

Gestión de demandas en el trabajo

Protocolo de intervención de factores
psicosociales para trabajadores de la
salud y asistencia social

GESTIÓN DE DEMANDAS EN EL TRABAJO. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES PARA TRABAJADORES DE LA SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL.

© Derechos reservados

La reproducción total o parcial de este documento puede realizarse previa autorización del Ministerio del Trabajo.

AUTOR INSTITUCIONAL

Ministerio del Trabajo

COAUTOR

Pontificia Universidad Javeriana

LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN

Bogotá, D. C., Colombia, diciembre de 2015

LUGAR Y FECHA DE PUBLICACIÓN

Bogotá, D. C., Colombia, 2016

SUPERVISORES

María Marcela Soler Guío y Laureano Peñaranda Saurith
Dirección de Riesgos Laborales
Ministerio del Trabajo

ISBN

978-958-716-947-8

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Gestión de demandas en el trabajo

Protocolo de intervención de factores
psicosociales para trabajadores de la
salud y asistencia social

LUIS EDUARDO GARZÓN
MINISTRO DEL TRABAJO

LUIS ERNESTO GÓMEZ LONDOÑO
VICEMINISTRO DE EMPLEO Y PENSIONES

ENRIQUE BORDA VILLEGAS
VICEMINISTRO DE RELACIONES LABORALES E INSPECCIÓN

MARTHA ELENA DIAZ MORENO
SECRETARIA GENERAL

ANDREA TORRES MATIZ
DIRECTORA DE RIESGOS LABORALES

DIRECTORA

GLORIA HELENA VILLALOBOS FAJARDO

Psicóloga, Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional,
PhD en Ciencias de la Salud

COORDINADORA GENERAL

ANGÉLICA MARÍA VARGAS MONROY

Psicóloga, Especialista en Higiene y Salud Ocupacional,
Magíster en Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

GLORIA MARÍA LÓPEZ GIRALDO

Psicóloga, Especialista en Administración de Salud Ocupacional

ESMERALDA MARTÍNEZ CARRILLO

Psicóloga, Especialista en Higiene y Salud Ocupacional

JEIMMY MONSALVE RANGEL

Trabajadora Social, Especialista en Salud Ocupacional

MARÍA CAMILA MONTALVO VILLEGAS

Médico, Psiquiatra

ÁNGELA MARÍA ORTIZ LUNA

Psicóloga, Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

CARLOS HUMBERTO TORRES REY

Médico, Epidemiólogo, Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Caracterización del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social	7
1.2 Factores psicosociales más representativos del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social	9
2. MARCO DE REFERENCIA	13
2.1 Marco de referencia legal	13
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	14
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	16
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	17
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	18
5.1 Objetivos de la estrategia	18
5.2 Población objeto de la estrategia	18
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	19
5.4 Implementación de la estrategia	20
5.4.1 Gestión de demandas emocionales	21
5.4.2 Prevención y control de la fatiga	26
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	33
6. GLOSARIO	34
7. BIBLIOGRAFÍA	39
8. ANEXOS	44

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del sector de servicios de atención de la salud humana y asistencia social

El sector salud ha tenido una evolución muy rápida en el país, particularmente en las dos últimas décadas, como consecuencia de los cambios introducidos por la Ley 100 de 1993, las transformaciones económicas y la modificación de la relación Salud - Estado - Sector privado. Paralelamente se separó la atención individual de las acciones en salud pública, quedando estas últimas limitadas a las acciones del Plan Básico de Atención, lo cual generó una segmentación institucional.

Los cambios derivados de la Ley 100 de 1993 han tenido profundas repercusiones sobre distintos actores, particularmente en lo que concierne al personal que se dedica a la atención de quienes otrora se denominaban “pacientes”, y que ahora se identifican como “usuarios o clientes”. Así mismo estos cambios implicaron nuevas formas de relación laboral, en particular en la modalidad de contratación, en la concepción del trabajo y en las jornadas laborales.

La prestación de los servicios de salud en Colombia hoy en día está a cargo de tres entes: el Estado, las aseguradoras en

1. INTRODUCCIÓN

su rol de intermediarias (Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL)) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); estas últimas se encuentran segmentadas por niveles, dependiendo de la complejidad de la atención: baja, media y alta complejidad. Según datos del Ministerio de la Protección Social (2005)¹, las de baja complejidad (I), que corresponden al primer nivel de atención², tienen la mayor carga de servicios (84,3 %); las de complejidad media (II) o de segundo nivel de atención³ prestan alrededor del 13,4 % de los servicios. Por último, las instituciones de alta complejidad que corresponden al III y IV nivel de atención⁴ atienden el 2,3 % de los servicios de salud.

Un estudio realizado en 2012 a partir de la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con corte al mismo año, con el propósito de calcular el número de prestadores de servicios de salud habilitados en Colombia (IPS, profesionales independientes, transporte especial y de objeto social diferente, tanto públicos como privados) por cada 100.000 habitantes, evidenció que Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Valle del Cauca y Antioquia cuentan con mayor cantidad de prestadores de servicios por habitante (Ayala, J., 2014). Resulta importante resaltar que la oferta no es proporcional a la demanda de servicios.

En la proyección de la oferta de recursos humanos por categorías ocupacionales para los años 2000 – 2020 (Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana y Fedesarrollo, s. f.), se estimó que para el año 2015 la oferta total sería de 434.517, discriminados así: 85.943 médicos, 37.683 profesionales de enfermería, 151.085 auxiliares de enfermería, 50.163 odontólogos, 51.392 terapeutas y 58.251 bacteriólogos y nutricionistas.

1. A corte de diciembre de 2004, estas cifras corresponden a las 1.008 IPS públicas que reportaron los datos exigidos por el Decreto 2193 de 2004 y que corresponde al 97 % de los reportes esperados.

2. Ofrecen servicios de promoción y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, intervención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica.

3. Cuenta con especialidades básicas: pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia; brinda atención las 24 horas para urgencias, internación, consulta externa de especialistas y laboratorio de mayor complejidad.

4. Presta atención especializada de alto costo: neurocirugía, cirugía vascular, nefrología, entre otras; atención con especialista las 24 horas, urgencias, medicina nuclear, cuidados intensivos y unidad renal, entre otras.

En la primera década del presente siglo la Atención Primaria en Salud (APS) cobra importancia a partir de las iniciativas locales en algunos planes territoriales de salud. Según hallazgos del Ministerio de la Salud y Protección Social y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2012 se conforman equipos para el trabajo en APS⁵ y se establece una legislación mucho más inclusiva alrededor de la salud, además más cercana al diario vivir de todos y cada uno de los colombianos. Este cambio de perspectiva se observa con los programas que han surgido apalancados en las Entidades Sociales del Estado (ESE), y que se consolidan en las Unidades Básicas de Atención (UBA), Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI) y los hospitales.

Con la normatividad reciente, en particular con la Ley 1751 de febrero 16 de 2015, se establece el marco de referencia que constituye la visión de futuro a la que se aspira llegue Colombia para garantizar el derecho fundamental a la salud, para regularlo y para establecer sus mecanismos de protección.

De todas formas la atención al paciente-usuario, tiende a ser cada vez más inclusiva y con énfasis en la promoción y prevención de la salud como factor fundamental para procurar una sociedad saludable.

Esta nueva dinámica ha representado para el personal que brinda sus servicios en el sector de la atención de la salud humana y de asistencia social, unas condiciones que determinan el comportamiento de los factores psicosociales.

1.2 Factores psicosociales más representativos del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social

A continuación se hace una aproximación a la problemática psicosocial del sector a partir de la información obtenida a través de la revisión de diversos documentos, entrevistas realizadas a personal de seguridad y salud en el trabajo y de gestión del talento humano en organizaciones de salud, la consulta de los resultados de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo y Organización

5. Con este cambio Colombia busca adoptar las recomendaciones contenidas en la Declaración de Alma-Ata, suscrita en 1978 por 134 países y 67 organizaciones internacionales en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Dicha declaración expresa, bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, que la estrategia de atención primaria en salud es la mejor manera de dar salud a los pueblos.

1. INTRODUCCIÓN

Iberoamericana de Seguridad Social, 2013) y la observación en campo realizada para la estructuración de la presente estrategia de intervención. Se identificó que las mayores dificultades de los trabajadores del sector salud y de servicios sociales se relacionan con las demandas del trabajo, en particular con las siguientes:

Demandas de la jornada de trabajo e influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral:

Es frecuente que el personal asistencial enfrente jornadas prolongadas de trabajo derivadas de circunstancias tales como: necesidades y demandas del mismo servicio, organización interna de los horarios, escasez de personal, etc. En otros casos se presentan jornadas extensas por causa de horas extras, dobles jornadas y poca disponibilidad en tiempos de descanso, lo cual obedece esencialmente a las necesidades de los usuarios. Un ejemplo es el caso del personal que efectúa actividades extramurales los fines de semana y en ocasiones al final del día. En la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), se evidenció que el 51,60 % de quienes laboran en servicios sociales y salud, cumplen una jornada que se extiende entre 9 y 12 horas y el 18,20 % de quienes se desempeñan en el sector de servicios sociales se encuentra entre los grupos que reportaron jornadas mayores a 12 horas diarias. Adicionalmente, el 9,10 % de quienes laboran en salud y en servicios sociales tiene jornada rotativa día/noche.

Otra dimensión que se ve afectada desde la perspectiva de riesgo psicosocial es la influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral, dado el limitado margen para la organización de los tiempos laborales. En los trabajadores que adelantan estudios de especialización o algún otro tipo de formación, la situación se torna más crítica pues se genera un círculo vicioso complejo dado que el medio es muy exigente en términos de formación, pero brinda pocas posibilidades en términos de tiempo para formarse, lo que necesariamente deriva en reducciones del tiempo de descanso. La II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), mostró que para el 44,96 % de los trabajadores del sector los horarios son fijos y con muy poca posibilidad de cambio; sólo el 23,87 % reportaron que podían decidir el momento en que tomaban vacaciones, si bien es frecuente postergarlas por necesidades del servicio.

Demandas emocionales

Los resultados de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), señalan que sólo el 21,50 % de los trabajadores de servicios sociales y de salud expresó que su trabajo le exigía esconder sus propias emociones; sin embargo, las entrevistas, la revisión documental y la observación arrojaron que la exposición a demandas emocionales es aún mayor, y que está muy ligada al tipo de servicio y la zona de la ciudad o el país donde se labora. A estas personas el trabajo les exige enfrentar situaciones devastadoras: pobreza extrema, víctimas de maltrato y violencia, enfermos en etapa terminal, personas en situación de desplazamiento forzado, entre otras. Incluso los mismos trabajadores están expuestos a recibir agresiones físicas, verbales y psicológicas, a tal punto que las puertas de las salas de cirugía de urgencias de algunas clínicas y hospitales son blindadas.

El riesgo que corre la integridad física de los trabajadores de servicios sociales y de salud está presente en especial para quienes realizan trabajo extramural⁶, al punto que existen zonas a las que no pueden desplazarse después de ciertas horas por presencia de pandillas y delincuentes.

Demandas ambientales y de esfuerzo físico

En la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), se evidenciaron exposiciones ocupacionales en la atención hospitalaria que implican demandas ambientales y de esfuerzo físico por posiciones que ocasionan fatiga (63,10 %) y movimientos repetitivos de miembro superior (62,75 %). Para quienes realizan trabajo extramural estas exigencias se derivan básicamente de los desplazamientos que deben efectuar diariamente por las zonas asignadas, algunas de difícil acceso y con vías en mal estado.

6. La modalidad extramural se refiere a aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso, que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos. Los prestadores que ofertan esta modalidad, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la entidad departamental o distrital de salud (Manual de habilitación de prestadores de servicios de salud. En: Resolución 1441 de 2013: 8). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

1. INTRODUCCIÓN

Demandas cuantitativas y demandas de carga mental

Si bien la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013) reporta que el 86,99 % de las personas afirmó contar con tiempo suficiente para realizar el trabajo, esta dimensión tiene unas características especiales porque el 38,15 % expresó que su trabajo le exigía trabajar muy rápidamente y el 57,27 % dijo que los plazos eran muy estrictos y cortos, lo que coincide con la información cualitativa derivada de las entrevistas, en las que refirieron que disponen de tiempos breves para atención de cada paciente (en promedio 20 minutos), de los cuales casi el 40 % del tiempo se dedica a la anamnesis y los restantes a efectuar el diagnóstico y la prescripción o remisión. En consecuencia, se presenta apremio de tiempo durante prácticamente toda la jornada, puesto que además de atender el número específico de pacientes correspondientes a los estipulados por jornada, usualmente, se les asignan pacientes que no estaban programados, lo que ejerce mayor presión sobre la labor.

Se encontró correspondencia entre la información derivada de entrevistas y los resultados arrojados por la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013) en términos de carga mental; los trabajadores del sector salud y de servicios sociales requieren un nivel de atención alto (86,19 %), el 70 % debe atender varias tareas al mismo tiempo y únicamente el 21,38 % refirió que realiza tareas complejas o difíciles.

Exigencias de responsabilidad del cargo

La exigencia de responsabilidad ligada al desempeño del cargo es elevada, en especial entre quienes tienen atención directa a los pacientes. La mayor preocupación es por las implicaciones que una atención y praxis inadecuadas tienen sobre la vida, la integridad y la salud de los pacientes, la fatiga del personal que presta el servicio o la falta de equipos e insumos.

Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza

Una proporción significativa del personal de salud y de asistencia social labora con contrato a término fijo y por periodos cortos; en consecuencia, un elevado porcentaje de ellos no tiene vacaciones, e incluso quienes están vinculados bajo la figura de prestación de servicios se abstienen de hacer uso de una incapacidad, pues consideran que esto puede afectar sus ingresos.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

La normativa legal básica que enmarca el trabajo del personal que labora en el sector salud es la Ley 100 de 1993, con cuya expedición se transformó el sistema de seguridad social (SG-SSS) en el país y se abrió al sector privado la posibilidad de ingreso y de prestación de los servicios de salud, conservando el Estado su dirección, coordinación y control. La Ley 100 de 1993 estableció también el plan obligatorio de salud (POS) y las entidades promotoras de salud (EPS) que tienen a cargo la afiliación y la administración del sistema, en tanto que los servicios son ofertados por las instituciones prestadoras de servicios (IPS), bien sea públicas, privadas o mixtas, comunitarias y solidarias. Algunas IPS son propiedad de las EPS o son contratadas para la atención de los afiliados. Igualmente el Estado planteó la posibilidad de establecer mecanismos y líneas de crédito que favorecen la organización de grupos de práctica profesional para las IPS de tipo comunitario y solidario.

Con esta Ley se estableció el sistema de afiliación al régimen contributivo y subsidiado, y para quienes no tienen ningún amparo, la Nación y las entidades territoriales garantizan la atención a través de instituciones hospitalarias públicas o privadas.

2. MARCO DE REFERENCIA

De otra parte, la Ley empodera a los usuarios al darles la posibilidad de elegir libremente la EPS a la que se afilian y conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representan.

Esta nueva dinámica ha representado para quienes brindan servicios en el sector de la salud humana y de asistencia social unas condiciones de relación diferentes, que tienen un importante efecto desde la perspectiva psicosocial puesto que los usuarios cada vez tienen mayores derechos y mayor información, y por tanto son más demandantes para solicitar, recibir y valorar el servicio.

Mediante la Resolución 2646 de julio 16 de 2008, se establecen disposiciones y se precisan responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención e intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo, y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. En el artículo 4 de esta resolución se subraya la sinergia de los factores intralaborales, extralaborales e individuales, aspecto que se considera en el proceso de intervención planteado en el presente protocolo.

Existen otras normas que reglamentan o que pretenden mejorar los mecanismos de financiación del sector salud, la calidad, oportunidad y cobertura de los servicios que se brindan a los usuarios y así fortalecer los sistemas de salud pública, tales como la Ley 1438 de 2011, la Ley 122 de 2007, la Ley 1608 de 2013 y la Ley estatutaria de salud 1751 de 2015. En esta última la salud queda consagrada como un derecho fundamental y no como un servicio obligatorio.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

Organizaciones saludables son aquellas en las que confluyen dos conceptos básicos: organización y salud. La organización se refiere básicamente a la forma en la que se gestionan los procesos de trabajo, incluidos los horarios, el diseño de los entornos o estaciones de trabajo y las formas de relación. Las organizaciones saludables son aquellas en las que las diversas variables organizacionales buscan alinearse para preservar la salud y el bienestar de quienes laboran en ellas y para instaurar buenas prácticas, entre ellas la conciliación de la esfera laboral y familiar.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) enfatiza que el lugar de trabajo constituye un entorno prioritario para la promoción de la salud, y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) se refiere a los entornos de trabajo

2. MARCO DE REFERENCIA

saludables como aquellos en los que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores, así como la sustentabilidad del ambiente de trabajo.

Con base en las consideraciones anteriores, se eligió la concepción de entornos de trabajo saludables como elemento fundamental del enfoque conceptual para el planteamiento e implementación de la estrategia de gestión de demandas en el trabajo.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El *Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores de la salud y asistencia social* está diseñado para aplicarse en el sector de actividades de atención de la salud humana y de asistencia social, sin embargo no es exhaustivo y para su aplicación es preciso efectuar las adaptaciones que se requieran según el grado de desarrollo, la cultura, el tamaño de la organización, ubicación geográfica, etc.

El protocolo brinda básicamente directrices para acciones de intervención en el ámbito intralaboral, no obstante algunas de ellas tienen alcance al contexto extralaboral, específicamente sobre las dimensiones referentes al uso del tiempo fuera del trabajo, las relaciones familiares y la comunicación y relaciones con otras personas fuera del trabajo.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El *Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores de la salud y asistencia social* está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano y gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, así como por jefes y trabajadores.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Estimular el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para manejar las demandas emocionales y de jornada propias del trabajo en los trabajadores del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social.

Específicos

- Mejorar las competencias emocionales y de autocontrol en el personal de salud y de asistencia social.
- Desarrollar habilidades de los trabajadores de salud y asistencia social, para identificar señales de fatiga laboral y desplegar comportamientos para prevenirla y reducirla.
- Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención de las demandas de la jornada de trabajo.

5.2. Población objeto de la estrategia

Personal que presta servicios de atención de la salud humana y de asistencia social: médicos, odontólogos, personal de

enfermería, profesionales paramédicos, terapeutas, auxiliares de servicios de salud y asistencia social, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

El sector incluye una gama de actividades que va desde servicios de atención de la salud prestado en hospitales, clínicas y otras entidades, hasta actividades de asistencia social sin participación de profesionales de la salud, pasando por actividades de atención en instituciones con un componente significativo de atención de la salud: a pacientes internos por largos períodos: residencias de tercera edad, centros de reposo, centros de rehabilitación para fármaco-dependencia y alcoholismo, hogares y albergues infantiles, entre otros (CIU, sección Q).

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia de intervención ofrece acciones orientadas a intervenir dos demandas principales: las emocionales y las derivadas de la jornada de trabajo. Para las demandas emocionales se ofrecen mecanismos que favorecen el desarrollo de habilidades de afrontamiento en los individuos, en tanto que para las demandas derivadas de la jornada de trabajo la estrategia plantea acciones de intervención organizacional para la prevención y el control de la fatiga, y otras en la esfera extralaboral, particularmente en el uso del tiempo fuera del trabajo.

Para atender otras necesidades que no se abordan en este protocolo, el usuario deberá remitirse al *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

Limitaciones

Puede ocurrir que exista falta de respaldo por parte de la dirección de la organización, así como resistencia entre los jefes de las áreas incluidas en la implementación de la estrategia por considerarla innecesaria o compleja dadas las exigencias de resultados y la inversión de tiempo que la intervención requiere. Los trabajadores también se pueden resistir si no se logra una conciliación de los tiempos de trabajo y las exigencias por resultados.

De otra parte, si las actividades de intervención no se mantienen en el tiempo, la estrategia tendrá beneficios limitados.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

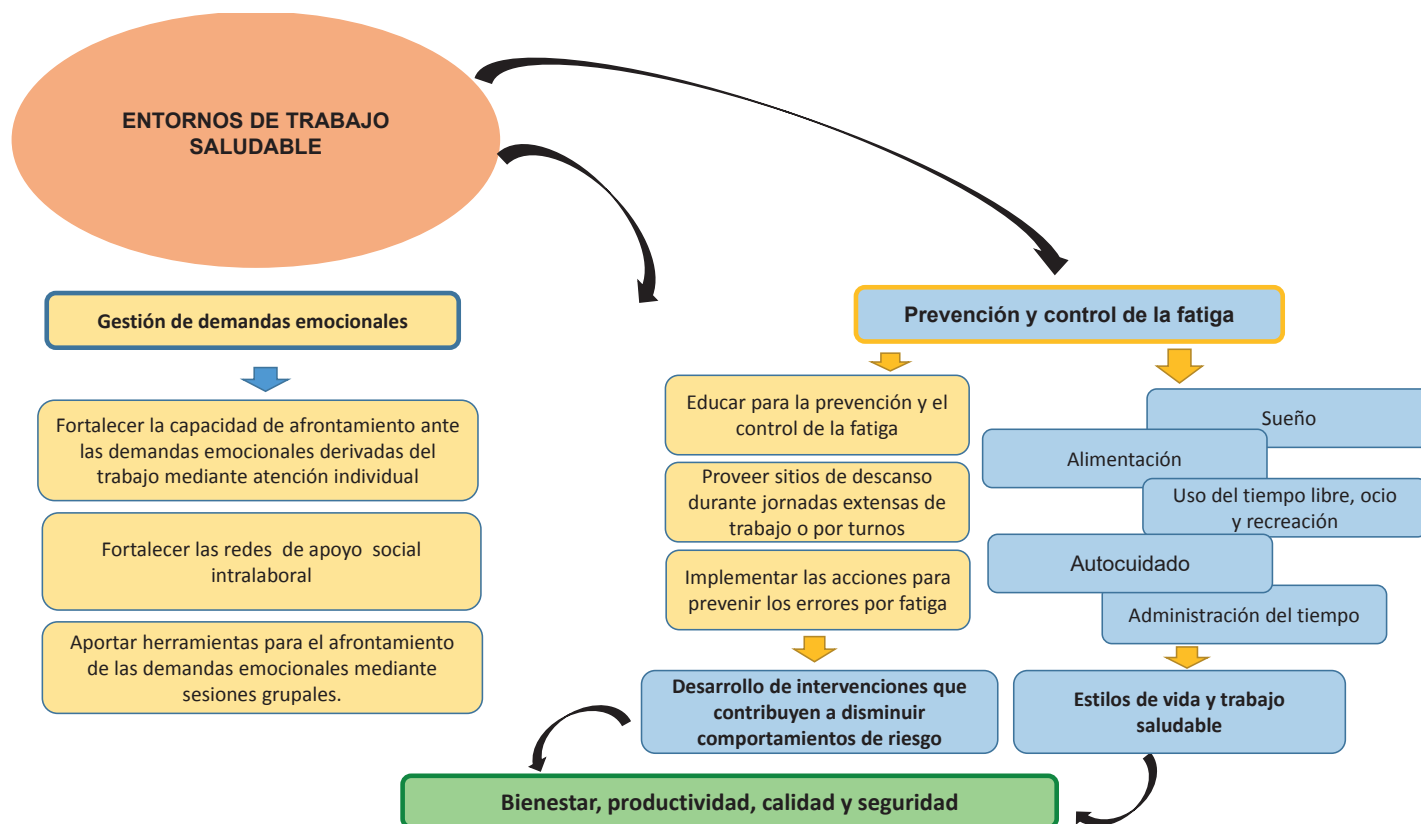
5.4 Implementación de la estrategia

La decisión de movilizar a la organización en torno a la intervención psicosocial puede provenir de los resultados de la evaluación, de recomendaciones de una autoridad gubernamental, o de las personas que laboran en la organización, etc.

Como se expresó anteriormente, la estrategia de intervención se centra en la gestión de dos grandes tipos de demandas: las emocionales y las de la jornada de trabajo y para estas la estrategia se centra en la prevención y el control. Si bien lo ideal es implementar los dos componentes, los mismos pueden desarrollarse por separado, según sean las necesidades y posibilidades de la organización y de los grupos.

A continuación se presenta el mapa que sintetiza las acciones de intervención, las cuales se desarrollan posteriormente en el marco del ciclo PHVA.

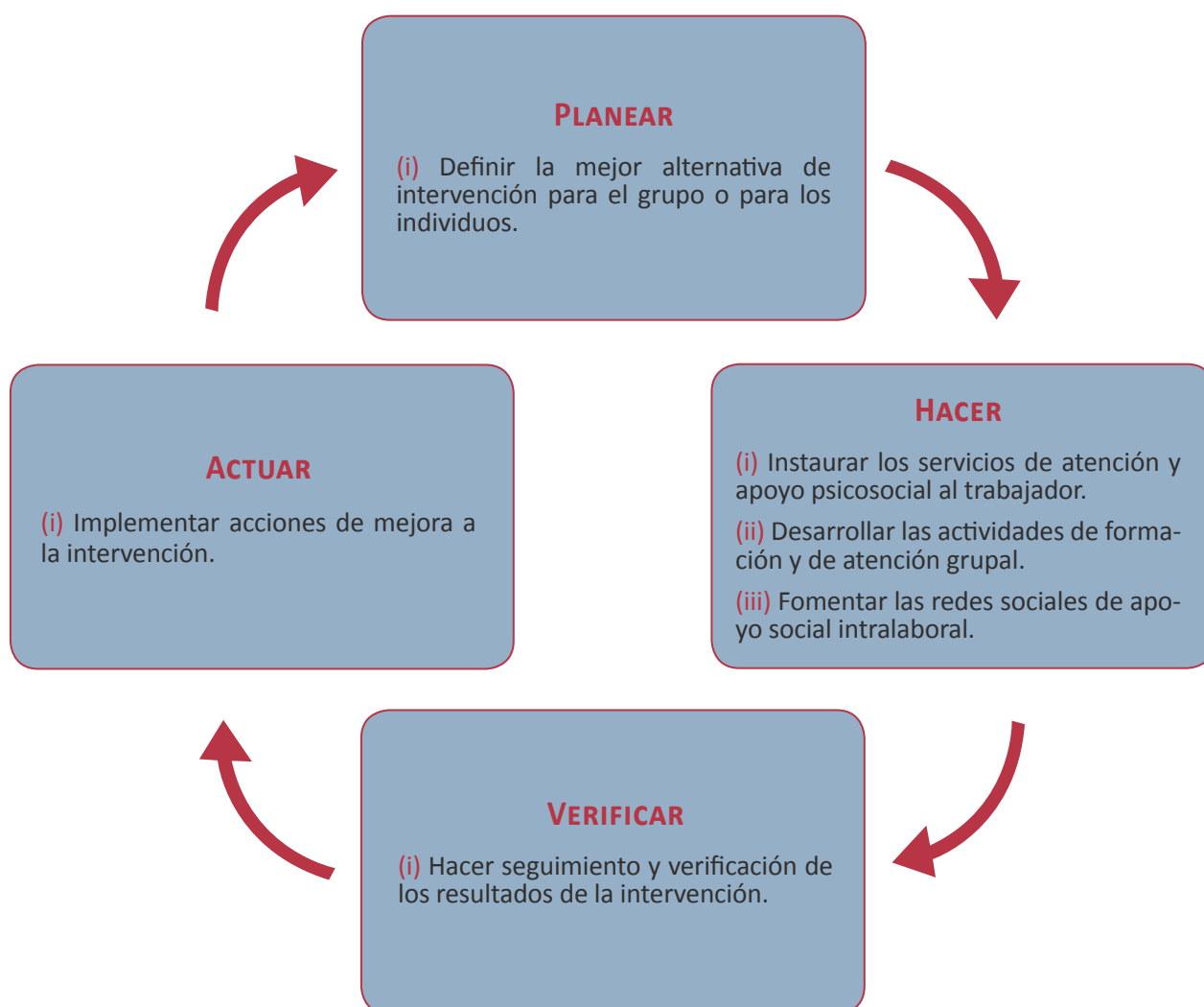
Figura 1. Estructura de la estrategia de gestión de demandas en el trabajo para trabajadores de la salud humana y asistencia social



5.4.1 Gestión de demandas emocionales

En el ejercicio del trabajo con personas enfermas, en proceso de rehabilitación, con población víctima de violencia o desplazamiento o en situación de vulnerabilidad, es frecuente que se presente un desgaste emocional y sensación de carencia de recursos internos para enfrentar tales demandas. Por lo anterior es necesario disponer de soporte emocional a través de diversos grupos de apoyo, principalmente en el trabajo. Las actividades de soporte que se proponen se presentan en la figura 2 y posteriormente se detallan.

Figura 2. Ciclo PHVA de la acción gestión de demandas emocionales.



El fortalecimiento de las redes sociales implica empezar dando formación a los grupos acerca del sentido de dicho soporte, así como de su alcance, beneficios y limitaciones. En este proceso, además de comprender y regular la expresión de las propias emociones, se desarrolla la capacidad de escuchar, analizar y comprender al otro, y la manera de generar empatía y de apropiarse de un abanico de posibilidades que permitan brindar soporte emocional a los compañeros del grupo, así como las estrategias para superar las dificultades de relación interpersonal y para prevenir situaciones de crisis emocional. También se orienta sobre la ruta que se debe seguir en la búsqueda de un apoyo profesional externo en caso de crisis.

Como complemento se sugiere consultar las siguientes acciones de intervención contenidas en *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos: desarrollo de estrategias de afrontamiento, servicio de asistencia al trabajador, técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad, desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral y atención en crisis y primeros auxilios psicológicos.

La tercera alternativa consisten en el desarrollo de competencias para gestionar las emociones mediante actividades grupales que se realizan con metodologías activas y prácticas, tipo taller, en las que se combinan dinámicas de grupo, auto-reflexión, juego de roles, relajación, *mindfulness*⁷, entre otras. El sitio en el que se desarrollan los talleres debe ser cómodo, libre de interferencias y privado.

En las sesiones grupales generalmente se parte de una autovaloración inicial y luego se realizan actividades prácticas relativas a cada forma de afrontamiento para reconocer las más idóneas. Una vez cumplido el objetivo, se efectúan actividades de refuerzo para mantener las respuestas.

7. *Mindfulness* es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicio de valor. La traducción más frecuente de *mindfulness* es “conciencia plena” o “atención plena” (Villajos, L., Ballesteros F. y Barba, M., 2013). La práctica sistemática de esta técnica permite reeducar la mente, el cerebro y el cuerpo a través de la observación neutral de pensamientos, emociones, sentimientos y sensaciones físicas como elementos dinámicos, con el fin de cambiar su percepción y manejo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Planear

A manera de ilustración de este tipo de taller, se citan dos modelos:

- El modelo de competencias emocionales del Grup de Recerca en Orientación Psicopedagògica (GROP) de la Universitat de Barcelona (Bisquerra, 2008, citado por Bisquerra, 2012), según el cual hay cinco grandes competencias: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y habilidades de vida para el bienestar.
- El “Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo”, diseñado y ejecutado por el equipo Wont (Rodríguez, Llorens y Salanova, 2006).

Hacer

(i) Instaurar los servicios de atención y apoyo psicosocial al trabajador.

El área de seguridad y salud en el trabajo determina, conjuntamente con la alta dirección de la organización, la viabilidad de establecer este tipo de servicio, y en caso afirmativo se establecen y socializan las condiciones: profesional(es) encargado(s), medios de atención y horarios, coberturas, etc., y se procede con la prestación del mismo.

(ii) Desarrollar las actividades de formación y de atención grupal.

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo son responsables de coordinar con los profesionales encargados la implementación de las actividades de formación o de asesoría grupal para que las actividades se perfilen de acuerdo a los contenidos y la metodología establecida en la etapa de planeación, y para que se ajusten a la cultura de la organización y del grupo particular.

Las actividades se realizan con el apoyo del jefe del área y de los representantes de los trabajadores, y para aumentar la cobertura se despliega la información de los objetivos y la importancia de la participación. Un representante de la alta dirección acompaña el inicio de la primera sesión para evidenciar el respaldo de la organización.

(iii) Fomentar las redes sociales de apoyo social intralaboral.

Una vez formados los trabajadores para hacer acompañamiento y soporte emocional a sus compañeros, se despliegan comunicaciones que fomenten las redes de apoyo entre compañeros.

(i) Hacer seguimiento y verificación de los resultados de la intervención.

Durante las diversas fases y cumplimiento de los pasos planteados se hace seguimiento y evaluación periódica y sistemática de las actividades realizadas en relación con las planeadas. Las áreas de seguridad y salud en el trabajo y de gestión del talento humano, serán las responsables de efectuar el seguimiento, calcular y analizar los indicadores de evaluación.

Como mecanismos de seguimiento y evaluación de los talleres de formación y de las sesiones grupales se sugiere emplear varias alternativas:

- Autoevaluación sobre cambios logrados.
- Evaluación de la cobertura de las actividades.

Para la actividad de atención y apoyo al trabajador se cuantifica el número de consultas efectuadas en un periodo. En todos los casos se evalúa la calidad percibida por las personas frente a las actividades realizadas.

Finalmente, es útil considerar como indicador de resultado la incidencia de casos con alteraciones de salud derivadas de las demandas emocionales, antes y después de la intervención individual y grupal.

Los resultados de la evaluación se comparan con los objetivos definidos y se identifican los logros y las oportunidades de mejora.

(i) Implementar acciones de mejora a la intervención.

Como resultado de la evaluación de las actividades realizadas se establecen acciones de mejora, se documentan y se incluyen en nuevos ciclos de intervención, con el fin de mantener la dinámica del proceso y su mejoramiento continuo.

Los responsables de esta fase son las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, que coordinarán los ajustes con el(los) jefe(s) del área y representantes de los trabajadores.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.2 Prevención y control de la fatiga

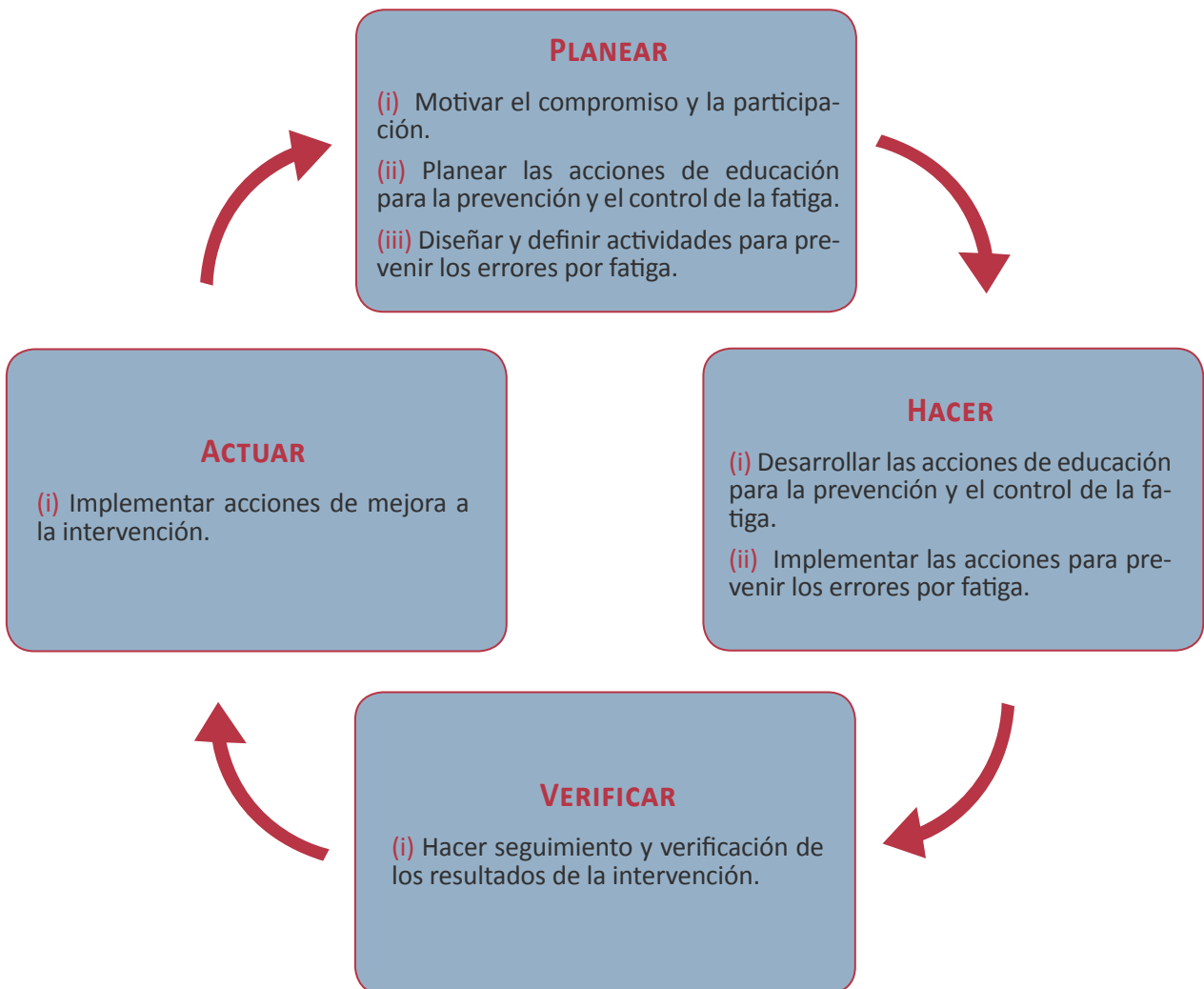
Gran parte de las organizaciones que brindan servicios asistenciales suelen hacerlo durante las 24 horas del día, los 365 días del año, lo cual implica que se manejen distintos tipos de horario: fijos en la mañana, tarde o noche; mixtos que combinan franja horaria diurna y nocturna y a turnos con periodicidad y rotación variable. A la complejidad de las jornadas se suma que con frecuencia las personas que trabajan en servicios asistenciales del sector salud laboran en más de un trabajo con múltiples exposiciones psicosociales. En consecuencia, se recomienda combinar acciones de intervención tanto en el entorno del trabajo, como en los trabajadores mismos, puesto que ellos deben asumir un control activo sobre los factores intralaborales y extralaborales para mitigar los riesgos derivados de la doble jornada.

Dado que las consecuencias de la fatiga derivada de las demandas de la jornada laboral se suman a las restantes demandas del trabajo del sector⁸, es posible que se afecte no solo el bienestar y la salud de los trabajadores, sino que se incrementen los riesgos en la atención a los usuarios.

Considerando lo anterior, se selecciona como segundo componente de intervención lo concerniente a la prevención y control de la fatiga. En la figura 4 se presentan las actividades de esta acción, las cuales se desglosan posteriormente con el enfoque del ciclo PHVA.

8. Carga mental, exigencias de responsabilidad del cargo, demandas cuantitativas, de esfuerzo físico y demandas emocionales.

Figura 4. Ciclo PHVA prevención y control de la fatiga.



Planear Planear

(i) Motivar el compromiso y la participación

Cuando se identifica la necesidad de efectuar una intervención para la prevención y el control de la fatiga, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo desarrollan acciones concretas para que el personal directivo de la organización y el(los) responsable(s) de la(s) dependencia(s) que presentan dificultades en este campo, brinden tanto el respaldo y el compromiso mediante la autorización para que el personal pueda participar, como la asignación de recursos económicos y de tiempo para las diversas actividades.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Igualmente se requiere del compromiso de otras instancias como son los trabajadores mismos, el Comité Paritario y otros grupos de mejoramiento y de prevención que contribuyan en la incorporación de estilos de trabajo y vida saludable.

Para lograr la vinculación, participación y apoyo de todas las partes interesadas, se recurrirá a diversos mecanismos de comunicación acordes con la cultura y características organizacionales, el tamaño, la distribución geográfica o locativa, etc. Algunos mecanismos de divulgación son entrevistas, reuniones presenciales o virtuales, correos, cartelera, circulares, etc. Se recomienda combinar información verbal y escrita.

Generalmente la combinación de factores de riesgo psicosocial eleva el nivel de fatiga, afectando las diversas esferas de vida (personal, familiar, social, laboral) del trabajador de la salud y la asistencia social. Por lo anterior, en la medida en que las alternativas de intervención sean más integrales, se obtendrán mejores resultados en los procesos de disminución o control de las exposiciones a condiciones psicosociales adversas.

(ii) Planear las acciones de educación para la prevención y el control de la fatiga.

El contenido de la educación debe girar en torno a las siguientes temáticas principales:

- Dinámica de la fatiga: definición y factores generadores de fatiga.
- Implicaciones de la fatiga en la vida cotidiana, el trabajo y la salud.
- Reconocimiento de la fatiga aguda y crónica (física, mental, neurosensorial, etc.).
- Síntomas de la fatiga, consecuencias y riesgos asociados.
- Prevención y control de las molestias derivadas de la fatiga.
- Monitoreo de síntomas de fatiga: autoaplicación de registros de comportamientos y molestias asociadas a la fatiga, para que el mismo trabajador pueda identificarlas⁹.

9. El *Cuestionario de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake* (Villar, J., 2010), es un ejemplo.

- Identificación de las actividades que requieren de mayor nivel de alerta y de las estrategias para manejar la fatiga en esas circunstancias.
- Estilos de vida y trabajo saludable:
 - Alimentación y preparación de comidas balanceadas y ajustadas a las necesidades particulares.
 - Sueño: fases, características y propiedades del sueño, ritmos circadianos, controladores del sueño, efectos de la carencia y deudas de sueño, higiene del sueño diurno y del nocturno, trastornos de sueño y su tratamiento.
 - Autocuidado: concepto y variables. Identificación de conductas refugio o hábitos no saludables a los que se recurre como mecanismo de control de la fatiga.
 - Uso del tiempo libre: significado y características. El ocio y la recreación como espacios de disfrute, descanso, socialización y desarrollo. Recreación, salud, bienestar y calidad de vida. Búsqueda de alternativas: teatro, música, danza, yoga, relajación, senderismo, juegos individuales y colectivos, deportes, aficiones, lectura, jardinería, pintura, cuidado de mascotas, voluntariado, etc.
 - Administración del tiempo extralaboral: optimización de tareas en el hogar. Reorganización de la dinámica de responsabilidades en el núcleo familiar o de convivencia.
 - Optimización del tiempo laboral.

Los temas previstos para la educación deben abordarse teniendo en cuenta la dinámica, cultura y posibilidades de la organización y deben proveerse con personas idóneas por su conocimiento en la temática. La metodología debe ser, idealmente, la de seminario-taller, y se deben incluir actividades de autoevaluación y de planeación respecto a los posibles escenarios que se presentarían si la persona no hace cambios en su estilo de vida. Es también recomendable que la educación se combine con campañas informativas, fichas técnicas, charlas breves incorporadas en diferentes actividades del día a día laboral (cinco minutos dedicados a la prevención, etc.), teleconferencias, concursos, entre otras.

(II) Diseñar y definir actividades para prevenir los errores por fatiga.

Para favorecer el descanso y reducir el riesgo de errores que pueden causar incidentes, se recomienda que la organización contemple alguna de las dos siguientes posibilidades:

- Proveer sitios de descanso durante jornadas extensas o a turnos.
- Incorporar estrategias para facilitar la ejecución de tareas de alta responsabilidad como el suministro de medicamentos a los usuarios del servicio de salud.

A continuación se amplía la información sobre la forma de implementación de las recomendaciones anteriores:

- Proveer sitios de descanso durante jornadas extensas o a turnos
Considerando que en general el personal de salud y de asistencia social experimenta elevados niveles de fatiga, derivados de la confluencia de demandas propias del cargo, y aunque usualmente en las clínicas, hospitales o instituciones de asistencia social cuentan por lo menos con un espacio donde descansar durante momentos puntuales, se sugiere que tales lugares reúnan condiciones idóneas, como: espacios que permitan un aislamiento temporal y seguro, mobiliario y temperatura confortables para descansos breves. Cuando se dispone de varios espacios, se sugiere ubicar salas o lugares de descanso temáticas, por ejemplo: sala de lectura, música o de actividades lúdicas (juegos de mesa, por ejemplo), gimnasio, pintura, yoga, etc.
- Facilitar la ejecución de tareas de alta responsabilidad como el suministro de medicamentos: dado que la fatiga incide negativamente en la atención, en la discriminación de detalles y en la capacidad de toma de decisiones, en particular durante ciertas franjas horarias se recomienda:
 - Mantener las áreas con excelente iluminación.
 - Colocar señales visuales claras en los lugares de almacenamiento de insumos, medicamentos o equipos (estantes y frascos o cajas), que faciliten la discriminación, en especial entre aquellos con empaques o apariencia similar.

- Ubicar los insumos, medicamentos o equipos similares, en posiciones y sitios alejados, de forma que se reduzca la posibilidad de error.
- Preservar el orden y ubicación de los elementos mediante capacitación y campañas, incluido el seguimiento aleatorio por parte de una persona¹⁰ de la dependencia.
- Retroalimentación periódica por parte del líder y de otras personas del grupo de trabajo para incorporar las lecciones aprendidas y planear nuevos mecanismos de soporte que refuercen los hábitos seguros de trabajo.

(i) Desarrollar las acciones de educación para la prevención y el control de la fatiga

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, con la participación de los jefes inmediatos y los representantes de los trabajadores de las áreas en las que se desarrollan las actividades de intervención, facilitan y acompañan la implementación y el desarrollo de las actividades, velando porque se mantenga la motivación y se concedan los espacios de tiempo y recursos necesarios.

Los responsables de la educación también ejecutan actividades de refuerzo acudiendo a diversos recursos tales como concursos, campañas e incorporación de la temática dentro de las reuniones habituales de trabajo (por ejemplo presentar un video o comentar una información alusiva al tema). El reconocimiento del nivel de avance constituye un motivador importante.

(ii) Implementar las acciones para prevenir los errores por fatiga

Las dos actividades planteadas anteriormente suelen ser de fácil implementación, sin embargo es importante propender porque los mismos trabajadores aporten ideas adicionales. La participación hará que los cambios se preserven en el tiempo.

10. La participación puede ser rotativa; en todo caso se recomienda que quien efectúe ese control sea una persona que tenga elevada habilidad de percepción y discriminación de detalles, y que se encuentre en mayor condición de alerta por estar iniciando la secuencia del turno.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Verificar Verificar Verificar Verificar

(i) Hacer seguimiento y verificación de los resultados de la intervención

Inicialmente las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, el jefe inmediato y los representantes de los trabajadores, efectúan el seguimiento progresivo a los cambios acordados, buscando detectar y subsanar tempranamente las falencias y los obstáculos que puedan afectar la calidad, oportunidad y el despliegue de la intervención.

Posteriormente y de acuerdo a lo estipulado en la planeación, se calculan indicadores que son fundamentalmente:

- Cumplimiento del cronograma de las actividades (proceso): $\text{número de actividades realizadas} / \text{número total de actividades programadas} * 100$
- Indicador de cobertura (proceso): $\text{número de trabajadores que participaron en las actividades} / \text{número total de trabajadores programados} * 100$.
- Evaluación de la satisfacción de los jefe(s) y trabajadores participantes en el proceso de intervención (resultado). La evaluación puede realizarse de forma escrita o mediante entrevistas.
- Evaluación del nivel de fatiga percibido antes y después de la intervención (resultado).

Actuar Actuar

(i) Implementar acciones de mejora a la intervención

Con los resultados de la evaluación de la intervención se detectan las no conformidades y se toman decisiones respecto de las modificaciones que se requieren para el logro de las metas propuestas.

En caso de que la implementación de la acción haya sido direccionada únicamente a un subgrupo y luego de la evaluación se reconozcan sus beneficios, se sugiere ampliar la cobertura, sea a otro subgrupo particular o a toda la población del servicio de salud y de asistencia social.

Como complemento se sugiere consultar las siguientes acciones de intervención contenidas en Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral, que forma parte de esta serie de documentos técnicos: fomento de estilos de vida saludable, prevención de consumo de sustancias psicoactivas, información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar, fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales, y manejo eficaz del tiempo.

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo serán las encargadas de efectuar el seguimiento sistemático y periódico de los resultados de la implementación de la estrategia de intervención. Los periodos de seguimiento se establecerán de acuerdo a las actividades, pero se recomienda que sea cada seis meses, ello sin detrimento de la evaluación que se propone para cada una de las actividades de esta estrategia.

Los indicadores que se sugieren para la evaluación de la estrategia en su conjunto son:

- Ausentismo (por permisos, incapacidad), o accidentes de trabajo.
- Rotación.
- Quejas y reclamos de los usuarios o de otros trabajadores y jefes y eventos no conformes.

En el cálculo de los indicadores anteriores debe tenerse presente que los mismos deben referirse a situaciones de demanda emocional o de fatiga de los trabajadores.

Es importante considerar que los resultados del análisis de los indicadores anteriores pueden arrojar información valiosa en torno a los componentes de la intervención, y a partir de ello se apropian lecciones que deben ser socializadas para favorecer el aprendizaje y la mejora.

Dado que varias de las intervenciones tienen un componente actitudinal importante, el análisis de varias de las actividades de intervención debe efectuarse de manera cualitativa, puesto que las modificaciones pueden ser sutiles y no verse reflejadas en valoraciones cuantitativas.

6. GLOSARIO

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

Apoyo social: las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que opera (familiar, laboral) se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción (Pérez y Martín, 1997).

Atención Primaria en Salud (APS): definida como la asistencia sanitaria esencial basada en tecnologías y métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Capacitación: adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale y Goldstein, 1991). La capacitación está dirigida a elevar los niveles de competencia de las personas para el desempeño de las labores relacionadas con el proceso de producción de determinados bienes o servicios, para la gestión de ese mismo proceso, y para las tareas que implica su propio bienestar

y desarrollo. Las técnicas de capacitación no solamente incluyen las tradicionales de tipo presencial como cursos, talleres, seminarios, etc., sino también las que han sido desarrolladas más recientemente, como las técnicas derivadas a partir de la educación a distancia (Cinterfor y OIT, 1996).

Ciclo PHVA: procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos: (i) Planificar: se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar, y determinando ideas para solucionar esos problemas. (ii) Hacer: implementación de las medidas planificadas. (iii) Verificar: revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados. (iv) Actuar: realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores (Decreto 1072 de 2015).

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST): es un órgano bipartito y paritario constituido por representantes del empleador y de los trabajadores, con las facultades y obligaciones previstas por la legislación y la práctica nacionales, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos (Decisión 584 de 2004, CAN).

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

Dimensión de demandas ambientales y de esfuerzo físico: condiciones del lugar de trabajo y de la carga física que involucran las actividades que se desarrollan, que bajo ciertas circunstancias exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son condiciones de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, ventilación), químico, biológico (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas cuantitativas: son las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar en relación con el tiempo disponible para hacerlo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de carga mental: las exigencias de carga mental se refieren a las demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que

6. GLOSARIO

involucran procesos mentales superiores de atención, memoria y análisis de información para generar una respuesta. La carga mental está determinada por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle) y los tiempos de que se dispone para procesarla (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea, que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010). La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas, y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de exigencias de responsabilidad del cargo: las exigencias de responsabilidad directa en el trabajo hacen alusión al conjunto de obligaciones implícitas en el desempeño de un cargo, cuyos resultados no pueden ser transferidos a otras personas. En particular, esta dimensión considera la responsabilidad por resultados, dirección, bienes, información confidencial, salud y seguridad de otros, que tienen un impacto importante en el área (sección), en la empresa o en las personas. Adicionalmente, los resultados frente a tales responsabilidades están determinados por diversos factores y circunstancias, algunas bajo el control y otras fuera del control del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral: condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de la jornada de trabajo: las demandas de la jornada de trabajo son las exigencias del tiempo laboral que se hacen al individuo en términos de la duración y el horario de la jornada, así como de los periodos destinados a pausas y descansos periódicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza: se refieren al sentimiento de orgullo y a la percepción

de estabilidad laboral que experimenta un individuo por estar vinculado a una organización, así como el sentimiento de autorrealización que experimenta por efectuar su trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dirección/Alta dirección: gerente, subgerente, presidente, vicepresidente, director.

Empresas Sociales del Estado: (ESE): entidades cuyo objetivo es la prestación de los servicios de salud entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud (Decreto 1876 de 1994, Capítulo I, artículo 2º).

Entorno laboral saludable (Organización Mundial de la Salud, 2010): “Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores: la salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo; la salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo; los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y la de otros miembros de la comunidad”.

Fatiga: “La fatiga es una sensación compleja, integrada por síntomas físicos y psíquicos, que ubica a quien la percibe en un continuo que va desde sentirse bien hasta estar exhausto; constituye un sistema de evaluación de la integridad del individuo y un factor determinante en la disposición para realizar alguna tarea” (Martínez y Barrientos, 2004).

Formación: conjunto de acciones orientadas a generar cambios en la actuación laboral de los empleados; la definición implica que los trabajadores dominen los cometidos, competencias y tareas que afrontan en el lugar de trabajo en el sentido de que formarse es una apuesta a completarse a sí mismo en el lugar de trabajo (Avallone, 1989, citado por Llorens-Gumbau, (s.f.).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de estructura: medidas verificables de disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender demandas en seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

6. GLOSARIO

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Jefes: término utilizado para designar a supervisores, coordinadores, subdirectores, etc.; es decir cargos que desempeñan una jefatura dentro de la empresa.

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en el campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Mindfulness: es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicios de valor. La traducción más frecuente de *mindfulness* es “conciencia plena” o “atención plena” (Villajos y Barba, 2013). La práctica sistemática de esta técnica permite reeducar la mente, el cerebro y el cuerpo a través de la observación neutral de pensamientos, emociones, sentimientos y sensaciones físicas como elementos dinámicos, con el fin de cambiar su percepción y manejo.

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales a quien(es) se dirige la acción o estrategia propuesta, con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Resiliencia: capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante (Forés y Grané, 2008; Rutter, 1993).

Riesgo: combinación de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos (Decreto 1072 de 2015).

Trabajador: término general para designar los colaboradores, funcionarios o empleados en general.

7. BIBLIOGRAFÍA

ASOCAJAS (Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar). (2011). La recreación como factor determinante de la salud y calidad de vida. *Revista Más Vida* 14. Disponible en: <http://asocajasrevistamasvida.asocajas.org.co/index.php/revista-mas-vida-no-14/136-la-recreacion-como-factor-determinante-de-la-salud-y-calidad-de-vida>

Awa, W., Plaumann, M. y Walter, U. (2010). *Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling* (78): 184-190.

Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Cartagena. Banco de la República. *Documentos de trabajo sobre Economía Regional* 204: 1-45.

Barker, L. y Nussbaum, M. (2011). Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing* 67 (6): 1370-1372.

Bisquerra, R. y Pérez, R. (2012) Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica. Avances en Supervisión Educativa. *Revista digital de la Asociación de Inspectores de Educación de España* 16. Disponible en: http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=448&Itemid=465

7. BIBLIOGRAFÍA

- Carnevale, A. P. y Goldstein, H. (1991). Schooling and training for work in America: An overview. New developments in worker training: A legacy for the 1990s. Disponible en: <http://50.87.169.168/OJS/ojs-2.4.4-1/index.php/LERAMR/article/download/1170/1156#page=117>
- Carrasco, A., De la Corte, C. y León, J. (2010). Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista digital de la prevención* 1. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/213894638/Engagement-Un-Recurso-Para-Optimizar-La-Salud-Psicosocial#scribd>
- Cinterfor y Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Formación y trabajo: de ayer para mañana. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad1a07.htm>
- Connaughton, M. y Hassinger, J. (2007). Leadership character antidote to organizational fatigue. *The Journal of Nursing Administration* 37 (10): 464-470.
- DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (s.f.). Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU Rev. 4 A.C.), Colombia. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/normas-y-estandares/nomenclaturas-y-clasificaciones-sen/160-uncategorised/2723-clasificacion-industrial-internacional-uniforme-de-todas-las-actividades-economicas-ciiu>
- Decisión 584 de 2004. Comunidad Andina de Naciones (CAN). Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC584s.asp>
- Decreto 1876 de 1994. Ministerio de Salud. República de Colombia.
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Forés, A. y Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona. Plataforma Editorial. Primera Edición. Disponible en: <http://www.plataformaeditorial.com/uploads/La-resiliencia.pdf>
- Guzmán, E. (2001). Los mil abrazos de Morfeo: aproximación al sueño, a los sueños y a los ritmos. Psicobiología. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Disponible en: <http://uniquindio.metabiblioteca.org/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=30811>
- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Oficina Internacional del Trabajo, Cinterfor. Primera edición, Montevideo. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf

- Ley 100 de 1993. República de Colombia.
- Ley 1122 de 2007. República de Colombia.
- Ley 1438 de 2011. República de Colombia.
- Ley 1608 de 2013. República de Colombia.
- Ley 1751 de 2015. República de Colombia.
- Llorens Gumbau, S. (s. f.). Significado y actitudes de la formación continua: Un estudio cualitativo en el sector metalmecánico. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80389/forum_1997_12.pdf?sequence=1
- Llorens-Gumbau, S. y Salanova-Soria, M. (2014). Loss and gain cycles? A longitudinal study about burnout, engagement and self-efficacy. *Burnout Research* 1(1): 3-11.
- López, H. y López, A. 2011. Recreación sana: ¿Opción o necesidad? *En: Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/14/lhla.html>
- Marmolejo, M. (2004). La recreación como un componente de la salud: algunas reflexiones sobre equidad e inclusión a partir del proceso de práctica profesional del programa de recreación de la Universidad del Valle. Ponencia VIII Congreso Nacional de Recreación. Vicepresidencia de la República, Coldeportes, Funlibre. Bogotá, Colombia.
- Martínez, A., Méndez, R. y Barrientos, T. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la prueba de síntomas subjetivos de fatiga en trabajadores mexicanos. *Revista de Salud Pública* 46: 516-523.
- Ministerio de la Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Estudios/Bateria-riesgo-psicosocial-1.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Manual de habilitación de prestadores de servicios de salud. Pp: 8. *En: Resolución 1441 de 2013*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>
- Ministerio de Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana y Fedesarrollo (s.f.). Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). Bogotá, D. C., Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2013). II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Centro Regional para Colombia y el Área Andina. Bogotá, D. C., Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Almá-Atá. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Almá-Atá: OMS. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. OMS. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Pérez, J. y Martín, F. (1997). NTP 439. El apoyo social. INSHT. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Madrid, España. Disponible en: http://www.prevencionlaboral.org/pdf/NTP/ntp_439.pdf
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Resolución 1441 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Disponible en: <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%201441%20DE%202013.pdf>
- Rodríguez, A., Llorens, S. y Salanova, M. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales* (29): 46-51.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 14 (8): 626-631.
- San Vicente Fundación. (2012). Ocio y uso del tiempo libre. Programa de Adicciones,

7. BIBLIOGRAFÍA

Departamento de Salud Mental, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia. Disponible en: http://www.elhospitalblog.com/vida_sana/consejos-de-salud/ocio-y-uso-del-tiempo-libre/

Villajos, L., Ballesteros F. y Barba, M. (2013). Mindfulness en medicina. *Medicina familiar de Andalucía* 14 (2): 166-179.

Villar, J. (2010). Evaluación de fatiga en trabajadores de reparto de bebidas. Tesis de Maestría en Ciencias en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene. Instituto Politécnico Nacional. México, D. F.

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Mejorar las competencias emocionales y de autocontrol del personal de salud y de asistencia social.	Instaurar los servicios de atención y apoyo psicosocial al trabajador.	Proceso	Número de consultas efectuadas en un periodo / Número total de trabajadores de la población objeto de la intervención *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que asistieron a consulta que califican como satisfactoria la calidad de la atención / Número total de trabajadores que asistieron a consulta *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de casos con alteraciones de salud derivadas de las demandas emocionales después de la intervención individual y grupal / Número de casos con alteraciones de salud derivadas de las demandas emocionales antes de la intervención individual y grupal.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Mejorar las competencias emocionales y de autocontrol del personal de salud y de asistencia social.	Desarrollar actividades de formación y de atención grupal.	Proceso	Número de trabajadores que participaron en cada una de las actividades de formación / Número total de trabajadores programados *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Al finalizar las sesiones de trabajo.
		Resultado	Número de eventos no conformes por problemas de bajo control emocional por parte de la población objeto de la intervención (quejas y reclamos) / Número total de servicios prestados por esa misma población*100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
	Fomentar las redes sociales de apoyo social intralaboral.	Proceso	Número de trabajadores que participaron en cada una de las capacitaciones efectuadas / Número total de trabajadores programados *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Al finalizar las sesiones de capacitación en la temática.
		Resultado	Número de personas del grupo participante que presenta quejas por dificultades asociadas a exposición a demanda emocional / Número de personas que laboran en el grupo*100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención de las demandas de la jornada de trabajo.	Proveer sitios de descanso durante jornadas extensas o a turnos (prevenir errores por fatiga).	Proceso	Número de trabajadores de la población objeto de la intervención que utilizan los sitios de descanso / Número total de trabajadores de la población objeto de la intervención *100.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
		Proceso	Número de trabajadores objeto de la intervención satisfechos con los sitios de descanso / Número total de trabajadores de la población objeto de la intervención *100.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención de las demandas de la jornada de trabajo.	Proveer sitios de descanso durante jornadas extensas o a turnos (prevenir errores por fatiga).	Resultado	Nivel de fatiga después de la intervención de los trabajadores que utilizan los sitios de descanso / Nivel de fatiga antes de la intervención *100.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
	Facilitar la ejecución de tareas de alta responsabilidad como el suministro de medicamentos (prevenir errores o accidentes por fatiga).	Resultado	Número de incidentes o accidentes, derivados de errores asociados a fatiga / Número total de servicios prestados por esa misma población*100.	Seguridad y salud en el trabajo	Mensual Trimestral Semestral Anual
Desarrollar habilidades de los trabajadores de la salud y asistencia social, para identificar señales de fatiga y desplegar comportamientos para prevenirla o reducirla.	Desarrollar acciones de educación para la prevención y control de la fatiga.	Proceso	Número de trabajadores que participaron en las acciones de educación realizadas / Número total de trabajadores programados * 100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Proceso	Número de actividades realizadas / Número total de actividades programadas * 100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que aprueban la evaluación asociada a la capacitación en la temática específica.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Posterior a la actividad Trimestral
Estimular el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para manejar las demandas emocionales y de jornada propias del trabajo en los trabajadores del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social.	Considerar globalmente las acciones de intervención.	Ausentismo por permisos, incapacidad (Referidos a situaciones de demanda emocional o de fatiga de los trabajadores).	Número de horas perdidas por ausentismo asociado a permisos o incapacidad en un periodo determinado de tiempo / Número total de horas-hombre trabajadas en el mismo periodo de tiempo *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral
		Ausentismo por eventos AT (Accidentes de trabajo referidos a situaciones de demanda emocional o de fatiga de los trabajadores).	Número de horas perdidas por ausentismo asociado a AT en un periodo de tiempo determinado / Número total de horas-hombre trabajadas en el mismo periodo de tiempo *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Estimular el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para manejar las demandas emocionales y de jornada propias del trabajo en los trabajadores del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social.	Considerar globalmente las acciones de intervención.	Índice de rotación de personal en la dependencia o grupo objeto de las acciones de intervención.	Número contrataciones menos Número de cancelaciones en el (los) grupos / Número de empleados activos *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral
		Resultado	Número de eventos no conformes por problemas de bajo control emocional por parte de la población objeto de las acciones de intervención (quejas y reclamos de los usuarios, otros trabajadores y jefes) / Número total de servicios prestados por esa misma población *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral

