
	SPA	96	3,62	3,04	
	SPM	35	4,28	2,79	
	Mutua	16	4,81	3,74	
	Otros	16	4,50	2,85	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	SPP	157	6,23	2,61	3,90***
	SPA	94	5,40	2,93	
	SPM	35	6,91	2,46	
	Mutua	16	4,37	4,16	
	Otros	16	5,87	2,87	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	SPP	155	4,42	2,86	1,97
	SPA	95	3,54	2,95	
	SPM	33	3,78	2,79	
	Mutua	15	4,53	3,77	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Otros	16	4,81	3,12	0,84
	SPP	155	3,98	2,79	
	SPA	93	3,62	2,72	
	SPM	34	4	2,96	
	Mutua	15	4,66	3,79	
	Otros	15	4,60	2,87	

SPP: Servicio de Prevención Propio; SPA: Servicio de Prevención Ajeno; SPM: Servicio de Prevención Mancomunado; Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.8 Según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España

Este criterio no condiciona en modo alguno la percepción y opinión que la Enfermería del Trabajo emite sobre sus atribuciones profesionales en su ámbito de actuación. A pesar de esta tendencia, el especialista vinculado a estructuras laborales que dispongan de dos a cinco centros productivos, la competencia que considera la atención integral al trabajador con especial incidencia en las alteraciones laborales alcanza la mayor cota de proyección (Tabla 118).

El análisis del efecto del número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 117 a 121.

**Tabla 117. Análisis de las competencias en el área preventiva según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	1	44	6,29	1,66	0,15
	2 a 5	60	6,58	2,35	
	6 a 10	37	6,37	2,44	
	>10	179	6,37	2,33	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	1	44	6,45	2,10	1,13
	2 a 5	60	6,85	2,15	
	6 a 10	37	6,08	2,07	
	>10	179	6,39	2,30	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	1	44	5,86	2,24	0,11
	2 a 5	61	6,03	2,25	
	6 a 10	37	5,81	2,17	
	>10	178	5,81	2,51	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	1	44	5,18	2,89	1,00
	2 a 5	61	5,09	2,77	
	6 a 10	37	5,32	2,49	
	>10	178	4,55	3,16	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	1	42	6,42	2,06	1,19
	2 a 5	60	6,78	2,61	
	6 a 10	37	6,97	2,72	
	>10	179	6,27	2,67	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	1	44	5,54	2,86	0,90
	2 a 5	61	6,65	2,79	
	6 a 10	37	5,24	2,72	
	>10	178	5	2,81	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	1	44	4,72	2,62	0,65
	2 a 5	61	4,49	2,73	
	6 a 10	37	4,62	2,55	
	>10	178	4,16	2,83	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 118. Análisis de las competencias en el área asistencial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	1	44	6,97	1,71	0,51
	2 a 5	61	7,22	2,17	
	6 a 10	37	6,70	2,17	
	>10	181	6,87	2,48	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	1	43	6,39	2,39	3,38*
	2 a 5	60	6,70	2,30	
	6 a 10	37	6,29	2,80	
	>10	180	5,58	2,87	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	1	43	6,93	2,50	2,13
	2 a 5	60	7,05	2,72	
	6 a 10	37	6,10	3,19	
	>10	181	6,09	3,27	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	1	42	5,42	2,65	1,14
	2 a 5	61	6,01	2,74	
	6 a 10	37	5,54	2,87	
	>10	179	5,22	3,12	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	1	44	5,97	2,66	0,13
	2 a 5	60	6,23	2,91	
	6 a 10	35	5,82	2,73	
	>10	101	6,07	3,16	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	1	44	7,09	2,83	0,86
	2 a 5	60	7,51	2,90	
	6 a 10	37	7,08	3,41	
	>10	181	6,71	3,45	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	1	43	5	3,02	0,96
	2 a 5	60	4,75	3,46	
	6 a 10	37	4,51	3,51	
	>10	181	4,06	3,65	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 119. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	1	44	3,95	3,15	1,78
	2 a 5	60	3,83	2,81	
	6 a 10	37	4,43	3,01	
	>10	179	3,30	2,97	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	1	42	4,42	3,10	1,87
	2 a 5	58	4,03	2,73	
	6 a 10	37	4,43	3,17	
	>10	180	3,53	3,05	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	1	44	5,40	3,09	1,10
	2 a 5	60	5,85	2,78	
	6 a 10	37	5,29	2,78	
	>10	180	5,03	3,17	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	1	43	5,44	3,03	1,72
	2 a 5	57	4,84	2,92	
	6 a 10	36	4,66	2,78	
	>10	178	4,30	3,20	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	1	44	3,70	3,03	1,38
	2 a 5	58	3,81	3,16	
	6 a 10	37	3,72	3,11	
	>10	179	3,01	3,09	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 120. Análisis de las competencias en el área de gestión según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	1	44	6,20	2,47	0,69
	2 a 5	60	5,81	2,90	
	6 a 10	37	5,37	3,10	
	>10	178	5,57	3,19	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	1	44	4,43	2,78	0,68
	2 a 5	59	4,50	2,64	
	6 a 10	37	5,10	3,07	
	>10	177	4,40	3,12	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	1	43	6,65	2,81	0,18
	2 a 5	60	6,46	2,56	
	6 a 10	36	6,50	2,81	
	>10	176	6,76	2,82	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	1	44	5,45	3,02	0,40
	2 a 5	60	5,06	2,93	
	6 a 10	37	4,86	3,04	
	>10	177	5,31	3,01	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	1	44	3,93	2,86	0,48
	2 a 5	60	3,55	3,05	
	6 a 10	37	3,94	2,64	
	>10	177	4	3,16	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	1	44	7,47	2,85	0,21
	2 a 5	60	7,55	2,68	
	6 a 10	37	7,94	2,40	
	>10	178	7,66	2,84	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 121. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el número de centros de trabajo que dispone la empresa/organización en España. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Nº centros	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	1	44	4,29	3,03	1,34
	2 a 5	60	3,71	3,05	
	6 a 10	37	4,81	3,17	
	>10	179	4,48	3,14	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	1	44	5,84	2,81	0,50
	2 a 5	59	5,52	2,72	
	6 a 10	37	6,32	2,33	
	>10	178	6,04	2,99	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	1	44	4,43	2,83	0,45
	2 a 5	60	4,05	2,88	
	6 a 10	36	3,80	2,97	
	>10	174	4,12	3,03	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	1	43	4,18	2,91	1,14
	2 a 5	59	3,42	2,72	
	6 a 10	37	4,05	2,66	
	>10	173	4,02	2,90	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.9 Según la actividad económica principal de la empresa

Considerando los cuatros ámbitos económicos descritos, la Enfermería del Trabajo vinculada al sector industrial (22,22%) (Tabla 14) muestra una percepción manifiesta en el desarrollo de prácticamente todas las atribuciones profesionales contempladas en el área asistencial (Tabla 123), cuestión íntimamente relacionada con las tasas de siniestralidad laboral (INSHT, 2011). Aspecto éste último que se muestra en sintonía con dos facetas preventivas que alcanzan su mayor desarrollo en este mismo sector: asesorar a la empresa sobre la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud e interactuar con los agentes sociales para la mejora de la seguridad y salud laboral (Tabla 122). De forma paralela pero dentro del sector de la construcción, favorecer la participación del trabajador en la protección frente a los riesgos laborales y valorar el estado de salud con el propósito de un posible cambio de puesto de trabajo, resultan competencias de gran significación (Tabla 122).

El análisis del efecto de la actividad económica principal de la empresa sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 122 a 126.

**Tabla 122. Análisis de las competencias en el área preventiva según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Agrario	28	5,53	2,45	2,27
	Industria	71	6,59	1,96	
	Servicios	218	6,47	2,30	
	Construcción	3	4,66	2,53	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Agrario	28	5,82	2,53	1,76
	Industria	71	6,87	1,85	
	Servicios	218	6,39	2,27	
	Construcción	3	6,33	3,05	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Agrario	28	5,32	2,03	3,89**
	Industria	72	6,61	1,85	
	Servicios	217	5,65	2,52	
	Construcción	3	7,66	2,51	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Agrario	28	3,71	2,20	2,13
	Industria	72	5,37	2,59	
	Servicios	217	4,80	3,16	
	Construcción	3	4,33	3,78	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Agrario	28	5,78	2,52	1,81
	Industria	69	7,01	2,24	
	Servicios	218	6,36	2,69	
	Construcción	3	6,33	2,08	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Agrario	28	4,39	2,87	2,59*
	Industria	72	5,94	2,41	
	Servicios	217	5,08	2,83	
	Construcción	3	6	5,29	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Agrario	28	2,92	2,66	3,43*
	Industria	72	4,86	2,57	
	Servicios	217	4,37	2,77	
	Construcción	3	4,33	3,05	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 123. Análisis de las competencias en el área asistencial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Agrario	28	6,07	2,52	4,84***
	Industria	72	7,37	1,70	
	Servicios	220	6,95	2,36	
	Construcción	3	3,33	3,51	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Agrario	28	3,96	2,63	8,78***
	Industria	71	6,87	2,11	
	Servicios	218	5,98	2,77	
	Construcción	3	4,33	4,04	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Agrario	28	4,10	3,39	6,51***
	Industria	71	6,95	2,48	
	Servicios	219	6,50	3,09	
	Construcción	3	5,66	5,13	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Agrario	28	3,42	2,98	8,39***
	Industria	71	6,38	2,33	
	Servicios	217	5,34	3,01	
	Construcción	3	8,66	1,52	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Agrario	28	5,03	3,47	2,40
	Industria	71	6,64	2,37	
	Servicios	217	6,02	3,06	
	Construcción	3	4,66	4,50	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Agrario	28	3,39	3,70	15,49***
	Industria	71	7,60	2,97	
	Servicios	220	7,23	3,01	
	Construcción	3	4,66	4,61	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Agrario	28	2	3,43	6,88***
	Industria	71	5,30	3,27	
	Servicios	219	4,36	3,49	
	Construcción	3	4,33	4,50	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 124. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Agrario	28	3,07	2,99	1,29
	Industria	71	4,14	2,88	
	Servicios	218	3,50	2,99	
	Construcción	3	4,66	4,16	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Agrario	27	3,22	3,19	1,11
	Industria	70	4,28	2,56	
	Servicios	217	3,77	3,12	
	Construcción	3	5	4,35	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Agrario	28	3,85	2,75	3,85**
	Industria	71	6,04	2,46	
	Servicios	219	5,18	3,18	
	Construcción	3	6,33	4,72	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Agrario	28	3,35	2,58	2,81*
	Industria	69	5,21	2,58	
	Servicios	214	4,57	3,24	
	Construcción	3	3,33	4,93	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Agrario	28	2	2,68	2,27
	Industria	71	3,80	2,90	
	Servicios	216	3,35	3,19	
	Construcción	3	3,33	3,51	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 125. Análisis de las competencias en el área de gestión según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Agrario	28	5,21	3,32	0,37
	Industria	71	5,80	2,64	
	Servicios	217	5,71	3,11	
	Construcción	3	4,66	4,50	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Agrario	27	3,66	3,12	1,26
	Industria	71	4,80	2,61	
	Servicios	216	4,50	3,06	
	Construcción	3	5	4,35	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Agrario	28	6,17	3,26	0,82
	Industria	71	6,47	2,41	
	Servicios	213	6,76	2,81	
	Construcción	3	8,33	2,08	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Agrario	28	4,71	3,32	0,76
	Industria	71	5,22	2,80	
	Servicios	216	5,32	3	
	Construcción	3	3,33	4,16	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Agrario	28	2,75	2,91	1,78
	Industria	70	3,85	2,90	
	Servicios	217	4,07	3,07	
	Construcción	3	3	3,60	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Agrario	28	8,14	2,54	1,28
	Industria	70	7,95	2,44	
	Servicios	218	7,51	2,85	
	Construcción	3	5,66	3,78	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 126. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Sector	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Agrario	28	3,46	3,36	1,79
	Industria	71	3,90	3,08	
	Servicios	218	4,61	3,07	
	Construcción	3	4,33	3,78	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Agrario	28	5,42	3,27	0,45
	Industria	70	6,02	2,55	
	Servicios	217	5,98	2,90	
	Construcción	3	6,66	1,52	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Agrario	28	3,71	3,35	0,26
	Industria	68	4,13	2,78	
	Servicios	215	4,15	2,95	
	Construcción	3	5	5	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Agrario	24	3,58	2,76	0,29
	Industria	71	4,09	3,01	
	Servicios	214	3,93	2,78	
	Construcción	3	3	4,35	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

## 2.2.10 Según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales

La formación de postgrado adquirida en materia de prevención de riesgos laborales no condiciona de forma relevante la percepción que el especialista emite sobre el desarrollo de sus atribuciones en el ejercicio de su profesión en este ámbito.

El análisis del efecto del nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 127 a 131.

**Tabla 127. Análisis de las competencias en el área preventiva según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	No	35	6,51	2,40	0,04
	B/I	26	6,38	2,46	
	Superior	259	6,38	2,23	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	No	35	6	2,46	0,88
	B/I	27	6,33	2,58	
	Superior	259	6,52	2,15	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	No	35	6,17	1,93	0,33
	B/I	27	5,70	2,56	
	Superior	258	5,83	2,42	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	No	35	4,65	2,50	1,20
	B/I	27	4,07	2,78	
	Superior	258	4,93	3,06	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	No	35	6,65	2,49	0,13
	B/I	26	6,26	2,75	
	Superior	257	6,44	2,60	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	No	35	5,71	2,48	0,54
	B/I	27	5,25	2,96	
	Superior	258	5,15	2,83	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	No	35	4,34	2,92	0,27
	B/I	27	4,74	2,89	
	Superior	258	4,32	2,72	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 128. Análisis de las competencias en el área asistencial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	No	35	6,94	2,28	0,03
	B/I	27	7,03	2,44	
	Superior	261	6,92	2,29	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	No	35	5,71	2,23	0,32
	B/I	26	6,15	2,37	
	Superior	259	6	2,83	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	No	35	5,60	3,30	1,55
	B/I	27	6,85	2,97	
	Superior	259	6,44	3,06	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	No	35	5,91	2,94	0,60
	B/I	27	5,62	2,45	
	Superior	257	5,35	3,02	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	No	35	5,91	3,34	0,08
	B/I	26	6	2,85	
	Superior	258	6,08	2,96	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	No	35	6,37	3,92	0,70
	B/I	26	6,38	3,68	
	Superior	261	7,09	3,13	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	No	35	3,22	3,22	0,11
	B/I	26	3,87	3,87	
	Superior	260	4,40	3,54	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 129. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	No	35	3,54	2,83	0,55
	B/I	26	4,15	3,08	
	Superior	259	3,57	3	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	No	34	4,14	2,98	2,33
	B/I	25	4,80	3,25	
	Superior	258	3,72	3	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	No	35	5,22	3,56	0,38
	B/I	26	5,73	2,83	
	Superior	260	5,23	3,01	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	No	35	5,11	3,07	1,51
	B/I	26	5,23	3,03	
	Superior	253	4,46	3,10	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	No	35	3,54	3,24	1,47
	B/I	26	4,30	3,48	
	Superior	257	3,21	3,04	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 130. Análisis de las competencias en el área de gestión según el nivel de formación específica de postgrado en prevención de riesgos laborales. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	No	34	5,79	3,29	0,99
	B/I	26	4,88	3,11	
	Superior	259	5,74	2,99	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	No	35	4,40	2,92	0,02
	B/I	25	4,56	2,67	
	Superior	257	4,51	3,03	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	No	34	6,97	2,99	1,03
	B/I	26	5,92	2,91	
	Superior	255	6,69	2,71	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	No	34	5,29	2,94	0,57
	B/I	26	4,73	2,72	
	Superior	258	5,27	3,03	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	No	35	3,88	3,32	0,03
	B/I	26	3,92	3,23	
	Superior	257	3,90	2,98	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	No	35	7,34	2,89	0,97
	B/I	26	7	3,57	
	Superior	258	7,75	2,64	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 131. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la actividad económica principal de la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Formación	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	No	35	3,77	2,99	1,49
	B/I	26	3,76	3,11	
	Superior	259	4,49	3,13	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	No	34	5,67	3,13	0,55
	B/I	26	5,53	3,13	
	Superior	258	6,03	2,78	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	No	34	3,82	2,95	0,17
	B/I	26	4,19	3,14	
	Superior	254	4,14	2,95	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	No	34	3,38	2,64	2,17
	B/I	26	5	3,27	
	Superior	252	3,90	2,80	

B/I: Básico/Intermedio; Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

### 2.2.11 Según la relación contractual con la empresa

La vinculación laboral con la organización que contrata a los especialistas en su condición de indefinido, eventual y otras modalidades, no se considera influyente sobre el desarrollo de cada una de sus competencias acreditadas.

El análisis del efecto de la relación contractual con la empresa sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 132 a 136.

**Tabla 132. Análisis de las competencias en el área preventiva según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Indefinido	276	6,42	2,31	0,38
	Eventual	29	6,44	1,84	
	Otros	15	5,93	2,15	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Indefinido	275	6,47	2,26	0,34
	Eventual	29	6,48	2,02	
	Otros	16	6	1,86	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Indefinido	275	5,91	2,41	0,69
	Eventual	29	5,37	1,98	
	Otros	16	5,87	2,55	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Indefinido	275	4,78	3,05	0,26
	Eventual	29	5,10	2,71	
	Otros	16	5,25	2,46	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Indefinido	274	6,45	2,64	0,01
	Eventual	29	6,41	2,33	
	Otros	15	6,40	2,38	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Indefinido	275	5,31	2,81	1,43
	Eventual	29	4,41	2,55	
	Otros	16	5,25	3	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Indefinido	275	4,33	2,78	0,11
	Eventual	29	4,48	2,35	
	Otros	16	4,62	2,94	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 133. Análisis de las competencias en el área asistencial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Indefinido	278	6,97	2,35	0,90
	Eventual	29	6,93	2,03	
	Otros	16	6,18	1,68	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Indefinido	276	5,97	2,80	0,06
	Eventual	29	6,10	2,42	
	Otros	15	6	2,03	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Indefinido	276	6,29	3,21	0,82
	Eventual	29	7,03	2,09	
	Otros	16	6,81	2,28	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Indefinido	274	5,40	3,01	0,37
	Eventual	29	5,37	2,73	
	Otros	15	6,06	2,61	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Indefinido	275	6,09	3,02	0,42
	Eventual	29	5,68	2,84	
	Otros	15	6,26	2,78	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Indefinido	278	6,90	3,37	0,36
	Eventual	29	7,48	2,70	
	Otros	15	6,93	2,28	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Indefinido	277	4,32	3,59	1,13
	Eventual	29	4,24	3,21	
	Otros	15	5,53	2,74	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 134. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Indefinido	276	3,55	2,99	1,74
	Eventual	29	3,58	2,78	
	Otros	15	4,93	3,10	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Indefinido	273	3,78	3,04	2,65
	Eventual	29	3,65	2,71	
	Otros	15	5,46	2,97	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Indefinido	277	5,23	3,07	0,17
	Eventual	29	5,51	2,97	
	Otros	15	5,46	3,02	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Indefinido	271	4,59	3,10	1,03
	Eventual	28	4,17	3,12	
	Otros	15	5,40	2,99	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Indefinido	275	3,24	3,07	2,35
	Eventual	28	3,25	3,32	
	Otros	15	5,13	2,89	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 135. Análisis de las competencias en el área de gestión según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Indefinido	275	5,70	3,07	0,04
	Eventual	29	5,58	2,93	
	Otros	15	5,53	2,74	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Indefinido	273	4,42	3,03	1,72
	Eventual	29	4,72	2,64	
	Otros	15	5,60	2,50	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Indefinido	271	6,70	2,78	0,67
	Eventual	29	6,65	2,59	
	Otros	15	5,80	2,70	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Indefinido	274	5,22	3,07	0,17
	Eventual	29	5,41	2,45	
	Otros	15	5,06	2,76	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Indefinido	275	3,81	3,05	0,59
	Eventual	29	4,41	3,14	
	Otros	14	4,64	2,30	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Indefinido	276	7,74	2,70	1,25
	Eventual	29	6,93	3,31	
	Otros	14	7,28	2,49	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 136. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según la relación contractual con la empresa. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Contrato	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Indefinido	277	4,26	3,08	0,50
	Eventual	28	5	3,61	
	Otros	15	4,73	2,93	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Indefinido	274	5,83	2,87	1,85
	Eventual	29	6,82	2,68	
	Otros	15	6,33	2,55	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Indefinido	271	3,97	2,95	2,63
	Eventual	29	5,24	2,92	
	Otros	14	4,57	4,57	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Indefinido	269	3,85	2,85	2,11
	Eventual	28	3,82	2,52	
	Otros	15	5,66	2,84	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación:\*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

## 2.2.12 Según el horario de trabajo

Aunque las diferencias no son especialmente llamativas, los participantes con un horario de mañana y tarde, determinan un mayor grado de desarrollo en dos de las competencias evaluadas: interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud del trabajador (Tabla 137) y valorar pericialmente actuaciones sanitarias en el ámbito laboral (Tabla 139).

El análisis del efecto del horario de trabajo sobre el grado de desarrollo se describe en las Tablas 137 a 141.

**Tabla 137. Análisis de las competencias en el área preventiva según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Fijo mañana	192	6,39	2,25	1,87
	Mañana/tarde	74	6,74	2,15	
	Otros	54	5,96	2,41	
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Fijo mañana	192	6,40	2,24	1,21
	Mañana/tarde	74	6,77	2,08	
	Otros	54	6,18	2,32	
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Fijo mañana	192	5,76	2,46	2,28
	Mañana/tarde	74	6,36	2,05	
	Otros	54	5,51	2,46	
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Fijo mañana	192	4,66	3,06	1,27
	Mañana/tarde	74	5,35	2,87	
	Otros	54	4,72	2,87	
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Fijo mañana	191	6,21	2,62	2,06
	Mañana/tarde	74	6,93	2,36	
	Otros	53	6,64	2,76	
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	Fijo mañana	193	5,10	2,73	2,93
	Mañana/tarde	73	5,87	2,75	
	Otros	54	4,79	3,03	
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Fijo mañana	192	4,40	2,83	3,91*
	Mañana/tarde	74	4,86	2,46	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 138. Análisis de las competencias en el área asistencial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Fijo mañana	195	6,87	2,36	1,49
	Mañana/tarde	74	7,31	1,98	
	Otros	54	6,64	2,41	
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Fijo mañana	192	5,75	2,92	1,72
	Mañana/tarde	74	6,47	2,53	
	Otros	54	6,14	2,19	
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Fijo mañana	193	6,10	3,21	1,82
	Mañana/tarde	74	6,83	2,82	
	Otros	54	6,79	2,93	
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Fijo mañana	192	5,10	2,99	3,01*
	Mañana/tarde	74	5,97	2,87	
	Otros	53	5,90	2,87	
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Fijo mañana	192	5,95	3,04	1,17
	Mañana/tarde	73	6,52	2,74	
	Otros	54	5,83	3,13	
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Fijo mañana	194	6,80	3,34	0,69
	Mañana/tarde	74	7,04	3,24	
	Otros	54	7,37	3,06	
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Fijo mañana	193	4,26	3,54	0,34
	Mañana/tarde	74	4,47	3,31	
	Otros	54	4,61	3,79	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 139. Análisis de las competencias en el área legal y pericial según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Fijo mañana	193	3,46	3,10	1,21
	Mañana/tarde	73	4,12	2,73	
	Otros	54	3,50	2,85	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Fijo mañana	192	3,78	3,15	1,33
	Mañana/tarde	71	4,29	2,69	
	Otros	54	3,51	2,99	
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Fijo mañana	194	5,23	3,09	2,11
	Mañana/tarde	73	5,80	2,79	
	Otros	54	4,68	3,19	
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Fijo mañana	191	4,55	3,18	3,18*
	Mañana/tarde	70	5,27	2,78	
	Otros	53	3,86	3,01	
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Fijo mañana	192	3,26	3,08	0,17
	Mañana/tarde	72	3,52	3,16	
	Otros	54	3,35	3,18	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 140. Análisis de las competencias en el área de gestión según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Fijo mañana	191	5,63	3,12	0,09
	Mañana/tarde	74	5,74	2,96	
	Otros	54	5,77	2,86	
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Fijo mañana	190	4,41	3,13	0,29
	Mañana/tarde	74	4,66	2,74	
	Otros	53	4,64	2,78	
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Fijo mañana	187	6,74	2,73	2,81
	Mañana/tarde	74	7,03	2,58	
	Otros	54	5,88	2,99	
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Fijo mañana	190	5,41	2,98	1,06
	Mañana/tarde	74	5,14	2,96	
	Otros	54	4,72	3,08	
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Fijo mañana	192	4,01	3,10	1,35
	Mañana/tarde	73	4,13	2,99	
	Otros	53	3,16	2,79	
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Fijo mañana	192	7,53	2,81	0,30
	Mañana/tarde	73	7,84	2,55	
	Otros	54	7,77	2,86	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

**Tabla 141. Análisis de las competencias en el área de docencia e investigación según el horario de trabajo. Distribución de la media y desviación estándar**

Competencia	Horario	n	Media	DE	f
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Fijo mañana	192	4,51	3,08	1,00
	Mañana/tarde	74	4,36	3,25	
	Otros	54	3,77	3,04	
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Fijo mañana	191	5,94	2,93	1,94
	Mañana/tarde	74	6,41	2,66	
	Otros	53	5,33	2,72	
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Fijo mañana	189	4,17	3,02	0,11
	Mañana/tarde	71	4,11	3,04	
	Otros	54	3,92	2,65	
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Fijo mañana	186	4,03	2,88	1,76
	Mañana/tarde	72	4,20	2,88	
	Otros	54	3,25	2,56	

Base: total de respuesta recibidas (n=324). Significación: \*p <0,05, \*\*p <0,01, \*\*\*p <0,001.

Entre las variables estadísticamente significativas con un mayor peso específico en el grado de desarrollo de las competencias descritas destacan las siguientes: el vínculo laboral según la modalidad del recurso preventivo, los años de ejercicio profesional como especialista y el sector económico de actividad empresarial. Criterios coincidentes con el enfoque anteriormente citado, la importancia profesional.

### 3. Análisis multivariante

#### 3.1 Importancia profesional

Las variables independientes que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado fueron incorporadas a un análisis de regresión logística múltiple, tanto para ver si mantenían la significación como para comprobar el grado de ajuste total de cada modelo final. La Tabla 142 resume estas variables independientes, el valor de su coeficiente, el valor p global de cada modelo y el coeficiente de determinación ( $R^2$ ) final.

De forma independiente, en el área de competencias relativas a la gestión, docencia e investigación, en cinco de los veintinueve ámbitos de actuación estudiados, ninguna de las trece variables independientes muestra significación estadística. No obstante, en los modelos finales se constata que en quince de todas las competencias analizadas sí se identificaron asociaciones significativas ( $p < 0,05$  individuales) con variables independientes individuales. Sin embargo, hubo varios casos donde el ajuste del modelo final no se mantuvo estadísticamente significativo ( $p$  global  $< 0,05$ ).

En todos los supuestos, las cifras de  $R^2$  no superan el 15% (Tabla 142). Sus mayores valores se concentran en el área preventiva y, en concreto, las competencias referidas a incrementar el nivel de salud de la población trabajadora mediante la prevención de riesgos y formación (14,96%), promover la participación del trabajador a través de las medidas propuestas (10,38%) y asesorar a la dirección de las empresas sobre la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador (9,66%).

**Tabla 142. Modelo multivariante final de la importancia profesional de las competencias de Enfermería del Trabajo**

Área de competencia. Preventiva	VARIABLES predictoras (coeficientes)	p	$R^2$
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Edad (-0,02) Mutua (-0,96) Sector construcción (-2,00) Formación básica/intermedia PRL (-0,95)	< 0,0001	0,15
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento	Servicio prevención mancomunado (0,66) Sector servicios (0,56)	0,0164	0,05
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Otra vinculación laboral (-1,52) Formación superior PRL (-0,61) Otro tipo de contrato de trabajo (0,96)	0,1477	0,10
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Más de dos especialistas (0,56) Más de 500 trabajadores (-1,06)	0,4675	0,08
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Más de dos especialistas (-0,54) Formación superior PRL (-0,47)	0,5954	0,07
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador	2 a 5 centros de trabajo (-0,67)	0,2330	0,09
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Sector construcción (-2,88)	0,0128	0,03

Asistencia sanitaria	Variables predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Otra vinculación laboral (-0,82) Sector construcción (-2,58)	0,0001	0,09
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Sector industria (0,82) Sector construcción (0,74)	0,0058	0,03
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Servicio prevención ajeno (-0,51)	0,0179	0,03
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Ninguna	-	-
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando informes	Otro tipo de contrato de trabajo (-1,77)	0,0011	0,04
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	Sector industria (0,94) Sector servicios (1,04)	0,0179	0,03
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Sexo hombre (-0,84) Sector servicios (1,69)	0,0022	0,05

Legal y pericial	Variables predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades	Ejercicio profesional 10 a 19 años (-0,86)	0,0113	0,03
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Otra jornada de trabajo (0,80)	0,4171	0,08
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Sexo hombre (0,50)	0,0117	0,04
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Edad (-0,02)	0,0336	0,01
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Ejercicio profesional 10 a 19 años (-1,17)	0,0057	0,04

Gestión	Variables predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Ninguna	-	-
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Otra jornada de trabajo (0,76)	0,6668	0,07
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Ejercicio profesional 0 a 9 años (0,39)	0,5403	0,07
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	Más de 500 trabajadores (-0,91)	0,6690	0,07
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Ninguna	-	-
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Edad (-0,02)	0,0068	0,02

Docencia e investigación	Variables predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Ninguna	-	-
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Ninguna	-	-
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Ninguna	-	-
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Ejercicio profesional 10 a 19 años (-1,09) 2 a 5 centros de trabajo (-0,91)	0,0016	0,07

### 3.2 Grado de desarrollo

De nuevo con aquellas variables que presentaron una relación estadísticamente significativa se realizó idéntico análisis. Con carácter previo a definir los resultados últimos (Tabla 143) conviene destacar un hecho relevante, únicamente en la competencia del área legal, valoración pericial enfermera de las consecuencias de la patología derivada en el trabajo, ninguna de las trece variables independientes contempladas muestra significación.

En el resto de las veintiocho atribuciones analizadas, los valores que presenta el coeficiente de determinación (R<sup>2</sup>) no superan el 23% (Tabla 143). Los porcentajes más elevados se concentran de forma exclusiva en distintas facetas del área de asistencia sanitaria: manejo de fármacos y productos sanitarios representa el 22,14%, la atención de urgencia y emergencia el 22,07%, la realización de procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral (20,80%), proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales (18,94%) y, por último, proponer una continuidad en el tratamiento al trabajador coordinado con otros profesionales sanitarios (13,68%).

Al contrario de lo observado en el análisis de la importancia profesional, todos los modelos finales, salvo uno (área de gestión: gestionar y organizar servicios de prevención en sus distintas modalidades), mostraron un buen ajuste global.

**Tabla 143. Modelo multivariante final del grado de desarrollo de las competencias de Enfermería del Trabajo**

Área de competencia. Preventiva	VARIABLES predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores	Servicio prevención ajeno (-0,59) Mutua (-1,57)	0,0054	0,04
Detección precoz de factores de riesgo derivados del trabajo, control y seguimiento de los mismos	Mutua (-1,65)	0,0034	0,05
Promover la participación del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos en su trabajo	Sector industria (1,15)	0,0120	0,05
Colaborar, participar o dirigir actividades relativas a la implantación de planes de emergencia	Año obtención título 2000-2005 (-0,94) Serv. prevención mancomunado (1,28)	0,0001	0,11
Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva	Servicio prevención ajeno (-1,13)	0,0023	0,05
Asesorar a la dirección de empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud	Ejercicio profesional 20 a 29 años (1,38)	0,0160	0,06
Interactuar con los agentes sociales para la mejora de la salud y seguridad del trabajador	Servicio prevención ajeno (-0,87) Sector industria (1,52) Otra jornada de trabajo (-1,09)	0,0038	0,07
Asistencia sanitaria	VARIABLES predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales	Mutua (-1,29) Otra vinculación laboral (-1,61)	0,0001	0,09
Proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales	Servicio prevención ajeno (-1,68) Otros servicios (-1,79) Sector industria (1,95), servicios (1,57)	< 0,0001	0,18
Manejar fármacos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral	Servicio prevención ajeno (-2,07) Serv. prevención mancomunado (1,03) Sector industria (1,49), servicios (1,28)	< 0,0001	0,22
Proponer continuidad del tratamiento al trabajador, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, coordinados con otros profesionales sanitarios	Servicio prevención ajeno (-1,33) Sector construcción (4,96), industria (2,45), servicios (1,62)	< 0,0001	0,13
Colaborar en el equipo multidisciplinar, evaluar y documentar dentro de sus competencias la aptitud del trabajador para el desempeño de su trabajo realizando los informes	Edad (-0,04)	0,0086	0,02
Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad	2 especialistas (-1,07) Servicio prevención ajeno (-1,35) Sector industria (3,53), servicios (3,30)	< 0,0001	0,22
Realizar procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral	Ejercicio profesional 20 a 29 años (2,04) Servicio prevención ajeno (-2,13) Sector industria (1,88), servicios (1,56)	< 0,0001	0,20

Legal y pericial	Variables predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en concreto las incapacidades	Ninguna	-	-
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral	Servicio prevención ajeno (-1,00)	0,0119	0,06
Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambio de puesto de trabajo	Ejercicio profesional 10 a 19 años (-1,03) Mutua (-1,03) Sector industria (1,65)	0,0057	0,07
Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral	Serv. prevención mancomunado (1,54)	0,0018	0,06
Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes	Año obtención título 2006-2012 (1,71)	0,0003	0,09

Gestión	Variables predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la Enfermería del Trabajo	Servicio prevención ajeno (-1,03)	0,0140	0,05
Gestionar los cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar su coste/efectividad	Servicio prevención ajeno (-1,05)	0,0247	0,03
Colaborar activamente en el equipo multidisciplinar del servicio de prevención como Enfermero/a especialista	Servicio prevención mancomunado (1,13) Mutua (-2,49)	0,0008	0,05
Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos	500 o más trabajadores (-1,55) Servicio prevención ajeno (-0,99)	0,4056	0,08
Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud	Servicio prevención ajeno (-1,25)	0,0185	0,03
Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente	Ejercicio profesional 10 a 19 años (-1,32) Servicio prevención mancomunado (1,40) Otros servicios (-1,51)	0,0007	0,07

Docencia e investigación	Variables predictoras (coeficientes)	p	R <sup>2</sup>
Realizar comunicaciones científicas y divulgativas	Edad (0,04) Sexo hombre (-0,85)	0,0009	0,04
Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas, individuales o grupales	Servicio prevención ajeno (-0,83) Mutua (-1,86)	0,0069	0,04
Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar la actividad profesional y elevar la salud de la población trabajadora	Sexo hombre (-0,94)	0,0076	0,02
Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras	Ejercicio profesional 20 a 29 años (1,62)	0,0289	0,02

## **DISCUSIÓN**

El presente sólo se forma del pasado, y lo que se encuentra en el efecto estaba ya en la causa

Henri Bergson



En este apartado se exponen y discuten los principales hallazgos obtenidos, se describen las limitaciones y fortalezas del estudio y, finalmente, se proponen unas líneas futuras de investigación.

## 1. Principales hallazgos

Hasta donde sabemos, este estudio ofrece una primera imagen de la especialidad de Enfermería del Trabajo que determina la percepción sobre los roles y competencias específicas en el marco de la Orden SAS/1348/2009, circunstancia que se hace extensiva a las sociedades integradas en la Federation of Occupational Health Nurses within the European Union.

Los resultados observados en los modelos finales de análisis permiten identificar algunos patrones comunes: la vinculación a cada modalidad preventiva, el sector de actividad económica al que pertenece la empresa y los años de experiencia profesional, son determinantes en las opiniones de los especialistas. En concreto, las dos primeras se muestran más relevantes en la importancia que cada profesional confiere a sus competencias, y únicamente la vinculación laboral influye sobremanera en el grado de desarrollo de las mismas. En ambos supuestos, el tiempo de ejerciente denota una influencia de menor calado. En un análisis más detallado por grupos de competencia, los especialistas confieren mayor importancia a todos los aspectos relacionados con la competencia relativa a la prevención y promoción de la salud. En cambio, el mayor grado de desarrollo se alcanza en el área asistencial.

En general, las trece variables independientes contempladas en la investigación explican escasamente la variabilidad de las opiniones, dados los valores bajos del coeficiente de determinación ( $R^2$ ) expresados en todos los modelos. De esta forma, no todas predicen bien esta relación debido a la falta de buen ajuste de los modelos finales. Este aspecto no le resta importancia a los criterios incluidos, pero nos indica que la variabilidad restante estaría explicada por variables no medidas en el estudio o bien por confusión residual en las mismas. Del propósito general de evaluar y comprender la percepción de las competencias actuales de Enfermería del Trabajo, entre las variables no consideradas en el estudio y que han podido condicionar la opinión del especialista sobre sus cometidos señalamos las siguientes:

- Laborales: la realidad socioeconómica imperante como resultado de la globalización<sup>245</sup>; las complejas relaciones laborales en un mundo profesional cambiante<sup>246</sup>; las características del mercado de trabajo actual<sup>247</sup>; la evolución constante del perfil de la población trabajadora; los intereses tanto empresariales como profesionales<sup>248</sup> y la continua reducción de los recursos económicos<sup>249</sup>.
- Profesionales: la trayectoria, expectativas y actitudes de cada especialista; el carácter invisible del cuidado enfermero<sup>250,251,252</sup> favorecido por el aislamiento profesional<sup>253</sup>, casi el 50% del colectivo trabaja en organizaciones donde únicamente disponen de un especialista (Tabla 13); la imagen de un rol subordinado<sup>254</sup>, aspecto influyente en la toma de decisiones y que implica asumir un papel secundario<sup>255,256</sup>; las exiguas posibilidades de promoción laboral<sup>257</sup>; los contenidos académicos del proceso de especialización y la asistencia a formación continua; el reconocimiento y consideración profesional en el ámbito de trabajo<sup>258</sup>; la dimensión de la relación con el usuario/trabajador; el escaso índice de asociacionismo (18,04%), circunstancia que condiciona el desarrollo, la fortaleza e influencia de las sociedades profesionales<sup>259</sup>; y/o la aparición de nuevas enfermedades o problemas emergentes ligados al trabajo<sup>260</sup>.

- Normativos: la ausencia de un reconocimiento específico con anterioridad al Real Decreto 450/2005 de especialidades enfermeras<sup>xxvi</sup>; la imposibilidad de acceso a niveles académicos de segundo y tercer ciclo previa a la publicación de la Ley Orgánica 4/2007, elemento que limita profundizar en su área de conocimiento; la indefinición de las competencias profesionales hasta la entrada en vigor de la Orden SAS/1348/2009; el desarrollo de la Ley 28/2009 que faculta la indicación de productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica como aspecto destacado en la cartera de servicios y que posteriormente se delimita (2015)<sup>261</sup>; la entrada en vigor del Real Decreto 843/2011 que aborda preceptos relacionados con los recursos humanos necesarios en la atención sanitaria que se presta y a su vez circunscribe el ejercicio de responsabilidad sobre los mismos; y, por último, el cumplimiento en muchas ocasiones más formal que real de la profusa normativa existente relativa a la prevención de riesgos.
- Históricos: la herencia de los modelos organizativos definidos en el anterior Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa (1959)<sup>94</sup> y las inercias demostradas en procedimientos de actuación reiterados y miméticos son, en definitiva, algunas de las realidades y condicionantes a los que se enfrenta esta disciplina.

### 1.1 Aspectos sociodemográficos

El perfil del participante en el estudio se ajusta a una mujer con una edad media de 43,30 años, una media de años transcurridos desde la obtención del título de especialista de 17,45 y una experiencia en este ámbito de 14,11 años. Residente en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid, mayoritariamente accedió al título de Enfermería del Trabajo sin participar en la prueba de evaluación de la competencia, pertenece a una sociedad profesional específica de la disciplina y ha cursado formación de nivel superior en prevención de riesgos laborales. Con una vinculación contractual de carácter indefinido a un servicio de prevención propio del sector servicios, realiza una jornada continua de mañana donde gran parte del colectivo, ejerce como único especialista en una organización con una plantilla superior a 500 trabajadores distribuida en seis o más centros de trabajo. Estas características sociodemográficos no denotan patrones diferenciales con el estudio realizado por el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (2009)<sup>262</sup> sobre la situación laboral de los especialistas y su percepción de las competencias. Sin embargo, en otro estudio de opinión sobre los contenidos del extinto curso de Enfermería de Empresa (2007), casi el 50% de los participantes (n=153) desarrollaba su actividad en mutuas<sup>17</sup> frente al 5,25% en el presente trabajo (Tabla 10).

La distribución de los participantes en el estudio (32,72% hombres y 67,28% mujeres) no se ajusta a la proporción de Enfermeros colegiados en España: 15,74% hombres y 84,26% mujeres, 223.749 en total<sup>xxvii</sup>. Una versión complementaria presenta en su informe el CGEE (2012) sobre los recursos humanos del colectivo que representa, 246.347 enfermeras acreditadas<sup>263</sup>. La constitución del Registro Estatal de Profesiones Sanitarias puede contribuir a establecer un censo pormenorizado<sup>264</sup>. De forma paralela, la FOHNEU (2010) retrata la evolución de la especialidad entre

---

<sup>xxvi</sup> En el *Informe de salud laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004* (Durán y Benavides, 2004) ya señalaba la necesidad de establecer una especialidad reglada a través de un sistema de residencia con el fin de incrementar la calidad del programa formativo de Enfermería del Trabajo y por ende la capacitación profesional.

<sup>xxvii</sup> Instituto Nacional de Estadística. Datos actualizados a 31 de diciembre de 2012 y publicados el 21 de mayo de 2013. Fecha de consulta: 5 de mayo de 2014.

2005 y 2009 en España y aporta la siguiente estimación, 11.000 especialistas ejercientes y 3.950 asociados en base a los registros facilitados por las sociedades profesionales integrantes (datos correspondientes a 2005, no consta actualización en 2009)<sup>265</sup>. En base a este criterio, la Enfermería del Trabajo constituye el 4,39% del colectivo. En otros países, los referentes se obtienen de forma periódica a través del Registro Nacional de Enfermería, Thompson (2012) cifra en 19.001 los especialistas censados en EE.UU. que representan el 0,70% de la población enfermera<sup>266</sup>. Años más tarde, McCullang (2012) estima un número superior (22.447)<sup>267</sup>, habiendo alcanzado una cota máxima de 36.395 efectivos en el año 2000 (Spratley et al, 2001), circunstancia ésta sin explicación específica según la autora. Realmente el número de profesionales en este país ha mantenido cierta estabilidad con el paso del tiempo; así Henriksen (1959) consideraba la presencia de 17.000 en los distintos centros de trabajo<sup>268</sup>.

En contraste, un estudio patrocinado por el NIOSH (2014)<sup>269</sup> y en otro que utiliza como base la National Sample Survey of Registered Nurses (2012)<sup>270</sup>, determinan el perfil de la Enfermería del Trabajo en EE.UU. Entre otros aspectos destacan los siguientes: mayoritariamente es un colectivo feminizado (92,70%), con una media de edad de 53 años donde el 86,20% se sitúa en el intervalo entre 46 y 65 años. El 70% trabaja a jornada completa vinculado a grandes corporaciones privadas (55%) y públicas (17,80%) del sector servicios (87%), la mayoría (82%) está adscrita a empresas que cuentan con más de 500 trabajadores<sup>123</sup>, el 2% es autónomo, casi el 91% no pertenece a ninguna corporación sindical y el 83,5% es de raza blanca. En cuanto a los aspectos formativos, más del 90% está acreditado como especialista por el organismo competente (ABOHN) (Canadá ha adoptado un sistema idéntico)<sup>271</sup> y el 13,50% ha cursado programas de master y doctorado. Por último, en el 36% de los casos el Enfermero es el único especialista en el centro de trabajo que destina el 52% de su tiempo a la atención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y aplicación de tratamientos.

En esta misma línea, utilizando como población a estudio la Japan Society for Occupational Health (2010) determina las siguientes características socioprofesionales de los 2.077 Enfermeros del Trabajo asociados: el 99,60% son mujeres en un país donde sólo el 10% de los profesionales son hombres, con una edad media de 43,80 años (DE: 9,50) y una experiencia de 14 años (DE: 9,10). Casi el 19% ha publicado un artículo en los últimos cinco años en una revista específica y cerca del 74% realiza entre una y seis actividades formativas al año, asumiendo en el 32% de los casos el coste de su propia formación<sup>272</sup>, cercano al 30,10% en el estudio de Barcelona (2009). Una última consideración, en países como Bélgica, Chipre, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Grecia, Irlanda, Holanda, Suecia, Suiza y Reino Unido, la Enfermería del Trabajo está facultada para coordinar un servicio de salud laboral<sup>273</sup>. En conclusión y salvo matices concretos, se perciben más puntos coincidentes que divergentes en esta descripción comparativa del perfil de esta disciplina en distintas latitudes.

Centrándose en el ámbito de nuestro estudio, en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid y Valencia (Tabla 2) residen de forma mayoritaria el grueso de los participantes, aspecto coincidente con los porcentajes más elevados de respuesta respectivamente (Tabla 6) y la distribución de empresas por áreas geográficas: Cataluña (17,80%), Andalucía (15,70%), Madrid (13,80%) y Valencia (11,10%)<sup>274</sup>.

Considerando distintos aspectos tales como la modalidad de acceso al título de especialista en Enfermería del Trabajo, la media de edad de la población estudiada y la media de años transcurridos una vez obtenido el título (Tablas 1 y 3), se percibe un continuo en el acceso a la formación específica como especialista una vez finalizado el grado universitario. Esta acreditación era necesaria en la mayoría de los casos para el acceso a un potencial puesto de trabajo en este sector profesional. De esta forma, el 88,58% de los participantes disponían de la formación requerida

previamente a la publicación del Real Decreto sobre especialidades en 2005 (Tabla 3). En un estudio realizado en el ámbito de la provincia de Barcelona (n=272), el 78,70% también cumplía este requisito<sup>262</sup>. No obstante, en aquellos supuestos de participación en la prueba de evaluación de la competencia con el fin de obtener el título de especialista, el número de solicitudes admitidas fue de 2.487, superando la misma 2.211 (88,90%)<sup>xxviii</sup>. Aun así, en el primer estudio a nivel mundial sobre las competencias de los profesionales de la salud laboral, se analizaron 118 específicas y transversales a través de 222 instituciones autorizadas de 89 países. Entre sus conclusiones, señala que el 66,70% de los países desarrollados disponen de titulación oficial y programa formativo específico en Enfermería del Trabajo (Delclós et al., 2005)<sup>141</sup>. Posteriormente, otro informe estudia las competencias en 21 países y analiza los distintos programas docentes que se imparten en la UE, observando una tendencia generalizada a que esta especialidad se realice a través de un máster universitario (FOHNEU, 2012)<sup>275</sup>.

Aunque el porcentaje de pertenencia a asociaciones profesionales es escaso (18,04%) comparado con otros países, se observa una preferencia mayoritaria por sociedades específicas (60,25%) sobre aquellas constituidas por otras disciplinas afines a la salud laboral y la prevención de riesgos laborales (39,75%) (Tabla 6). Casi el 71% no está vinculado a una segunda relacionada con su ámbito de trabajo, aspecto que contrasta con el perfil de los integrantes de la Japan Society for Occupational Health, donde únicamente el 4,80% no es miembro de otra sociedad académica, preferentemente relacionada con la salud pública<sup>276</sup>; en idéntico supuesto están los integrantes de la AAOHN con un 9,90%<sup>277</sup>. Conscientes de su limitada influencia en el contexto que nos ocupa, algunos autores identifican esta causa para cuestionar la utilidad de pertenecer a las mismas<sup>259</sup>. En este sentido, la actuación en materia prevención de riesgos laborales en España está condicionada por un marco normativo profuso, aspecto que limita el criterio profesional y su desarrollo basado en la implantación de evidencia científica<sup>278,279</sup>. En otras latitudes donde el índice de asociacionismo está más consolidado y cuentan con más tradición participativa, EE.UU., Canadá y Reino Unido, las sociedades han jugado un papel determinante en el desarrollo, capacitación, certificación e implementación de nuevos roles enfermeros<sup>280</sup>. Tres son las razones que justifican su vinculación, actualización a través de la asistencia a cursos relacionados con la especialidad, pertenencia a una red profesional y publicación de una revista específica<sup>277</sup>. En todo caso, la experiencia en la Unión Europea demuestra que pueden constituirse en grupos de presión con el fin de incrementar la calidad de los servicios prestados y el empoderamiento como colectivo al reivindicar la especialización en su ámbito de trabajo<sup>281</sup>. En sintonía, un estudio de carácter internacional realizado en colaboración con la OMS aporta un dato concluyente, en el 77,20% de los países desarrollados se han constituido sociedades de afines vs. 36,70% en aquellos en vías de desarrollo<sup>141</sup>. Otro trabajo posterior donde participaron 450 especialistas procedentes de 17 países de los cinco continentes, eleva esta cifra hasta el 85,10%<sup>282</sup>.

En las sucesivas ediciones de la Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas realizadas por el INSHT (1999, 2003 y 2009), señala que el recurso preventivo adoptado más frecuentemente por las empresas (n=5.146), es el servicio de prevención ajeno, cifrado en el 39,20%, 73,40% y 72,90% respectivamente en cada año de estudio. La adopción de la modalidad de servicio de prevención propio en las mismas ediciones fue de 5,30%, 9,80% y 4,90% en cada caso. Aspecto diferencial con el perfil de los participantes en este trabajo, casi el 60% está vinculado a un servicio de prevención propio y el 30% a uno ajeno (Tabla 10). En esta línea, el 71% de los especialistas trabaja en empresas con más de 500 empleados, cifra que se eleva hasta el 83,02% si

---

<sup>xxviii</sup> Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Dirección General de Política Universitaria. Subdirección General de Títulos y Reconocimientos de Cualificaciones.

consideramos aquellas que superan los 250 operarios (Tabla 15). Esta circunstancia encuentra su justificación en el Real Decreto 39/1997 que aprueba el Reglamento de los servicios de prevención. En su artículo 14 indica que el empresario debe constituir un servicio de prevención propio en dos supuestos: cuando se trate de una empresa que cuente con más de 500 personas o en aquella entre 250 y 500 que desarrolle alguna actividad de especial peligrosidad<sup>144</sup>.

Sendos estudios patrocinados por el INSHT (2009, 2012) permiten observar un tenor homogéneo<sup>283,284</sup>. En el primero cifra en 88,20% los centros de trabajo que en los distintos sectores cuentan en su plantilla con trabajadores indefinidos. En sintonía similar se muestra el segundo (n=8.892), los asalariados representan el 79,40% de los ocupados y el carácter indefinido de los contratos el 73,90%. Resultado coincidente con una investigación descriptiva (n=908) sobre las condiciones de trabajo de la Enfermería española, 73,50% (SATSE, 2012)<sup>285</sup>, el 62% según Hernández (2015)<sup>286</sup> y la IV Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (78%)<sup>287</sup>. Valor que alcanza el 86,11% en la población objeto de este estudio (Tabla 11).

El tiempo de trabajo constituye una variable fundamental en el análisis de las condiciones de trabajo. En la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2012) concluye que el 28,60% de los trabajadores realiza turno fijo de mañana y el 14,50% de mañana y tarde<sup>276</sup>. En contraste, la actividad sanitaria destaca por ser el grupo de profesionales que en mayor medida realizan trabajo a turnos<sup>288</sup>, aspecto éste de escasa relevancia en el contexto de estudio.

La presencia de especialistas en los centros de trabajo queda definida entre otras cuestiones por la población de empresas, sector y rama de actividad. En el Censo de cotización de empresas a la Seguridad Social<sup>289</sup>, el 65,80% corresponde al sector servicios, 15,90% industria, 14,40% construcción y 3,90% agrario. En la distribución de los datos que se muestran en los resultados de esta tesis, se corresponden con el sector más representado (68,21%) (Tabla 14), porcentaje que se eleva hasta 77,80% en el trabajo realizado en la provincia de Barcelona (2009). La industria ocupa el segundo ámbito que aglutina la Enfermería del Trabajo, 22,22% (Tabla 14) vs. 19,30% (Barcelona, 2009).

La especialidad demuestra un compromiso con la formación continuada, prácticamente el 81% de los intervinientes han cursado el nivel superior en prevención de riesgos laborales, destacando que casi el 50% dispone de la titulación en todas las disciplinas preventivas contempladas en la Ley 31/1995, siendo la Ergonomía y Psicología aplicada aquella que suscita más interés (12,65%) frente al 35,30% de la encuesta citada de Barcelona. En el referido estudio mundial realizado en colaboración con la OMS (Delclós et al., 2005), cita un listado de las preferencias formativas en países desarrollados, entre ellas destaca los contenidos específicos relativos a la salud laboral y las normas que lo regulan. En el trabajo de Barcelona (2009), la importancia se la conceden a los contenidos de patología laboral y gestión de la vigilancia de la salud; en el extremo opuesto, las áreas de informática, metodología de la investigación y estadística. Conclusiones que proporcionan un tenor del centro de atención del especialista y que pudieran explicar junto con la escasa formación específica el limitado desarrollo de la faceta investigadora en este campo. No obstante, en la Tabla 131 se constata una circunstancia, los profesionales que han cursado formación superior en riesgos laborales, han contribuido en mayor medida a realizar comunicaciones científicas frente a quienes no disponen de esa acreditación formativa. Finalmente, aunque esta inquietud formativa es elevada asoma alguna duda, el 25% del colectivo donde están representadas todas las especialidades, no considera prioritaria la formación específica para el desarrollo de sus competencias profesionales (SATSE, 2012)<sup>290</sup>. Significativa resulta una de las conclusiones de un estudio que establece las doce barreras más frecuentes para asistir a este tipo de formación, la Enfermería del Trabajo indicó de forma mayoritaria que eran de tipo de organizativo,

vinculadas a la empresa contratante<sup>276</sup>, aspecto éste coincidente con otras especialidades enfermeras<sup>291</sup>.

La consideración actual de la Enfermería del Trabajo como especialidad es producto de su propia historia como disciplina, la evolución del contenido de sus programas formativos, las sucesivas normas que regulan su actividad y la práctica profesional de quienes nos precedieron en su ejercicio. El análisis de la evolución profesional de esta práctica enfermera, permite observar la trayectoria desde su singularidad en su ámbito específico de trabajo y la prestación de cuidados con una visión holística de la atención al trabajador<sup>292</sup>. En este contexto, la aplicación y desarrollo de sus competencias son un requisito normalizado para realizar adecuadamente un trabajo específico (CIE, 2003<sup>293</sup>, 2008<sup>294</sup>) en base a dos criterios globales considerados en esta tesis, importancia profesional y grado de desarrollo.

## **1.2 Importancia profesional**

La actividad económica principal de la empresa, la vinculación a las distintas modalidades de servicio de prevención y en menor medida, los años de ejercicio como especialista, condicionan la importancia que la Enfermería del Trabajo confiere a los cometidos profesionales de la Orden SAS/1348/2009. En los dos primeros aspectos, la percepción que muestran es relevante en dos áreas competenciales concretas, la faceta preventiva y en una escala inferior la asistencia sanitaria.

De forma genérica, ninguna de las variables propuestas parece tener efecto sobre el modelo propuesto. Entre las competencias profesionales analizadas, los valores que toma  $R^2$  no superan el 15%. Los mayores porcentajes se concentran en el área de prevención y promoción de la salud en el trabajo y, en concreto, las competencias referidas a incrementar el nivel de salud de la población trabajadora mediante la prevención y la formación (14,96%), siendo la segunda más valorada entre las veintinueve estudiadas (Tabla 17). A continuación le siguen promover la participación del trabajador a través de las medidas propuestas (10,38%) y asesorar a la dirección de las empresas sobre la repercusión de las condiciones de trabajo en la salud del trabajador (9,66%) (Tabla 142).

### **1.2.1 Según la actividad económica de la empresa y la modalidad de servicio de prevención**

En el análisis de los factores más determinantes en la importancia que se le confieren a las atribuciones profesionales, la actividad económica de la empresa es el más destacado. A pesar de ser significativo, el ámbito de la construcción comparado con otros sectores se muestra menos proclive a realizar actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos e identificar problemas de salud reales o potenciales (Tabla 142).

En base al modelo económico vigente en los años precedentes, este sector concita elevadas tasas de siniestralidad, su índice de incidencia duplica la media de los índices del resto de los sectores (INSHT, 2013)<sup>295</sup>, siendo aún más elevado en un informe previo (INSHT, 2011)<sup>296</sup>. Esta circunstancia puede tener su explicación al centrar su actividad en tareas estrictamente asistenciales, casi el 67% de los especialistas visita entre 26 y 100 personas semanalmente<sup>277</sup>. No obstante, esa intensa asociación entre el ciclo económico y la cifra de accidentes es mucho menor en los países de nuestro entorno<sup>296</sup>. Aspecto que contrasta con los datos procedentes de las encuestas de condiciones de trabajo, el 72,80% de los trabajadores de la industria y el 70% de construcción, han recibido formación preventiva en materia de prevención de riesgos (INSHT, 2012)<sup>283</sup>. Ahora bien, cumplir con la legislación vigente es la razón prioritaria aducida por las empresas (84,60%)<sup>297</sup>. De

hecho, la EU-OSHA (2011) cifra en el 97% las empresas españolas que cuentan con una política de seguridad y salud documentada<sup>298</sup>. En paralelo, la CEOE (2011) manifiesta en su informe que sus organizaciones asociadas realizan inversiones en esta área por encima de los estrictos criterios de rentabilidad<sup>299</sup>.

Otras parcelas productivas como el caso de la industria y el sector servicios, circunscriben su actividad a la prestación de asistencia urgente en el puesto de trabajo; resultado concordante con la literatura al constituir el segundo y tercer contexto laboral de mayor accidentalidad laboral (INSHT 2011, 2013)<sup>295</sup>. En un estudio internacional donde participaron 17 países, la prestación de primeros auxilios era la segunda atribución más ponderada entre los especialistas por contar con mayor autonomía en su ejecución<sup>282</sup>.

En cuanto a la modalidad del servicio de prevención, quienes pertenecen a mutuas conceden menos importancia a elevar el nivel de salud del trabajador mediante la prevención y la formación. Debido a su naturaleza jurídica se ajustaría a idéntica justificación empleada en el sector de la construcción, centra gran parte de su cometido en la actividad asistencial. En cuanto a la formación, contrasta con la conclusión observada en el informe INSHT (2009), siendo el segundo agente formador de trabajadores por detrás de los servicios de prevención ajenos<sup>300</sup>. La Asociación Internacional de la Seguridad Social (2011) incide en la repercusión económica de la formación en materia preventiva, obteniendo una rentabilidad de 4,40 euros por cada uno invertido<sup>301</sup>.

En última instancia, aunque la experiencia profesional es estadísticamente significativa, su influencia es menor que la actividad económica de la empresa y la pertenencia a los distintos tipos de servicios de prevención, factores considerados determinantes (Tabla 142).

### **1.2.2 Según las competencias específicas**

Concitando la mayor importancia por parte de los profesionales a la competencia de incrementar el nivel de salud mediante la promoción y prevención de riesgos, desde distintas instancias nacionales e internacionales se constata las bondades de instaurar este tipo de programas en los centros de trabajo<sup>140</sup>, en concreto encuadran este cometido como una actividad prioritaria de la Enfermería del Trabajo dentro de su cartera de servicios. Esta circunstancia encuentra su justificación en la trayectoria histórica de vinculación a las empresas, la preparación específica durante el periodo de formación, la necesaria adaptación a la evolución constante de los requerimientos de salud, la presencia continuada en las empresas a jornada completa (99,07%) (Tabla 12) y, por último, constituir el grupo profesional más numeroso que presta cuidados de salud en los centros de trabajo.

En un informe exhaustivo que detalla las competencias transversales y específicas de la especialidad, defiende su aplicación en base a las demandas de los trabajadores y a las expectativas de los empresarios (OMS, 2001)<sup>140</sup>; el instituto norteamericano NIOSH (2012) da un paso más y reconoce su importancia mediante la aplicación de criterios de coste-efectividad<sup>302</sup>. El posicionamiento institucional de la sociedad profesional más numerosa no admite dudas, cita en primer lugar esta actividad entre la escala de prioridades de la profesión (AAOHN, 2013)<sup>303</sup>. En la misma línea se muestra la Federación europea de especialistas (FOHNEU, 2012)<sup>275</sup> e idéntica postura toma la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería del Trabajo en España, encabizando la faceta preventiva el listado de competencias que deben adquirir los futuros especialistas durante el periodo de formación<sup>153</sup>. Prioritario también se considera en el catálogo de actividades concretas en este ámbito señaladas en la Ley 33/2011 General de salud pública (art. 33.3)<sup>11</sup>. Adquisición de roles

que se muestran en sintonía con las propuestas incluidas en la Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2013)<sup>304</sup>. En el caso de la Canadian Nurses Association (2009), esta atribución ocupa el segundo contenido más amplio en el proceso de acreditación del futuro especialista. Con anterioridad, en un documento de adhesión redactado por profesionales de esta disciplina, considera la prevención un aspecto primordial en el ámbito de la vigilancia de la salud<sup>305</sup>.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (2011) analizó el impacto económico de la aplicación de medidas preventivas en una muestra de 300 empresas en 15 países. Entre las conclusiones se observa que la relación coste-beneficio de la inversión en prevención suponía un rendimiento relevante, por cada euro invertido se obtuvo una rentabilidad de 2,20<sup>301</sup>. En la Universidad de Harvard, Baicker et al. (2010) establecen un intervalo de ahorro mayor sobre un horizonte de tres años, entre 2,70 y 3,27 dólares por unidad destinada al programa<sup>306</sup>. Finalmente, los últimos informes nos ofrecen una visión panorámica de la especialidad. Desde su constitución en 1906, la Enfermería del Trabajo es miembro de la Comisión Permanente de la International Commission on Occupational Health. Con motivo de la celebración de su decimoquinto congreso, la Comisión recibe el encargo de elaborar un primer documento sobre la aportación de la especialidad a la salud de los trabajadores, *The nurse's contribution to the health of the worker* (1969). Años más tarde, la propia Comisión publica otro informe que describe la evolución de las competencias en los últimos treinta años. Las conclusiones invitan al análisis, sin abandonar un rol más tradicional basado en la atención a los accidentes de trabajo y prestación de primeros auxilios, la especialidad tiende hacia un escenario de competencias más amplio. Centra sus actuaciones en una mayor autonomía e independencia profesional, la promoción de hábitos saludables y la educación para la salud dirigida a los trabajadores (SCOHN, 2005)<sup>307</sup>.

La AAOHN revisa mediante un proceso Delphi las competencias de la especialidad cada cuatro años desde 1999. Años más tarde, concluida una de las revisiones periódicas, realiza entre sus asociados un estudio de las competencias más valoradas por los empresarios con el fin de adaptar la formación del especialista a las necesidades de la realidad sociolaboral. En materia preventiva, el 59% considera favorable diseñar e implementar programas de promoción de la salud, el 70% destacan el valor de asesorar sobre la influencia de los riesgos laborales en la salud y el 73% demanda indicadores que permitan evaluar la efectividad de los programas instaurados (AAOHN, 2006)<sup>123</sup>. Numerosos autores están interesados en cuantificar la relación coste-efectividad de instaurar programas de promoción de la salud en los espacios de trabajo (Nahm et al., 2012; Proper et al., 2011), pero es Aldana (2001) en una revisión de 196 estudios donde encuentra evidencia de una asociación positiva entre dichos programas, un menor absentismo y el descenso de los costes de los cuidados de salud<sup>308</sup>. En una colaboración posterior, el propio autor acuña en este contexto el término *culture of wellness*<sup>309</sup>. Conclusiones ratificadas por Chapman (2012) en el metaanálisis practicado con 42 investigaciones del mismo tenor<sup>310</sup>. Además, en un estudio internacional donde participaron 450 Enfermeros del Trabajo procedentes de 17 países, la promoción de la salud constituye una de las cinco competencias que el especialista realiza de forma independiente<sup>282</sup>, siendo la tercera actividad más frecuente en el estudio patrocinado por el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (2009). En un trabajo posterior subvencionado por el NIOSH, cifra el tiempo destinado a actividades de promoción de la salud en un 8% de la jornada de trabajo, en todo caso, el 47% incorpora un consejo preventivo en cada acto enfermero (AAOHN, 2014)<sup>269</sup>. Actitud relacionada con la inquietud del 50% de los 4.498 Enfermeros del Trabajo registrados en el censo NIOSH (2011); en sus respuestas la señalan como la competencia de donde han obtenido más información complementaria<sup>311</sup>. Entre las limitaciones o impedimentos que condicionan el desarrollo de esta actividad, son varios los autores que citan las siguientes: escaso apoyo a esta iniciativa en el entorno de trabajo, conocimientos específicos deficientes, acuerdo entre profesionales, escasez de

tiempo, carencia de incentivos, necesidad de herramientas auxiliares, centrar la práctica profesional en la atención al proceso de enfermedad y limitaciones en las habilidades personales<sup>312,313,314</sup>, circunstancias todas ellas determinantes de la verdadera integración en la práctica clínica diaria. En consecuencia, su efectividad está modulada por cuestiones laborales y la influencia creciente de los cambios que puedan acontecer en el entorno social y cultural<sup>315</sup>.

Estos aspectos pueden encontrar cierto estímulo en un informe de la OMS (1995) donde señala que la presencia de la Enfermería del Trabajo en las organizaciones contribuye a mantener y promover la salud de los trabajadores e influye positivamente en el desarrollo industrial de un país<sup>159</sup>. Conscientes de esta realidad, distintos organismos implicados han diseñado guías que incluyen directrices para crear una cultura saludable en las organizaciones, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM), NIOSH (Goetzel et al., 2014) y la Red Europea de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (ENWHP) con su Declaración de Luxemburgo (1997).

Franco (2002) señala que la actitud positiva es condición necesaria como punto de partida para desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud<sup>316</sup>. Bonal et al. (2007) incorporan la importancia de los valores y el compromiso con las personas, la sociedad y la mejora continua de las competencias<sup>317</sup>. Kloppe et al. (2005) observan el vínculo entre actitudes y competencias pero la valoración resulta difusa<sup>318</sup>. Litaker et al. (2003) encuentra una asociación débil entre la actitud de enfermeros y médicos al instaurar actividades preventivas. Aunque la investigación es escasa en este ámbito, de nuevo Litaker et al. (2003) insisten en el valor de las actitudes positivas y el conocimiento de la eficacia de las intervenciones como condición indispensable para garantizar su implantación y continuidad<sup>319</sup>.

El informe de la EU-OSHA (2012) propone una serie de recomendaciones con el fin de favorecer la participación de los trabajadores en el ámbito de promoción de la salud: incorporar al empleado y/o representantes en el diseño e implantación de las distintas actividades, adaptar las propuestas a los riesgos específicos de cada puesto, proponer actuaciones de fácil acceso, planificar las actividades considerando la diversidad de las personas a quienes van dirigidas y disponer del apoyo de los directivos a este tipo de actuaciones. La revisión bibliográfica realizada con motivo del informe es concluyente, se precisan más estudios que incidan en la forma de motivar a los empleados que trabajan en la pequeña y mediana empresa. El propio informe aporta una interpretación, la mayoría de las actuaciones se circunscriben a las empresas más grandes. Asimismo, debido a la falta de proyectos de investigación, no resulta fácil implicar en la participación a quienes desarrollan su trabajo a tiempo parcial, a turnos y cuando no se consideran las diferencias culturales, especialmente en el contexto de la Unión Europea<sup>320</sup>. En consecuencia, el nivel de participación formal de trabajadores es directamente proporcional al tamaño de la empresa, siendo los países escandinavos los que presentan tasas más elevadas<sup>298</sup>, cuestión ratificada por el Observatorio Europeo de Riesgos (2017) en la conclusiones de su artículo sobre la implicación de los trabajadores en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo<sup>321</sup>. En este sentido, la Agencia (2013) destaca un compromiso más habitual de los directivos y trabajadores cuando existe un planteamiento de gestión participativa de la seguridad y salud en el trabajo<sup>322</sup>. Una revisión posterior aporta una perspectiva complementaria, García et al. (2016) destacan que el carácter asimétrico y desigual de las relaciones laborales condiciona la participación de cada estamento laboral, surgiendo un conflicto de intereses<sup>323</sup>. En esta misma línea, la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo establece que la participación activa resulta imprescindible en los programas de promoción de la salud<sup>324</sup>. No obstante, López (2002)<sup>325</sup> propone programas formativos que impliquen cambios conductuales; Gagnon (2005)<sup>326</sup> y Bertulesi et al. (2006)<sup>327</sup> abogan por integrar el conocimiento experto y la trayectoria del propio trabajador en el puesto; Burke et al. (2006)<sup>328</sup> resaltan el valor de

la participación en un estudio que analiza 95 experiencias formativas en 15 países; Holmes et al. (2008)<sup>329</sup> defienden un proceso basado en la identificación de necesidades; Robertson et al. (2008)<sup>330</sup> sugieren la posibilidad de un autodiseño del puesto previa adquisición de conocimientos y Anger et al. (2009)<sup>331</sup> insisten en las actividades de refuerzo periódicas en el proceso formativo. En todo caso, en la evaluación del impacto de estas actividades, parece constatarse una fuerte evidencia de su efectividad<sup>332</sup>.

En las competencias de gestión, docencia e investigación contempladas en el programa formativo de la especialidad concita la siguiente circunstancia: en cinco de los veintinueve ámbitos de actuación estudiados, ninguna de las trece variables dependientes contempladas muestra significación estadística. De hecho, en la actividad de proponer e intervenir en proyectos de investigación orientados a mejorar la actividad profesional, se observa la mayor oscilación de la media intracompetencia entre la importancia y el grado de desarrollo (3,98) (Tabla 21). Durán y Benavides (2004)<sup>333</sup> afirman que el escaso número de doctores en esta área de conocimiento limita el diseño de proyectos de investigación, aspecto que hasta la entrada en vigor de la Ley Orgánica 4/2007 no era factible. En consecuencia, esta limitación conlleva que únicamente el 6,80% del total de participantes (n=249) en el estudio de Barcelona (2009), haya publicado un artículo de investigación en los últimos cinco años; el 14,20% en el caso de una comunicación oral o escrita, estableciendo como principal motivación la satisfacción personal y como primera limitación, la falta de tiempo y el aislamiento profesional<sup>262</sup>, conclusiones coincidentes con referentes nacionales (Jones et al., 2004<sup>334</sup>; Oltra et al., 2007<sup>335</sup>) e internacionales (Hicks et al., 2006<sup>336</sup>; Retsas et al., 1999<sup>337</sup>). Basado en el cuestionario propuesto por la Asociación Internacional de la Seguridad Social y la Red Europea de Organizaciones Profesionales en Salud y Seguridad, a la pregunta sobre la pertinencia de *escribir en revistas de seguridad y salud* (n=236), poco más de la mitad responde afirmativamente (57,20%), de hecho es la tarea mensual menos valorada de las cuarenta y seis propuestas<sup>278</sup>, si bien cerca del 87% de la Enfermería afirma que no se investiga lo suficiente (Giménez et al., 2009), aspecto relacionado con el escaso consumo de literatura científica (sólo un 10% lee con frecuencia artículos científicos y un 45% está suscrito a revistas específicas)<sup>338</sup> y la falta de integración del rol investigador en la práctica diaria<sup>339</sup>. Naumanen-Tuomela (2001) realiza una revisión de los artículos publicados en la revista de la AAOHN; la práctica enfermera en los centros de trabajo y los programas de prevención y promoción de la salud concitan el mayor interés<sup>340</sup>, tendencia coincidente con las prioridades de investigación en salud laboral señaladas por Benavides et al. (2008)<sup>341</sup>. Los integrantes de la Japan Society for Occupational Health Nurses reconocen su falta de experiencia en este campo, entre las causas de origen profesional cita las siguientes: limitada formación específica, las condiciones de trabajo y ausencia de oportunidades para asistir a actividades de formación continua<sup>272</sup>. La carencia de formación específica se relaciona con la falta de tiempo y recursos, generando inseguridad en un potencial planteamiento de un proyecto de investigación, aspecto que favorece el distanciamiento de la intención inicial (Brown et al., 2009)<sup>338</sup>. No obstante, en el estudio realizado entre miembros de AAOHN donde se propone la evaluación de 46 competencias que los empleadores consideran de interés, los dos últimos puestos están ocupados por la faceta investigadora, el penúltimo referido a colaborar con otros miembros del servicio de prevención y, el último, a desarrollar una iniciativa enfermera individual previa identificación de una necesidad<sup>123</sup>. Diversos autores destacan un mayor nivel de autonomía respecto al mostrado en otras especialidades enfermeras, relacionando esa característica con una mayor satisfacción laboral (Aiken et al., 2002<sup>342</sup>; Kovner et al., 2006<sup>343</sup>) y la posibilidad de cursar programas de master o doctorado. En todo caso, no se han encontrado diferencias significativas en la proporción de especialistas en Enfermería del Trabajo que realizan esta formación avanzada con los procedentes de otras disciplinas enfermeras (Thompson, 2012). Cuestión de lenta evolución, como así queda patente en un trabajo llevado a cabo en 89 países donde la competencia investigadora es la penúltima menos desarrollada tanto en países evolucionados como en aquellas economías

emergentes<sup>141</sup>, hallazgo coincidente con otro estudio realizado en el marco de la AAOHN (2013) (n=2.123) en el que más del mitad de los participantes (52,80%) dedican menos del 20% de su jornada a tareas de investigación, y con otro de carácter nacional entre enfermeras especialistas canadienses (n=776) que estiman el 7,04% de su tiempo de trabajo<sup>344</sup>. FOHNEU (2010) en su aportación sobre el estado de la especialidad en el ámbito de la UE, la investigación no consta como *área de trabajo*<sup>265</sup>. En un informe posterior (2012), únicamente cuatro de los veintiocho países que la integran incorporan la metodología de la investigación en su programa formativo, Dinamarca, España, Holanda y Reino Unido; circunstancia que en este último país no estimula la faceta investigadora al considerar esta competencia entre las menos importantes (Lalloo et al., 2016<sup>345</sup>; Patterson, 2015<sup>346</sup>) y aspecto coincidente con el estudio realizado en 51 países donde se analizan las competencias de los médicos del trabajo (Lallo et al., 2016<sup>347</sup>).

Conscientes de la contribución mediante los programas de prevención y promoción de la salud en el contexto de las organizaciones, se trata de superar un planteamiento reduccionista o puntual segregado del resto de actividades comunitarias que se desarrollen, evitando la descontextualización en el conjunto de todas las competencias de Enfermería del Trabajo. En este supuesto, es necesaria una perspectiva transversal incorporando esta competencia en cada práctica enfermera<sup>348</sup>.

### **1.3 Desarrollo profesional**

La vinculación del especialista en Enfermería del Trabajo a las distintas modalidades de servicio de prevención condiciona sobremedida la opinión de los participantes en el estudio sobre el grado de desarrollo, siendo estadísticamente significativa en 21 de los 29 ámbitos estudiados. De nuevo, aunque en menor medida, la actividad económica principal de la empresa y los años de ejercicio profesional ejercen su influencia en la percepción del cometido enfermero.

A priori ninguna de las variables contempladas parece tener un efecto significado sobre el modelo propuesto. Entre las competencias contempladas, los valores de  $R^2$  no superan el 23%. Los porcentajes más elevados se concentran de forma exclusiva en distintas facetas del área de asistencia sanitaria: manejo de fármacos y productos sanitarios (22,14%), atención de urgencia y emergencia (22,07%), realización de procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados enfermeros en salud laboral (20,80%), proporcionar atención integral al trabajador con especial incidencia a las alteraciones laborales (18,94%) y, por último, proponer una continuidad en el tratamiento al trabajador coordinado con otros profesionales sanitarios (13,68%) (Tabla 143).

#### **1.3.1 Según la modalidad del servicio de prevención**

Las cinco competencias más desarrolladas del área asistencial están íntimamente relacionadas entre sí. En todos los casos responden a la concepción inicial de la especialidad, la atención directa al trabajador en situaciones de accidente de trabajo y la prestación de primeros auxilios (Tabla 143). Sin duda, el rol de la atención urgente alcanza el mayor grado de desarrollo en los ámbitos con las tasas de siniestralidad más elevada, construcción, industria y servicios, en sintonía con los datos de la serie histórica elaborada por el INSHT<sup>295,296</sup>. En consecuencia, la administración de fármacos y productos sanitarios es más significativa entre los profesionales vinculados a estos sectores y en concreto a los servicios de prevención propios y/o mancomunados, aspecto razonado por la proximidad y la continuidad en la atención al trabajador. En un estudio internacional donde participaron 17 países y 450 Enfermeros del Trabajo, Rogers et al. (2014)

concluyen que la prestación de primeros auxilios es la segunda atribución más ponderada entre los especialistas por contar con mayor autonomía en su ejecución, en cambio el manejo de medicamentos es la competencia con menor nivel de desarrollo entre las 40 funciones propuestas<sup>282</sup>, en este supuesto concreto el acceso a esa facultad es a través de una formación específica de máster universitario.

En España, la publicación de la Ley 28/2009<sup>349</sup> que modifica el art. 77 de la Ley 29/2006<sup>350</sup>, faculta a los enfermeros de forma autónoma a indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de la correspondiente orden de dispensación, aspecto delimitado por una norma posterior (2015)<sup>261</sup>. Este cometido está autorizado y regulado legalmente en distintos países (Australia, Canadá, EE.UU., Holanda, Irlanda, Nueva Zelanda, Reino Unido, Sudáfrica, Suecia...), ajustándose su práctica a los distintos modelos, independiente, colaborativa y limitada utilizando protocolos o catálogos definidos previamente<sup>351</sup>. Tanto profesionales como usuarios destacan las bondades de esta competencia: incremento de la autonomía profesional (CGEE, 2010), mejora en la calidad de la atención<sup>352,353</sup> y la seguridad del cliente<sup>354</sup>; uso más efectivo del tiempo y los recursos (David y Brown, 1995<sup>355</sup>; Cornwell y Chiverton, 1997<sup>356</sup>; Dott y Johnson, 1999<sup>357</sup>); facilita el acceso del cliente a los fármacos<sup>358</sup>; constituye un planteamiento holístico en el cuidado, permite ofrecer un proceso continuo de atención y mejora la relación entre profesionales de la salud<sup>359</sup>; supone una mayor proyección social de las enfermeras (Montero et al., 2009)<sup>360</sup>; reduce la carga de trabajo del personal médico, especialmente en el control de pacientes crónicos a quienes realiza el seguimiento la enfermería y facilita una explicación más detallada sobre el fármaco indicado (Dowling et al., 1995; Broadbent, 1998)<sup>361</sup>. Activos que contribuyen al desarrollo de la relación terapéutica enfermero-usuario al considerarse uno de los resultados más valorados de esta prestación<sup>362</sup>. Esta competencia ha sido evaluada en el Reino Unido (Latter et al., 2012)<sup>363</sup>, Escocia (Coull et al., 2013)<sup>364</sup>, Irlanda (Naughton et al., 2013)<sup>365</sup> y Nueva Zelanda (Wilkinson et al., 2014)<sup>366</sup> acreditando entre las conclusiones su valor seguro, ser clínicamente adecuada y de alta calidad (Koonienga y Wilkinson, 2017)<sup>367</sup>. Asimismo, distintos autores han realizado una comparación cuantitativa entre dos modalidades de prescripción, la enfermera de carácter independiente y aquella realizada por médicos; Kinnersley et al. (2000)<sup>368</sup>, Pritchard et al. (2001)<sup>369</sup> y Shum et al (2000)<sup>370</sup> no observan diferencias significativas en el número de prescripciones en ambos colectivos; Laurant (2008)<sup>371</sup> constata idéntica conducta en situaciones de atención urgente y Moher et al. (2001)<sup>372</sup> mantiene la misma conclusión ante las afecciones crónicas. Únicamente Shum<sup>370</sup> abunda en la mayor información y consejos sobre automedicación que facilita la Enfermería. Aunque en un principio se auguraba un incremento de las indicaciones enfermeras de carácter independiente, la realidad es que las enfermeras prescriben menos, centrando su atención en una de sus competencias prioritarias, la educación para la salud<sup>356</sup>.

En este análisis asoma otra constante, aquellos especialistas vinculados a mutuas, servicios de prevención ajeno (Coef: -1,68) u otras modalidades de vinculación laboral (Coef: -1,79) (Tabla 143) que no sean servicios de prevención propios y/o mancomunados, muestran una menor tendencia a identificar problemas de salud relacionados con el trabajo, y por tanto a proporcionar una atención integral al trabajador, circunstancia condicionada por el perfil de entidades citadas, centradas principalmente en la vigilancia de la salud y la atención al accidentado. Sin embargo, estos cometidos están muchos más desarrollados en dos sectores concretos, industria y servicios, probablemente justificada por las peculiaridades de estas actividades económicas (INSHT, 2011).

En la atención integral que se brinda, una cuestión demandada entre la Enfermería del Trabajo es la continuidad del tratamiento que se presta tanto dentro de la jornada de trabajo como aquella coordinada con otros profesionales sanitarios externos. En este supuesto, la petición está íntimamente relacionada con las cifras de siniestralidad, estando más desarrollada en la construcción

(Coef: 4,96) (Tabla 143), seguida del sector industrial (Coef: 2,45) y servicios (Coef: 1,62) (Tabla 143), cuestión coincidente con los datos aportados por el INSHT (2009, 2011). Aun así, la percepción de los participantes denota inquietud, es la tercera competencia donde el valor que toma la media entre la importancia que se le concede y el nivel de desarrollo es mayor (Tabla 20). Demanda que tiene su expresión en el artículo 22.2 de la Ley 33/2022 General de salud pública, invitando a las administraciones sanitarias a establecer procedimientos conjuntos de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada entre los siguientes actores, atención primaria, especializada, sociosanitaria y los servicios de prevención que realizan vigilancia de la salud<sup>11</sup>.

Finalmente, descrita la influencia de la modalidad del servicio de prevención y el sector de actividad económica de la empresa, la trascendencia de la experiencia profesional es tibia, únicamente destaca en la realización de procedimientos de cirugía menor, en concreto en aquellos que cuentan entre 20 y 29 años de ejercicio profesional y están vinculados a los sectores de industria y servicios, en clara relación con la siniestralidad de los ámbitos citados (Tabla 143).

### 1.3.2 Según las competencias específicas

La asistencia sanitaria es un componente esencial de la prevención de riesgos laborales (Tabla 143). Basada en la evidencia científica disponible, la faceta integral se debe incorporar a cada una de las actuaciones del equipo multidisciplinar involucrado, cuestión compartida en las conclusiones de un estudio donde compara las prioridades entre la competencias de enfermeros y médicos del trabajo en el Reino Unido (Lallo et al. 2017)<sup>373</sup>. De esta forma, con un carácter social y legal muy definido, constituye un espacio común entre los derechos de los trabajadores y la responsabilidad de empresarios<sup>154,248</sup>.

Distintas instancias nacionales e internacionales establecen la relevancia de la tarea asistencial que presta la enfermería en los centros de trabajo, considerando en la mayoría de las interpretaciones una actividad prioritaria detrás de la promoción y educación para la salud. Así queda establecido en el informe institucional sobre el rol de esta disciplina por parte de la OMS (2001)<sup>140</sup>, también en el exhaustivo artículo sobre la contribución de la especialidad en la salud de los trabajadores (SCOHN, 2005)<sup>307</sup> y en el posicionamiento institucional de la asociación profesional más numerosa (AAOHN, 2013)<sup>303</sup>, aspecto que ratifica el informe del órgano representativo de las asociaciones en la Unión Europea (FOHNEU, 2012)<sup>275</sup>. Estos criterios muestran un mismo tenor tanto en la definición de los contenidos formativos por parte de la CNEET<sup>153</sup>, como en un plano más operativo a través de Ley 33/2011 General de Salud Pública<sup>11</sup>. Cuestión que se constata en el estudio de las competencias más prevalentes que desarrolla esta disciplina en 33 países fundamentalmente del espacio comunitario, aunque con representación de África, Asia y América. La propia investigación argumenta los motivos por los cuales no es la actividad más desarrollada, en algunos supuestos se explica por motivos legales, en otros por tener un carácter obligatorio a partir de un número determinado de empleados (Polonia), a veces basado en que los gobiernos crean estructuras internas propias específicas (Francia) y, en los más, porque se realiza a través de empresas externas (Alemania y Bélgica)<sup>374</sup>.

En el trabajo de investigación realizado por la Agencia Europea EU-OSHA (2009) que entrevistó a 36.000 personas de los Estados miembros de la UE más Noruega, Suecia, Turquía y Croacia, afirma que el segundo experto más consultado en las empresas en materia de seguridad y salud en el trabajo corresponde al área de medicina del trabajo (69%). Entre los países con la tasa más alta destaca Finlandia (97%), Hungría (97%) y Bélgica (94%). En el lado opuesto se encuentra

Lituania (15%), Dinamarca (13%) y Suiza (13%). El propio informe aduce las razones que podrían explicar esta realidad, escasa sensibilización y el número de expertos disponibles<sup>298</sup>. En esta línea, una de las conclusiones que aporta el informe de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (2011) es notable, el impacto económico de esta actividad es de 7,60 euros por cada uno invertido<sup>301</sup>. No obstante, en los servicios de prevención propios las especialidades más presentes son: seguridad en el trabajo (98%), ergonomía/psicosociología aplicada (85%), higiene industrial (68%) y medicina en el trabajo (43%). En la modalidad de servicio de prevención ajeno, las empresas contratan las especialidades preventivas en este orden: seguridad (92%), medicina del trabajo (71%), higiene industrial (67%) y ergonomía/psicosociología (61,70%) en último lugar<sup>375</sup>.

En materia de asistencia sanitaria el posicionamiento institucional de la AAOHN (2013) establece unas líneas prioritarias de actuación basada en los riesgos observados en la población laboral. En orden de intervención señala las siguientes prioridades, control del peso y los hábitos dietéticos<sup>376</sup>, promover la actividad física seguido del control del estrés<sup>377</sup> y, en última instancia, favorecer la deshabituación tabáquica<sup>378</sup>, aspectos mayoritariamente coincidentes en un análisis donde se constata el impacto de la intervención de la especialidad en 850 empresas japonesas<sup>379</sup>. En menor medida también prioriza el seguimiento de enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión arterial y asma, constituyendo junto con el sedentarismo y el abuso de alcohol las principales causas de morbilidad y mortalidad en países industrializados<sup>380</sup>. Establecido el orden de actuación, se constatan unos porcentajes similares de presencia de estas patologías entre empresas con menos de 500 operarios vs. aquellas que cuentan de 50.000 a 100.000 empleados<sup>381</sup>. Estas prioridades se muestran en sintonía con el programa nacional de salud pública *Healthy People 2020*<sup>312</sup> y las conclusiones de distintos autores que constatan su rentabilidad, tanto en costes directos como indirectos (Redmond y Kalina, 2009<sup>382</sup>; O'Donnell, 2010<sup>383</sup>; Baicker, Cutler y Song, 2010<sup>384</sup>). A renglón seguido describe las circunstancias que delimitan la práctica enfermera en el contexto de las organizaciones. En primer lugar cita las regulaciones normativas, le sigue la dificultad de establecer indicadores que transmitan a los empresarios el valor de los distintos actos enfermeros, la limitación presupuestaria que incluye la práctica de *hacer más por menos* y, por último, la externalización de servicios<sup>277</sup>.

Entre los factores que determinan la estrategia empresarial según el tamaño de la plantilla dos destacan sobremanera, el aumento de la productividad y la mejora de calidad del producto o servicio<sup>385</sup>. El planteamiento de indicadores sensibles que evalúen la práctica profesional son elementos claves para cuantificar los servicios enfermeros y los procesos asociados al cuidado<sup>386</sup>; se constituyen en objetivos de avance de gestión que permiten establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación<sup>387</sup>. La Enfermería debe ser capaz de explicar las bondades de sus activos y cuantificar el impacto de su práctica en los resultados, una circunstancia que posiciona al colectivo como proveedor igualitario de servicios de salud<sup>388</sup>. La declaración institucional de la AAOHN (2003) al respecto es concisa, aboga por cuantificar cada competencia de forma individual y no al profesional en su conjunto<sup>123</sup>. La literatura muestra una opinión mayoritaria en esta materia, el método más conocido y usado con más frecuencia para determinar la rentabilidad de una inversión, es el análisis de coste-beneficio<sup>389,390</sup>. Por tanto, a modo de criterio de buenas prácticas, el INSHT (2013) propone un sistema de gestión integrado que tenga su sustrato en objetivos vinculados a indicadores verificables con el fin de evaluar las distintas intervenciones<sup>332</sup>. Considerando la realidad sociolaboral de la profesión y la concepción de la asistencia sanitaria en Estados Unidos, Graeve et al. (2014) diseñan una herramienta que pretende valorar cada acto enfermero determinando su rentabilidad según las siguientes premisas: estimación del ahorro en horas de trabajo por la prestación de cuidados enfermeros, por la devolución de gastos que ocasiona las visitas enfermeras a domicilios y empresas, la gestión de los casos de incapacidad temporal, la atención a demanda de la patología laboral, la formación impartida en materia de salud y seguridad

laboral en el centro de trabajo y, finalmente, la suma de todas las estimaciones de los gastos ahorrados<sup>391</sup>. En consecuencia, en opinión de los participantes en este trabajo, la segunda competencia donde el valor que toma la media entre la importancia que se le concede y el nivel de desarrollo es mayor, corresponde al diseño de instrumentos que permitan evaluar el resultado de sus intervenciones (Tabla 21). En sintonía se muestra el estudio realizado entre miembros de AAOHN donde propone la evaluación de las 17 competencias específicas de la especialidad que los empresarios consideran prioritarias, en primer lugar se sitúa la definición de criterios de coste-efectividad de cada actividad realizada con una valoración favorable del 86%<sup>123</sup>. De la misma forma se expresa el artículo 33.3 de Ley 33/2011 General de Salud Pública que promueve el establecimiento de un sistema de indicadores para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo.

Dentro de la actividad sanitaria de los servicios de prevención, la vigilancia de la salud ocupa un lugar primordial en el cometido profesional de la Enfermería del Trabajo. De hecho, la actividad preventiva que con mayor frecuencia se realiza en los centros de trabajo son los exámenes de salud (81,10%), el 92,30% en el supuesto de las empresas de más de 250 empleados (INSHT, 2009)<sup>392</sup>. Los sectores que con mayor frecuencia han recibido el ofrecimiento de su empresa durante el último año son: industria (84,60%) y construcción (78,40%); entre las ramas de actividad destaca la química y extractiva (88,60%) y metal (87,80%). En el lado opuesto está el sector agrario (40,60%); en cuanto a las ramas de actividad: agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (40,60%), actividades sociales y personales (46,80%) y hostelería (57%) (INSHT, 2012)<sup>283</sup>. La práctica de esta actividad coincide con los sectores de mayor presencia de la especialidad (Tabla 14). De forma complementaria, el censo NIOSH (2011) muestra el porcentaje que representa el número de especialistas del total de contratados en el conjunto de los servicios de prevención norteamericanos: vinculados a la seguridad (63,07%), higienistas (16,14%), enfermería (9,88%) y medicina del trabajo (3,19%), ergónomos (1,82%), físicos (2,87%), prevencionistas de accidentes laborales (2,74%) y epidemiólogos (0,29%); en cuanto a la psicología industrial no se dispone de datos<sup>311</sup>. En ocasiones no necesariamente influye la existencia de profesionales en determinados sectores con el ofrecimiento de esta actividad preventiva y de promoción de la salud. Este ámbito en concreto y el área de enfermería y medicina del trabajo en general, es una de las actividades sanitarias más reguladas legalmente desde la formación al ejercicio, con normativa estatal, autonómica, laboral y sanitaria. La legislación también suele ser un reflejo de la importancia que socialmente se le adjudica, tanto en su contenido como en su interpretación y aplicación, cuestiones trascendentes todas ellas, que muchas veces pueden pasar desapercibidas para el profesional sanitario, pero que condiciona de manera decisiva el ejercicio de su especialidad<sup>65</sup>. Conscientes de esta realidad, la competencia que alcanza los mayores valores tanto en importancia profesional como en grado de desarrollo, es la relativa a la gestión de un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con las disposiciones vigentes (Tabla 20), cuestión coincidente con un estudio auspiciado por la Australian Learning and Teaching Council que asesora sobre el contenido de los programas docentes de Enfermería impartidos en ese país (2016)<sup>393</sup>.

En el compromiso de la Enfermería del Trabajo tomando como eje central del cuidado al trabajador con un enfoque integral, considera prioritario favorecer su participación como agente activo en el mantenimiento de la salud, contribuyendo a entornos de trabajo más saludables y a una mayor calidad de vida. La idea de cuidar es común y generalizada como objetivo enfermero y a su vez constituye un hecho diferenciador frente a otras profesiones<sup>394</sup>. En una sociedad avanzada de marcados cambios culturales y sociales con influencia directa en la salud, es necesario insistir en estilos de vida y hábitos adecuados. Por tanto, se trata de reorientar la cartera de servicios donde la atención prestada se incorpore a la salud pública y la atención comunitaria, trabajando de forma

coordinada en la prevención de las enfermedades derivadas del trabajo y en la promoción de la salud individual y colectiva<sup>395</sup>.

## 2. Limitaciones y fortalezas

El análisis de los datos obtenidos durante la realización del trabajo de campo nos permite una visión más amplia de la profesión, identificando sus fortalezas, debilidades y factores que determinan su desarrollo.

En primer lugar, las propias que se delimitan en el objeto de estudio al circunscribir la población diana entre los especialistas en Enfermería del Trabajo pertenecientes a sociedades científicas y/o profesionales de carácter autonómico o estatal. En consecuencia, existe un potencial sesgo en la selección de la población de estudio, originado por la ausencia de representación de especialistas no vinculados a las sociedades citadas. La publicación en 1929 de una norma específica estableció la colegiación obligatoria de los Practicantes<sup>232</sup>. Este registro regulado para el ejercicio de la profesión no se hace extensivo a la notificación de las especialidades aprobadas en el Real Decreto 450/2005<sup>151</sup>; la notificación tiene un carácter voluntario. Esta circunstancia motivó que se estableciera el ámbito de estudio entre las distintas sociedades científicas por su posibilidad de aglutinar a profesionales afines en general y de esta disciplina enfermera en particular, representando la población objeto de la tesis el 28,34% (1.985) de los profesionales que han retirado el nuevo título de especialista (7.003) en base al Real Decreto citado<sup>xxix</sup>.

La siguiente limitación está relacionada con las características de la fuente de información. El tenor subjetivo de las respuestas incorpora un sesgo por la naturaleza indirecta de las opiniones basadas en percepciones individuales<sup>396</sup>. También por la diferente interpretación de los participantes a las cuestiones planteadas en el cuestionario, sin olvidar la sensibilidad de las respuestas en determinados contextos socioeconómicos<sup>287</sup> y las particularidades de cada especialista en su organización. No obstante, entendemos que la opinión sobre las propias atribuciones profesionales es una información que se expresa claramente, circunstancia que se ve favorecida por el carácter anónimo del cuestionario on line facilitado previamente por instituciones acreditadas, las veintiocho sociedades profesionales que les representan.

Otro posible condicionante es la baja tasa de respuestas obtenidas. En la literatura se encuentran referencias en relación con el índice de cumplimentación de las encuestas en los estudios sanitarios de ámbito general, atención primaria<sup>397</sup> o servicios de urgencia<sup>398</sup>, considerando elevada la participación superior al 30%<sup>399</sup>. Cuando los destinatarios se centran en poblaciones específicas, las tasas de respuesta son más elevadas<sup>184</sup>. Aspecto ratificado en la encuesta periódica que la AAOHN (1992, 1996, 2002 y 2004) realiza entre sus enfermeras registradas con una tasa de respuesta del 70%<sup>400</sup>. Cifras dispares al considerar el estudio mundial auspiciado desde la OMS (2005)<sup>141</sup> centrado en profesionales de la salud ocupacional con un 37,80%, también en dos aportaciones recientes suscritas por la propia AAOHN (2013) que señalan un 41% en ambos casos<sup>277,381</sup>, el 40,70% en la investigación de la Japan Society for Occupational Health (2010)<sup>272</sup> y, por último, un 33% en el estudio nacional practicado entre enfermeras especialistas canadienses (2013)<sup>344</sup>. A nivel estatal, en una investigación sobre las condiciones laborales de las enfermeras especialistas, la cifra se reduce al 18,47% (n=1.173) (SATSE, 2012)<sup>401</sup>, un 16,32% entre los

---

<sup>xxix</sup> Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades. Expediente: 001-009237. Fecha: 13 de octubre de 2016.

participantes de este trabajo (Tabla 1). Esta tasa de respuesta puede verse mediatizada por la influencia de la situación económica actual (SATSE, 2012), el perfil de la población estudiada (edad, sexo, especialidad...) <sup>402</sup>, la escasa afiliación y limitada representatividad de las sociedades profesionales <sup>259</sup>, el interés por el tema abordado <sup>403</sup> y la modalidad on line de cumplimentación de cuestionarios profesionales <sup>123</sup> donde la participación es habitualmente baja (Aerny et al., 2012) <sup>404</sup>. En un estudio realizado en Barcelona (2005-2006) entre enfermeros y médicos colegiados se observó una tasa de respuestas del 8,60% y 13,30% respectivamente. Ese limitado número de respuestas resultante de la excesiva segmentación en asociaciones profesionales dificulta su control en un análisis individual, no constituyendo su inclusión pormenorizada un valor añadido debido a la variabilidad en el número de cuestionarios recibidos. Este análisis se hubiera enriquecido con la incorporación de registros exactos del número de profesionales en posesión de título de especialistas en los órganos corporativos colegiales.

La estrategia de búsqueda bibliográfica se limitó al periodo 1990-2011, si bien se han incluido algunas disposiciones legales, estudios e informes relevantes publicados con anterioridad o posterioridad a las referencias recuperadas. En un inicio, la búsqueda en los distintos repositorios resultó muy sensible pero un tanto inespecífica, hecho que obligó a descartar numerosos estudios no relacionados con los objetivos de esta tesis. A pesar de las limitaciones observadas, el uso de información facilitada por las sociedades profesionales supuso una gran fortaleza al no haber sido factible encontrar ningún artículo en el contexto español referido al objeto del trabajo, la percepción de la especialidad sobre las competencias incluidas en la Orden SAS 1348/2009; aspecto que se mantiene hasta la actualidad.

Considerando la ausencia de estudios de opinión en el ámbito de la especialidad de Enfermería del Trabajo sobre las competencias específicas que se describen en la Orden SAS/1348/2009, no ha resultado factible hasta la actualidad conocer la realidad sociolaboral y profesional de esta disciplina. Entre los aspectos más relevantes, hasta donde se conoce, este estudio propone por primera vez un análisis de la opinión y actitud de los especialistas sobre sus propios roles, representado a su vez un conocimiento desde una perspectiva integral tanto en el ámbito estatal como de la Unión Europea (FOHNEU).

Otra implicación de esta tesis es dejar patente la relevancia de la actitud de los especialistas respecto a sus competencias en función de dos criterios, importancia que se le concede y grado de desarrollo en cada caso, aportando un primer diagnóstico de la interpretación de sus capacidades específicas. En consecuencia, estos resultados permiten ser útiles como sustrato en posteriores estudios de profundización en la relevancia, trascendencia y evolución, tanto de las atribuciones actuales como de las inquietudes o tendencias futuras, si bien es cierto que la investigación basada en un diseño observacional no ha permitido establecer relaciones de causalidad entre las competencias y los criterios descritos. Futuros planteamientos de investigación debieran incorporar la influencia de otras dimensiones descritas que puedan condicionar el desarrollo de las competencias aprobadas.

La investigación que se ha centrado en el perfil sociodemográfico de la especialidad y la visión propia de sus cometidos en su ámbito de trabajo, ha permitido visibilizar el cuidado enfermero que se presta en este entorno tan específico de trabajo. En definitiva, contribuye al reconocimiento y proyección de esta actividad<sup>405,xxx</sup>. Sin embargo, aún son escasos los estudios que analicen su impacto, realizando la gran mayoría de las investigaciones en el marco de la sociedad profesional con mayor número de integrantes, la AAOHN.

La observación de la práctica enfermera plasmada en las opiniones, la interpretación de los datos obtenidos y la posibilidad de hacer visibles las actitudes del colectivo, contribuye a avanzar en la administración de cuidados, promueve nuevas propuestas de intervención y deja abiertas nuevas líneas de investigación. Sin duda, describir y documentar la aplicabilidad, efectividad e idoneidad de las competencias que regulan nuestra actividad tiene una justificación final, suscitar la autocrítica de los actores implicados y promover actuaciones individuales y corporativas tendentes hacia la excelencia profesional.

---

<sup>xxx</sup> Desde la última década del siglo pasado, son varios los artículos que abordan la repercusión y reconocimiento público de la Enfermería y denotan su preocupación por la identidad e imagen socioprofesional del colectivo (Calvo, 2010). La ausencia de una proyección social adecuada, un limitado reconocimiento y unas expectativas que no se ajustan a las inquietudes del profesional encuentran su respuesta en la innovación, con proyectos de investigación en el campo de actuación más próximo y contrastando los resultados obtenidos con la mejor de las evidencias posibles. La investigación constituye junto con la gestión, la práctica y la educación uno de los pilares que fundamenta la Enfermería (Vélez, 2007). Estas capacidades se sustentan en un cuerpo de conocimientos propio que descansa en la incorporación a la práctica cotidiana de los avances científicos, en la relevancia y proyección que la investigación aporta al desarrollo como colectivo, en asumir que el rol investigador es una de nuestras atribuciones como proveedor de cuidados y en la responsabilidad de difundir los resultados obtenidos. En definitiva, ser conscientes de que las aportaciones científicas contribuyen a la proyección como disciplina (Gálvez, 2007).

Burns y Grove (2004) definen la investigación enfermera como un *proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera, directa o indirectamente*. En consecuencia, la sociedad observa y valora las acciones de un profesional a través del catálogo de servicios ofrecidos, donde el carácter autónomo y responsable de cada actuación vendrá refrendado en el *corpus* epistemológico (Maciá, 2008). En este contexto, la identificación de las demandas de los usuarios que conlleva la aplicación de decisiones ajustadas a las expectativas del receptor de cuidados, la elaboración/validación de herramientas de trabajo (guías de práctica clínica, protocolos...) y la búsqueda de respuestas en la práctica cotidiana, permiten la mejor práctica posible (Varela et cols, 2012). Este compromiso junto con un impulso investigador justifican la forma de proceder, la evolución y el reconocimiento de un colectivo.

### 3. Líneas futuras de investigación

Los resultados pueden considerarse ilustrativos de la opinión de un sector relevante de especialistas integrados en las Unidades Básicas de Salud que interactúan con las empresas y que podrían ser utilizados, tanto por los órganos reguladores de la práctica profesional del colectivo como los encargados de la formación específica, las sociedades corporativas y otros actores implicados, para reorientar la dedicación profesional hacia un patrón de actividad más acorde con sus competencias<sup>406</sup>. Un conocimiento detallado de la aportación de la especialidad proporciona rigor al trabajo, permite profundizar en su cometido, suscita la autocrítica y genera compromiso. Es necesaria la implicación de los agentes involucrados, pero es más importante establecer mecanismos de colaboración entre los estamentos protagonistas<sup>407</sup>. En esta línea de investigación, serían necesarios estudios más específicos, posiblemente de naturaleza cualitativa, que permitan identificar tanto las causas de las carencias y fortalezas que muestra el colectivo como las necesidades de avanzar en la práctica diaria.

De la misma forma que otras instancias revisan periódicamente el programa formativo de los futuros especialistas y realizan una instantánea de la situación del colectivo (p.ej., AAOHN), es de gran importancia que se valore con carácter sistemático la percepción y evolución en la opinión sobre los roles profesionales aprobados en 2009. Esta diferente dimensión permitirá confirmar o reinterpretar algunas consideraciones de la realidad social y laboral de la profesión e intuir tendencias sobre sus inquietudes profesionales futuras. La escasa bibliografía referente a las preguntas que plantea esta tesis pone de manifiesto una laguna de conocimiento importante para el desarrollo de la profesión. Un análisis periódico de la interpretación de sus propias competencias, trae consigo la adaptación de los programas formativos a las necesidades reales de los profesionales y, en consecuencia, objetiva la verdadera implantación y nivel de desarrollo. Sugerencias que constituyen un marco de análisis en el contexto español, bien de tipo observacional o experimental con propuestas concretas referidas a cada una de las competencias. En este escenario, una estrecha colaboración entre el ámbito académico y asistencial reportaría beneficios a las partes, pero en último instancia a los trabajadores como centro de una atención integral.

Las demandas de las organizaciones y las sociedades profesionales (AAOHN, 2003) abogan por la incorporación de indicadores basados en resultados sensibles tanto a la práctica enfermera como a la toma de decisiones clínicas, destacando la utilización de un modelo específico enfermero centrado en cuantificar la contribución del cuidado administrado según los objetivos definidos previamente<sup>388</sup>. Sin perder una perspectiva más global, se constata una tendencia a evaluar la contribución enfermera en el proceso de atención integral y no de forma aislada (Moorhead et al., 2009)<sup>408</sup>. Por tanto, profundizar en la definición de criterios que evalúen su rentabilidad constituye un criterio prioritario de análisis e investigación<sup>409</sup>.

La universalización de la protección del trabajador frente a los riesgos ha permitido que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales no sólo tenga en cuenta los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, sino cualquier daño para la salud de la población trabajadora. De ahí que el Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>144</sup> introduzca el concepto de enfermedades relacionadas con el trabajo, aspecto que abre una línea de investigación y análisis más amplio. Las propuestas investigadoras con perspectiva enfermera que permitan ahondar en la influencia de las condiciones de trabajo en el estado de salud de la población trabajadora, contribuyen a incrementar el acervo de la profesión y aumentar la calidad de vida laboral. Por ello, la responsabilidad y funciones de esta especialidad no debe limitarse a la vigilancia de la salud y a proporcionar la atención sanitaria de urgencia en el lugar de trabajo, sino que también debe extender su actividad a

las circunstancias que afecten a la salud de los trabajadores<sup>410</sup> en coherencia con la definición de salud laboral que establece el art. 32 de Ley 33/2011 General de Salud Pública.

Considerando la importancia que los especialistas confieren a la faceta de prevención y promoción de la salud, los centros de trabajo constituyen espacios inmejorables para promover intervenciones dirigidas tanto al conjunto de la población laboral como a determinados colectivos profesionales según sus riesgos específicos. El análisis del impacto de esta actuación prioritaria del colectivo en el marco de las organizaciones determinaría la repercusión de esta competencia.

La especialidad de Enfermería del Trabajo se encuentra en una posición privilegiada para identificar las necesidades de las organizaciones en el ámbito de sus competencias. Considerando el papel activo que desempeña en su contexto de trabajo, su contribución es manifiesta para garantizar el bienestar de las personas objeto de sus cuidados, la población laboral. Y su futuro viene de la mano de prestar unos cuidados de calidad coste-eficientes<sup>411</sup>.

## **CONCLUSIONES**

La auténtica ciencia enseña sobre todo a dudar y saberse ignorante

Miguel de Unamuno



1. La Enfermería del Trabajo constituye un espacio profesional necesario en el proceso de mejora tanto de las condiciones de trabajo como de la calidad de vida laboral. La cualificación en las distintas áreas relativas a la prevención de riesgos profesionales la convierten en una especialidad de profundo calado social dentro de las ciencias de la salud y le faculta para proporcionar los cuidados propios de su disciplina.
2. Con la publicación de la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo se aprueba el primer programa formativo de la especialidad y se reconoce a este colectivo competencias en las áreas preventiva, asistencial, legal y pericial, gestión, docencia e investigación, realizando el proceso de adquisición en unidades docentes multidisciplinares mediante el sistema de residencia.
3. Este estudio ha permitido proyectar por primera vez una imagen de la especialidad, tanto de su percepción sobre los roles y competencias específicas aprobadas en el marco de la Orden citada como de la realidad sociolaboral y profesional en la que está inmersa.
4. La creación de un instrumento inédito para analizar las competencias atribuidas a la Enfermería del Trabajo conlleva no sólo conocer las fortalezas y debilidades de esta disciplina, si no también avanzar en la atención integral a las personas objeto de nuestros cuidados, la población laboral.
5. El perfil del especialista del estudio se ajusta a una mujer de 43 años que finalizó sus estudios de la especialidad hace 17,50 años y posee una experiencia en este ámbito de 14 años. La adscripción profesional a cada modalidad de servicio de prevención, el sector económico al que pertenece la empresa y los años de experiencia profesional, resultan determinantes tanto en la importancia como el grado de desarrollo de cada una de sus atribuciones. En cualquier caso, los especialistas consideran más relevantes todos los aspectos relacionados con competencias del ámbito de la prevención. En cambio, el mayor grado de desarrollo se alcanza en el área asistencial.
6. En el análisis de las competencias estudiadas no parecen ser tan influyentes, la edad del profesional, el sexo, el año de obtención de la especialidad o la participación en la prueba de la evaluación de la competencia. Tampoco ciertas características de la empresa como el tamaño de la plantilla, el número de centros de trabajo ni otros aspectos laterales, modalidad de contrato, tipo de jornada laboral y número de especialistas. En general, estos criterios explican de forma limitada la variabilidad de las opiniones dados los bajos valores del coeficiente de determinación en los modelos analizados. Esto sugiere que la variabilidad restante estaría explicada bien por variables que no hemos contemplado o por confusión residual en las mismas.
7. La información proporcionada puede constituir un instrumento útil para los organismos reguladores y estamentos implicados en la definición de las prioridades profesionales así como en la evaluación de las competencias, resultando recomendable repetir la investigación periódicamente. No obstante, el contenido presenta alguna limitación relacionada con la falta de participación de especialistas no vinculados a las sociedades profesionales.
8. La Enfermería del Trabajo garantizará una buena práctica profesional si está sustentada en la mejor de las evidencias posibles. Esta premisa se centrará en la definición de estándares de calidad basados en planes por objetivos y resultados susceptibles de ser cuantificados.



**ANEXOS**



## Anexo I. Asambleas de Practicantes de Medicina y Cirugía

- Madrid, 1903. La I Asamblea General de Practicantes de España que se convoca por el primer presidente del Colegio de Madrid, Juan José Fernández García, tuvo lugar en la sede del Colegio de Médicos los días 11 a 14 de mayo de 1903 y se considera como el primer *Concilio en la historia de la enfermería española*<sup>412</sup>. Entre sus peticiones refiere la *conveniencia de crear Cuerpos Especiales en líneas de ferrocarril, establecimientos mineros, balnearios y penales, solicitando tengan un servicio sanitario que responda a la importancia de dichas empresas*.
- Madrid, 1907. En la primera conclusión de la IV Asamblea General de Practicantes de España se requiere la incorporación de Practicantes titulados en empresas ferroviarias, áreas industriales y otros ámbitos donde se precisen sus servicios<sup>xxx</sup>.
- Madrid, 1908. En la sesión celebrada por la Junta directiva de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía el día 6 de septiembre, se acuerda remitir las peticiones de incorporación de Practicantes directamente a los Consejeros de las diferentes líneas de ferrocarril<sup>413</sup>. Presencia que se ratifica en la conferencia impartida por G. Sierra el 18 de junio de 1917 en el Colegio de Médicos de título *Reorganización científica y profesional de la carrera de Practicantes*<sup>414</sup>.
- Zaragoza, 1908. Reunidos bajo el lema *Unión es fuerza*, los días 8 a 10 de junio se celebra la Asamblea Nacional de Practicantes de Medicina y Cirugía. Solicitan su incorporación a empresas terrestres y marítimas, fábricas, explotaciones mineras, compañías de ferrocarril, sociedades de accidentes de trabajo y en cuantas sociedades pudiera ser necesario la presencia de un médico y por tanto los servicios de un Practicante<sup>415</sup>.
- Sevilla, 1909. El Colegio Oficial de Practicantes de Sevilla realiza los trámites oportunos para que la Fábrica de Artillería de la ciudad contrate a un Practicante titulado. De esta forma evita una situación muy frecuente en la época, el intrusismo profesional; accede al puesto el colegiado Mauricio Carvajal<sup>416</sup>. En 1914 el propio Colegio consigue que tanto en las minas de Castillo de las Guardas como en las de Buitrón se contrate a sendos Practicantes. Un gran logro para el colectivo que no se puede hacer extensivo a la fábrica La Cartuja, donde ocupa la plaza una persona no cualificada. La denuncia por intrusismo se extrapola a dos empresas en la misma provincia, una de fundición de cañones y otra de pirotecnia<sup>417</sup>.
- Madrid, 1912. En el acta de la V Asamblea General de Practicantes de España celebrada entre los días 14 a 18 de mayo, consta la carta dirigida al ministro de la Guerra solicitando que en los establecimientos fabriles militares desempeñen los cargos de Practicante quienes estén debidamente acreditados. En esta petición se incluyen empresas marítimas, terrestres y explotaciones mineras<sup>418</sup>.
- Sevilla, 1917. En la Junta General Extraordinaria del Colegio Oficial de Practicantes celebrada el 12 de marzo se tratan diversos asuntos pendientes; entre ellos la petición realizada por el Sr. Ortiz Ballesteros, director de la mina San Platón (Huelva), que solicita los servicios de un Practicante colegiado, *casado y con práctica de farmacia* con el fin de atender a los trabajadores de la explotación minera. La Junta estima oportuno proponer a Antonio Hernández<sup>419</sup>.

---

<sup>xxx</sup> Acta de la IV Asamblea General de Practicantes de España. Madrid, 13-15 de mayo de 1907. Biblioteca del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

- Málaga, 1919. En una época convulsa e inestable para los distintos colegios de enfermería, los días 12 a 14 de octubre Málaga acoge la V Asamblea Regional de Clases Sanitarias Andaluzas que cuenta con la asistencia de más de cien practicantes representado a veinticinco colegios provinciales. En sus conclusiones propone que en todos los centros fabriles y trenes de viajeros exista un botiquín de urgencia a cargo de un Practicante, y que en todo buque español y extranjero dedicado al transporte de pasaje, mercancías o trabajadores emigrantes incluya un Practicante considerado como oficial de la Marina<sup>420</sup>.
- Santiago de Compostela, 1920. Los días 29 y 30 de julio acogieron la Asamblea Regional Gallega de Practicantes en Medicina y Cirugía<sup>xxxii</sup>. Siguiendo la tónica de las reuniones precedentes, entre sus conclusiones solicita el nombramiento de Practicantes en el servicio de ferrocarriles y en asociaciones de accidentes de trabajo.
- Sevilla, 1923. El Colegio de Practicantes de Sevilla en una carta dirigida a Primo de Rivera de título *Modesta y humildemente*, propone que los Auxiliares de Medicina y Cirugía estén presentes en fábricas, talleres, ferrocarriles y cárceles<sup>412</sup>.
- Bilbao, 1924. Victorio Martín, presidente de la Federación regional de Practicantes Vasco-Navarra ejerce de anfitrión durante la celebración de la Asamblea regional. En la redacción de las conclusiones los presidentes de los Colegios de Álava, Guipúzcoa, Navarra y Vizcaya invitan a que se faculte a los Inspectores provinciales de Sanidad a realizar las investigaciones necesarias para poder determinar los casos en que fuese preciso la presencia de un Practicante en fábricas, talleres y empresas según los siguientes criterios: tipo de maquinaria utilizada, número de trabajadores y riesgos a los que estaban expuestos; en caso de estimarlo oportuno estarían facultados para obligar a las empresas a crear unos servicios sanitarios<sup>xxxiii</sup>.
- Madrid, 1926. La V Asamblea Nacional de Practicantes de Medicina y Cirugía solicita una disposición legal que obligue al estricto cumplimiento de la legislación sanitaria creando botiquines en fábricas, talleres, centros de producción y en cuantas sociedades empresariales pudieran ser necesarios su presencia. Y que a su vez estos botiquines sean atendidos por Practicantes como único profesional autorizado por la legislación vigente en ese momento para auxiliar al médico<sup>421</sup>.
- Madrid, 1927. La Federación Nacional de Colegios de Practicantes en Medicina y Cirugía celebra la publicación de la Real Orden núm. 446 del Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Esta norma implica la autorización para crear en Madrid el Comité paritario de Practicantes<sup>422</sup> con el objeto de mejorar las condiciones laborales y salariales del colectivo.
- Madrid, 1928. Entre los días 22 a 25 de octubre tiene lugar la IX Asamblea de Juntas directivas de Colegios de la Federación Nacional de Practicantes<sup>423,424</sup>. El vicepresidente Francisco González Duarte, describe las bondades de la reciente constitución del Comité paritario de Practicantes en Madrid donde se ha establecido la jornada de ocho horas y anima a secundar la iniciativa a otros Colegios por las mejoras económicas que supone.

---

<sup>xxxii</sup> Acta de la Asamblea Regional Gallega de Practicantes en Medicina y Cirugía. Santiago de Compostela, 29-30 de julio de 1920.

<sup>xxxiii</sup> Acta de la Asamblea Regional de Practicantes Vasco-Navarra. Bilbao, 1924. Biblioteca del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

El acta del Comité Ejecutivo de la Federación Nacional de Practicantes correspondiente a noviembre de 1928 se hace eco de una carta del Colegio de Gijón donde anuncia la creación de dos plazas de Practicante con destino la Fábrica de Tabacos. En la propia reunión también se acuerda visitar al Ministro de Hacienda con el objeto de hacer extensivo esta iniciativa al resto de las delegaciones en el Estado.

- Madrid, 1929. El acta del Comité ejecutivo de la Federación Nacional correspondiente a los meses de enero y febrero transcribe el encuentro mantenido con el Ministro de Trabajo. Entre otras le transmitieron las peticiones del Colegio de Barcelona que solicitaban el establecimiento de un servicio de Practicantes en todo centro con más de 50 obreros. Asimismo le invitan a promover la constitución de Comités paritarios de Practicantes en la propia ciudad de Barcelona y en Vizcaya<sup>425</sup>.
- Madrid, 1931. En el Colegio Oficial de Practicantes de Madrid tiene lugar la sesión inaugural de la I Asamblea Nacional Extraordinaria de la Federación de Colegios Oficiales de Practicantes. Entre otras peticiones acuerdan solicitar que en todas aquellos yacimientos de extracción de mineral en los que trabajen 50 o más obreros, exista un Practicante titulado que a su vez determinará la presencia de botiquines en distintos puntos estratégicos de la mina. Presencia que se hará extensiva a las sociedades de accidentes de trabajo y en fábricas o talleres de trabajo manual cuyo número fuera mayor a 100 empleados o de 50 en los casos de trabajo mecánico. En ningún caso el auxiliar sanitario estará obligado a desempeñar cometidos distintos a los inherentes a su profesión. Siguiendo la tónica precedente, reclaman que en las estaciones de primera y segunda categoría exista un puesto de socorro a cargo de un Practicante con el fin de prestar las primeras atenciones a obreros y empleados de las Compañías ferroviarias<sup>426,xxxiv</sup>.
- Madrid, 1932. El acta del Comité Ejecutivo de la Federación Nacional de Practicantes reunida el 31 de enero incluye las peticiones del Colegio de Logroño; sus demandas tienen origen en la conversación mantenida con la Dirección General de Azucareras de España para interesarse por la próxima creación de plazas de Practicantes en la fábrica de La Rioja<sup>427</sup>.
- Madrid, 1933. Los días 22 a 24 de abril de 1933 se reunieron todas las sociedades y agrupaciones locales, provinciales y regionales de Practicantes en el I Congreso de la Federación de Sindicatos de Practicantes de Medicina y Cirugía de España pertenecientes a la Unión General de Trabajadores (UGT). Entre las peticiones dirigidas al Ministerio de Trabajo incluye la creación de un servicio sanitario constituido por un practicante y un médico en las fábricas y talleres con más de 50 operarios<sup>xxxv</sup>.

---

<sup>xxxiv</sup> En el transcurso del encuentro se crean distintas comisiones que elaboraron las ponencias presentadas por los Colegios provinciales a la Asamblea. Entre ellas citaremos dos por su especial contenido: Comisión para el estudio de los Practicantes de ferrocarriles (integradas por representantes de los Colegios de Baleares, Melilla, Guipúzcoa, Soria, Madrid y Vizcaya) y Comisión para el estudio del servicio sanitario en fábricas, talleres y compañías aseguradoras (integrada por representantes de los Colegios de Barcelona, Baleares, Cáceres, Granada, Vizcaya, Madrid, Melilla, Zaragoza y Guipúzcoa).

<sup>xxxv</sup> Acta del I Congreso de la Federación de Sindicatos de Practicantes de Medicina y Cirugía de España de la UGT. Madrid, 22-24 de abril de 1931. Biblioteca del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

- Madrid, 1934. En el transcurso de la II Asamblea Nacional de Colegios de Practicantes celebrada en Madrid los días 7 a 10 de junio, una petición defendida por el entonces presidente del Colegio de Sevilla en una de las ponencias, suscitó el clamor de los asistentes. Destacamos su título por su carácter visionario, *Catedráticos Practicantes*, donde su objetivo era que los propios profesores durante el periodo de formación fueran Practicantes<sup>428</sup>.
- Madrid, 1935. La inquietud de las sucesivas asambleas se manifiesta en actuaciones concretas. Celebrada Junta General ordinaria del Colegio de Madrid los días 15 y 16 de enero, se decide la creación de doce secciones colegiales diferentes. Entre ellas la séptima corresponde a compañías de seguros de accidentes de trabajo, y la novena a fábricas y talleres.

## Anexo II. Disposiciones normativas que contemplan la presencia de un Practicante en los centros de trabajo, 1941-1953

Reglamentación Nacional de Trabajo	Fecha
Minas de carbón.	Orden de 6 de junio de 1942
Industria siderometalúrgica.	Orden de 16 julio de 1942
Industria químico-farmacéutica.	Orden de 6 de agosto de 1943
Industrias de transformación, transportes y distribución de energía eléctrica.	Orden de 22 de dic de 1944
Red Nacional de Ferrocarriles Españoles (RENFE).	Orden de 29 de dic de 1944
Minas metálicas.	Orden de 12 de abril de 1945
Locales de espectáculos.	Orden de 31 de dic de 1945
Minas de carbón.	Orden de 26 de febrero de 1946
Industrias químicas.	Orden de 26 de febrero de 1946
Industria del gas.	Orden de 8 de marzo de 1946
Fabricación de fibras artificiales.	Orden de 30 de marzo de 1946
Industrias de la construcción y obras públicas.	Orden de 3 de abril de 1946
Industria del calzado.	Orden de 27 de abril de 1946
Compañías concesionarias de ferrocarriles de uso público.	Orden de 10 de julio de 1946
Industrias de derivados del cemento.	Orden de 16 de julio de 1946
Industria siderometalúrgica.	Orden de 27 de julio de 1946
Industrias dedicadas a la captación, elevación, conducción y distribución de agua.	Orden de 12 de agosto de 1946
Industrias del vidrio.	Orden de 21 de sep de 1946
Industria de fabricación de tejas y ladrillos.	Orden de 5 de octubre de 1946
Compañías concesionarias de ferrocarriles de uso público.	Orden de 10 de octubre de 1946
Industria de pesca marítima.	Orden de 28 de octubre de 1946
Industrias de cerámicas.	Orden de 26 de nov de 1946
Industria del corcho.	Orden de 30 de nov de 1946
Fábricas de azúcar y alcoholes de melaza.	Orden de 30 de nov de 1946
Industrias del curtido.	Orden de 12 de dic de 1946
Industria cervecera.	Orden de 4 de enero de 1947
Industria maderera	Orden de 3 de febrero de 1947
Trabajos portuarios.	Orden de 14 de marzo de 1947
Industria de fabricación de cemento.	Orden de 14 de marzo de 1947
Industrias vinícolas.	Orden de 20 de marzo de 1947
Industrias de aceite y derivados.	Orden de 18 de abril de 1947
Compañía Telefónica Nacional.	Orden de 20 de junio de 1947
Empresas de seguros.	Orden de 28 de junio de 1947
Industrias salineras.	Orden de 30 de junio de 1947
Compañía de Líneas Aéreas Iberia.	Orden de 4 de julio de 1947
Industrias de conservas vegetales.	Orden de 20 de sep de 1947
Industrias lácteas.	Orden de 24 de sep de 1947
Industrias de transporte por carretera.	Orden de 2 de octubre de 1947
Industrias de chocolates, bombones y caramelos.	Orden de 28 de octubre de 1947
Industrias de fabricación de galletas.	Orden de 28 de nov de 1947
Entidades de asistencia médico-farmacéutica.	Orden de 1 de diciembre de 1947
Sector manual de esparto de la industria textil.	Orden de 19 de dic de 1947
Comercio.	Orden de 10 de febrero de 1948

Oficina y despachos no comprendidos en otra reglamentación especial.	Orden de 21 de abril de 1948
Minas de fosfatos, azufre, potasa, talco y demás explotaciones mineras no comprendidas en otra reglamentación.	Orden de 30 de junio de 1948
Industrias cárnicas.	Orden de 9 de agosto de 1948
Industrias de fabricación de pastas para sopa.	Orden de 30 de sep de 1948
<i>Calvo Sotelo</i> de combustibles líquidos y lubricantes.	Orden de 23 de abril de 1949
Industria de tintorería y quitamanchas <sup>xxxvi</sup> .	Orden de 30 de abril de 1949
Industria manual de cáñamo y fabricación manual de hilados y redes para la pesca de arrastre.	Orden de 18 de junio de 1949
Industrias de manipulado y exportación de frutos secos.	Orden de 18 de junio de 1949
Locales de espectáculos y deportes.	Orden de 29 de abril de 1950
Industrias de artes gráficas.	Orden de 29 de abril de 1950
Prensa.	Orden de 14 de julio de 1950
Empresa nacional Bazán.	Orden de 24 de julio de 1950
Minas de pirita.	Orden de 30 de octubre de 1953

---

Fuente: Elaboración propia.

---

<sup>xxxvi</sup> La inclusión de la categoría de Practicante en esta Reglamentación Nacional tiene lugar mediante Resolución de 30 de junio de 1949. BOE núm. 191 de 10 de julio de 1949.

### Anexo III. Disposiciones normativas que no contemplan la presencia de un Practicante en los centros de trabajo, 1941-1953

Reglamentación Nacional de Trabajo	Fecha
Industrias azucareras, refinerías de azúcares y fabricación de alcoholes de melaza.	Orden de 11 de octubre de 1941
Minas de plomo.	Orden de 16 de julio de 1942
Compañía Metropolitana de Madrid S.A.	Orden de 10 de febrero de 1943
Industria resinera.	Orden de 16 de marzo de 1943
Sector lana de la industria textil.	Orden de 28 de marzo de 1943
Sector algodón de la industria textil.	Orden de 1 de abril de 1943
Compañías de tranvías y ferrocarriles de Valencia.	Orden de 16 de junio de 1943
Industria de artes gráficas.	Orden de 23 de febrero de 1944
Prensa.	Orden de 22 de dic de 1944
Compañía Arrendataria del Monopolio de Petróleos (CAMPSA)	Orden de 5 de abril de 1945
Industria harinera.	Orden de 28 de julio de 1945
Sector sedero de la industria textil.	Orden de 31 de enero de 1946
Industria papelera.	Orden de 3 de abril de 1946
Compañía Tabacalera S.A.	Orden de 28 de junio de 1946
Industria de panadería.	Orden de 12 de julio de 1946
Sector de géneros de punto de la industria textil.	Orden de 4 de octubre de 1946
Fábricas de azúcar y alcoholes de melaza.	Orden de 30 de nov de 1946
Factorías bacaladeras.	Orden de 18 de enero de 1947
Sector fibras diversas de las industria textil.	Orden de 11 de abril de 1947
Industrias de fabricación de fieltros y sombreros.	Orden de 12 de febrero de 1948
Entidades y empresas dedicadas a la obtención de fibra de algodón de subproductos.	Orden de 30 de abril de 1948
Industrias de clasificación y manipulación de trapos y demás desperdicios.	Orden de 31 de mayo de 1948
Fábricas de botones, artículos de vestido y tocado y juguetería de celuloide.	Orden de 31 de dic de 1948
Industria cinematográfica.	Orden de 31 de dic de 1948
Industria pimentonera.	Orden de 31 de marzo de 1949

Fuente: Elaboración propia.

#### **Anexo IV. Aspectos más relevantes del modelo de contrato de trabajo del Practicante de fábricas, talleres, mutualidades...**<sup>xxxvii</sup>

Los Practicantes destinaban una hora diaria a la recepción de enfermos en el consultorio de la aseguradora, en el sanatorio o en el domicilio del trabajador, excepto los domingos y festivos oficiales. La hora era fijada de mutuo acuerdo en la Sociedad Mutual y el profesional.

En el caso del accidentado era indispensable la presentación del carnet de filiación a la aseguradora y el informe médico donde se indicaba el servicio a realizar; en ningún caso el Practicante estaba obligado a prestar más de dos asistencias diarias a cada persona.

Los contratos entre el Practicante y Sociedad Mutual tenían una vigencia mínima de dos años, prorrogable hasta que las partes manifestaran lo contrario con al menos dos meses de antelación.

En caso de enfermedad del Practicante, durante los dos primeros meses el sueldo era íntegro; durante el tercero se reducía a la mitad y en el cuarto no percibía nada. De prolongarse la imposibilidad de trabajar se acogía a una excedencia no remunerada hasta su recuperación. Estas prestaciones tenían lugar una vez cumplido el primer año de contrato.

Las faltas cometidas en el ejercicio de la profesión tenían carácter leve, grave y muy grave. A éstas les correspondían las sanciones de amonestación, suspensión de empleo y sueldo menos de tres meses y rescisión de contrato respectivamente; en ningún caso el Jurado Mixto sancionaba una conducta sin la apertura previa de expediente informativo.

Estas condiciones se plasmaron en tres bases de trabajo específicas que determinan el modelo de contrato:

- La Sección Mutual de Practicantes redactó la primera con fecha 5 de mayo de 1933 y aprobada el 31 de julio de 1933 por el Ministerio de Trabajo.
- La Sección Industrial de Practicantes acordó la segunda el 21 de marzo de 1933 y acto seguido fue ratificada por el Jurado Mixto de Trabajo de Madrid el 1 de julio de 1934.
- La tercera se formalizó el 28 de marzo de 1934 y fijó exclusivamente la jornada de trabajo.

Nota: Estas y otras condiciones de trabajo fueron objeto de petición de mejora en una carta dirigida al Director General del Seguro Obligatorio de Enfermedad por el entonces presidente del Consejo General de la profesión, Juan Córdoba Pérez (octubre, 1947).

---

<sup>xxxvii</sup> Medicina y Cirugía Auxiliar. Órgano oficial del Consejo General de los Colegios oficiales de Practicantes de España de mayo y julio de 1946 y octubre de 1947.

## **Anexo V. Características del puesto de socorro<sup>xxxviii</sup>**

El edificio se construirá específicamente para este cometido y estará aislado de las oficinas y de las viviendas de los trabajadores. Se procurará situarlo junto a la obra o trabajo que por sus condiciones de peligrosidad o por su elevada siniestralidad justifique su presencia. Será de una sola planta, de forma rectangular y con una superficie de 5 m<sup>2</sup>. Estará provisto de una ventana en cada una de las cuatro paredes situada a un metro del suelo, con altura de dos metros y ancho de metro y medio. Contará con cristales y celosía o persiana.

En la parte superior de la puerta habrá un letrero visible de *Puesto de socorro* y una luz que permita su visibilidad. En todas las paredes exteriores tendrá pintada una cruz roja. En el interior estará pavimentado con baldosas y chapado de azulejos blancos hasta un metro de altura; las paredes estarán pintadas con cal para ser renovada con facilidad.

Adosado a una de las paredes se colocará un armario, que en su parte inferior se destinará a almacenar el material fungible y en la superior podrá guardar sus efectos personales el practicante. Incluirá a su vez una cama donde pueda reposar el trabajador accidentado antes de ser trasladado al hospital si la gravedad lo requiere, y junto a la misma habrá una mesa-despacho destinada también para el Practicante donde dispondrá de teléfono; completará el utillaje un cubo para tirar los apósitos. En una segunda pared se instalará un baño de pies y un lavabo situado a un metro de altura; ambos dispondrán de agua caliente y fría. En la tercera pared estará instalado un soporte para un ventilador o estufa eléctrica y en el centro del techo habrá un punto luminoso, así como en la propia mesa del Practicante. Se decorarán las paredes con carteles que hagan alusión a la prevención de accidentes.

### **Recursos materiales del puesto de socorro**

Además de la cama no debe faltar en ningún puesto de socorro una camilla y un respirador artificial. La primera estará en todo momento dispuesta para ser usada y estará cubierta de material que permita un lavado fácil. En cuanto al aparato de respiración artificial, el Practicante cuidará de su perfecto funcionamiento y de reponer las botellas y el carbónico necesarios.

Entre los materiales e instrumental que dispondrá el Practicante encargado del puesto se incluyen: hornillo eléctrico para tener agua hervida en todo momento; cubetas para flamear instrumentos; recipiente para agua esterilizada o hervida; dos frascos lavadores para jabón líquido y alcohol; dos compoteras para algodón y gasas estériles; pera de goma; vendas; alcohol; éter; bencina; tintura de yodo; solución Garés; alcohol alcanforado; solución Dakin; esencia de trementina; agua oxigenada; solución de cloruro de cinc; solución de antipirina; solución de tanino; amoníaco; solución de oxicianuro de mercurio; solución de nitrato de plata; solución de argirol; varias pomadas a base de ictiol, óxido de cinc, extracto de capsicum, óxido amarillo de mercurio, rojo escarlata, cloramina, tanino, resorcina, ácido salicílico, etc; inyectables de suero fisiológico, adrenalina, cafeína, esparteína, aceite alcanforado, morfina y digitalina; tul graso, pastillas de ambrina y carretes de esparadrapo; finalmente dispondrá de pinzas, tijeras, sonda, navaja de afeitar, lazo constrictor, garrote o venda de Esmarch, jeringuillas y férulas de distintos tamaños.

---

<sup>xxxviii</sup> Primera Asamblea general de la Asociación Española de Medicina del Trabajo celebrada en Madrid los días 18 y 19 de enero de 1935. F. Galán. *Lo que debe ser un puesto de socorro en una factoría industrial*. Publicación núm. 443 del Instituto Nacional de Previsión, 1935.

## Anexo VI. Programa del curso de Diplomado en Traumatología, Medicina y Cirugía de Urgencia<sup>xxxix</sup>

Primera lección	Francisco López de Garma, director de la Clínica del Trabajo, pone en valor la figura del Practicante en la empresa y destaca la gran labor social que realiza. Facilitó numerosos datos estadísticos que pusieron de relieve la importancia de una correcta asistencia en los supuestos de accidentes de trabajo.
Segunda lección	El profesor Sánchez Bordona, subdirector de la Clínica de Accidentes de Trabajo, realiza distintas consideraciones sobre la responsabilidad en la redacción y adecuada cumplimentación de los partes de accidentes de trabajo; en sintonía, invita a los asistentes a conocer con detalle la legislación laboral en esta materia.
Tercera lección	El ingeniero de la Vega y de la Vega alienta con su exposición sobre la destacada posición del Practicante en la prevención del accidente. Defiende el valor de los datos recogidos constituyendo la descripción del hecho una eficaz ayuda en la prevención.
Cuarta lección	El contenido de la conferencia del médico López de la Garma se centró en los principios fundamentales de asistencia al accidentado en los primeros instantes y la forma adecuada de realizar el traslado si fuera necesario.
Quinta lección	El jefe de la sección de Publicaciones y Archivos del Instituto Nacional de Previsión, Sr. Vidaurreta, resalta la importancia y rigurosa atención que se debe prestar a las lesiones de tórax y abdomen en los siniestros laborales. Recomienda prudencia a los Practicantes en el tratamiento de este tipo de lesionados al no existir signos externos.

---

<sup>xxxix</sup> El boletín publicado por el Consejo General que incluye el programa de forma detallada, constata que se impartieron más lecciones que las consignadas en la crónica del curso firmada bajo el pseudónimo de *Un cursillista*. Consejo General de Colegios de Practicantes de España. Revista informativa profesional de marzo de 1948.

## **Anexo VII. Propuesta formativa del Delegado Nacional de Practicantes de Empresa, Fábricas y Talleres para el curso de ATS de Empresa**

Asistencia a los accidentados y enfermos en el trabajo con y sin dirección médica.  
Evaluación de accidentados y enfermos con medios apropiados e improvisados.  
Aspectos legales que deben conocerse y entenderse.  
Lesiones y afecciones de la cabeza, tórax, abdomen, columna vertebral, pelvis y extremidades.  
Nociones de radiología. Radioscopia de las fracturas.  
La asistencia postaccidente y la cura dispensarial.  
Readaptación, rehabilitación y recuperación.  
Prevención de accidentes y enfermedades profesionales.  
Análisis clínicos elementales.  
Nociones de psicología clínica industrial. Psicotecnia.  
Fisiopatología del trabajo humano. Biopatología. Educación física.  
Nociones de higiene industrial. Análisis elementales.  
Nociones de tecnología.  
Medicina legal del trabajo y de los seguros sociales.  
Documentación sanitario-laboral. Fichas de reconocimiento. Estadística. Archivo. Bibliografía.  
Propaganda preventiva en la medicina del trabajo.  
Servicios sociales de la empresa.

## **Anexo VIII. Temario del primer curso abreviado para ATS de Empresa<sup>xl</sup>**

- 1ª parte            La función de los servicios médicos de empresa.  
Fundamentos legales de la medicina del trabajo.  
Métodos de archivo.  
Clasificación de fichas.  
Estadística.
- 2ª parte            Participación del ATS de Empresa en la higiene y seguridad del trabajo.
- 3ª parte            Asistencia urgente a los enfermos traumatizados y tratamientos habituales.  
Reanimación respiratoria.  
Transfusión de sangre.  
Terapéutica dermatológica.
- 4ª parte            Colaboración de los ATS de Empresa en las técnicas de diagnósticos auxiliares.  
Toma correcta de muestras de sangre para sus distintas determinaciones, análisis de componentes anormales de orina, heces, jugo gástrico y duodenal.  
Técnicas de radiografías, radioscopias y revelado.  
Toma de muestras ambientales para análisis de tóxicos.  
Inmovilización correcta de fracturas por aplicación de vendajes de yeso.  
Estas clases prácticas eran de carácter obligatorio y se efectuaron en los laboratorios de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y del Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo.
- 5ª parte            Psicología aplicada al trabajo.
- 6ª parte            Rehabilitación, recuperación y estudio de los grupos musculares de movimiento.

---

<sup>xl</sup> El programa que constaba de 71 temas se estructuró en seis bloques impartidos por un profesorado especialista en medicina, química, ingeniería y estadística. Boletín del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios de España, núm. 9; 1961.

## Anexo IX. Conferencias programadas en el Colegio Oficial de Practicantes y ATS de Madrid, 1961<sup>xli</sup>

Enero	Domingo 17	Incorporación del practicante a los Servicios Médicos de Empresa (SME). El ATS de Empresa ante la mecánica del trabajo.
Febrero	Domingo 7	Servicios sociales de la empresa. Legislación española sobre la seguridad e higiene en el trabajo.
	Domingo 14	Alimentación del trabajador. Deontología y moral del ATS de Empresa.
	Domingo 21	La documentación en los SME: estadística, archivo y bibliografía. Colaboración del médico y del ATS de Empresa con el técnico de seguridad.
	Domingo 28	Problemas fundamentales en higiene industrial. La psicología aplicada a la industria.
Marzo	Domingo 6	El laboratorio clínico en medicina del trabajo. Terapéutica de urgencia en el medio laboral de algunas afecciones. cardiocirculatorias y pulmonares.
	Domingo 13	Rehabilitación de parapléjicos traumáticos. Los factores médicos del rendimiento individual.
	Sábado 19	Principales organismos en relación con los Servicios Médicos de Empresa. Patología médica del trabajo: enfermedades profesionales, su prevención.
	Domingo 20	La mecánica del trabajo en España y los Servicios Médicos de Empresa. Importancia de la alergia en medicina laboral.
	Domingo 27	La fisioterapia en medicina del trabajo. El trabajo femenino, de los menores y del disminuido físico.
Abril	Domingo 3	Intoxicaciones profesionales y tratamiento de urgencia. Terapéutica de urgencia de algunas afecciones gastrointestinales en los centros de trabajo.
	Domingo 10	La OMS y el Reglamento Sanitario Internacional. Dermatosis profesional.
	Domingo 17	Tratamiento de urgencia en traumatismos laborales más frecuentes. Examen radioscópico de fracturas y cuerpos extraños.
	Domingo 24	Rehabilitación laboral del hemipléjico. Tests y examen psicotécnico.
Mayo	Domingo 1	Prevención de enfermedades infecciosas parasitarias. La lucha contra el alcohol y otras plagas sociales.
	Domingo 8	Prevención de accidentes y propaganda preventiva en seguridad e higiene en el trabajo. Preparación de socorredores. Preparación específica del ATS de Empresa.

---

<sup>xli</sup> Las sesiones se iniciaban a las 11 y 12 horas respectivamente. La conferencia inaugural fue impartida por Eliseo Cobo de Blas, Delegado Nacional de los Practicantes de Empresa. En la sesión de clausura intervino el entonces director de la ENMT, Francisco Díaz González.

## Conferencias programadas en el Colegio Oficial de Practicantes y ATS de Vizcaya previas al primer curso regular para ATS de Empresa<sup>xiii</sup>

Febrero	Día 2. El ATS ante la medicina de empresa. Día 9. El ATS ante el accidentado o enfermo de urgencia. Día 16. Técnicas de la sangre. Oxigenoterapia. Lección práctica. Día 23. Nociones de psicología en el trabajo
Marzo	Día 1. El ATS ante el enfermo comatoso. Día 8. Participación del ATS en la higiene y seguridad del trabajo. Día 15. El ATS ante los paroxismos del aparato respiratorio. Día 22. Respiración artificial. Día 29. Radiodiagnóstico: nociones, aparatos, etc...
Abril	Día 5. Actitud del ATS ante el shock traumático. Día 12. El ATS ante la recuperación del accidentado con secuelas paralíticas. Día 19. Costes de los accidentes de trabajo. Día 26. Intervención del ATS en la lucha contra los ruidos. Todas las conferencias del mes de abril se celebraron en domingo a las 11 horas.

También el Colegio Oficial de Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios de Madrid programó distintas actividades formativas con anterioridad. Entre otras, el domingo 31 de enero de 1960 el Practicante Eliseo Cobo pronunció la siguiente conferencia, *Incorporación del Practicante a los servicios médicos de empresa*. De forma similar el Colegio de Barcelona preparó otro ciclo de interés científico que concluyó el 28 de mayo. Dos fueron impartidas por sendos practicantes, Baltasar Ramírez con su disertación *El laboratorio en la empresa* y Carlos del Castillo *Relación social del Practicante en la empresa*. Finalmente, desde el Colegio de Málaga se repite la mecánica. Cuatro fueron los Practicantes participantes: Sr. Utrera Figueroa, *La electricidad y sus accidentes en el trabajo*; Sr. Delgado González, *Labor del Practicante de empresa*; Sr. Calleja García, *Fracturas por fatiga y reeducación en los puestos de trabajo*; Sr. Mañés Gabán, *El Practicante de empresa en la construcción*. Medicina y Cirugía Auxiliar de marzo, agosto y octubre de 1960.

---

<sup>xiii</sup> Colegio Oficial de Practicantes y ATS de Vizcaya. Información remitida el 18 de febrero de 1964 bajo el título *Precursillo de empresa. Ciclo de conferencias* a las personas inscritas en el primer curso regular de ATS de Empresa que se celebró en Bilbao. La asistencia era obligatoria.

## Anexo X. Programa para el curso de preparación específica del ATS de Empresa

### Parte general

- Materia y energía. Estados de la materia. Sólido, líquido y gaseoso. Temperatura. Ebullición.
- Volumen. Su medida. Material de laboratorio.
- La materia viva. Nociones generales sobre el ser vivo, biofísica, bioquímica y constitución fisicoquímica de los seres vivos.
- Célula. Tejidos. Órganos. Aparato y sistema.
- El cuerpo humano. Partes de que consta y topografía general.
- Huesos y músculos de la cabeza y cuello.
- Huesos y músculos del tronco.
- Huesos y músculos de las extremidades.
- Aparato circulatorio. Principales características anatomofisiológicas.
- Aparato respiratorio. Principales características anatomofisiológicas.
- Aparato digestivo. Principales características anatomofisiológicas.
- Aparato genitourinario. Principales características anatomofisiológicas.
- Sistema nervioso. Principales características anatomofisiológicas.
- Caracteres generales de los microorganismos patógenos. Clasificación general.
- Concepto de salud y enfermedad. Síntoma. Síndrome. Diagnóstico y pronóstico.
- Infección.
- Concepto de la higiene. Enfermedades de importancia social. Modo de luchar contra ellas.
- Historia clínica. Datos que deben compararse. Termometría. Pulso. Respiración. Gráficas.
- Descripción y uso de los principales instrumentos médicos de la clínica.
- Descripción y uso del principal material quirúrgico.

### Parte especial

- Organización y funcionamiento de los servicios médicos de empresa.
  - El servicio médico de empresa. Su cometido. Relaciones del ATS con el médico de empresa. Ídem con el seguro de enfermedad.
  - Las funciones del ATS y de la Enfermera en el servicio médico de empresa. Las asistencias sociales.
  - Enumeración de los fundamentos legales de la medicina del trabajo. Los comités de seguridad e higiene. Jurados de empresa. Organización Internacional del Trabajo.
  - Documentación reglamentaria que debe llevar el servicio médico de empresa. Ficha individual. Historia clínica. Cartilla sanitaria. Reconocimientos periódicos. Libro de incidencias. Partes de accidentes y de enfermedades profesionales. Memoria. Resúmenes.
  - Métodos de archivo. Sistema alfabético y decimal. Fichas perforadas. Archivo de exploraciones especiales.
  - Estadística. Sus fundamentos generales. Cálculo de probabilidades. La estadística como instrumento de trabajo en el conocimiento demográfico.
  - Recogida, clasificación y tabulación de los datos estadísticos. Representaciones gráficas.

- Participación del ATS en la higiene y seguridad del trabajo.
  - Labor del ATS en la educación higiénica, consejo al trabajador y propaganda.
  - Locales y material del servicio médico de empresa. Papel del ATS en la conservación del material sanitario.
  - Higiene de los locales de trabajo. Intervención del ATS en la determinación de las condiciones físicas (temperatura, humedad, iluminación, etc.). Visitas a los talleres. Puestos de trabajo.
  - Normas generales para la prevención de accidentes.
  - Nociones fundamentales sobre protección de las instalaciones eléctricas, motores, transmisores y máquinas-herramientas.
  - Principales sustancias nocivas que puedan encontrarse en el ambiente de trabajo. Actuación del ATS en la toma de muestras. Vigilancia periódica de las concentraciones ambientales de sustancias tóxicas.
  - Nociones sobre prevención contra las sustancias volátiles o difusibles por el aire.
  - Protección contra los agentes químicos de contacto.
  - Nociones sobre protección y seguridad en la industria minera y siderúrgica.
  - Protección y seguridad en trabajos agrícolas y derivados.
  - Protección contra las radiaciones ionizantes.
  - Profilaxis de la infección: asepsia. Sus fundamentos. Condiciones que caracterizan un material aséptico. Antisepsia. Antiséptico de aplicación local cutánea. Crítica de su empleo.
  - Métodos para conseguir la asepsia. Ambiente. Campo quirúrgico. Instrumental. Esterilización. Manejo del autoclave. Estufa de Poupinel.
  - Vacunaciones.
  - Estudios de los accidentes y enfermedades que puedan ocasionarse por las inyecciones (la llamada patología de la jeringa). Manera de evitarlos.
  
- Asistencia a enfermos urgentes y curas habituales (actuación que corresponde al ATS).
  - El ATS ante los enfermos urgentes. Concepto de la urgencia: por la gravedad, por la necesidad de tratamiento rápido. Cuando debe intervenir el ATS.
  - Primeros auxilios a los traumatizados (especialmente a los grandes traumatizados). Transporte de accidentados. El ATS ante las grandes catástrofes.
  - Primeros cuidados de los quemados. Cosas que no se deben hacer ante una quemadura.
  - Las hemorragias. Actitud del ATS ante las mismas.
  - El síncope cardíaco. Enumeración de los diferentes factores que lo pueden producir. Técnicas y principios generales de la reanimación cardíaca. Cardioestimulador y desfibrilador. Precauciones en el uso de la llamada medicación cardiovascular de urgencia.
  - Métodos de respiración artificial y aparatos. Estudio crítico y elección del más indicado en cada caso. Respiración boca a boca.
  - La actitud del ATS ante los paroxismos del aparato respiratorio (disnea, edema agudo de pulmón, traumatopnea, edema de glotis, sofocación).
  - Ídem ante los procesos dolorosos abdominales.
  - Ídem ante el enfermo comatoso.
  - Ídem ante el enfermo convulsivo o excitado.
  - Reposición de líquido. Vías de administración. Clases de líquidos (sueros, plasma, sangre y sustitutos). Técnica del gota a gota intravenoso.
  - Técnica de transfusión sanguínea. Determinación de grupos. Peligros.
  - Conducta del ATS ante un enfermo envenenado. Lavado gástrico (técnica).

- Lista de antídotos que debe poseer el botiquín de urgencia del servicio médico de empresa.
  - Conceptos generales del tratamiento de las heridas.
  - El vendaje simple de gasa y los apósitos. Sus clases. Errores que más frecuentemente se realizan en la aplicación de vendajes.
  - El vendaje escayolado inalmohadillado. Normas generales de aplicación.
  - Los vendajes absorbentes y compresivos. Indicaciones y normas generales de aplicación.
  - Panadizos, forúnculos, ántrax, medidas generales sobre su tratamiento.
  - El papel del ATS en los accidentes agudos oculares. Lavados. Instilaciones.
  - Otorrinolaringología laboral para el ATS. Intervención de éste en la lucha contra los ruidos.
  - Terapéutica dermatológica.
  - Técnica de las pruebas alérgicas de interés en medicina del trabajo.
- Colaboración del ATS en las técnicas de diagnóstico auxiliares de aplicación al individuo.
    - Toma de sangre para análisis (por punción venosa o capilar). Sangre para recuento. Procedimientos para conservar la sangre sin coagular y emolizar. Tinciones de Giemsa y May Grunwall, etc. velocidad de sedimentación.
    - Intervenciones del ATS en la recogida y remisión de productos orgánicos para la realización de determinaciones analíticas especiales, de interés en medicina del trabajo.
    - Esputos. Recogida. Tinciones de Gram y Ziehl.
    - Generalidades sobre el manejo del microscopio. Técnica de los recuentos.
    - Contenido gástrico. Extracción simple y fraccionada. Sondaje duodenal. Heces. Técnica de recogida de las mismas para las principales determinaciones de interés en medicina del trabajo.
    - Orina. Determinaciones de densidad. Albúmina. Glucosa. Acetona. Pigmentos biliares. Porfirinas. Otras determinaciones de interés en medicina del trabajo.
    - Radiodiagnóstico. Nociones de fundamentos físicos. Tipo de aparatos. Técnicas de radioscopia y radiografía. Fotorradioscopia.
    - El revelado fotográfico.
- Nociones de psicología.
    - La psicología científica y su aplicación al trabajo. La empresa y el individuo. Grupos sociales. Relaciones humanas.
    - Conducta y motivación. Diferencias individuales: aptitudes, temperamentos, actitudes.
    - La entrevista. Las calificaciones. Los tests. Condiciones, clasificación.
    - La adaptación del hombre al trabajo. Selección. Formación. Incentivos.
    - La adaptación del trabajo al hombre. Disminución de la fatiga. El ambiente laboral. La jornada de trabajo. Mejora de métodos. Prevención de accidentes.
- Rehabilitación y recuperación.
    - Definición de la rehabilitación. Partes de que consta. Personas que intervienen.
    - Quinesiterapia. Principios y clasificación. Grandes principios de la gimnasia ortopédica y reeducativa.
    - Masaje. Su importancia terapéutica. Principales indicaciones del masaje. Técnica general del masaje.
    - Hidroterapia. Acción fisiológica sobre los diferentes aparatos. La movilización en el agua. Piscinas. Indicaciones fundamentales del baño en piscinas.

- Análisis del movimiento. Valoración muscular. Estudio analítico y funcional de los músculos del cuello y cinturón escapular.
  - Estudio analítico y funcional de los músculos que dan movilidad al codo y la muñeca.
  - Estudio analítico y funcional de los músculos motores de los dedos y de la mano.
  - Estudio analítico y funcional de los músculos del tronco y del abdomen.
  - Estudio analítico y funcional de los músculos motores de la cadera y de la rodilla.
  - Estudio analítico y funcional de los músculos motores del tobillo y del pie.
  - Principios generales en la rehabilitación de los traumatizados. Tratamiento de atrofas y rigidices. Rehabilitación en el lecho.
  - Reeducación motora del gran parálitico. Esquemas generales de tratamiento. Reintegración social y profesional de los grandes inválidos.
  - Electroterapia. Sus diversas formas. Indicaciones y contraindicaciones.
- Prácticas.
    - Prácticas de laboratorio clínico.
    - Prácticas de laboratorio industrial.
    - Prácticas de rayos X.
    - Prácticas de cirugía (vendajes, escayolas, técnicas de reanimación).
    - Prácticas de rehabilitación.
    - Visita a una industria.

## **Anexo XI. Programa docente del curso de Diplomados en Enfermería y ATS de Empresa impartido por la ENMT**

### Lecciones teóricas

#### Generalidades

- Lección 1. Concepto de salud y enfermedad. Causas de enfermedad. Importancia de la ecología en la salud y en la enfermedad.
- Lección 2. Influencia del trabajo sobre la salud del hombre. Patología específica e inespecífica del trabajo. Concepto de medicina preventiva.
- Lección 3. Medida del estado de salud de las poblaciones. Epidemiología. Índices. Conceptos de prevalencia e incidencia.
- Lección 4. Concepto de medicina del trabajo. Sus relaciones con la medicina preventiva y la ecología. Historia de la medicina del trabajo desde la antigüedad hasta el Renacimiento.
- Lección 5. Historia de la medicina del trabajo desde el Renacimiento hasta la Revolución Industrial.
- Lección 6. La medicina del trabajo desde la Revolución Industrial hasta nuestros días.
- Lección 7. La medicina del trabajo en España y otros países. Organismos e instituciones nacionales e internacionales relacionadas con la medicina del trabajo.
- Lección 8. Ergonomía. Concepto. Sus clases.

#### La medicina del trabajo aplicada

- Lección 9. Los servicios médicos de empresa. Antecedentes. Organización actual. Funciones.
- Lección 10. Personal sanitario de los servicios médicos de empresa. Competencias del ATS y de la enfermera en los mismos. Deontología profesional. Relaciones con los trabajadores.
- Lección 11. Reconocimientos médicos laborales. Clasificación de los mismos. Estudio de puestos y procesos de trabajo.
- Lección 12. Reconocimiento previo al ingreso. La importancia de la historia laboral anterior y del reconocimiento del puesto de trabajo solicitado.
- Lección 13. Reconocimiento periódico ordinario. Concepto. Importancia de la medicina de empresa como colaboración con el Sistema Nacional de Salud. Técnica.
- Lección 14. Reconocimientos periódicos especiales. Reconocimientos ocasionales: de retorno al trabajo, propuesto por la Jefatura de Personal o espontáneos. Características de cada uno de estos tipos.
- Lección 15. Principios generales sobre la nutrición del trabajador. Concepto de metabolismo basal y gasto energético.
- Lección 16. Trabajadores con características especiales. Personas en edad avanzada.
- Lección 17. La mujer y el trabajo. Los jóvenes y el trabajo.
- Lección 18. La integración del minusválido en la empresa.
- Lección 19. La rehabilitación y recuperación profesionales. Principios generales.
- Lección 20. Historia, concepto y definición de rehabilitación. Profesionales que la componen. Sociología de la rehabilitación.
- Lección 21. Medios auxiliares de rehabilitación: cinesiterapia, terapia ocupacional, ortesis y prótesis.
- Lección 22. Electroterapia, logoterapia e hidroterapia.
- Lección 23. Reacciones psicológicas a la incapacidad física. Organismos nacionales generales para impedimentos específicos y de empleo.

- Lección 24. Alteraciones posturales de la columna.
- Lección 25. Rehabilitación del parapléjico y su adaptación al trabajo.
- Lección 26. La postura en la actividad laboral.
- Lección 27. Formación práctica del trabajador que maneja cargas pesadas.
- Lección 28. Locales del servicio médico de empresa. Esquema general de la organización administrativa de un servicio médico de empresa.
- Lección 29. Absentismo laboral. Definición. Causas técnicas para su resolución.
- Lección 30. La medicina del trabajo en la construcción.
- Lección 31. La medicina del trabajo en las industrias extractivas.
- Lección 32. La medicina del trabajo en la agricultura.
- Lección 33. La medicina del trabajo en otras actividades.

#### Higiene industrial

- Lección 34. Higiene del trabajo. Ramas de la misma. Ambiente laboral. Clasificación de los principales contaminantes.
- Lección 35. Ideas generales sobre la acción de los principales contaminantes físicos y químicos.
- Lección 36. Medición de los distintos contaminantes. Valores estándar. Definición. Formas de cálculos y limitaciones.
- Lección 37. Estudio sistemático de los riesgos higiénicos. La encuesta higiénica. Formas de realización. Evaluación de los riesgos.
- Lección 38. Corrección de las situaciones de riesgo higiénico. Formas de actuación. Protección ambiental: sus tipos.
- Lección 39. Limpieza de los locales de trabajo. Desinfección. Desratización. Desodorización. Tratamiento de basuras y excretas. Eliminación de residuos industriales. Servicios higiénicos en los lugares de trabajo. Vestuarios. Lavabos. Retretes. Agua potable. Condiciones mínimas reglamentarias. Detergentes industriales.
- Lección 40. Higiene individual del trabajador. Higiene física. Generalidades. Ropa de trabajo. Higiene y protección de la piel. Protección de la cabeza. Higiene y protección de la vista. Higiene y protección de los oídos. Protección de las extremidades inferiores. Protección de las extremidades superiores. Higiene y protección del aparato respiratorio.
- Lección 41. La dieta alimentaria del trabajador. Efecto de la dieta sobre el rendimiento.
- Lección 42. Intoxicaciones alimentarias. Higiene de cocinas y comedores.

#### Patología del Trabajo

- Lección 43. Concepto y clasificación de las enfermedades profesionales. Mecanismos de acción de los diversos agentes.
- Lección 44. Toxicología profesional. Ideas generales. Vías de ingreso y eliminación de tóxicos.
- Lección 45. Concepto de dermatosis profesionales. Incidencia y clasificación.
- Lección 46. Dermatosis profesionales más importantes en nuestro medio: obreros de la construcción y metalúrgicos.
- Lección 47. Dermatosis profesionales: artes gráficas, fotógrafos, peluqueros, profesiones sanitarias, obreros agrícolas.
- Lección 48. Ruido. Efectos generales. Fisiopatología. Trauma sonoro profesional.
- Lección 49. Fatiga auditiva. Sordera profesional. Clínica y diagnóstico diferencial.
- Lección 50. Enfermedades producidas por radiaciones ionizantes. Prevención y tratamiento.
- Lección 51. Enfermedades producidas por las vibraciones y trepidaciones. Prevención y tratamiento. Ambiente climático.
- Lección 52. Golpe de calor. Etiología. Prevención y tratamiento.

- Lección 53. Enfermedades profesionales producidas por agentes vivos. Generalidades. Niveles de prevención. Fuentes de infección. Mecanismos de transmisión.
- Lección 54. Brucelosis. Etiología. Epidemiología. Patogenia. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Medidas preventivas.
- Lección 55. Tétanos. Etiología. Epidemiología. Patogenia. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Medidas preventivas.
- Lección 56. Hepatitis vírica profesional. Etiología. Epidemiología. Patogenia. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Medidas preventivas.
- Lección 57. Silicosis. Riesgos. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento.
- Lección 58. Asbestosis. Riesgos. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento.
- Lección 59. Cáncer profesional. Historia y clasificación. Riesgos industriales.
- Lección 60. Cánceres profesionales más frecuentes. Diagnóstico. Prevención. Tratamiento.
- Lección 61. Toxicología del plomo y sus compuestos. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención médica.
- Lección 62. Toxicología del mercurio y sus compuestos. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención.
- Lección 63. Toxicología del cadmio y sus compuestos. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención.
- Lección 64. Toxicología del manganeso y sus compuestos. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención.
- Lección 65. Toxicología del arsénico y sus derivados. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención.
- Lección 66. Toxicología del fósforo y sus derivados. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención.
- Lección 67. Toxicología del monóxido de carbono, cianídrico y sulfídrico. Fisiología. Diagnóstico. Tratamiento.
- Lección 68. Toxicología del flúor y sus derivados. Toxicología del cromo y sus derivados. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención.
- Lección 69. Toxicología del sulfuro de carbono. Cinética. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. Prevención.
- Lección 70. Toxicología de los compuestos aromáticos. Benceno y derivados.
- Lección 71. Toxicología profesional de los pesticidas.
- Lección 72. Toxicología profesional de las gomas y plásticos.

#### Seguridad

- Lección 73. Seguridad en el trabajo. Concepto de accidente de trabajo. Importancia social y económica. Datos estadísticos.
- Lección 74. Causas e investigación de los accidentes de trabajo. Factores técnicos y humanos.
- Lección 75. Organización de la prevención en la empresa. Principios generales de seguridad. Protección frente a la maquinaria. Seguridad en el transporte y almacenamiento de materiales. Prevención de caídas.
- Lección 76. Prevención de los accidentes eléctricos.
- Lección 77. Prevención de incendios y explosiones.
- Lección 78. Valoración de la seguridad en la empresa. Inspecciones de seguridad. Notificación y clasificación de accidentes. Índices de frecuencia y gravedad. Estadística de seguridad.
- Lección 79. Enseñanza de la seguridad. Cursos de formación para los diferentes niveles. Contenido. Normas didácticas.

## Primeros auxilios

- Lección 80. Clasificación de los accidentes de trabajo. Su concepto, valoración e incapacidades.
- Lección 81. Urgencias en medicina del trabajo. Organización de los primeros auxilios. Botiquines de urgencia. Sala de curas. Puestos de socorro. Aparatos de reanimación.
- Lección 82. Normas generales de actuación ante un accidentado. Transporte de accidentados.
- Lección 83. Organización y conducta en casos de grandes catástrofes.
- Lección 84. Fracturas. Conceptos generales. Métodos de inmovilización provisional.
- Lección 85. Politraumatizados. Concepto. Jerarquización de las lesiones. Primeros auxilios.
- Lección 86. Heridas. Aspectos particulares (mano, cuello, etc). Hemorragias. Tipos de las mismas. Cuidados urgentes. Medidas hemostásicas.
- Lección 87. Quemaduras. Clasificación. Conductas terapéuticas frente a las mismas. Quemaduras por agentes químicos. Quemaduras eléctricas.
- Lección 88. Congelaciones. Prevención y tratamiento.
- Lección 89. Traumatismos de la mano. Medidas de urgencia a tomar.
- Lección 90. Traumatismo cráneo-encefálicos. Medidas de urgencia a tomar.
- Lección 91. Traumatismos vertebrales. Medidas de urgencia a tomar.
- Lección 92. Profilaxis y tratamiento de las infecciones. Inmunización activa y pasiva.
- Lección 93. Reanimación cardiopulmonar. Técnicas. Medicación. Masaje cardíaco externo.
- Lección 94. Asfixia. Tipos. Métodos de respiración artificial con o sin aparatos.
- Lección 95. Dolor torácico. Causas. Diagnóstico diferencial. Primeros auxilios.
- Lección 96. Dolor abdominal. Abdomen agudo. Diagnóstico diferencial. Primeros auxilios.
- Lección 97. Pérdidas de conocimiento. Comas. Profundidad de los mismos. Exploración del enfermo comatoso. Primeros auxilios.
- Lección 98. Excitación psicomotriz. Conceptos. Tipos y terapéutica de urgencia.
- Lección 99. Urgencias otorrinolaringológicas. Cuerpos extraños en vías respiratorias. Cuerpos extraños en nariz u oídos. Ingestión de cáusticos. Epístaxis.
- Lección 100. Urgencias oculares. Quemaduras químicas. Cuerpos extraños. Heridas del globo ocular. Diagnóstico y primeros auxilios.
- Lección 101. Urgencias alérgicas. Asma bronquial. Shock anafiláctico. Edema angioneurótico. Diagnóstico y medidas terapéuticas.
- Lección 102. Urgencias del sistema vascular periférico.
- Lección 103. Urgencias genitourinarias.
- Lección 104. Intoxicaciones agudas profesionales. Tratamiento de urgencia. Lavado gástrico. Antídotos. Otras medidas de urgencia.
- Lección 105. Iatrogenia. Peligro del uso indiscriminado de medicamentos. Accidentes de las inyecciones.
- Lección 106. Selección, formación y distribución de los técnicos en socorrismo.
- Lección 107. Actuación del ATS y la Enfermera ante riesgos catastróficos.

## Legislación

- Lección 108. Definición legal de la empresa. Clases. Organización social de la misma. Jurados de empresa. Misiones y composición, relaciones con los servicios médicos de empresa.
- Lección 109. Comités de Higiene y Seguridad del Trabajo. Composición y funcionamiento. Relaciones con los servicios médicos de empresa. Vigilantes de seguridad. Funciones.
- Lección 110. Ordenanza laboral de la Seguridad e Higiene.
- Lección 111. El cuadro legal de las enfermedades profesionales.
- Lección 112. La Seguridad Social. Régimen general y regímenes especiales. Los servicios sociales de la Seguridad Social.

- Lección 113. INSHT. Organización y funciones.

#### Psicología industrial

- Lección 114. La psicología científica y su aplicación en el trabajo. Relaciones humanas.
- Lección 115. Conducta y motivación. Diferencias individuales: aptitudes, temperamentos, actitudes, etc.
- Lección 116. La entrevista. Las calificaciones. Los tests. Condiciones y clasificación.
- Lección 117. La adaptación del hombre al trabajo. Selección. Formación. Incentivos.
- Lección 118. La adaptación del trabajo al hombre. Disminución de la fatiga. La jornada de trabajo. La mejora de métodos.

#### Lecciones prácticas

- Visitas a empresas.
- Redacción de historias laborales.
- Colaboración del ATS en los reconocimientos médicos.
- Laboratorio clínico (tomas de sangre y otros tipos de muestras).
- Audiometrías.
- Fotoseriación.
- Pruebas funcionales respiratorias.
- Investigación de accidentes.
- Documentos del servicio médico de empresa.
- Técnicas educativas.
- Toma de muestras de ambiente.
- Técnicas de primeros auxilios.
- Profesiogramas.
- Protección ambiental.
- Prendas de protección personal.
- Medidas de sonido y luz.

## Anexo XII. Funciones de los ATS de Empresa<sup>xliii</sup>

### De carácter médico

- Reconocimientos:
  - Ficha médico-laboral y exploración física.
  - Datos de filiación y antecedentes personales y familiares.
  - Mediciones antropométricas: talla, peso, perímetro.
  - Mediciones fisiológicas: capacidad vital, índices y dinamometría.
  - Examen de la audición, visión, dentadura y equilibrio.
  - Pruebas funcionales.
  - Extracción de sangre, velocidad de sedimentación y análisis de orina.
  - Cálculo de índices biométricos.
  - Determinación del perfil físico y de la robustez.
- Tratamiento:
  - Curas, inyecciones, vendajes, asistencia de urgencia, heridas, asfixias, traumatismos, shock, muerte repentina.
  - Control periódico del estado de conservación del material de urgencia: botiquines de pared, maletines de urgencia, respirador, botellas de oxígeno...
  - Ambulancia y camillas.
- Otras funciones asistenciales:
  - Onda corta, masajes, rayos infrarrojos.
  - Presencia en los eventos deportivos de la empresa con botiquines de urgencia
  - Asistencia con botiquín a trabajos especiales y arriesgados.
  - Colaboración en la asistencia médico-social.

### De carácter fisiológico

- Colaboración en la asistencia médico-social.
- Descubrir y observar en los casos de fatiga aguda.
- Determinaciones en pruebas de fatiga: pulso, respiración, dinamometría...
- Colaborar en estudios de fatiga, rendimiento y accidentes de trabajo.
- Investigar causas de fatiga suplementaria: doméstica, por deportes, etc.
- Informar al médico sobre la adaptación de los trabajadores a los cambios de turno de trabajo.
- Comprobar si se cumplen las pausas de trabajo y los descansos, especialmente en situaciones de producción rápida.
- Vigilar las posturas de trabajo, especialmente de los menores.
- Vigilar la manipulación de pesos, especialmente por parte de mujeres, menores y discapacitados.
- Vigilar la adaptación de los trabajadores a las mesas y sillas de trabajo.
- Inspeccionar el trabajo penoso ocasional: carga, descarga, etc.
- Vigilar el manejo de herramientas y de máquinas herramientas.
- Colaborar en estudios de alimentación de los trabajadores en relación con el tipo de trabajo (estático o dinámico) y con el ambiente de la nave (frío, calor, humedad).
- Informar al médico sobre la comida en la empresa.

---

<sup>xliii</sup> Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid, abril de 1969.

#### De carácter psicológico

- Colaborar en el análisis psicológico de las exigencias del trabajo (psicogramas).
- Colaborar en los exámenes psicotécnicos elementales: de entrada, de ascenso y de cambios de puesto, y los que se efectúen en puestos de trabajo con riesgo colectivo.
- Aplicar de tests a los diferentes trabajadores: de inteligencia general, de aptitud mecánica, de comprensión de órdenes verbales y de personalidad.
- Colaboración con el médico de empresa en el descubrimiento precoz de neurosis y psicosis y a su vez de trabajadores simuladores de salud o enfermedad.
- Vigilar del comportamiento en el trabajo de los discapacitados psíquicos: neuróticos, obsesivos, temerarios...
- Colaborar con el médico de empresa en el estudio y selección de los puestos de trabajo adecuados a los discapacitados psíquicos.
- Vigilar el comportamiento individual de los trabajadores en situación de normalidad y especiales: discusiones, riñas, peleas.
- Vigilar el comportamiento de trabajadores en los puestos de reconocida peligrosidad.
- Información de la conducta moral de los trabajadores en relación con las mujeres y los menores.

#### De carácter sanitario

- Vigilar las condiciones ambientales de trabajo: luz, calor, humedad, temperatura.
- Vigilar las actividades sanitarias generales de la empresa: desinfección, desinsectación, desratización, limpieza, etc.
- Vigilar el estado de los servicios higiénicos generales: duchas, lavabos, retretes, vestuarios...
- Aplicación de vacunas y sueros.
- Vigilar el aseo personal y ropa de trabajo de los empleados así como el cumplimiento de las prohibiciones sanitarias: beber, comer o fumar en los lugares de trabajo.
- Visita de la fábrica a requerimiento del médico de empresa.
- Complimentar cuestionarios de seguridad e higiene.
- Realizar análisis de las condiciones de trabajo por exposición a ruidos, gases, vapores, polvo...
- Colaborar en la redacción de la ficha higiénica de la industria.
- Vigilar la utilización por los trabajadores de los equipos de protección personal.
- Colaborar en estudios e investigación sobre puestos y métodos de trabajo, accidentes graves, mortales y enfermedades profesionales.

#### Administrativas y de relación

- Complimentar parcialmente la ficha de reconocimiento.
- Actualizar la cartilla sanitaria.
- Complimentar los partes trimestrales de accidentes.
- Actualizar los Libros Oficiales de Registro: enfermedades profesionales, accidentes de trabajo...
- Cuidar y realizar inventario del mobiliario, material de exploración...
- Vigilar periódicamente el estado de los botiquines de urgencia.

#### De carácter formativo

- Colaborar con el médico de empresa en las iniciativas de educación sanitaria y de prevención de accidentes.
- Colaborar con el médico de empresa en la formación a trabajadores sobre primeros auxilios.

## **Anexo XIII. Programa docente del primer curso de Diplomados en Enfermería y ATS de Empresa impartido en la Comunidad Autónoma Vasca**

### Lecciones teóricas

#### Aspectos generales

- Salud y trabajo.
- Salud laboral. Medicina del Trabajo. Medicina de Empresa.
- Salud laboral. Salud Pública.
- Planificación y programación.
- Marco de referencia de la salud laboral en España: organismos, instituciones, legislación, Comunidad Autónoma Vasca.
- Salud laboral: trabajo interdisciplinar.
- Enfermería en el ámbito laboral: definición, funciones, actividades y tareas. Metodología de trabajo.
- Modelos de servicios en salud laboral: tecnológico, médico, de cooperación, interdisciplinar.
- Atención integral: equipo sanitario en relación con la salud ocupacional. Relaciones entre el equipo sanitario con los diferentes departamentos, los comités existentes en la empresa y los diferentes niveles del sistema de prestación de servicios sanitarios y sociales.

#### Ámbito socio-jurídico

- Evolución histórica.
- Normas internacionales (OIT, CEE), nacionales (Ley de Sanidad, Ley General de Seguridad Social) y autonómicas.
- Organismo: estructura.
- Sindicatos, organizaciones empresariales.
- Convenios colectivos, contratos de trabajo, normas laborales (OGSH).
- Servicios Médicos de Empresa (SME): creación, reglamento.
- Organización del SME: funciones, relaciones, material, locales, etc.
- Historia laboral, reconocimientos, archivos, documentos a cumplimentar...
- Seguridad Social, incapacidades, enfermedad profesional, accidente de trabajo, conceptos jurídicos.

#### Higiene industrial

- Definición.
- Ramas.
- Clasificación de los riesgos higiénicos.
- Niveles admisibles (TLV, TLVc, TLVstel, TWA), criterios para su establecimiento.
- Evaluación ambiental, toma de muestras, sistemas de muestreo, estimación de la concentración ambiental, casos prácticos.
- Higiene analítica.
- Evaluación biológica.

## Seguridad

- Seguridad y accidente de trabajo: concepto. Estadística: concepto. Índices, su utilidad y cálculos. Teoría de la causalidad.
- Técnicas de la seguridad del trabajo: concepto y clasificación. Inspecciones de seguridad.
- Investigación de accidentes: fundamentos y metodología. Notificación de los accidentes de trabajo.
- Técnicas operativas sobre el factor técnico. Dispositivo de seguridad, resguardo, protecciones personales. Normas y señalización.
- Riesgos eléctricos: factores que lo determinan, tipos de contactos eléctricos, prevención técnica específica.
- Riesgo de incendios. La naturaleza del fuego. Prevención y protección de incendios.

## Ergonomía y fisiología del trabajo

- Definición, ámbito, clasificación, metodología.
- Fisiología del trabajo: concepto. Gasto energético: concepto y medidas.
- Adaptación cardiorrespiratoria en el trabajo.
- Valoración de la capacidad física del trabajador.
- La fatiga del trabajador: prevención y tratamiento.
- Análisis de las condiciones de trabajo. Métodos de análisis.

## Toxicología general

- Toxicología: concepto y clasificación. Objetivos.
- Toxicocinética: absorción, metabolismo, distribución, excreción.
- Evaluación de la toxicidad: aguda, crónica, teratogénica, carcinogénica.
- Vigilancia del riesgo tóxico en el medio de trabajo: principios, curvas, dosis-efecto y dosis-respuesta.
- Fijación de los niveles admisibles. Métodos: vigilancia dosis-absorbida y vigilancia efectos liminares.
- Control biológico: indicadores de exposición, indicadores de efecto.

## Patología laboral

- Enfermedades profesionales: concepto, clasificación, estadística, enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Neumología.
- Traumatología y reumatología: vibraciones.
- Dermatología: dermatosis profesionales.
- ORL: ruido, fatiga auditiva.
- Oftalmología: fatiga visual, control visión.
- Radiaciones ionizantes y no ionizantes.
- Estrés térmico.
- Patología producida por agentes biológicos: tétanos, hepatitis B, TBC, rubeola, SIDA, inmunizaciones, brucelosis, toxoinfecciones alimentarias.
- Psicología laboral: organización del trabajo, factores psicosociales, efectos sobre la salud. Prevención.

### Patología por riesgos específicos

- Metales: plomo, mercurio, cadmio, cromo, níquel.
- Disolventes industriales: tipos, utilización, fuentes de exposición.
- Plásticos: elastómeros y polímeros.
- Hidrocarburos aromáticos policíclicos.
- Pesticidas.

### Epidemiología

- Concepto. Utilidad. Tipos de variables.
- Tipos de estudios: nociones básicas.
- Medidas de frecuencia: incidencia y prevalencia.
- Aplicación de la epidemiología a las técnicas de despistaje.
- Vigilancia epidemiológica. Registros.

### Prevención de los riesgos profesionales

- Prevención primaria:
  - medidas técnicas y estructurales de prevención.
  - medidas organizacionales del trabajo.
  - cuidados de enfermería en la dinámica de trabajo en la empresa (organización del trabajo).
  - educación para la salud: la educación como hecho social; proceso de aprendizaje; métodos, técnicas y medios educativos; recursos didácticos auxiliares; planificación de un programa de educación para la salud; organización y ejecución de programas y servicios de educación sanitaria; evaluación de un programa de educación sanitaria.
  - promoción de la salud en el medio laboral: estilos de vida saludables (alcohol, tabaco, drogas, deporte, nutrición).
- Prevención secundaria: reconocimientos médicos; objetivos.
- Prevención terciaria:
  - rehabilitación.
  - readaptación al puesto de trabajo. Recolocación.
  - atención de enfermería en la reinserción laboral. Actividades de enfermería en la rehabilitación bio-psico-social. Orientación al trabajador y a su familia sobre los cuidados necesarios para su recuperación.

### Atención de enfermería en situaciones de urgencia y emergencia

- Atención de enfermería en situaciones de urgencia: flujograma de la atención a un accidentado, actividades de enfermería en las quemaduras, intoxicaciones, accidentes oculares, traumatismos óseos y musculares, heridas y hemorragias, traumatismos especiales.
- Atención de enfermería en una situación de emergencia: organización de planes de emergencia, canales de comunicación, medidas de actuación.

### Prácticas

- Pruebas funcionales respiratorias, audiometrías y control visión.
- Métodos de análisis de las condiciones de trabajo.
- Técnicas educativas.

## **Anexo XIV. Programa formativo actual de la especialidad de Enfermería del Trabajo<sup>xiv</sup>**

Formación teórica

Conceptos generales

- Trabajo y salud.
- Determinantes de la salud de la población trabajadora. Sistema social y repercusiones en la salud de la población trabajadora.
- El trabajo y sus tipos. Relación entre trabajo y vida extralaboral.
- Panorama mundial de la salud laboral.
- La salud de los trabajadores en situaciones especiales.
- La salud pública y la salud laboral en España

Marco conceptual y legislativo de la enfermería del trabajo

- La enfermería del trabajo. Referencias históricas.
- La enfermería del trabajo en el ámbito nacional e internacional.
- Marco legislativo de aplicación en la enfermería del trabajo.
- Directivas europeas en materia de salud laboral.
- Legislación española en materia de salud laboral.

Técnicas de prevención en riesgos laborales

- Seguridad en el trabajo:
  - Concepto y definición de seguridad. Técnicas de seguridad.
  - Investigación, análisis y evaluación de accidentes.
  - Norma y señalización en seguridad.
  - Protección colectiva e individual.
  - Planes de emergencia y autoprotección.
  - Análisis, evaluación y control de riesgos específicos.
  - Residuos tóxicos y peligrosos.
  - Seguridad vial.
- Higiene industrial:
  - Higiene industrial. Concepto y objetivos.
  - Agentes químicos. Toxicología laboral.
  - Agentes químicos. Efectos, evaluación y control.
  - Agentes físicos. Efectos, evaluación y control.
  - Agentes biológicos. Efectos, evaluación y control.
  - Normativa legal específica.

---

<sup>xiv</sup> Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo y Resolución de 23 de marzo de 2011 de la Dirección General de Política Universitaria por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo.

- Ergonomía:
  - Concepto y objetivos.
  - Condiciones ambientales en ergonomía.
  - Concepción y diseño del puesto de trabajo.
  - Carga física y mental de trabajo.
- Psicología aplicada a la prevención:
  - Concepto y objetivos.
  - Factores de naturaleza psicosocial y organizacional.
  - Consecuencias de los factores psicosociales nocivos y su evaluación.
  - Intervención psicosocial.

#### Promoción de la salud en el trabajo

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Promover medidas de adecuación al puesto de trabajo de la población trabajadora sensible o con problemas de salud.
- La promoción de salud y sus entornos.
- Estrategias de intervención en promoción de salud en el trabajo.
- Modelos de intervención en promoción de la salud laboral en la Comunidad.
- Educación para la salud en el marco de la promoción de la salud.
- Participar en los programas de salud organizados por las instituciones sanitarias.
- Realizar campañas de prevención primaria.

#### Área asistencial

- Alteraciones de la salud y patologías de origen laboral:
  - Accidentes de trabajo.
  - Enfermedades profesionales.
  - Otros daños derivados del trabajo.
  - Toxicología.
  - Patologías laborales (PL) producidas por agentes químicos. Atención enfermera.
  - PL producidas por agentes físicos. Atención enfermera.
  - PL producidas por agentes biológicos. Atención enfermera.
  - PL producidas por factores psicosociales. Atención enfermera.
  - PL producidas por factores de organización. Atención enfermera.
  - PL músculo-esqueléticas. Atención enfermera.
- Área de la prevención y promoción de la salud en el lugar de trabajo:
  - Concepto y objetivos.
  - Exámenes de salud. Realización de técnicas y procedimientos de métodos diagnósticos.
  - Protocolos de vigilancia sanitaria específica.
  - Historia clínico-laboral.
  - Población trabajadora especialmente sensible.
  - Vacunaciones.
  - Vigilancia de la salud.
  - Promoción de la salud.
- Rehabilitación y readaptación laboral:
  - Modelos y etapas de rehabilitación.
  - Repercusiones sociolaborales, psicológicas y económicas.
  - Prevención de incapacidades.

- Urgencias, emergencias y catástrofes en el lugar de trabajo:
  - Soporte vital avanzado.
  - Movilización y evacuación de accidentados.
  - Atención de enfermería ante situaciones laborales de urgencia y emergencias.
  - Atención de enfermería ante catástrofes.

#### Área legal y pericial

- Daño corporal:
  - Introducción al estudio del daño corporal.
  - Conceptos jurídicos.
  - Responsabilidad civil, penal y administrativa.
  - Baremos. Tipos y cuantificación.
  - Peritaje: estructura y elaboración de informes. Ética del peritaje.
  - Valoración de enfermería del daño corporal. Áreas corporales.
- Actuaciones forenses de enfermería:
  - Enfermería legal y forense.
  - Enfermería en los institutos de medicina legal y otras instituciones.
  - Guías de valoración.
- Incapacidad laboral e invalidez:
  - Conceptos legales, tipos y grados.
  - Secuelas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
  - Valoración de la capacidad laboral del trabajador.
  - Alta y baja, parte de accidente y enfermedad, documentación oficial.
  - Cuantificación de las deficiencias y discapacidades.
  - El sistema nacional de la seguridad social: entidades gestoras y colaboradoras. Prestaciones. Tipos de contingencia y cobertura. Situaciones especiales.
- Derecho sanitario y deontología en enfermería del trabajo:
  - Derechos y deberes de los profesionales sanitarios.
  - Derechos y deberes de los pacientes.
  - Confidencialidad, documentación clínica y consentimiento informado.
  - Normativa de protección de datos personales.
  - Aspectos éticos y deontológicos en la práctica profesional de la enfermería del trabajo.
  - Responsabilidad profesional.
  - Normativa y legislación sobre ordenación de las profesiones sanitarias.

#### Área de gestión

- Aspectos generales de gestión:
  - Introducción a conocimientos empresariales: empresa, tipos de organización empresarial, contrato laboral...
  - Gestión de recursos humanos y materiales.
  - Organización del trabajo.
  - Trabajo en equipo.
  - Planificación estratégica.
  - Derecho del trabajo.
  - Sistemas de calidad en las organizaciones. Auditorías.

- Estudios, protocolos, evaluación de programas y guías de actuación para la práctica de enfermería del trabajo.
- Seguridad del producto.
- Prevención de riesgos patrimoniales y de incendio y planes de autoprotección.
- Gestión medioambiental:
  - Marco normativo medioambiental.
  - Sistemas de gestión medioambiental. Gestión de residuos.
  - Efectos medioambientales de la industria. Contaminación.
  - Auditoría de sistema de gestión medioambiental.
- Gestión de servicios de prevención:
  - Marco normativo.
  - Planificación de la actividad preventiva.
  - Organización de la prevención. Modalidades de organización preventiva.
  - Documentación y registro de la actividad preventiva.
  - Sistemas de gestión de vigilancia de la salud. Calidad en los servicios de prevención. Auditoría en los servicios de prevención.
- Sociología laboral:
  - Gestión del desempeño.
  - Comunicación en la empresa.
  - Negociación. Resolución de conflictos.
  - Responsabilidad social empresarial.
  - Formación en la empresa.

#### Área de docencia e investigación

- Habilidades docentes:
  - Aprendizaje. Concepto, metodología y evaluación.
  - Detección de las necesidades de formación.
  - Diseño y ejecución de programas formativos.
  - Formación continuada para el desarrollo de la actividad profesional.
  - Formación de los especialistas de enfermería del trabajo.
- Enfermería basada en la evidencia:
  - Principales bases de datos específicas.
  - Búsqueda de información relevante.
  - Fuentes de guías clínicas.
  - Recursos bibliográficos.
  - Lectura crítica de publicaciones científicas.
- Metodología de la investigación:
  - Ciencia y conocimiento científico.
  - Investigación cualitativa y cuantitativa.
  - Diseños de investigación.
  - Líneas prioritarias de investigación en enfermería del trabajo.
- Estadística y epidemiología:
  - Estadística. Concepto.
  - Estadística descriptiva y analítica.
  - Epidemiología laboral.
  - Método epidemiológico.

- Sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Comunicación científica:
  - Normas básicas para exposiciones orales de las comunicaciones científicas.
  - Artículo científico. Concepto, modalidades y elaboración.

#### Formación en protección radiológica

Los residentes deberán adquirir de conformidad con lo establecido en la legislación vigente conocimientos básicos en protección radiológica ajustados a lo previsto en la Guía Europea de Protección Radiológica 116 en las siguientes materias:

- Estructura atómica, producción e interacción de la radiación.
- Estructura nuclear y radiactividad.
- Magnitudes y unidades radiológicas.
- Características físicas de los equipos de rayos X o fuentes radiactivas.
- Fundamentos de la detección de la radiación.
- Fundamentos de radiobiología. Efectos biológicos de la radiación.
- Protección radiológica. Principales generales.
- Control de calidad y garantía de calidad.
- Legislación nacional y normativa europea aplicable al uso de radiaciones ionizantes.
- Protección radiológica operacional.
- Aspectos de protección radiológica específicos de los pacientes.
- Aspectos de protección radiológica específicos de los trabajadores expuestos.

## **Anexo XV. Cuestionario Competencias de Enfermería del Trabajo**

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con las competencias y habilidades de la especialidad que son relevantes para su desarrollo. Por favor, conteste cada una de las preguntas. Las respuestas son de gran utilidad para conocer y profundizar en la realidad sociolaboral de la Enfermería del Trabajo.

La participación es voluntaria y las respuestas tendrán un carácter confidencial. Asimismo, contestar el cuestionario implica el consentimiento para aceptar el tratamiento estadístico de los datos facilitados.

Gracias por su colaboración.

Por favor, marque esta opción si ud. da su consentimiento para participar en el proyecto.

- Edad en años cumplidos: de 21 a 75 años.
  
- Sexo:  
Hombre  
Mujer
  
- Comunidad Autónoma de residencia:  
Andalucía  
Aragón  
Balears  
Canarias  
Cantabria  
Castilla y León  
Castilla La Mancha  
Cataluña  
Extremadura  
Galicia  
Madrid  
Murcia  
País Vasco  
La Rioja  
C. Valenciana  
Ceuta  
Melilla
  
- Año de obtención del título de Enfermería de Empresa: 1961 a 2012.
  
- Especialidad de Enfermería del Trabajo: si/no.
  
- ¿Ha realizado la prueba de la evaluación de la competencia para la obtención del título de especialista?: si/no
  
- Años de ejercicio como profesional de la salud laboral: 0 a 51.

- Sociedad profesional a la que pertenece:
  - Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AET.
  - Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AAET.
  - Asociación Canaria de Enfermería del Trabajo, ASCANET.
  - Asociación Cántabra de Enfermería del Trabajo, ACET.
  - Asociació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral, ACITSL.
  - Asociación de Diplomados y Especialistas en Enfermería del Trabajo de Navarra, ADETNA.
  - Asociación Extremeña de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AEXET.
  - Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo, AMET.
  - Asociación Murciana de Enfermería del Trabajo, AMURET.
  - Sociedad Valenciana de Enfermería del Trabajo, SVET.
  - Federación Española de Enfermería del Trabajo, FEDEET.
  - Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral, AEPSAL.
  - Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, AEEMT.
  - Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario, ANMTAS.
  - Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, SESLAP.
  - Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, SEMST.
  - Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo.
  - Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo.
  - Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja.
  - Sociedad Balear de Medicina y Seguridad del Trabajo.
  - Sociedad Cántabra de Medicina del Trabajo.
  - Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo.
  - Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball.
  - Sociedad Extremeña de Medicina del Trabajo.
  - Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales, SGPRL.
  - Sociedad Navarra de Medicina y Enfermería del Trabajo.
  - Lan Medikuntzaren Euskal Elkarte. Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo.
  - Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo.
  - Otra.
- Señalar si pertenece a una segunda sociedad profesional:
  - Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AET.
  - Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AAET.
  - Asociación Canaria de Enfermería del Trabajo, ASCANET.
  - Asociación Cántabra de Enfermería del Trabajo, ACET.
  - Asociació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral, ACITSL.
  - Asociación de Diplomados y Especialistas en Enfermería del Trabajo de Navarra, ADETNA.
  - Asociación Extremeña de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AEXET.
  - Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo, AMET.
  - Asociación Murciana de Enfermería del Trabajo, AMURET.
  - Sociedad Valenciana de Enfermería del Trabajo, SVET.
  - Federación Española de Enfermería del Trabajo, FEDEET.
  - Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral, AEPSAL.
  - Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, AEEMT.
  - Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario, ANMTAS.
  - Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, SESLAP.
  - Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, SEMST.
  - Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo.
  - Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo.

Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja.  
Sociedad Balear de Medicina y Seguridad del Trabajo.  
Sociedad Cántabra de Medicina del Trabajo.  
Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo.  
Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball.  
Sociedad Extremeña de Medicina del Trabajo.  
Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales, SGPRL.  
Sociedad Navarra de Medicina y Enfermería del Trabajo.  
Lan Medikuntzaren Euskal Elkarte. Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo.  
Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo.  
Otra.

- ¿Ha realizado formación específica de técnico en prevención de riesgos laborales?  
Señalar la opción de mayor rango:  
No  
Nivel básico  
Nivel intermedio  
Nivel superior
- En caso de disponer de formación de nivel superior indicar qué especialidad/es:  
Ninguna  
Seguridad  
Higiene industrial  
Ergonomía y psicología aplicada  
Seguridad e Higiene industrial  
Seguridad y Ergonomía y psicología aplicada  
Higiene industrial y Ergonomía y psicología aplicada  
Todas
- Vinculación laboral actual:  
Servicio de prevención propio  
Servicio de prevención ajeno  
Servicio de prevención mancomunado  
Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales  
Empresa de Trabajo Temporal  
Autónomo  
Enfermero/a Interno/a Residente en Enfermería del Trabajo  
Ampliando estudios  
En paro  
Jubilación
- Tipo de contrato:  
Indefinido  
Fijo discontinuo  
Eventual, interino, por obra o servicio  
Autónomo  
En formación  
Empresa de Trabajo Temporal  
En paro  
Jubilación

- Jornada de trabajo que desempeña:  
 Jornada partida: mañana y tarde  
 Jornada continua: fijo de mañana  
 Jornada continua: fijo de tarde  
 Jornada continua: fijo de noche  
 Turnos: mañana/tarde  
 Turnos: mañana/tarde/noche  
 Turnos: otro tipo  
 Otros
  
- Número de especialistas en Enfermería del Trabajo en su centro incluyéndose usted: 0 a 10.
  
- Sector de actividad principal de la empresa en la que trabaja:  
 Agrario: agricultura, ganadería, silvicultura, pesca.  
 Industria: manufacturera y extractiva, química, metal, otras industrias.  
 Servicios: comercio y hostelería; transporte y comunicaciones; intermediación financiera, actividades inmobiliarias, servicios empresariales (ETTs); actividades sanitarias (mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales); servicios sociales; administración; otras actividades sociales y personales.  
 Construcción.
  
- Actualmente ¿cuál es el número de trabajadores en plantilla de su empresa en España?  
 Menos de 10 trabajadores  
 De 10 a 49 trabajadores  
 De 50 a 249 trabajadores  
 De 250 a 499 trabajadores  
 500 o más trabajadores
  
- Actualmente ¿cuál es el número de centros de trabajo con los que cuenta la empresa en España incluido su centro?  
 Sólo un centro de trabajo  
 De 2 a 5 centros de trabajo  
 De 6 a 10 centros de trabajo  
 Más de 10 centros de trabajo

### **Competencias**

El cuestionario incluye dos escalas numeradas para cada una de las 29 competencias que se presentan a continuación.

Indique por favor:

- La importancia que en su opinión tiene la competencia descrita para el desarrollo de la profesión.
- El nivel en que cree desarrolla esa competencia en su puesto de trabajo dentro de la organización.

En ambas escalas el valor 0 implica nula importancia y el 10 máxima importancia.

## Área preventiva

- Incrementar el nivel de salud de la población trabajadora mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de riesgos derivados del trabajo, protección de la salud, y formación de los trabajadores.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Detectar precozmente factores de riesgo derivados del trabajo, así como cualquier alteración que pueda presentarse en la población trabajadora tanto sana como enferma, llevando a cabo las actividades necesarias para el control y seguimiento de los mismos, profundizando en la población especialmente sensible.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Promover la participación activa del trabajador en medidas de protección frente a los riesgos a los que están expuestos en su trabajo, fomentando la responsabilidad laboral en materia de salud y seguridad, promoviendo la participación de la población trabajadora en planes de emergencia.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Colaborar, participar, y en su caso dirigir las actividades de planificación y dirección relativas a la implantación de los planes de emergencia.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Realizar campañas de promoción de la salud y fomentar una cultura de salud en el ámbito de su competencia.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Asesorar a los órganos de dirección de las empresas e instituciones sobre los riesgos y la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Interactuar con los distintos agentes sociales: organizaciones sindicales y sociedades científicas para el desarrollo de más recursos y nuevas iniciativas para la mejora de la salud y la seguridad de los trabajadores.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?

## Área asistencial

- Identificar problemas de salud laboral reales o potenciales.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Proporcionar una atención integral a los trabajadores, ayudándoles a su recuperación de la salud y en la reincorporación al trabajo, ante todo tipo de proceso con especial incidencia en las alteraciones de origen laboral.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Manejar correctamente medicamentos y productos sanitarios relacionados con los cuidados de salud laboral, con el nivel de competencia fijado por la legislación vigente.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Proponer e incentivar la continuidad del tratamiento y cuidados proporcionados a la población trabajadora, tanto dentro como fuera de su jornada laboral, estableciendo los canales de comunicación adecuados, coordinando si es necesario con otros profesionales sanitarios.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Colaborar en el equipo multidisciplinar y en su caso evaluar y documentar en el ámbito de sus competencias, la aptitud de los trabajadores para el desempeño de su trabajo, realizando los informes oportunos.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Realizar los procedimientos de cirugía menor relacionados con los cuidados propios del ámbito de la salud laboral.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?

### **Área legal y pericial**

- Valorar pericialmente en el ámbito competencial de la profesión enfermera las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Valorar pericialmente en el ámbito competencial de la profesión enfermera las consecuencias que tiene la patología común y su influencia en el desarrollo de la actividad laboral.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Detectar y valorar en el ámbito competencial de la profesión enfermera, los estados de salud que sean susceptibles de cambio de puesto de trabajo.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante las entidades y los organismos competentes.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?

### **Área de gestión**

- Realizar estudios, desarrollar protocolos, evaluar programas y guías de actuación para la práctica de la enfermería del trabajo.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Gestionar cuidados dirigidos a elevar el nivel de calidad y que permitan valorar el coste/efectividad de los mismos.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Trabajar y colaborar activamente en el equipo multidisciplinar de los servicios de prevención ocupando su puesto de enfermero/a especialista.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?

- Gestionar y organizar los servicios de prevención de riesgos laborales en sus distintas modalidades y ámbitos.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Coordinar sus actuaciones con el sistema público de salud.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Gestionar un sistema de registro apropiado y accesible que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?

### **Área de docencia e investigación**

- Realizar comunicaciones científicas y de divulgación.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas de forma individualizada o en grupos.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Proponer e intervenir en proyectos de investigación, encaminados a mejorar continuamente la actividad profesional y con ello elevar la salud de la población trabajadora.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?
- Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras.
  - ¿Qué importancia profesional le adjudica a esta competencia?
  - ¿A qué nivel se ha desarrollado en su trabajo?

### **Otras competencias**

A continuación se enumeran 18 competencias consideradas tanto por compañeros como por las empresas que nos emplean como las más relevantes para el desarrollo profesional de la Enfermería del Trabajo. Por favor, valore la importancia que le atribuye a cada competencia descrita en el ejercicio de su profesión.

Competencia de trabajar en un equipo multidisciplinar.

- Aceptación de la diversidad y multiculturalidad.
- Conocimientos específicos sobre el área de trabajo.
- Liderazgo.
- Capacidad de análisis y síntesis.

- Capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica.
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
- Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
- Capacidad para asistir a formación continuada.
- Capacidad crítica y autocrítica.
- Toma de decisiones.
- Habilidades básicas de manejo del ordenador.
- Compromiso ético.
- Habilidades en las relaciones interpersonales.
- Conocimiento de una segunda lengua.
- Comunicación oral y escrita en la propia lengua.
- Habilidades de investigación.
- Habilidad de gestión de la información para buscar y analizar la proveniente de distintas fuentes.

## **Anexo XVI. Características sociodemográficas del grupo profesional. Referencias bibliográficas**

- Plan Regional de Salud de los Trabajadores (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS, 2001).
- Carta de Bangkok sobre Promoción de la Salud en un Mundo globalizado (Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 2005).
- Marco promocional de la Convención sobre Salud Ocupacional y Seguridad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2006).
- Declaración de Stresa sobre la Salud de los Trabajadores (OMS, 2006).
- Plan Global de Acciones para la Salud de los Trabajadores 2008-2017 (Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, 2007).
- VI y VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2007 y 2012 respectivamente).
- Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (XVIII Congreso Mundial sobre Seguridad y Salud en el Trabajo, 2008).
- Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (INSHT, 2009).
- Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009).
- Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud laboral en España (INSHT, 2009).
- Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud laboral en España (INSHT, 2010).
- Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo (OMS, 2010).
- Fifth European Working Conditions Survey (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010).
- Health of People of Working Age (European Commission, 2011).
- Informe sobre las Tendencias mundiales y desafíos de la Seguridad y Salud en el Trabajo (XIX Congreso Mundial de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2011).
- Criterios de buena práctica profesional en actividades preventivas (INSHT, 2011).
- Informe anual de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (MEYSS, 2011).
- Informe anual de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (MEYSS, 2012).
- Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud laboral en España 2010 (INSHT, 2012).
- Informe sobre el Trabajo en el Mundo 2012: mejores empleos para una economía mejor (OIT, 2012).
- Informe anual. Resumen (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2012).
- Occupational Health Nursing Education, practice and profile in the EU countries. Final report (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, 2012).
- Encuesta de opinión paneuropea sobre seguridad y salud en el trabajo (EU-OSHA, 2013).
- Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013-2020 (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).
- Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud laboral en España 2011 (INSHT, 2013).
- Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud laboral en España 2012 (INSHT, 2013).
- Directrices básicas para el desarrollo de la prevención de los riesgos laborales en la empresa (INSHT, 2013).
- Tendencias mundiales de empleo 2013 (OIT, 2013).
- Working conditions and job quality: comparing sectors in Europe (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014).
- Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2020 (INSHT, 2014).
- Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud laboral en España 2013 (INSHT, 2014).
- Informe sobre el Estado de la Seguridad y Salud laboral en España 2015 (INSHT, 2016).

- La participación de los trabajadores en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: pruebas cualitativas extraídas de ESENER 2 (EU-OSHA, 2017).
- Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 6ª EWCS España (INSHT, 2017).

## Anexo XVII. Competencias de la especialidad en distintos países. Referencias bibliográficas

País	Artículo
Argentina	Werner AF. Occupational health in Argentina. <i>Int Arch Occup Environ Health</i> 2000; 73 (5): 285-9.
Australia	Davey GD, MacDonald-Taylor S, Clements S. Occupational health nurse practice in Australia. En: Education and training of Occupational Health Nurses. Scientific Committee on Occupational Health Nursing (SCOHN), 1996. Davey GD. Developing competency standards for occupational health nurses in Australia. <i>AAOHN Journal</i> 1995; 43 (3): 138-43. (Erratum in: <i>AAOHN Journal</i> 1995; 43 (5): 275.
Brasil	Cardoso MC, Douglas JL. Education of the nurses in workers' health in Brazil. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996.
Canadá	Arnold S. Current trends in occupational health nursing education in Canada. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996. Hunter C. Current issues in occupational health nursing. A canadian perspective. <i>AAOHN Journal</i> 1991; 39 (7): 313-5.
Corea	June KJ, Hong O, Cho TR. Occupational health nursing practice, education and research in Korea: an international update. <i>AAOHN Journal</i> 2003; 51 (2): 65-71.
Chile	Alid L, Castro M. Education and training of occupational health nurses. The situation in Chile. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996.
China	Christiani DC. Occupational health in the People's Republic of China. <i>Am J Public Health</i> 1984; 74 (1): 58-64.
Dinamarca	Staun J, Krogsrud N, Pryds K, Wolff C. Occupational health nursing in Denmark: past, present and future. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996.
Estados Unidos	Burgel BJ, Wallace EM, Kemerer SD, Garbin M. Certified occupational health nursing. Job analysis in the United States. <i>AAOHN Journal</i> 1997; 45 (11): 581-91. Thompson MC, Wachs JE. Occupational health nursing in the United States. <i>Workplace Health Saf</i> 2012; 60 (3): 127-133. Thompson MC. Professional autonomy of occupational health nursing in the United States. <i>Workplace Health Saf</i> 2012; 60 (4): 159-165.
Filipinas	Tabios ED. Education and training of occupational health nurses in the Philippines. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996.
Finlandia	Rossi K, Heinonen K, Boström A. Occupational health nurses' education in Finland. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996. Komulainen P. Occupational health nursing in Finland. <i>AAOHN Journal</i> 1993; 41 (3): 130-5.
Francia	Franchette J. Education and training of occupational health nurses in France. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996.
Grecia	Sourtzi P. The nurse and occupational health. <i>Noseleutike</i> 1991; 30 (135): 50-9.
Holanda	Van Delft J. Education of occupational health nurses in the Netherlands. En: Education and training of Occupational Health Nurses. SCOHN, 1996.
Hungría	Hirdi HE, Hong O. Occupational health nursing in Hungary. <i>Workplace Health Saf</i> 2014; 62 (10): 421-430.

País	Artículo
India	Tiwari RR, Sharma A, Zodpey SP, Khandare SM. Does occupational health nursing in India? <i>Indian J Occup Environ Med</i> 2014; 18 (3): 113-117.
Irlanda	Bennett M. Providing occupational health care in Northern Ireland. <i>Nurs Times</i> 1995; 91 (6): 34-6.
Italia	Franco G, Bisio S. Evaluation of an occupational health course. Developed for nursing education programs in Italy. <i>AAOHN Journal</i> 1996; 44 (12): 581-4.
Japón	Kono K, Oku K. Education and training of occupational health nurses in Japan. En: <i>Education and training of Occupational Health Nurses</i> . SCOHN, 1996. Arino NS. Occupational health nursing in Japan: current practice and future perspectives. <i>AAOHN Journal</i> 2003; 51 (2): 58-64.
Marruecos	Laraqui CH, Caubet A, Harourate K, Laraqui O, Verger C. Occupational health and safety in Morocco: present and future. <i>Med Lav</i> 1999; 90 (4): 596-606.
Nueva Zelanda	Lankhaar N. Development of a professional qualification and associated training program in New Zealand. <i>AAOHN Journal</i> 1991; 39 (7): 339-42.
Países nórdicos	Rossi K. Occupational health services in the Nordic countries. <i>AAOHN Journal</i> 1991; 39 (7): 348-51.
Polonia	Sakowski P. Cooperation within physician nurse team in occupational medicine service in Poland knowledge about professional activities performed by the team partner. <i>Med Pr</i> 2015; 66 (5): 625-633.
Portugal	da Silva MR. Occupational health nursing in Portugal. <i>AAOHN Journal</i> , 1993; 41 (6): 293-5. (Erratum in: <i>AAOHN Journal</i> 1993; 41 (7): 356.
Reino Unido	Raper JA. Occupational health nursing practice in the United Kingdom: the european influence. <i>AAOHN Journal</i> 1993; 41 (2): 84-9. Laloo D et al. Core competencies for UK occupational health nurses: a Delphi study. <i>Occup Med (Lond)</i> 2016; 66 (8): 649-655. Lallo D et al. Comparison of competency Priorities between UK occupational physicians and occupational health nurses. <i>Occup Environ Med</i> 2017; 0: 1-3.
Sudáfrica	Grainger L, Mitchell K. Occupational health nursing in South Africa: enhancing international perspectives. <i>AAOHN Journal</i> 2003; 51 (2): 72-78.
Suecia	Ekeberg C, Lagerström M, Herminge E, Oberger B. Education and training of occupational health nurses in Sweden. En: <i>Education and training of Occupational Health Nurses</i> . SCOHN, 1996. Menckel E. Occupational health nurses and accident prevention: an inventory of activities in one industrial sector in Sweden. <i>AAOHN Journal</i> 1992; 40 (10): 477-83.
Tailandia	Kalampakorn S. Occupational health nursing in Thailand: insight into international occupational health. <i>AAOHN Journal</i> 2003; 51 (2): 79-83.
Zambia	Gordon M, Lemba MB. Occupational health in Zambia. En: <i>Education and training of Occupational Health Nurses</i> . SCOHN, 1996.
Otros	Baker F. Working together in Europe. <i>Occup Health (London)</i> 1993; 45 (9): 307-8. Verrall AB. Certification and occupational health nursing. An historical perspective. <i>AAOHN Journal</i> 1997; 45 (6): 283-9. Driscoll T. Occupational health and safety in Oceania, current state and future priorities. <i>Occup Med</i> 2017; 67: 84-86.

## **Anexo XVIII. Asociaciones y sociedades profesionales de Enfermería del Trabajo y especialidades afines que han recibido el cuestionario Competencias de Enfermería del Trabajo**

Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AET.  
Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AAET.  
Asociación Canaria de Enfermería del Trabajo, ASCANET.  
Asociación Cántabra de Enfermería del Trabajo, ACET.  
Asociació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral, ACITSL.  
Asociación de Diplomados y Especialistas en Enfermería del Trabajo de Navarra, ADETNA.  
Asociación Extremeña de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral, AEXET.  
Asociación Madrileña de Enfermería del Trabajo, AMET.  
Asociación Murciana de Enfermería del Trabajo, AMURET.  
Sociedad Valenciana de Enfermería del Trabajo, SVET.  
Federación Española de Enfermería del Trabajo, FEDEET.  
Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral, AEPSAL.  
Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, AEEMT.  
Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario, ANMTAS.  
Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, SESLAP.  
Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, SEMST.  
Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo.  
Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad del Trabajo.  
Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja.  
Sociedad Balear de Medicina y Seguridad del Trabajo.  
Sociedad Cántabra de Medicina del Trabajo.  
Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo.  
Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball.  
Sociedad Extremeña de Medicina del Trabajo.  
Sociedad Gallega de Prevención de Riesgos Laborales, SGPRL.  
Sociedad Navarra de Medicina y Enfermería del Trabajo.  
Lan Medikuntzaren Euskal Elkartea. Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo.  
Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo.

## Anexo XIX. Perfil de los participantes en la prueba piloto

Núm.	Vinculación profesional	Experiencia <sup>a</sup>	Formación
1	Servicio de Prevención Propio <sup>b</sup>	11	Enfermería del Trabajo
2	Servicio de Prevención Propio	14	Enfermería del Trabajo
3	Servicio de Prevención Propio	26	Enfermería del Trabajo
4	Servicio de Prevención Propio	33	Enfermería del Trabajo
5	Servicio de Prevención Propio	29	Enfermería del Trabajo
6	Servicio de Prevención Propio	39	Enfermería del Trabajo
7	Servicio de Prevención Ajeno <sup>c</sup>	12	Enfermería del Trabajo
8	Servicio de Prevención Ajeno	15	Enfermería del Trabajo
9	Servicio de Prevención Ajeno	15	Enfermería del Trabajo
10	Servicio de Prevención Ajeno	17	Enfermería del Trabajo
11	Servicio de Prevención Ajeno	18	Enfermería del Trabajo
12	Servicio de Prevención Ajeno <sup>d</sup>	27	Medicina del Trabajo
13	Servicio de Prevención Mancomunado <sup>e</sup>	11	Enfermería del Trabajo
14	Servicio de Prevención Mancomunado	16	Enfermería del Trabajo
15	Servicio de Prevención Mancomunado	19	Enfermería del Trabajo
16	Servicio de Prevención Mancomunado	20	Enfermería del Trabajo
17	Servicio de Prevención Mancomunado	22	Enfermería del Trabajo
18	Mutua colaboradora con la Seguridad Social <sup>f</sup>	14	Enfermería del Trabajo
19	Mutua colaboradora con la Seguridad Social	18	Enfermería del Trabajo
20	Mutua colaboradora con la Seguridad Social	29	Enfermería del Trabajo
21	Mutua colaboradora con la Seguridad Social	30	Enfermería del Trabajo
22	Mutua colaboradora con la Seguridad Social	32	Enfermería del Trabajo
23	Profesor titular de Enfermería	24	Enfermería del Trabajo
24	Profesor titular de Enfermería	20	Enfermería del Trabajo
25	CNEET <sup>g</sup>	>35	Enfermería del Trabajo
26	CNEET	26	Enfermería del Trabajo
27	En paro	4	Enfermería del Trabajo
28	En paro	9	Enfermería del Trabajo
29	Jubilación	>35	Enfermería del Trabajo
30	Jubilación	>35	Enfermería del Trabajo

<sup>a</sup> Años de experiencia profesional.

<sup>b,c</sup> En la modalidad de SPP la empresa asume las actuaciones que garantizan la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo al empresario, a los trabajadores y sus representantes; en el caso de los SPA la empresa establece un acuerdo con una entidad especializada (art. 31 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales).

<sup>d</sup> Titular de SPA.

<sup>e</sup> Esta opción se considera a todos los efectos un SPP de las empresas que lo integran. Se constituye entre aquellas pertenecientes a un mismo sector productivo o grupo empresarial destinando su actividad preventiva a las organizaciones participantes (art. 21 del Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención).

<sup>f</sup> Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social son asociaciones empresariales autorizadas por el MEYSS que tienen por objeto la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la colaboración en el control de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de enfermedad común y accidente no laboral de los trabajadores de las empresas asociadas.

<sup>g</sup> CNEET: Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería del Trabajo.

## **Anexo XX. Ponencias y comunicaciones relacionadas con la tesis**

### **Ponencias**

#### **I Jornada Nacional de la Federación Española de Enfermería del Trabajo**

Organización: Federación Española de Enfermería del Trabajo.

Lugar: Barcelona. España.

Fecha: 7 y 8 de abril de 2011.

Título: Diseño de un proyecto de investigación en el ámbito de la Enfermería del Trabajo. De la teoría a la práctica.

#### **XIX Congreso de la Sociedad Española de Salud en la Administración Pública**

Organización: Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.

Lugar: Bilbao. España.

Fecha: 25, 26 y 27 de abril de 2012.

Título: Análisis de las competencias de la Enfermería del Trabajo según la Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad.

#### **Seminario. La Enfermería del Trabajo**

Organización: Asociación Asturiana de Enfermería del Trabajo.

Lugar: Oviedo. España.

Fecha: 7 de febrero de 2013.

Título: Investigar en el ámbito de la Enfermería del Trabajo: ¿por dónde empiezo?

#### **Jornada. Novedades en prevención de riesgos laborales**

Organización: Presidencia de Gobierno. Sistema Operativo Sanitario.

Lugar: Madrid. España.

Día: 29 de octubre de 2015.

Título: Enfermería del Trabajo. Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en la Administración General del Estado ¿Dónde estamos?

#### **III Jornada Catalana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral y III Jornada Nacional de Formación y Desarrollo Profesional en Enfermería del Trabajo**

Organización: Associació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral, Federación Española de Enfermería del Trabajo y Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Barcelona.

Lugar: Barcelona. España.

Fecha: 6 de noviembre de 2015.

Título: Iniciarse en la investigación en el ámbito de la salud laboral: premisas previas.

#### **II Jornada de trabajos expuestos en congresos en congresos nacionales e internacionales de enfermería**

Organización: Colegio de Enfermería de Bizkaia.

Lugar: Bilbao. España.

Fecha: 8 de marzo de 2016.

Título: Iniciarse en la investigación en el ámbito de la salud laboral: premisas previas.

**Mesa redonda. Competencias analógicas y digitales de los especialistas en Enfermería del Trabajo**

Organización: Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia.

Lugar: Bilbao. España.

Fecha: 26 de mayo de 2016.

Título: Competencias en Enfermería del Trabajo: entre el dicho y el hecho... ¿hay un trecho?

**IV Jornada Nacional de Formación y Desarrollo Profesional en Enfermería del Trabajo**

Organización: Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.

Lugar: Madrid. España.

Fecha: 10 de junio de 2016.

Título: ¿Dónde se encuentra hoy la Enfermería del Trabajo?

**IV Jornada Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral**

Organización: Associació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral, Federación Española de Enfermería del Trabajo y Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Barcelona.

Lugar: Barcelona. España.

Fecha: 20 de octubre de 2016.

Título: Desarrollo de las competencias de Enfermería del Trabajo: realidad o ficción.

**Otras colaboraciones:**

**XIX Congreso de la Sociedad Española de Salud en la Administración Pública**

Organización: Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública.

Lugar: Bilbao. España.

Fecha: 25, 26 y 27 de abril de 2012.

Moderador de la mesa: Criterios de calidad en las competencias de la Enfermería del Trabajo.

## **Anexo XXI. Publicaciones relacionadas con la tesis**

González J. Evolución histórica de las competencias de la enfermería del trabajo. Rev Soc Esp Salud Laboral Adm Pública 2011; 12: 4-20.

González J. Enfermería del Trabajo. Perspectiva histórica de su presencia en los centros de trabajo (I). Rev Soc Esp Salud Laboral Adm Pública 2012; 1: 11-19.

González J. Análisis de las competencias de Enfermería del Trabajo. Rev Soc Esp Salud Laboral Adm Pública 2013; 3: 11-17.

González J. Bases de datos y directorios sobre prevención de riesgos laborales (I). Revista Oiñarri. Colegio de Enfermería de Bizkaia 2013; 77: 14.

González J. Bases de datos y directorios sobre prevención de riesgos laborales (II). Revista Oiñarri. Colegio de Enfermería de Bizkaia 2014; 80: 15.

González J. Promoción de la salud entre la población laboral (I). Revista Oiñarri. Colegio de Enfermería de Bizkaia 2015; 81: 15.

González J. Promoción de la salud entre la población laboral (II). Revista Oiñarri. Colegio de Enfermería de Bizkaia 2015; 84: 27.

González J. Promoción de la salud entre la población laboral (III). Revista Oiñarri. Colegio de Enfermería de Bizkaia 2016; 87: 14.

González J. Decenas de fuentes bibliográficas pueden ser de ayuda para la Enfermería del Trabajo (I). Revista Oiñarri. Nº 88. Colegio de Enfermería de Bizkaia 2016; 88: 14.



## BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> who.int/es [página principal en internet]. [actualizado 2014; acceso 28 Jul 2014]. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_sp\\_web.pdf](http://who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf)

<sup>2</sup> ec.europa.eu [página principal en internet]. [actualizado 25 Jul 2014; acceso 28 Jul 2014]. Salud y seguridad en el trabajo: el marco estratégico establece los objetivos de la UE para el período 2014-2020. Bruselas: Comisión Europea. Disponible en: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-641\\_es.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-641_es.htm)

<sup>3</sup> insht.es [página principal en internet]. [actualizado 14 Dic 2010; acceso 20 Dic 2010]. La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Estrategia\\_Seguridad\\_Salud/estrategia\\_2007\\_2012.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Estrategia_Seguridad_Salud/estrategia_2007_2012.pdf)

<sup>4</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales. BOE núm. 269 de 10/11/1995. [Acceso 20 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>

<sup>5</sup> García M, Cárcoba A, Menéndez A, Morón R, Vogel L. Qué hacemos con el deterioro de la salud laboral y cómo avanzar en la igualdad y los derechos de los trabajadores en tiempos de crisis. Madrid: Akal; 2015.

<sup>6</sup> Maqueda J. Formación en medicina del trabajo: competencia y sostenibilidad. Med Segur Trab 2016; 62 (supl. extr): 126-134.

<sup>7</sup> Arranz S, Carcedo S. Metodología enfermera: una necesidad en salud laboral. Tesela [Rev Tesela] 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts0007.php>

<sup>8</sup> Carrión A, Núñez C. Presencia enfermera en la comunidad virtual sanitaria. Metas de Enferm 2011; 14 (6): 3.

<sup>9</sup> Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1987.

<sup>10</sup> Tudón J. La medicina del trabajo y la salud ocupacional. Rev Latinam Salud Trab 2004; 4 (2): 45.

<sup>11</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud pública. BOE núm. 240 de 5/10/2011. [Acceso 2 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>

<sup>12</sup> Teixidor M. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras. Metas de Enferm 2006; 9 (6): 61-66.

<sup>13</sup> Kérouac S, Pepin J, Ducharme A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

- 
- <sup>14</sup> Romero MN. Enfermería basada en evidencias: ¿avanzamos para transformar? *Index de Enferm* 2003; 12 (40-41): 41-46.
- <sup>15</sup> Closs MP, Cheater MA. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. *J Adv Nurs* 1999; 30 (1): 10-17.
- <sup>16</sup> Ingersoll GL. Evidence based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook* 2000; 48 (4): 151-152.
- <sup>17</sup> Del Estal L, Martínez E, Serra C, Purtí E, Baselga M, Jodar P, Benavides FG. Opinión de los diplomados en enfermería de empresa sobre el contenido formativo de su especialización. De la enfermería de empresa a la enfermería del trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2007; 10(2): 89-92.
- <sup>18</sup> Falcó A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educ Med* 2004; 7 (1): 42-45.
- <sup>19</sup> Pretel A, Ruiz M. De Hipócrates a Ramazzini. La medicina del trabajo antes de la Medicina del Trabajo. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 1999.
- <sup>20</sup> Castellano M. Bosquejo histórico de la medicina del trabajo: la medicina del trabajo instrumento de desarrollo social y económico. Discurso de ingreso a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada y Andalucía Oriental. Granada, 2007.
- <sup>21</sup> Ruiz M, San Nicolás MP. Enfermar en la antigüedad. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2008.
- <sup>22</sup> Molina JA. Historia de la seguridad en el trabajo en España. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2006.
- <sup>23</sup> Blanchard F. El trabajo en la historia. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 1996.
- <sup>24</sup> Gaceta de Madrid. Orden de 24 de abril de 1934 aprobando la regulación de los honorarios de facultativos al servicio de empresas y mutualidades dedicadas al seguro de accidentes del trabajo con el fin de adoptar con carácter general unas tarifas mínimas para los servicios de dichos facultativos Gaceta de Madrid núm. 119 de 29/4/1934. [Acceso 19 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1934/119/A00706-00710.pdf>
- <sup>25</sup> De Francisco R. Notas y reflexiones sobre la arqueología de la medicina del trabajo en España. *Med Segur Trab* 2004; L (195): 3-12.
- <sup>26</sup> Araujo-Álvarez JM, Trujillo-Ferrara JG. De morbis artificium diatriba 1700-2000. *Salud Pública de Méx* 2002; 44 (4): 362-370.
- <sup>27</sup> Carnevale F. Le origini, i significati e la fortuna del De morbis artificium diatriba. En: Ramazzini B. *Le Malattie dei Lavoratori (De morbis artificium diatriba)* [a cura di Francesco Carnevale]. Firenze: Ed. Chiari; 2000.
- <sup>28</sup> Montes E. Tratado de seguridad e higiene. Universidad Pontífica de Comillas; Madrid, 1992.

---

<sup>29</sup> Maganto E. El Hospital Real de Laborantes de El Escorial (1563-1599). El Escorial (Madrid): Ayuntamiento de El Escorial; 1992.

<sup>30</sup> Gaceta de Madrid. El Rey ha nombrado nuevos cargos en la Corte y en América. Se da la noticia de la recuperación de los enfermos que trabajan en la minas de azogue. Gaceta de Madrid núm. 33 de 23/4/1784. [Acceso 16 de diciembre de 2011].  
Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1784/033/A00362-00363.pdf>

<sup>31</sup> Menéndez A. La literatura sobre aspectos sanitarios del trabajo en las minas de mercurio de Almadén, 1755-1924. Med Hist (Barc) 1993; 48: 6-28.

<sup>32</sup> Gaceta de Madrid. Dirección general de Consumos, Casas de Moneda y Minas. Subasta pública para contratar la recomposición del almacén de la botica y de la casa del Practicante mayor del hospital de las minas de Almadén. Gaceta de Madrid núm. 325 de 20/11/1864. [Acceso 18 de diciembre de 2011]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1864/325/A00002-00002.pdf>

<sup>33</sup> Matilla A. Historia de las minas de Almadén. Desde la época romana hasta el año 1645. Vol. I. Madrid: Minas de Almadén e Instituto de Estudios Fiscales; 1958.

<sup>34</sup> Bartolomé A. Historia de la medicina del trabajo en España (1800-2000). Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2004.

<sup>35</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Trabajo y salud desde la protección a la prevención Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Fundación Francisco Largo Caballero, Fraternidad-Muprespa; 2010.

<sup>36</sup> Menéndez A. Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada. Arch Prev Riesgos Labor 2005; 8 (1): 4-13.

<sup>37</sup> Menéndez A. Trabajo, enfermedad y asistencia en las minas de Almadén (Ciudad Real), siglos XVI-XX. De Re Metallica 2012; 19: 95-102.

<sup>38</sup> Feria DJ, Guerra JE. La enfermería británica y postbritánica en el hospital de Riotinto (1873-1983). Cultura de los Cuidados 2012; 16 (32): 59-67

<sup>39</sup> Feria DJ, Guerra JE. La enfermería británica y postbritánica en el hospital de Riotinto (1873-1983). Cultura de los cuidados [Internet]. 2012 1º cuatrimestre [citado 21 Jun 2012]; 16 (32).  
Disponible: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22306/3/CC\\_32\\_07.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22306/3/CC_32_07.pdf)

<sup>40</sup> Gaceta de Madrid. Ley excluyendo a los niños y niñas menores de 10 años del trabajo en fábricas, talleres, fundiciones o minas, y fijando las horas de trabajo en las mismas. Gaceta de Madrid núm. 209 de 28/7/1873. [Acceso 16 de diciembre de 2011].  
Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1873/209/A01193-01193.pdf>

<sup>41</sup> Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Historia de la prevención de riesgos laborales en España. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Fundación Francisco Largo Caballero; 2007.

---

<sup>42</sup> Gaceta de Madrid. Ley relativa a prevenir los accidentes del trabajo y forma de indemnizar a los obreros que sean víctimas de dichos accidentes. Gaceta de Madrid núm. 31 de 31/1/1900. [Acceso 16 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1900/031/A00363-00364.pdf>

<sup>43</sup> Gaceta de Madrid. Real decreto estableciendo un Instituto de Reformas sociales en el Ministerio de la Gobernación. Gaceta de Madrid núm. 120 de 30/4/1903. [Acceso 16 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1903/120/A00371-00372.pdf>

<sup>44</sup> Gaceta de Madrid. Real Decreto aprobatorio del reglamento para la aplicación de la ley de 30 de Enero de 1900 acerca de los accidentes del trabajo. Gaceta de Madrid núm. 211 de 30/7/2011. [Acceso 17 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1900/211/A00411-00413.pdf>

<sup>45</sup> Gaceta de Madrid. Real Orden de 2 de agosto aprobatoria del adjunto catálogo de mecanismos para prevenir y evitar accidentes de trabajo. Gaceta de Madrid núm. 216 de 4/8/1900. [Acceso 16 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1900/216/A00489-00490.pdf>

<sup>46</sup> Gaceta de Madrid. Decreto que incluye el texto refundido de la legislación de accidentes de trabajo en la industria. Gaceta de Madrid núm. 286 de 12/10/1932. [Acceso 18 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1932/286/A00217-00218.pdf>

<sup>47</sup> Martínez J. La organización científica del trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España 1922-1936. *Dynamis: Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 1994; 14: 131-158.

<sup>48</sup> Gaceta de Madrid. Ley de 4 de julio de 1932 disponiendo que el artículo 168 del Código de Trabajo sea sustituido por el que se publica relativo a indemnizaciones por accidentes de trabajo. Gaceta de Madrid núm. 189 de 7/7/1932. [Acceso 18 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1932/189/A00179-00180.pdf>

<sup>49</sup> Instituto Nacional de Previsión. Reglamento de la Clínica del Trabajo, núm. 441; 1935.

<sup>50</sup> Gaceta de Madrid. Decreto de 31 de enero de 1933 aprobando el Reglamento, que se inserta, de la ley de Accidentes del trabajo. Gaceta de Madrid núm. 33 de 2/2/1933. [Acceso 17 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1933/033/A00836-00852.pdf>

<sup>51</sup> Rodríguez E, Menéndez A. Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939. *Arch Prev Riesgos Labor* 2006; 9 (2): 81-88.

<sup>52</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 10 de marzo de 1938 por el queda aprobado el Fuero del Trabajo. BOE núm. 505 de 10/3/1938. [Acceso 25 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1938/505/A06178-06181.pdf>

<sup>53</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 31 de enero de 1940 aprobando el Reglamento general de Seguridad e Higiene en el Trabajo. BOE núm. 34 de 3/2/1940. [Acceso 4 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1940/034/A00914-00924.pdf>

- 
- <sup>54</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 9 de marzo de 1971 por la que se aprueba la Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo. BOE núm. 64 de 16/3/1971. [Acceso 4 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1971/03/16/pdfs/A04303-04314.pdf>
- <sup>55</sup> Bollé P. La Revista Internacional del Trabajo y la OIT. Fragmentos de historia. *Int Labour Rev* 2013; 132: 1-15.
- <sup>56</sup> Organización Internacional del Trabajo. Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento; Ginebra: OIT; 1998. [Acceso 14 de diciembre de 2010]. Disponible en: [http://training.itcilo.org/ils/cd\\_foa/Spanish/anexos/Normas\\_internacionales/Normas\\_internacionales023.pdf](http://training.itcilo.org/ils/cd_foa/Spanish/anexos/Normas_internacionales/Normas_internacionales023.pdf)
- <sup>57</sup> ilo.org [página principal en internet]. [actualizado 14 Dic 2010; citado 14 Dic 2010]. Principios directivos técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: [http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS\\_PUBL\\_9223108284\\_ES/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9223108284_ES/lang--es/index.htm)
- <sup>58</sup> insht.es [página principal en internet]. [actualizado 14 Dic 2010; citado 14 Dic 2010]. Enciclopedia de la Organización Internacional del Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- <sup>59</sup> Gomero R, Zevallos EC, Llap C. Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. *Rev Med Hered* 2006; 17: 105-108.
- <sup>60</sup> enciclopedia-juridica.biz14.com [página principal en internet]. [actualizado 14 Oct 2009; citado 13 Dic 2010]. Disponible en: [http://www.zerbitzu-orokorrak.ehu.es/p258-shprevct/eu/contenidos/informacion/sp\\_bibliografia/eu\\_bibliogr/Enciclopedia%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Internacional%20del%20Trabajo%20\(OIT\).pdf](http://www.zerbitzu-orokorrak.ehu.es/p258-shprevct/eu/contenidos/informacion/sp_bibliografia/eu_bibliogr/Enciclopedia%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Internacional%20del%20Trabajo%20(OIT).pdf)
- <sup>61</sup> ilo.org [página principal en internet]. [actualizado 13 Dic 2010; citado 13 Dic 2010]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/constq.htm>
- <sup>62</sup> Griffiths A. Aging, health and productivity: a challenger for the new millenium. *Work and stress* 1997; 11: 197-214.
- <sup>63</sup> Rantanem J. Occupational health services, an overview. Copenhagen: World Health Organization. Regional Publications Series No. 26; 1990.
- <sup>64</sup> Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. For the evidence based medicine working group. Users' guides to the medical literatura VIII. How to use clinical practice guidelines. Art the recomendations valid? *JAMA* 1995; 274: 570-574.

---

<sup>65</sup> Vicente MT, Ramírez MV, Murcia JJ. Medicina del trabajo: protocolos y prácticas de actuación. Bilbao: Lettera Publicaciones; 2008.

<sup>66</sup> Reglamento de Colegiación voluntaria de Practicantes de la provincia de Valencia. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 1903.

<sup>67</sup> Boletín Oficial de los Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegio de Madrid y de la Federación Nacional, núm. 181; 1923.

<sup>68</sup> Boletín del Colegio Oficial de Practicantes en Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia. Colegio Oficial de Practicantes en Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia, núm. 317; 1935.

<sup>69</sup> Boletín Oficial de los Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegio de Madrid, núm. 311; 1934.

<sup>70</sup> Gaceta de Madrid. Orden de 24 de abril de 1934 aprobando la regulación de los honorarios de facultativos al servicio de empresas y mutualidades dedicadas al seguro de accidentes del trabajo con el fin de adoptar con carácter general unas tarifas mínimas para los servicios de dichos facultativos Gaceta de Madrid núm. 119 de 9/4/1934. [Acceso 19 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1934/119/A00706-00710.pdf>

<sup>71</sup> Galán F. Lo que debe ser un puesto de socorro en una factoría industrial. Instituto Nacional de Previsión, 1935.

<sup>72</sup> Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia. Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia, núm. 328; 1936.

<sup>73</sup> Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia. Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid y su provincia, núm. 334; 1936.

<sup>74</sup> Gallardo C, Villa V. La enfermería sevillana. El colegio y su historia 1931-1960. Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla; 1998.

<sup>75</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 10; 1941.

<sup>76</sup> Sigerist HE. Historical background of industrial and occupational diseases. Bull N York Acad Med 1936; 12: 597-609.

<sup>77</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 26 de noviembre de 1945 por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales respectivamente, así como los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mútuos. BOE núm. 339 de 5/12/1945. [Acceso 21 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1945/339/A03334-03343.pdf>

<sup>78</sup> Medicina y Cirugía Auxiliar. Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España, núm. 2; 1946.

<sup>79</sup> Boletín Oficial de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 6; 1946.

---

<sup>80</sup> Doutel S. La valoración de la incapacidad laboral transitoria en el accidente de trabajo [tesis]. Madrid: Universidad Complutense; 1992.

<sup>81</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 29 de diciembre de 1944 por la que se aprueba la reglamentación nacional de trabajo en la Red Nacional de Ferrocarriles Españoles (RENFE). BOE Suplemento núm. 14 de 14/1/1945. [Acceso 11 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1945/014/D00001-00062.pdf>

<sup>82</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 28 de marzo de 1949 por la que se aprueban las condiciones de trabajo de los practicantes que intervengan en la asistencia de los obreros accidentados. BOE núm. 95 de 5/4/1949. [Acceso 4 de julio de 2011]. Disponible en <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1949/095/A01550-01550.pdf>

<sup>83</sup> Álvarez C. Semblanzas de la profesión enfermera 1862-1953. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2011.

<sup>84</sup> Ricart M. Memorias de mi viaje a Suecia. Rev Enfermeras 1950; (1): 36-39.

<sup>85</sup> Orts ME. El primer Congreso Nacional de Enfermeras. Rev Enfermeras 1953; (2).

<sup>86</sup> Boletín Oficial del Estado. Decreto de 21 de agosto de 1956 por el que se organizan los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 287 de 13/10/1956. [Acceso 16 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/287/A06497-06498.pdf>

<sup>87</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 22 de diciembre de 1956 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 361 de 26/12/1956. [Acceso 16 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/361/A08103-08106.pdf>

<sup>88</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 12 de mayo de 1960 por la que se da nueva redacción al artículo 89 del Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 124 de 24/5/1960. [Acceso 5 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1960/05/24/pdfs/A06946-06946.pdf>

<sup>89</sup> Boletín Oficial del Estado. Decreto 242/1959 de 19 de febrero sobre reorganización e integración del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo en el Instituto Nacional de Previsión. BOE núm. 46 de 23/2/1959. [Acceso 16 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1959/046/A03104-03107.pdf>

<sup>90</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 28 de octubre de 1981 por la que se desarrollan las competencias y funciones relacionadas con la medicina preventiva laboral, atribuyendo al Instituto Nacional de la Salud las previstas por la legislación vigente. BOE núm. 264 de 4/11/1981. [Acceso 14 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1981/11/04/pdfs/A25880-25880.pdf>

<sup>91</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden 8 de abril de 1959 por la que se desarrolla lo dispuesto en el Decreto 242/1959 sobre la Organización de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 93 de 18/4/1959. [Acceso 16 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1959/093/A05806-05807.pdf>

---

<sup>92</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Trabajo y salud desde la protección a la prevención. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Fundación Francisco Largo Caballero, Fraternidad-Muprespa, 2010.

<sup>93</sup> Boletín Oficial del Estado. Decreto 1036/1959 de 10 de junio por el que se reorganizan los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 148 de 22/6/1959. [Acceso 25 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1959/148/A08873-08875.pdf>

<sup>94</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 21 de noviembre de 1959 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm 284 de 27/11/1959. [Acceso 25 de abril de 2010]. Disponible en:<http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1959/284/A15150-15158.pdf>

<sup>95</sup> Boletín Oficial del Estado. Decreto de 16 de enero de 1948 por el que se organiza la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. BOE núm. 36 de 5/2/1948. [Acceso 21 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1948/036/A00532-00533.pdf>

<sup>96</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 28 de marzo de 1962 por la que se da nueva redacción al artículo 53 del vigente Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm. 80 de 3/4/1962. [Acceso 16 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1962/04/03/pdfs/A04478-04479.pdf>

<sup>97</sup> Boletín Oficial del Trabajo. Resolución de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo por la que se hace pública convocatoria de cursos abreviados para Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE núm. 85 de 10/4/1961. [Acceso 2 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1961/04/10/pdfs/A05444-05444.pdf>

<sup>98</sup> Laín P. Historia de la medicina moderna y contemporánea. 2ª ed. Barcelona: Científico-Médica; 1963.

<sup>99</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 4 de julio de 1959 por la que se aprueba y se entiende incorporado al Reglamento de Régimen Interior del Instituto Nacional de Previsión el Reglamento de Régimen Interior de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. BOE núm. 171 de 18/7/1959. [Acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1959/171/A09887-09889.pdf>

<sup>100</sup> Medicina y Cirugía Auxiliar. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, núm. 2; 1961.

<sup>101</sup> Medicina y Cirugía Auxiliar. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, núm. 12; 1960.

<sup>102</sup> Medicina y Cirugía Auxiliar. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, núm. 1; 1960.

<sup>103</sup> Boletín Oficial del Estado. Resolución de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo por la que se anuncian cursos regulares para Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa. BOE núm. 88 de 12/4/1962. [Acceso 2 de abril de 2011]. Disponible en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1962-7976](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1962-7976)

<sup>104</sup> Perales N. Los servicios de medicina del trabajo en las empresas. XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo; 1963 Sep 16-21; Madrid, España. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation; 1964.

---

<sup>105</sup> Mascías E. Memoria de la Diplomatura de Enfermería de Empresa. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y del Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2005.

<sup>106</sup> Ministerio de Trabajo. Servicio Social de Higiene y Seguridad del Trabajo. Circular de orientaciones técnicas de cumplimiento obligatorio por los servicios médicos de empresa y personal sanitario de los mismos: funciones reglamentarias, horarios de trabajo y remuneraciones. Madrid: Dirección General de Trabajo, 1964.

<sup>107</sup> Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Servicios médicos de empresa. Normas y modelos de aplicación y uso. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1969.

<sup>108</sup> Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Servicios médicos de empresa. Las funciones de los Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1969.

<sup>109</sup> Boletín Oficial del Estado. Resolución de 30 de abril de 2002 del Instituto de Salud Carlos III por la que se convocan cursos regulares para la formación de Enfermeras y Enfermeros de Empresa. BOE núm. 139 de 11/6/2002. [Acceso 29 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/06/11/pdfs/A21006-21011.pdf>

<sup>110</sup> Boletín Oficial del Estado. Resolución de 22 de septiembre de 1995 de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud por la que se convocan siete cursos regulares para la formación de Enfermeras y Enfermeros de Empresa en el territorio gestionado por el INSALUD. BOE núm. 241 de 9/10/1995. [Acceso 3 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/10/09/pdfs/A29669-29671.pdf>

<sup>111</sup> Boletín Oficial del Estado. Resolución de 19 de enero de 2005 del Instituto de Salud Carlos III por la que se convocan cursos regulares para la formación de enfermeras y enfermeros de empresa. BOE núm. 39 de 15/2/2005. [Acceso 9 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/02/15/pdfs/A05496-05500.pdf>

<sup>112</sup> Boletín Oficial del País Vasco. Decreto 34/2012 de 6 de marzo de ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV núm. 53 de 14/03/2012. [Acceso 27 de marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.euskadi.net/cgi-bin\\_k54/bopv\\_20?c&f=20120314&s=2012053](http://www.euskadi.net/cgi-bin_k54/bopv_20?c&f=20120314&s=2012053)

<sup>113</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden de 8 de marzo de 1946 por la que se aprueba la reglamentación nacional del trabajo en la industria del gas. BOE núm. 69 de 10/3/1946. [Acceso 28 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1946/069/A01877-01899.pdf>

<sup>114</sup> Boletín Oficial del estado. Resolución de 17 de julio de 2009 de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 182 de 29/7/2009. [Acceso 14 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/07/29/pdfs/BOE-A-2009-12578.pdf>

<sup>115</sup> Boletín Oficial del Estado. Resolución de 23 de marzo de 2011 de la Dirección General de Política Universitaria por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de

---

Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. BOE núm. 77 de 31/3/2011. [Acceso 2 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/03/31/pdfs/BOE-A-2011-5804.pdf>

<sup>116</sup> fohneu.org [página principal en internet]. Dinamarca: Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. [actualizado 8 Abr 2011; citado 26 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.fohneu.org/members/>

<sup>117</sup> Federation of Occupational Health Nurses in the European Union. A core curriculum for Occupational Health Nursing in Europe. Helsinki (Finlandia), 1995.

<sup>118</sup> acesora.es.tl/Home.htm [página principal en internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Enfermería del Trabajo. [actualizado 1 Abr 2011; citado 26 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.acesora.es.tl/Home.htm>

<sup>119</sup> acesora.ning.com [página principal en internet]. Buenos Aires: Asociación Civil de Enfermería en Salud Ocupacional de la República de Argentina. [actualizado 1 Nov 2010; citado 26 Abr 2011]. Disponible en: <http://acesora.ning.com/>

<sup>120</sup> Tompkins O, Arce W. Occupational Health Nursing in Argentina. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (10): 417-418.

<sup>121</sup> Marziale MHP, Hong OS, Morris JA, Rocha FLR. Los papeles y funciones del enfermero de salud laboral en Brasil y en los Estados Unidos de América. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr 2010 [acceso 26 Abr 2011]; 18 (2): [8 pantallas]. Disponible en: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>

<sup>122</sup> Hong O. Exploring occupational health nursing in South America through Brazilian experience. *Workplace Health Saf*. 2012; 60 (3): 115-121.

<sup>123</sup> Hart PA, Olson DK, Fredrickson AL, Mc Govern P. Competencies most valued by employers. Implications for master's prepared occupational health nurses. *AAOHN J* 2006; 54 (7): 327-335.

<sup>124</sup> American Association of Occupational Health Nurses. Competencies in Occupational and Environmental Health Nursing. *AAOHN J* 2007; 55 (11): 442-447.

<sup>125</sup> Salazar MK, Kemerer S, Amann M, Fabrey LJ. Defining the roles and functions of occupational and environmental health nurses: results of a national job analysis. *AAOHN J* 2002; 50 (1): 16-25.

<sup>126</sup> Hong O. International perspectives: exploring the world through international occupational health programs. *AAOHN J* 2004; 51 (5): 191-192.

<sup>127</sup> Moore PV, Moore RL. Fundamentals of occupational and Environmental health nursing: AAOHN core curriculum. 4th Edition. Pensacola, FL: American Association of Occupational Health Nurses, Inc; 2014.

<sup>128</sup> American Association of Occupational Health Nurses. Standards of occupational and Environmental health nursing. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (3): 97-103.

<sup>129</sup> American Association of Occupational Health Nurses. AAOHN code of ethics and interpretative statements. *AAOHN J* 2004; 52 (4): 140-142.

- 
- <sup>130</sup> American Association of Occupational Health Nurses. AAOHN J 2007; 55 (11): 442-447.
- <sup>131</sup> abohn.org [página principal en internet]. Illinois: American Board for Occupational Health Nurses. [actualizado 18 Abr 2011; citado 26 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.abohn.org/>
- <sup>132</sup> ACOHN. Competency standards of Occupational Health Nurses. Rozelle, New South Wales, Australia: Australian College of Occupational Health Nurses, 1994.
- <sup>133</sup> Mellor G, St John W, McVeigh C. Occupational health nursing practice in Australia: what occupational health nurses say they do and what they actually do. Collegian 2006; 13 (3): 18-24.
- <sup>134</sup> cna-nurses.ca/cna. [página principal en internet]. Canadá: Canadian Nurses Association. [actualizado 1 Abr 2011; citado 26 Abr 2011]. Disponible en: [http://www.cna-nurses.ca/cna/nursing/certification/specialties/default\\_e.aspx](http://www.cna-nurses.ca/cna/nursing/certification/specialties/default_e.aspx)
- <sup>135</sup> Canadian Nurses Association. Occupational Health Nurses Certification. Exam blueprint and specialty competencies. Canada: Canadian Nurses Association; 2009. [Acceso 27 Abr 2011]. Disponible en: [http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT\\_Occ\\_Health\\_2009\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT_Occ_Health_2009_e.pdf)
- <sup>136</sup> Marziale MH, Hong O. Occupational health nursing in Brazil. AAOHN J 2005; 53 (8): 345-351.
- <sup>137</sup> cohna-aciist.ca/pages/default.asp. [página principal en internet]. Canadian Occupational Health Nurses Association. Canada: Canadian Occupational Health Nurses Association. [actualizado 1 Feb 2011; citado 27 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.cohna-aciist.ca/pages/default.asp>
- <sup>138</sup> International Commission on Occupational Health. Scientific Committee on Occupational Health Nursing. Education and training of Occupational Health Nurses. En: The nurses contribution to the health of the worker. Report nº 9. Scientific Committee on Occupational Health Nursing, Stockholm, 1997.
- <sup>139</sup> International Commission on Occupational Health. Scientific Committee on Occupational Health Nursing. Education and training of Occupational Health Nurses. En: The nurses contribution to the health of the worker. Report núm. 10. Scientific Committee on Occupational Health Nursing, 2000.
- <sup>140</sup> Whitaker S, Baranski B. The role of the occupational health nurses in workplace health management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization; 2001.
- <sup>141</sup> Delclos GL, Bright KA, Carson AI, Felknor SA, Mackey TA, Morandi MT, Schulze LKH, Whitehead LW. A global survey of occupational health competencies and curriculum. Int J Occup Environ Health 2005; 11 (2): 185-198.
- <sup>142</sup> Boletín Oficial del Estado. Gaceta de Madrid. Constitución Española. BOE núm. 311.1 de 29/12/1978. [Acceso 4 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- <sup>143</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 abril General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29/4/1986. [Acceso 1 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

---

<sup>144</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27 de 31/1/1997. [Acceso 25 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/01/31/pdfs/A03031-03045.pdf>

<sup>145</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 337/2010 de 19 de marzo por el que se modifican el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención; el Real Decreto 1109/2007 de 24 de agosto por el que se desarrolla la Ley 32/2006 de 18 de octubre reguladora de la subcontratación en el sector de la construcción y el Real Decreto 1627/1997 de 24 de octubre por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en obras de construcción. BOE núm. 71 de 23/3/2003. [Acceso 25 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/23/pdfs/BOE-A-2010-4765.pdf>

<sup>146</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 899/2015 de 9 de octubre por el que se modifica el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 243 de 10/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/10/pdfs/BOE-A-2015-10926.pdf>

<sup>147</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE núm. 269 de 9/5/2001. [Acceso 22 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>

<sup>148</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15/11/2002. [Acceso 4 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

<sup>149</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 de 29/5/2003. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

<sup>150</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280 de 22/11/2003. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

<sup>151</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108 de 6/5/2005. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>

<sup>152</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45 de 21/2/2008. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>

<sup>153</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. BOE núm. 129 de 28/5/2009. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8880.pdf>

---

<sup>154</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 843/2011 de 17 de junio por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158 de 4/7/2011. [Acceso 4 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/04/pdfs/BOE-A-2011-11428.pdf>

<sup>155</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 901/2015, de 9 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 243 de 10/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/10/pdfs/BOE-A-2015-10928.pdf>

<sup>156</sup> Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional; 1946 Jun 19-Jul 22; Nueva York, Estados Unidos. [Acceso 20 de abril de 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

<sup>157</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Versión consolidada del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea. DOCE núm. C 325/33 de 24/12/2002. [Acceso 13 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTRATADO\\_CONSTITUTIVO\\_COMUNIDAD\\_EUROPEA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DMPDE&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202771937392&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DTRATADO_CONSTITUTIVO_COMUNIDAD_EUROPEA.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DMPDE&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202771937392&ssbinary=true)

<sup>158</sup> eur-lex.europa.eu [página principal en internet]. [actualizado 9 Abr 2010; citado 20 Feb 2012]. Tratados constitutivos, Tratados de adhesión, otros tratados y protocolos. Bruselas: Unión Europea. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/index.htm>

<sup>159</sup> World Health Organization. Global strategy on occupational health for all: the way to health at work. Recommendations of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centers in Occupational Health. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.

<sup>160</sup> Organización Internacional del Trabajo. C155 Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1981. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C155>

<sup>161</sup> Organización Internacional del Trabajo. C161 Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 1985. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C161>

<sup>162</sup> Organización Internacional del Trabajo. C187 Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 2006. [Acceso 6 de agosto de 2012]. Disponible en: [http://www.fraternidad.com/descargas/FM-BOLFM-22-169\\_832\\_DESCARGABLE-INFOPREVENCION-22-169.pdf](http://www.fraternidad.com/descargas/FM-BOLFM-22-169_832_DESCARGABLE-INFOPREVENCION-22-169.pdf)

<sup>163</sup> Organización Internacional del Trabajo. R97 Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1953. [Acceso 18 de abril de 2011]. Disponible en: [http://training.itcilo.it/actrav\\_cdrom2/es/osh/iloconv/r97.htm](http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r97.htm)

---

<sup>164</sup> Organización Internacional del Trabajo. R112 Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo; Ginebra: OIT; 1959. [Acceso 18 de abril de 2011]. Disponible en: [http://training.itcilo.it/actrav\\_cdrom2/es/osh/iloconv/r112.htm](http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r112.htm)

<sup>165</sup> Organización Internacional del Trabajo. R164 Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores; Ginebra: OIT; 1981. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: [http://training.itcilo.it/actrav\\_cdrom2/es/osh/legis/legisane.htm#R 164](http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/legis/legisane.htm#R 164)

<sup>166</sup> Organización Internacional del Trabajo. R171 Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 1985. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: [http://training.itcilo.it/actrav\\_cdrom2/es/osh/iloconv/r171.htm](http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/iloconv/r171.htm)

<sup>167</sup> Organización Internacional del Trabajo. R197 Recomendación sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el Trabajo; Ginebra: OIT; 2006. [Acceso 6 de agosto de 2012]. Disponible en: [http://www.fraternidad.com/descargas/FM-BOLFM-22-169\\_832\\_DESCARGABLE-INFOPREVENCION-22-169.pdf](http://www.fraternidad.com/descargas/FM-BOLFM-22-169_832_DESCARGABLE-INFOPREVENCION-22-169.pdf)

<sup>168</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 29 de junio de 1978 relativa a un programa de acción de las Comunidades Europeas en materia de seguridad y de higiene en el trabajo. DOCE núm. C 165/1 de 11/7/1978. [Acceso 22 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:02:31978Y0711\(01\):ES:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:02:31978Y0711(01):ES:PDF)

<sup>169</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 27 de febrero de 1984 relativa a un segundo programa de acción de las Comunidades Europeas en materia de seguridad y salud en el trabajo. DOCE núm. C 67/2 de 8/3/1984. [Acceso 22 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:04:31984Y0308\(02\):ES:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:04:31984Y0308(02):ES:PDF)

<sup>170</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo de 21 de diciembre de 1987 relativa a la seguridad, la higiene y la salud en los lugares de trabajo. DOCE núm. C 28 de 3/2/1988. [Acceso 22 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31988Y0203\(01\):ES:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31988Y0203(01):ES:HTML)

<sup>171</sup> Comisión de las Comunidades Europeas. Marco General de acción de la Comisión de las Comunidades Europeas en materia de seguridad, higiene y protección de la salud en el trabajo (1994-2000). COM (93) 560 final de 19/11/1993. [Acceso 22 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:1993:0560:FIN:ES:PDF>

<sup>172</sup> Comisión de las Comunidades Europeas. Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). COM (2002) 118 final de 11/3/2002. [Acceso 22 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/estrategiaSalud.pdf>

<sup>173</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Recomendación del Consejo de 22 de julio de 2003 sobre la aplicación de las políticas de empleo de los Estados miembros. DOCE núm. L 197/22 de 5/8/2003. [Acceso 22 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:197:0022:0030:ES:PDF>

- 
- <sup>174</sup> Organización Internacional del Trabajo. Enseñanza y formación profesional en higiene y seguridad en el trabajo y ergonomía; Ginebra: OIT; 1981. [Acceso 15 de abril de 2011]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_663\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_663_spa.pdf)
- <sup>175</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 89/391/CEE del Consejo relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. DOCE núm. L 183/1 de 29/6/1989. [Acceso 21 de abril de 2010]. Disponible en: [http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg\\_ind/prl/principios/comunitaria/dir\\_89\\_391\\_cee.pdf](http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg_ind/prl/principios/comunitaria/dir_89_391_cee.pdf)
- <sup>176</sup> Diario Oficial de las Comunidades. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. DOCE núm. C 364/1 de 18/12/2000. [Acceso 13 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)
- <sup>177</sup> Organización Internacional del Trabajo. Directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo; Ginebra: OIT; 2002. [Acceso 5 de enero de 2012]. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_publ\\_9223116341\\_es.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_publ_9223116341_es.pdf)
- <sup>178</sup> International Commission on Occupational Health. Código internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional. Roma (Italia), 2002.
- <sup>179</sup> Grupo de trabajo sobre criterios básicos de recursos sanitarios de los servicios de prevención en Cataluña. Criterios básicos para organizar la actividad sanitaria de los servicios de prevención en Cataluña: propuesta de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. Arch Prev Riesgos Labor 2003; 89-98.
- <sup>180</sup> Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 89/391/CEE del Consejo de 12 junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Diario Oficial núm. L 183 de 29/6/1989. [Acceso 25 de abril de 2010]. Disponible en: [http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg\\_ind/prl/principios/comunitaria/dir\\_89\\_391\\_cee.pdf](http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg_ind/prl/principios/comunitaria/dir_89_391_cee.pdf)
- <sup>181</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 54/2003 de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de la Prevención de riesgos laborales. BOE núm. 298 de 13/12/2003. [Acceso 26 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/13/pdfs/A44408-44415.pdf>
- <sup>182</sup> Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Prof 2004; 5 (17): 23-29.
- <sup>183</sup> Boletín Oficial del Estado. Orden SCO/1526/2005 de 5 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina del Trabajo. BOE núm. 127 de 28/5/2005. [Acceso 15 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/28/pdfs/A18091-18100.pdf>
- <sup>184</sup> Jorge-Cerrudo J, Ramón JM, Goday A, González S, Sánchez P, Benaiges D, Pera M, Grande L. Estudio descriptivo de la mejora de la calidad percibida en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tras la implantación de una vía clínica. Rev Calid Asist 2012; 27 (4): 226-232.
- <sup>185</sup> Ruiz-Frutos C, Benavides FG, Delclós J, García AM. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2007.

---

<sup>186</sup> Benavides FG, Maqueda J. La investigación en seguridad y salud en el trabajo: ¿un paso adelante? Arch Prev Riesgos Labor 2003; 6 (2): 55-56.

<sup>187</sup> Benavides FG. Una cultura científica para la prevención de riesgos laborales. Arch Prev Riesgos Labor 1998; 1: 5-6.

<sup>188</sup> Alberdi RM. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el poder de las enfermeras. Rev ROL Enferm 1998; (239-240): 27-31.

<sup>189</sup> Domínguez C. Construyendo el equilibrio. Mujeres, trabajo, y calidad de vida. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid, 2001.

<sup>190</sup> Martínez JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. Enferm Clin 2003; 13 (5): 303-8.

<sup>191</sup> World Health Organization. World Health Promotion. The workplace: a priority setting for health promotion. Geneva, Switzerland: WHO, 2010.

<sup>192</sup> Retana N. Cambios recientes en las condiciones de trabajo. Tecnopatías. Jano 2003; 65 (1498): 49-53.

<sup>193</sup> Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Integración de la Seguridad y Salud en el Trabajo en las gestión de las empresas. Bilbao: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo; 2010.

<sup>194</sup> Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Análisis de situación de la investigación en materia de condiciones de trabajo, seguridad y salud laboral en España. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2011.

<sup>195</sup> European Union. Health of people of working age. Full report. Luxembourg: European Commission. Directorate General for Health and Consumers, 2011.

<sup>196</sup> Junta de Andalucía. Consejería de Empleo. Dirección General de Seguridad y Salud Laboral. Nuevas estrategias y líneas de actuación en materia de prevención de riesgos laborales. En: Pascual C. Diagnóstico de la situación en materia de seguridad y salud laboral en España. Andalucía: Junta de Andalucía, 2010/2011.

<sup>197</sup> Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2014-2020. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2014.

<sup>198</sup> Rosenstock L, Olenec C, Wagner GR. The National Occupational Research Agenda: a model of broad stakeholder input into a priority setting. Am J Public Health 1998; 88: 353-6.

<sup>199</sup> Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Prioridades para la investigación sobre seguridad y salud en el trabajo en Europa en el período de 2013 a 2020. Luxemburgo: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo; 2014.

<sup>200</sup> Eraut M. Concepts of competence. J Interprof Care 1998; 12 (2): 127-139.

- 
- <sup>201</sup> Mc Allister M. Competency standards: clarifying the issues. *Comtemp Nurse* 1998; 7: 131-137.
- <sup>202</sup> Ramió A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005.
- <sup>203</sup> Graham DI, Calder AL, Hebert CP, Carter OA, Tetroe MJ. A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments; *Int J Technol Assess Health Care* 2000; 16 (4): 1024-1038.
- <sup>204</sup> Boix P, Rodríguez A. Criterios de buena práctica profesional en actividades preventivas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2013.
- <sup>205</sup> Verbeek J, Hisman K, van Dijk M, Jauhiainen M, Pasternack I, Vainio H. Building an evidence base for occupational health interventions. *Scand J Work Environ Health* 2004; 30: 164-168.
- <sup>206</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>207</sup> Cruz AJ. Nuevas competencias para nuevos líderes. *Inquietudes* 2011; 44: 2.
- <sup>208</sup> Ramió A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2005.
- <sup>209</sup> Benito MJ, Blanco SB, Caldera JM et al. Planes de cuidados de enfermería en atención especializada: estandarización en Extremadura. Mérida (Badajoz): Junta de Extremadura; 2011.
- <sup>210</sup> Soriano G. Protocolos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: ¿dónde estamos? *Arch Prev Riesgos Labor* 2008; 11 (2): 69-72.
- <sup>211</sup> Ramírez P, Hernández O, Sáenz de Ormijana A, Reguera A, Meneses T. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm Clin* 2002; 12 (6): 286-289.
- <sup>212</sup> Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac Sanit* 2003; 17 (Supl 3): 23-34.
- <sup>213</sup> Aswoth P. Being competent and having competencies. *Journal of Further and Higher Education* 1992; 39: 109-112.
- <sup>214</sup> Bradshaw A. Defining competency in nursing. *J Clin Nurs* 1997; 6: 347-357.
- <sup>215</sup> Guía para la evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009.
- <sup>216</sup> Mrayan MT. Nurses autonomy: influence of nurse managers' actions. *J Adv Nurs* 2004; 45: 326-336.
- <sup>217</sup> Ronda E, Davó MC, Uris J, Jiménez A. Guía docente en salud laboral adaptada al programa de convergencia europea de educación superior. Alicante: Universidad de Alicante. Instituto de las Ciencias de la Educación. Departamento de Salud Pública. Escuela de Enfermería.

- 
- <sup>218</sup> Juvé ME, Huguet M, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B, De la Fuente C, Álvarez G. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing* 2007; 25 (4): 56-61.
- <sup>219</sup> [aibarra.org/archivos/competencias.htm](http://www.aibarra.org/archivos/competencias.htm) [página principal en internet]. Servicios Públicos de Andalucía [actualizado 20 Ago 2007; citado 27 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/competencias.htm>
- <sup>220</sup> Nebot C, Rosales C, Borell RM. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26 (2): 176-183.
- <sup>221</sup> Valdivieso MI. Competencias laborales en enfermería. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria7404-Editorial.htm>
- <sup>222</sup> Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. Primera parte: principios, métodos, ventajas y desventajas. *Educ Med* 2016; 17 (4): 130-139.
- <sup>223</sup> Fletcher S. Nuevas formas de evaluación y certificación. En: *Competencia laboral: antología de lecturas*. México: Conocer; 1997.
- <sup>224</sup> Qualitative or quantitative? Developing and evaluating complex interventions: time to end the paradigm war. *Int J Nurs Stud* 2012; 50: 583-584.
- <sup>225</sup> Bolumar F, Rebagliato M, Torres AM. Estrategias de diseño en epidemiología. Tipos de estudios. En: Piédrola, Ed. *Medicina preventiva y salud pública*, 10ª ed. Barcelona: Masson, 2000.
- <sup>226</sup> Gálvez R, Delgado M, Bueno A. Epidemiología descriptiva. En: Piédrola et al, Eds. *Medicina preventiva y salud pública*, 9ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1991.
- <sup>227</sup> Ramírez P, Hernández O, Sáenz de Ormijana A, Reguera A, Meneses T. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm Clin* 2002; 12 (6): 286-289.
- <sup>228</sup> Leininger M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nurs Sci Q* 1988; (1): 152-160.
- <sup>229</sup> Rocher G. *Introducción a la sociología general*. Barcelona: Editorial Herder; 1973.
- <sup>230</sup> Ochoa MS. A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Invest educ enferm* 2005; 23 (2): 138-146.
- <sup>231</sup> Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. *Prioridades para la investigación sobre seguridad y salud en el trabajo en Europa en el período de 2013 a 2020*. Luxemburgo: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo; 2014.
- <sup>232</sup> Gaceta de Madrid. Real orden concediendo la ordenación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid núm. 363 de 29/12/1929. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1929/363/A02027-02029.pdf>

- 
- <sup>233</sup> Benavides FG, coordinador. Informe de Salud Laboral. España, 2006. Barcelona: Observatorio de Salud Laboral; 2007.
- <sup>234</sup> Sarafis P, Rousaki E, Tsounis A, Malliarou M, Lahana L, Barnidis P, Niakas D, Papastavrou E. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing* 2016; 15: 56.
- <sup>235</sup> Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Enquesta sobre la situació professional de les Infermeres/ers especialistes en Infermeria del Treball a la provincia de Barcelona a 2009. Barcelona: (Espanya), 2009.
- <sup>236</sup> García A, Moro MN, Medina M. Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Rev Calid Asist* 2010; 25: 207-214.
- <sup>237</sup> ine.es [página principal en internet]. [actualizado 1 Ene 2016; acceso 25 Oct 2016]. CNAE 2009. Clasificación Nacional de Actividades Económicas. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t40/clasrev&file=inebase>
- <sup>238</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Un análisis de evidencias y experiencias de gestión de la prevención para la identificación de buenas prácticas: informe bibliográfico. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y Universidad de Cantabria, 2010.
- <sup>239</sup> Universidad de Deusto, Universidad de Groningen. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.
- <sup>240</sup> Speber MD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterol* 2004; 126: 124-8.
- <sup>241</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298 de 14/12/1999. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- <sup>242</sup> Moriyama IM. Indicator of social changes. Problems in the measurements of health status. New York: Rusel Sage Foundation 1968; 593.
- <sup>243</sup> Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factors interventions in primary care: summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27 (suppl 1): 61-79.
- <sup>244</sup> Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión* 2004; 5 (17): 23-29.
- <sup>245</sup> Claessens S, Kose MA. Financial crises: explanations, types and implications. Washington DC: International Monetary Fund; 2013.
- <sup>246</sup> Rodríguez G, García M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P. Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010. Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC; 2011.
- <sup>247</sup> Benavides F, Boix P, Rodrigo F, Gil JM. Informe de salud laboral, España 2001-2010. Barcelona: CISAL-UPF; 2013.

- 
- <sup>248</sup> Consell de Relacions Laborals de Catalunya. Consideraciones sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Empresa i Ocupació; 2013.
- <sup>249</sup> Dávila-Quintana CD, López-Valcarcel BG. Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88-187-190.
- <sup>250</sup> Perraut A. *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris: Presses Universitaires de France; 2001.
- <sup>251</sup> Domínguez C. El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI. Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI, su influencia en la práctica enfermera. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2001.
- <sup>252</sup> García A, Otero A, Botella M. La enfermera vista desde el género. *Index de Enferm* 2004; (46): 45-48.
- <sup>253</sup> Rosenstock L, Landrigan PJ. Occupational health: the intersection between clinical medicine and public health. *Am J Public Health* 1986; 7: 317-356.
- <sup>254</sup> Fletcher S. Nuevas formas de evaluación y certificación. En: *Competencia laboral: antología de lecturas*. México: Conocer; 1997.
- <sup>255</sup> Alberdi RM, Cuxart N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia* 2005; (1): 2.
- <sup>256</sup> Torres A, Sanhuesa A. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc Enferm* 2006; 12 (1): 9-17.
- <sup>257</sup> Thompson MC. *Autonomy in Occupational Health Nursing: an application of Abbot's theory of professions [tesis]*. Ann Arbor (Minnesota): Columbia University; 2008.
- <sup>258</sup> Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 27-41.
- <sup>259</sup> Martínez JR. Asociacionismo y Enfermería. *Rev ROL Enf* 2009; 32 (7-8): 486-87.
- <sup>260</sup> who.int/es [página principal en internet]. [actualizado 2014; acceso 28 Jul 2014]. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_sp\\_web.pdf](http://who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf)
- <sup>261</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE núm. 306 de 23/12/2015. [Acceso 27 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/12/23/pdfs/BOE-A-2015-14028.pdf>
- <sup>262</sup> Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Enquesta sobre la situació professional de les Infermeres/ers especialistes en Infermeria del Treball a la provincia de Barcelona a 2009. Barcelona: (España), 2009.

- 
- <sup>263</sup> Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Madrid, 2013.
- <sup>264</sup> Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 640/2014 de 25 de julio por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. BOE núm. 197 de 14/8/2014. [Acceso 27 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/08/14/pdfs/BOE-A-2014-8712.pdf>
- <sup>265</sup> Staun J. Occupational Health Nurses status in European Union States 2005-2009. Final results. Federation of Occupational Health Nurses in the European Union, 2010.
- <sup>266</sup> Thompson MC. Professional autonomy of Occupational Health in the United States. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (4): 159-165.
- <sup>267</sup> McCullagh MC. Occupational Health Nursing education for 21st century. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (4): 167-176.
- <sup>268</sup> Naumanen-Toumela P. Concept analysis of expertise of occupational health nurses applying Rodgers's evolutionary model. *Int J Nurs Pract* 2001; 7: 257-265.
- <sup>269</sup> Harber P, Alongi G, Su J. Professional activities of experienced Occupational Health Nurses. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (6): 233-242.
- <sup>270</sup> Thompson M, Wachs JE. Occupational Health Nursing in the United States. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (3): 127-133.
- <sup>271</sup> Verrall B. Occupational Health Nursing in Canada. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (3): 111-113.
- <sup>272</sup> Mizuno-Lewis S, Kono K, Lewis DR, Gotoh Y, Hagi N, Sato M, Yoshikawa E, Higashikawa K, Yamazaki M, Naito M, Kondo N. Barriers to continuing education and continuing professional development among Occupational Health Nurses in Japan. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (5): 198-205.
- <sup>273</sup> Staun J. Occupational Health Nursing and the european dimension. *Workplace Health Saf* 2012; 60 (3): 122-126.
- <sup>274</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>275</sup> Staun J. Occupational Health Nursing. Education, practice and profile in the EU countries. Education Group. Final report, 2012. Federation of Occupational Health Nurses in the European Union, 2012.
- <sup>276</sup> Satomi ML, Keiko K, Desmond RL, Yuki G, Noriko H, Etsuko Y, Kaoru H, Masato Y, Masako N, Nobuko K. Barriers to continuing education and continuing professional development among Occupational Health Nurses in Japan. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (5): 198-205.
- <sup>277</sup> Phelps S. Snapshot of the AAOHN APRN membership. *Workplace Health Saf* 2013; 61 (5): 187-192.

- 
- <sup>278</sup> Boix P, Gil J, Velarde JM, García MI, Daniou X. Tareas, roles y expectativas en los profesionales de servicios de prevención. *Arch Prev Riesgos Labor* 2013; 16 (1): 17-23.
- <sup>279</sup> Orta R, Messmer PR, Valdes GR, DNP, Turkel M, Fields SD, Wei CC. Knowledge and competency of nursing faculty regarding evidence-based practice. *J Cont Educ Nurs* 2016; 47 (9): 409-419.
- <sup>280</sup> García-Juárez M. El asociacionismo como fuerza determinante en el avance profesional, una asignatura pendiente de la Enfermería española. *Enferm Clin* 2013; 23 (6): 241-242.
- <sup>281</sup> Rantanen J. Survey of the quality and effectiveness of Occupational Health Services in the European Union, Norway and Switzerland. *People and Work Research Reports* 45. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2001.
- <sup>282</sup> Rogers B, Kono K, Palucci MH, Peurala M, Radford J, Staun J. International survey of Occupational Health Nurses' roles in multidisciplinary teamwork in occupational health services. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (7): 274-281.
- <sup>283</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>284</sup> Ministerio de Empleo y Seguridad Social. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2012.
- <sup>285</sup> Sindicato de Enfermería. Estudios SATSE percepción de estrés en los profesionales de enfermería en España. Madrid: Secretaría General Técnica SATSE, 2012.
- <sup>286</sup> Meseguer P. Cuidar profesionalmente: los cuidados en la construcción profesional de la enfermería española. XII Congreso Nacional de Sociología, 2016; Gijón.
- <sup>287</sup> Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo. Cuarta encuesta europea sobre condiciones de trabajo. Dublín: Observatorio Europeo de las Condiciones de Trabajo; 2007.
- <sup>288</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>289</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>290</sup> Sindicato de Enfermería. Estudios SATSE percepción de estrés en los profesionales de enfermería en España. Madrid: Secretaría General Técnica SATSE, 2012.
- <sup>291</sup> Llauradó M, Güell R, Castanera A, Sandalinas I, Argilaga E, Fortes del Valle ML, Jiménez MF, Bordonado L, Fuentes C. Barreras y motivaciones de los profesionales de enfermería para la utilización de la investigación en unidades de cuidados intensivos y en el servicio de emergencias médicas. *Enferm Intensiva* 2016; 27: 146-154.
- <sup>292</sup> Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994.

- 
- <sup>293</sup> Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003.
- <sup>294</sup> Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras al frente de la atención primaria de salud. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2008.
- <sup>295</sup> Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2012. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene el Trabajo, 2013.
- <sup>296</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2009. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene el Trabajo, 2011.
- <sup>297</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>298</sup> Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes. Bilbao: EU-OSHA, 2011.
- <sup>299</sup> Confederación Española de Organizaciones Empresariales. Informe final. Estudio de la contribución de algunas políticas públicas en materia de prevención en el marco de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012. Madrid (España), 2012.
- <sup>300</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>301</sup> Konkolewsky HH. Perspectivas de política social. Asociación Internacional de la Seguridad Social 2011; 19: 1-5.
- <sup>302</sup> Howard J, Hearl F. Occupational safety and health in the USA: now and future. *Ind Health* 2012; 50: 80-83.
- <sup>303</sup> American Association of Occupational Health Nurses. Health and productivity: the occupational and environmental health nurse rol. *Workplace Health Saf* 2013; 61 (12): 507-508.
- <sup>304</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, 2013.
- <sup>305</sup> Boix P, Benavides FG, Moreno N, Roel JM, García-Gómez M. Criterios básicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores: decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo. *Arch Prev Riesgos Labor* 2000; 3 (4): 175-177.
- <sup>306</sup> Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 304-311.
- <sup>307</sup> Burgel B, Camp J, Lepping G. The nurses's contribution to the health of the worker. *Scientific Committee on Occupational Health Nursing*; 2005.
- <sup>308</sup> Aldana SG. Financial impact of health promotion program: a comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot* 2001; 15 (5): 296-320.

- 
- <sup>309</sup> Aldana SG, Anderson DR, Adams TB, Whitmer RW, Merrill RM, George V, Noyce J. A review of the knowledge base on healthy worksite culture. *J Occup Environ Medicine* 2012; 54 (4): 414-419.
- <sup>310</sup> Chapman LS. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. *Am J Health Promot* 2012; 26 (4): TAHP1-TAHP12.
- <sup>311</sup> McAdams MT, Kerwin JJ, Olivo V, Goksel HA. National Assessment of the Occupational Safety and Health Workforce. Atlanta: National Institute for Occupational Safety and Health; 2011.
- <sup>312</sup> Dombrowski JJ, Snelling A, Kalicki M. Health promotion overview. Evidence-base strategies for occupational health nursing practice. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (8): 342-349.
- <sup>313</sup> Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy to effectiveness transition. *Am J Public Health* 2003; 93: 1261-1267.
- <sup>314</sup> Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factors interventions in primary care: summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004; 27 (suppl 1): 61-79.
- <sup>315</sup> Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 3ª ed. San Francisco, California: Jossey Bass; 2002.
- <sup>316</sup> Franco G. The future of occupational health practice: reconciling customer expectation and evidence-based practice. *Occup Med*. 2002; 51: 482-484.
- <sup>317</sup> Bonal X, Tarabini A, Verger A. *Globalización y educación*. Buenos Aires/Madrid: Miño y Dávila, 2007.
- <sup>318</sup> Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, Fornasini M. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria* 2005; 36: 144-51.
- <sup>319</sup> Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *J Interprof Care* 2003; 17 (3): 223-237.
- <sup>320</sup> European Agency for Safety and Health at Work. *Motivation for employees to participate in workplace health promotion*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012.
- <sup>321</sup> European Agency for Safety and Health at Work. *La participación de los trabajadores en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: pruebas cualitativas extraídas de ESESNER 2*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017.
- <sup>322</sup> Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. *Análisis de los factores que determinan las prácticas preventivas en materia de seguridad y salud en el trabajo en una selección de Estados miembros de la Unión Europea*. Bilbao: EU-OSHA, 2013.

- 
- <sup>323</sup> García AM, Boix P, Benavides FG, Gadea R, Rodrigo F, Serra C. Participación para mejorar las condiciones de trabajo: evidencias y experiencias. *Gac Sanit* 2016; 30 (S1): 87-92.
- <sup>324</sup> Diario Oficial de las Comunidades. Resolución de 13 de marzo de 2007 sobre la responsabilidad social de las empresas: una nueva asociación. DOCE núm. C 301E de 13/12/2007. [Acceso 9 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0062+0+DOC+XML+V0//ES>
- <sup>325</sup> López I. El cambio de conducta hacia la seguridad y la calidad en el trabajo. *Prevención* 2002; 162: 22-41.
- <sup>326</sup> Gagnon M. Ergonomic identification and biomechanical evaluation of workers' strategies and their validation in a training situation: summary of research. *Clin Biomech* 2005; 20 (6): 569-580.
- <sup>327</sup> Bertulesi F, Rubis G. Sicurezza e formazione. Esperienze di collaborazione tra il Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione e il Servizio PSAL. *G Ital Med Lav Ergo* 2006; 28 (1 Suppl): 127-128.
- <sup>328</sup> Burke MJ, Sarpy SA, Smith-Crowe K, Chan-Serafin S, Salvador RO, Islam G. Relative effectiveness of worker safety and health training methods. *Am J Public Health* 2006; 96 (2): 315-324.
- <sup>329</sup> Holmes W, Lam PY, Elkind P, Pitts K. The effect of body mechanics education on the work performance of fruit warehouse workers. *Work* 2008; 31 (4): 461-471.
- <sup>330</sup> Robertson M, Amick BC, DeRango K, Rooney T, Bazzani L, Harrist R, Moore A. The effects of an office ergonomics training and chair intervention on worker knowledge, behavior and musculoskeletal risk. *Appl Ergon* 2009; 40 (1): 124-135.
- <sup>331</sup> Anger WK, Patterson L, Fuchs M, Will LL, Rohlman DS. Learning and recall of Worker Protection Standard (WPS) training in vineyard workers. *J Agromedicine* 2009; 14 (3): 336-344.
- <sup>332</sup> Boix P, Rodríguez A. Criterios de buena práctica profesional en actividades preventivas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2013.
- <sup>333</sup> Durán F, Benavides FG, coordinadores. Informe de salud laboral: los riesgos laborales y su prevención. España 2004. Barcelona: Atelier; 2004.
- <sup>334</sup> Jones C, Hidalgo R, Fuentelsaz C, et al. Situación actual de los recursos para la investigación en enfermería en el sistema nacional de salud. *Metas Enferm* 2004; 7: 28-32.
- <sup>335</sup> Oltra-Rodríguez E, Riestra R, Alonso F, García J, Martínez M, Mígueles R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enferm Clin* 2007; 17: 3-9.
- <sup>336</sup> Hicks JA, Krull J, Del Gaiso AK. Positive affect and the experience of meaning in life. *J Pers Soc Psychol* 2006; 90 (1): 179-196.
- <sup>337</sup> Retsas A, Nolan M. Barriers to nurses' use of research: an australian hospital study. *Int J Nurs Stud* 1999; 36 (4): 335-343.

- 
- <sup>338</sup> García AM. Investigación en enfermería en la Comunidad de Madrid: perfil del investigador de las enfermeras y situación actual en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud [tesis]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2011.
- <sup>339</sup> Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, de Miguel AG, Gonzalez-Maria E, Clarke SP. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilization: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1936-1947.
- <sup>340</sup> Naumanen-Toumela P. Concept analysis of expertise of occupational health nurses applying Rodgers's evolutionary model. *Int J Nurs Pract* 2001; 7: 257-265.
- <sup>341</sup> Benavides FG, Maqueda J, Rodrigo F, Pinilla J, García AM, Ronda E, Ordaz E, Ruiz-Frutos C. Prioridades de investigación en salud laboral en España. *Arch Prev Riesgos Labor* 2008; 11 (2): 98-100.
- <sup>342</sup> Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288 (16): 1987-1993.
- <sup>343</sup> Kovner C, Brewer C, Wu YW, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38 (1): 71-79.
- <sup>344</sup> Kilpatrick K, DiCenso A, Bryant-Lukosius D, Ritchie JA, Martin-Misener R, Carter N. Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: results of national survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 1524-1536.
- <sup>345</sup> Laloo D, Demou E, Kiran S, Gaffney M, Stevenson M, Macdonald EB. Core competencies for UK occupational health nurses: a Delphi study. *Occup Med (Lond)* 2016; 66 (8): 649-655.
- <sup>346</sup> Patterson J. OH nursing in the UK. What does the future hold? *Occup Health [At Work]* 2015; 11: 10-13.
- <sup>347</sup> Laloo D, Demou E, Kiran S, Cloeren M, Mendes R, Macdonald EB. International perspective on common core competencies for occupational physicians: a modified Delphi study. *Occup Environ Med* 2016; 73: 452-458.
- <sup>348</sup> Fernández L. Reflexiones a propósito de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Comunidad* 2012; 14 (2): 176-182.
- <sup>349</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 28/2009 de 30 de diciembre de modificación de la Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 315 de 31/12/2009. [Acceso 27 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/31/pdfs/BOE-A-2009-21161.pdf>
- <sup>350</sup> Boletín Oficial del Estado. Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178 de 27/7/2006. [Acceso 27 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>

- 
- <sup>351</sup> Implementing nurses prescribing. An updated review of current practice internationally. Geneva: Consejo Internacional de Enfermeras; 2009.
- <sup>352</sup> Luker K, Austin L, Hogg C, Ferguson B, Smith K. Patients' views of nurse prescribing. *Nurs Times* 1997; 93 (17): 51-54.
- <sup>353</sup> Luker KA, Austin L, Willock J, Ferguson B, Smith K. Nurses' and GPs' views of the nurse prescribers' formulary. *Nurs Stand* 1997; 11 (22): 33-38.
- <sup>354</sup> Stenner K, Courtenay M. Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses' views. *J Adv Nurs* 2008; 63 (1): 27-35.
- <sup>355</sup> David A, Brown E. How swedish nurses are tackling nurse prescribing. *Nurs Times* 1995; 91 (50): 23-24.
- <sup>356</sup> Cornwell C, Chiverton P. The psychiatric advanced practice nurse with prescriptive authority: role development, practice issues, and outcomes measurement. *Arch Psychiatr Nurs* 1997; 11 (2): 57-65.
- <sup>357</sup> Dott AG, Johnson L. Rational prescribing: practice audit and drug switch in dyspepsia management. *Int J Clin Pract* 1999; 53 (8): 599-603.
- <sup>358</sup> Berry D, Courtenay M, Bersellini E. Attitudes towards, and information needs in relation to, supplementary nurse prescribing in the UK: an empirical study. *J Clin Nurs* 2006; 15 (1): 22-28.
- <sup>359</sup> Avery AJ, James V. Developing nurse prescribing in the UK. *BMJ* 2007; 335 (7615): 316.
- <sup>360</sup> Montero C, Tapia C, Rodríguez M, Duarte G, Sánchez MB, Vargas C, et al. Enfermera y prescripción: ¿hay evidencias sobre prescripción enfermera? Revisión sistemática. Banco de evidencias en cuidados de SACYL, 2009.
- <sup>361</sup> Stenner K, Courtenay M. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *J Adv Nurs* 2008; 63 (3): 276-283.
- <sup>362</sup> Bradley E, Nolan P. Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2007; 59 (2): 120-128.
- <sup>363</sup> Latter S, Smith A, Blenkinsopp A, Nicholls P, Little P, Chapman S. Are nurse and pharmacist independent prescribers making clinically appropriate prescribing decisions? An analysis of consultations. *J Health Serv Res Policy* 2012; 17 (3): 149-156.
- <sup>364</sup> Coull A, Murray I, Turner-Halliday F, Watterson A. The expansion of nurse prescribing in Scotland: an evaluation. *Br J Community Nurs* 2013; 18 (5): 234-242.
- <sup>365</sup> Naughton C, Drennan J, Hyde A, Allen D, O'Boyle K, Felle P, Butler M. An evaluation of the appropriateness and safety of nurse and midwife prescribing in Ireland. *J Adv Nurs* 2013; 69 (7): 1478-1488.
- <sup>366</sup> Wilkinson JA, Carryer J, Adams J. Evaluation of a diabetes nurse specialist prescribing project. *J Clin Nurs* 2014; 23 (15-16): 2355-2366.

- 
- <sup>367</sup> Kooniega S, Wilkinson J. RN prescribing: an expanded role for nursing. *Nurs Forum* 2017; 52 (1): 3-11.
- <sup>368</sup> Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting same day consultations in primary care. *BMJ* 2000; 320: 1043-1048.
- <sup>369</sup> Pritchard A, Kendrick D. Practice nurse and health visitor management of acute minor illness in a general practice. *J Adv Nurs* 2001; 36: 556-562.
- <sup>370</sup> Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*. 2000; 320: 1038-1043.
- <sup>371</sup> Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC, Akkermans RP, Sibbald B, Grol RP. An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *J Clin Nurs* 2008; 17 (20): 2690-8.
- <sup>372</sup> Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schofield T, Mant D. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ* 2001; 322: 1-7.
- <sup>373</sup> Lallo D, Demou E, Stevenson M, Gaffney M, Beaton E. Comparison of competency Priorities between UK occupational physicians and occupational health nurses. *Occup Environ Med* 2017; 0: 1-3.
- <sup>374</sup> Bigaignon-Cantineau J, Gonzalez M, Broessel N, Denu B, Hamzaoui H, Cantineau A. Occupational Health Nurses' contribution to health care workers health. *Scand J Work Environ Health* 2005; Suppl 1: 54-57.
- <sup>375</sup> Bigaignon-Cantineau J, Gonzalez M, Broessel N, Denu B, Hamzaoui H, Cantineau A. Occupational Health Nurses' contribution to health care workers health. *Scand J Work Environ Health* 2005; Suppl 1: 54-57.
- <sup>376</sup> Ranby KW, MacKinnon DP, Fairchild AJ, Elliot DL, Kuehl KS, Goldberg L. The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: testing mediating mechanisms. *J Occup Health Psych* 2011; 16 (4): 501-513.
- <sup>377</sup> Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psych* 2008; 13 (1): 69-93.
- <sup>378</sup> Pimple S, Pednekar M, Mazumdar P, Goswami S, Shastri S. Predictors of quitting smoking: results of a worksite tobacco cessation service program among factory workers in Mumbai, India. *Asian Pac J Cancer P* 2012; 13 (2): 533-538.
- <sup>379</sup> Hirao T, Jitsunari F, Asakawa F, Suna S, Kitamado T, Fukunaga I, Takeda N, Kageyama H. Impact of health professionals on health promotion activities in japanese worksites. *J Occup Health* 2000; 42: 96-104.

- 
- <sup>380</sup> Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 2004; 291 (10): 1238-1245.
- <sup>381</sup> De Angelis P, Burgel B. Snapshot of the AAOHN membership health risk appraisal priority areas. *Workplace Health Saf* 2013; 61 (6): 237-242.
- <sup>382</sup> Redmon MS, Kalina CM. A successful occupational health nurse-driven health promotion program to support corporate sustainability. *Workplace Health Saf* 2009; 57 (12): 507-514.
- <sup>383</sup> O'Donnell MP. Integrating financial incentives for workplace health promotion programs into health plan premiums is the best idea since sliced bread. *Am J Health Promot* 2010; 24: iv-vi.
- <sup>384</sup> Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Aff* 2010; 29 (2): 304-311.
- <sup>385</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>386</sup> Kurtzman ET. A transparency and accountability framework for high-value inpatient nursing care. *Nurs Econ* 2010; 28: 295-306.
- <sup>387</sup> Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calid Asist* 2006; 21 (3): 143-149.
- <sup>388</sup> Planas-Campmay C, Icart-Isern MT. Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enferm Clin* 2014; 24 (2): 142-147.
- <sup>389</sup> Lim MK. Health and economic impact of occupational health services. *Scand J Work Environ Health* 2005; Suppl. 1: 38-42.
- <sup>390</sup> Chenoweth D, Garrett J. Cost-effectiveness analysis of a worksite clinic: is it worth the cost? *Workplace Health Saf* 2006; 54 (2): 84-89.
- <sup>391</sup> Graeve C, McGovern P, Nachreiner NM, Ayers L. Establishing the value of occupational health nurses' contributions to worker health and safety. *Workplace Health Saf* 2014; 62 (1): 36-41.
- <sup>392</sup> Ministerio de Trabajo e Inmigración. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud (ENGE 2009). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009.
- <sup>393</sup> Brown RA, Crookes PA. What are the *necessary* skills for a newly graduating RN? Results of an Australian survey. *BMC Nursing* 2016; 15: 23.
- <sup>394</sup> Alberdi RM. La identidad profesional de la enfermera *Rev ROL Enferm* 1992; 170: 39-44.
- <sup>395</sup> Eusko Jaularitza. Gobierno Vasco. Encuesta de salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud; 2013.
- <sup>396</sup> Narocki C, Zimmermann M, Artazcoz L, Gimeno D, Benavides FG. Estudio comparado de las encuestas sobre condiciones de trabajo y salud realizadas en España. Barcelona: Observatorio de Salud Laboral; 2007.

- 
- <sup>397</sup> Alfaro M, Etreros J, Ruiz A, Sendagorta A, Terol. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- <sup>398</sup> Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martin J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre calidad del servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calid Asist* 2001; 16: 37-44.
- <sup>399</sup> García-Aparicio J, Herrero-Herrero J, Corral-Gudino L, Jorge-Sánchez R. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de medicina interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Rev Calid Asist* 2010; 25: 97-105.
- <sup>400</sup> Thompson MC. Review of Occupational Health Nurse data from recent national sample survey of resgistered nurses. Part I. *Workplace Health Saf* 2010; 58 (1): 27-39.
- <sup>401</sup> Sindicato de Enfermería. Estudios SATSE percepción de estrés en los profesionales de enfermería en España. Madrid: Secretaría General Técnica SATSE, 2012.
- <sup>402</sup> Lupiáñez-Villanueva F. Internet, salud y sociedad. Análisis de los usos de internet relacionados con la salud en Catalunya [tesis]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2009.
- <sup>403</sup> Eysenbach G, Wyatt J. Using the internet for surveys and health research. *J Med Internet Res* 2002; 4 (2): E13.
- <sup>404</sup> Aerny N et al. Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gac Sanit* 2012; 26 (5): 477-479.
- <sup>405</sup> Kovner C, Brewer C, Wu YW, Cheng Y, Suzuki M. Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38 (1): 71-79.
- <sup>406</sup> Gual C, Velarde JM, Portell M, Boix P. Roles y competencias de los profesionales de la salud laboral para promover la integración de la prevención en la empresa. Un estudio Delphi. *Arch Prev Riesgos Labor* 2014; 17 (1): 10-17.
- <sup>407</sup> Sampere M. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común de larga duración. Análisis de los factores pronóstico [tesis]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2011.
- <sup>408</sup> Moorhead S, Johnson M, Maas M. L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2009.
- <sup>409</sup> Sirgo P. Nuevas perspectivas para la salud laboral en un marco público y privado. *Med Segur Trab* 2016; 62 (244): 178-187.
- <sup>410</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Libro blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales. Madrid, 2004.
- <sup>411</sup> Martínez C, Monforte-Royo C. Investigar más allá de la enfermería clínica. *Enferm Clin* 2012; 22: 63-64.

---

<sup>412</sup> Gallardo C, Jaldón E, Villa V. La enfermería sevillana: el colegio y su historia 1900-1930. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla; Sevilla, 1993.

<sup>413</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 14; 1908.

<sup>414</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 102; 1917.

<sup>415</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 8; 1917.

<sup>416</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 21; 1909.

<sup>417</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 66; 1914.

<sup>418</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 47; 1912.

<sup>419</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 104; 1917.

<sup>420</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 139; 1919.

<sup>421</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 218; 1926.

<sup>422</sup> Gaceta de Madrid. Real Orden de 4 de junio de 1927 por la que se concede la autorización para crear en Madrid el Comité paritario de Practicantes. Gaceta de Madrid núm. 162 de 11/6/1927. [Acceso 24 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1927/162/A01564-01566.pdf>

<sup>423</sup> Boletín Oficial de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 241; 1928.

<sup>424</sup> Boletín Oficial de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 243; 1928.

<sup>425</sup> Boletín Oficial de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 246; 1929.

<sup>426</sup> Boletín Oficial de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 277; 1931.

<sup>427</sup> Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, núm. 282; 1932.

---

<sup>428</sup> Gallardo C, Villa V. La enfermería sevillana. El colegio y su historia 1931-1960. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla; Sevilla, 1998.



