



DISSENY I VALIDACIÓ D'UN QUESTIONARI DE CULTURA PREVENTIVA EN CENTRES SANITARIS ASSISTENCIALS

M Pilar Subirats Cid

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

**DISSENY I VALIDACIÓ D'UN QÜESTIONARI DE CULTURA
PREVENTIVA EN CENTRES SANITARIS ASSISTENCIALS**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CULTURA
PREVENTIVA EN CENTROS SANITARIOS ASISTENCIALES**

Pilar Subirats i Cid



TESI DOCTORAL – TESIS DOCTORAL- DOCTORAL THESIS

2019

Doctorand: M. Pilar Subirats Cid

DISSENY I VALIDACIÓ D'UN QÜESTIONARI DE CULTURA PREVENTIVA EN CENTRES SANITARIS ASSISTENCIALS

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CULTURA PREVENTIVA EN CENTROS SANITARIOS ASISTENCIALES

Tesi doctoral

Dirigida per:

Dr. Lluís Colomé i Figuera

Professor associat Facultat de Medicina i
Ciències de la Salut. URV

Dr. JoanD. Fernández-Ballart

Catedràtic Medicina Preventiva i Salut Pública.
URV

ÀREA DE MEDICINA PREVENTIVA I SALUT PÚBLICA.

DEPARTAMENT DE CIÈNCIES MÈDIQUES BÀSIQUES.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

C/ Sant Llorenç, 21

43201 Reus



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

FEM CONSTAR que aquest treball, titulat "Disseny i validació d'un qüestionari de cultura preventiva en centres sanitaris assistencials.", que presenta M. Pilar Subirats Cid per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meua direcció al Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques d'aquesta universitat.

HACEMOS CONSTAR que el presente trabajo, titulado "Diseño y validación de un cuestionario de cultura preventiva en centros sanitarios asistenciales ", que presenta M. Pilar Subirats Cid para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Ciencias Médicas Básicas de esta universidad.

WE STATE that the present study, entitled "Developing a questionnaire to evaluate health promotion and safety culture in a care health center", presented by M Pilar Subirats Cid, for the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the Department of Ciències Mèdiques Bàsiques of this university.

Reus, a 4 d' abril de 2019

Els directors de la tesi doctoral
Los directores de la tesis doctoral
Doctoral Thesis Supervisors

Dr. Lluís Colomé i Figuera

Dr. Joan D. Fernandez Ballart

ÍNDEX:

AGRADECIMIENTOS / AGRAÏMENTS	11
1. GLOSSARI D'ABREVIATURES.....	13
2. RESUM:.....	15
3. INTRODUCCIÓ:	17
3.1. CONTEXT GEOPOLÍTIC DE LA PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS AL S. XX ..	18
3.1.1. MARC SOCIOECONÒMIC	18
3.1.2. MARC HISTÒRIC	20
3.1.3. MARC JURÍDIC	22
3.1.4. MARC GLOBAL NO GOVERNAMENTAL.....	33
3.2. SITUACIÓ D'ACCIDENTABILITAT LABORAL	38
3.3. REACCIÓ GLOBAL A L'ACCIDENTABILITAT LABORAL.....	45
Pla Global d'Acció proposat per l'OMS,.....	45
Evidència d'efectivitat en accions de seguretat:	48
Evidència en risc psicosocial	49
Evidència d'efectivitat d'intervencions en recursos personals de salut en l'espai de treball (la majoria limitada a educació de la salut).....	51
Evidència d'efectivitat de la implicació de l'empresa en la comunitat	53
Context global, legal i polític de la salut en l'ambient laboral.....	54

3.4.	CONCEPTE DE CULTURA PREVENTIVA.....	59
	Responsabilitat social corporativa	66
	Elements comuns entre cultura de seguretat i clima de seguretat	74
	Models evolutius de cultura de la prevenció	76
3.5.	ÉS POSSIBLE MESURAR LA CULTURA PREVENTIVA EN L'ÀMBIT DELS CENTRES SANITARIS ASSISTENCIALS?	78
3.5.1.	Justificació.....	78
3.5.2.	Punts clau que configuren la Cultura Preventiva.....	80
3.5.3.	Eines existents validades.....	82
3.5.3.1.	Leading by Example Instrument	84
3.5.3.2.	Qüestionari Gershon	86
3.5.3.3.	Qüestionari Nòrdic – Nosacq-50.....	88
3.5.4.	Eines existents no validades	89
3.5.4.1.	Qüestionari: factors laborals predictius d' absència per malaltia	89

3.5.5.	<i>Esquema eines valorades i de requeriments per a la seva aplicació.....</i>	91
3.5.6.	<i>Qüestionaris de l'INSHT (portal PST,2017): qüestionaris de promoció de la salut de la Xarxa Europea de Promoció de la Salut en el Treball-ENWP (Portal ENWP, 2017).</i>	93
3.5.6.1.	Qüestionari: MOVE EUROPE.....	94
3.5.6.2.	El Qüestionari de Salut Mental.....	94
3.5.6.3.	Qüestionari d'identificació de necessitats en les empreses en relació amb l'envelliment.....	95
3.5.6.4.	Qüestionari relatiu a malaltia crònica.....	95
4.	OBJECTIUS:	97
5.	MATERIAL I MÈTODES.	99
5.1.	FASE DE DISSENY DEL QÜESTIONARI:.....	101
5.1.1.	POLÍTICA DE L'ORGANITZACIÓ	101
5.1.2.	GESTIÓ DE RISCOS LABORALS.....	102
5.1.3.	GESTIÓ DELS ACCIDENTS LABORALS I MALALTIES PROFESSIONALS.....	103
5.1.4.	ABORDATGE DEL RISC PSICOSOCIAL.....	103
5.1.5.	SALUT LABORAL	104
5.1.6.	GESTIÓ DE CASOS D'ESPECIAL SENSIBILITAT.....	104
5.1.7.	MEDI AMBIENT	106
5.1.8.	PROMOCIÓ/PROTECCIÓ DE LA SALUT	106
5.2.	FASE DE VALIDACIÓ DEL QÜESTIONARI:	138
5.2.1.	VALIDESA:	138

5.2.1.1.	Validesa lògica o aparent:	139
5.2.1.2.	Validesa de constructe:	139
5.2.1.3.	La validesa de criteri:.....	140
5.2.2.	FIABILITAT:.....	142
5.2.2.1.	Consistència interna:	142
5.2.2.2.	Fiabilitat temporal:	143
6.	RESULTATS:	148
6.1.	ANÀLISI ESTADÍSTICA:	148
6.2.	QÜESTIONARI FINAL VALIDAT	157
7.	DISCUSSIÓ:	163
8.	CONCLUSIONS:	187
9.	BIBLIOGRAFIA.....	189

10.	ANNEXOS.....	205
10.1.	ANNEX 1: CONSENTIMENT INFORMAT	205
10.2.	ANNEX 2: RESPOSTA AVALUACIÓ CEIC	206
10.3.	ANNEX 3: ARTÍCULO: ¿PODEMOS MEDIR LA CULTURA PREVENTIVA?DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CULTURA PREVENTIVA.....	207

AGRADECIMIENTOS / AGRAÏMENTS

Quan surts per fer el viatge cap a Ítaca,
has de pregar que el camí sigui llarg,
ple d'aventures, ple de coneixences.
Has de pregar que el camí sigui llarg,
que siguin moltes les matinades
que entraràs en un port que els teus ulls ignoraven,
i vagis a ciutats per aprendre dels que saben.
Tingues present sempre la idea d'Ítaca.
Has d'arribar-hi, és el teu destí,
però no forçis gens la travessia.
És preferible que duri molts anys,
que siguis vell quan fondegis l'illa,
ric de tot el que hauràs guanyat fent el camí,
sense esperar que et doni més riqueses.
Més lluny, heu d'anar més lluny
dels arbres caiguts que ara us empresonen,
i quan els haureu guanyat
tingueu ben present no aturar-vos.
Més lluny, sempre aneu més lluny,
més lluny de l'avui que ara us encadena.
I quan sereu deslliurats
torneu a començar els nous passos.
Més lluny, sempre molt més lluny,
més lluny del demà que ara ja s'acosta.
I quan creieu que arribeu, sapigueu trobar noves sendes.....

No és cap error d'impressió, es tracta d'una part de la lletra del viatge a Ítaca, ja que aquest és l'esperit amb que s'ha fet el viatge d'aquest projecte, i és per això que vull agrair a tots els companys de viatge que han estat allà amb el seu esforç, i que han fet molt agradable el trajecte.

Gràcies: Frederic Bretau, Rosa Carreres, Eugènia Sánchez, Assumpció

Guixeras, Miquel Vilardell, Susana Torrecillas, Sonia Barroso, Manel ...

Gràcies Consol Serra pel el teu gran esperit crític...

Gràcies Maria Esteve per les teves sàvies indicacions...

Gràcies Inés, tot i el bany de realitat...

També vull agrair la infinita paciència i el suport incondicional dels meus fills,

Albert i Alba que m'han inspirat en tot moment.

Als meus pares, que sempre estaran amb mi.

Gràcies Josep M, per estar en tot moment al meu costat!!

I també donar les gràcies al Dr. Lluís Colomé i al Dr. Joan D Fernández Ballart
per la seva implicació i el seu gran mestratge.

1. GLOSSARI D'ABREVIATURES

ACSNi	Advisory Comitee on the Safety of Nuclear Installations
AFRO	Oficina Regional OIT d'Àfrica
AMOR	Oficina Regional OIT d'Amèrica
BEIs	Index biològic d'exposició
BOE	<i>Butlletí Oficial de l'Estat</i>
CDC	Centres per al Control i Prevenció de les Malalties
CEE	Comunitat Econòmica Europea
CEIC	Comitès Ètics d'investigació clínica
COSMIN	Consensus-based standards for the Selection of Health measurements instruments
EFQM	European Foundation for Quality Managment
EMRO	Oficina Regional OIT de la Mediterrània Oriental
ENWHP	Xarxa Europea per la Promoció de la Salut en el lloc de treball. European Network for Workplace Promotion
EURO	Oficina Regional OIT d'Europa
GPA	Pla Global d'Acció
HPH	Hospital Promotor de la Salut
ILO	International Labour Organization
INSHT	Institut Nacional de Seguretat e Higiene del Treball. Actual INSST Institut Nacional de Seguretat i Salut en el Treball.
ISCP	Simposium Internacional de la Cultura de la Prevenció
ISO	Organisme Internacional d'Estandardització
IWH	Institut for Work and Health
MBNQA	Malcom Baldrige National Quality Adward
OELs	Límit d'exposició ocupacional
OIT	Organització Internacional del Treball
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONG	Organització no governamental

PRL	Prevenió de riscos laborals
PST	Promoció de la salut en el treball
PubMed	Base de dades científica PubMed
RSC	Responsabilitat social corporativa
SEARO	Oficina Regional OIT del Sud-est d'Àsia
SL	Salut laboral
SSO	Seguretat i salut ocupacional
TLVs	Valor límit d'exposició
TMEs	Transtorns músculosquelètics
UE	Unió Europea
UN	United Nations
WPEO	Oficina Regional OIT del Pacífic Oest

2. RESUM:

Com mesurar el grau de Cultura Preventiva que apliquen les nostres institucions sanitàries assistencials en la seva gestió de la Prevenció de Riscos Laborals (PRL) és una de les dificultats per avaluar la gestió que fa cada centre sanitari del nostre medi. Per tant l'anàlisi d'aquest sistema de gestió, és el primer pas per poder planificar accions de millora en la gestió de les matèries que comprenen les disciplines que formen part de la PRL.

Obtenir una eina que ens permeti portar a terme aquesta avaluació ha estat un dels objectius d'aquest projecte. La cerca d'una eina validada ens ha dut a analitzar els instruments ja validats, i alguns qüestionaris no validats, que hem localitzat en la literatura científica. Els instruments que trobem validats en la literatura científica s'analitzen per determinar la seva aplicabilitat en el entorn dels centres sanitaris assistencials en l'àmbit geogràfic que abraça l'ús de la llengua catalana.

Les conclusions de l'anàlisi de les eines ja existents fa que es consideri que aquestes no incorporen tots els aspectes que formen part d'una visió global del que entenem com a Cultura Preventiva a l'actualitat.

Per aquest fet es planteja abordar el disseny d'un nou instrument adaptat al nostre entorn cultural i que faci viable l'objectiu de mesura que es proposa.

Inicialment, per poder aprofundir en el concepte actual de cultura preventiva s'ha dut a terme una exploració de l'origen i els antecedents històrics de totes les disciplines que en formen part. S'ha fet un breu recorregut pel context geopolític dels s.s XIX i XX, tenint en compte aspectes històrics, econòmics i jurídics. En conjunt, tots aquests aspectes són els que defineixen el desenvolupament de la normativa legal que es genera en la societat del s. XIX i sobretot del XX. La magnitud de l'accidentabilitat laboral i les condicions

laborals que s'han anat succeint al llarg del període revisat han fet necessària aquesta normativa i hi ha influït.

En el moment en què tenim contextualitzat l'origen i el significat del concepte cultura preventiva, s'observa la necessitat de mesurar-ne el grau. Aquesta mesura ens ha de permetre analitzar-la.

Com que no hem trobat cap qüestionari ja validat que ens permeti fer aquesta mesura, concloem que no disposem de cap eina que ens serveixi per a aquest propòsit i, per tant hem decidit generar-ne una que ens sigui útil.

Després d'aquesta anàlisi s'inicia el procés de disseny i validació d'una eina nova en forma de qüestionari que ens permetrà avaluar la cultura preventiva de les institucions sanitàries, mesurant les percepcions que en té el personal sanitari que hi treballa. Aquesta eina ha de permetre elaborar plans de millora en PRL (abraçant totes les disciplines que la integren: Seguretat, Higiene, Ergonomia, Psicosociologia, i Salut Laboral), dirigits al personal laboral dels centres sanitaris de l'àmbit al qual ens dirigim.

El procés de validació d'aquesta eina, està format per la validació de contingut, inclòs en la mateixa fase de disseny, i en la qual s'aplica la tècnica del judici d'experts. El resultat d'aquesta fase és favorable. El pas següent està destinat a mesurar les capacitats psicomètriques de l'eina en què s'apliquen els mètodes estadístics pertinents, destinats a mesurar les capacitats psicomètriques del qüestionari, comprovant que la validesa i la fiabilitat de l'eina són satisfactòries, i que ens permeten considerar l'eina validada.

3. INTRODUCCIÓ:

Hem d'entendre el concepte de Cultura Preventiva, a través de la seva evolució històrica. Des de l'inici de la revolució industrial fins a l'actualitat. Aquesta introducció pretén donar-nos una visió del context geopolític que ens ha dut a definir el concepte de cultura preventiva, tal i com ha arribat als nostres dies. En l'evolució del concepte, hi han influït la situació històrica, el marc socioeconòmic i el desenvolupament de les Lleis i de la jurisprudència.

Afegint-hi a més, la influència que les organitzacions no governamentals que han treballat a escala supranacional, han tingut sobre l'evolució de la cultura preventiva de les empreses i de les diferents institucions.

Totes les influències integraran la definició actual del concepte, com també el conjunt de creences i actituds que defineixen la gestió global de les institucions, especialment aquella gestió que afecta el seu capital humà, és a dir tots els seus professionals.

3.1.CONTEXT GEOPOLÍTIC DE LA PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS AL S. XX

3.1.1. MARC SOCIOECONÒMIC

Amb el naixement de la revolució industrial a finals del s. XVIII a Europa es generalitza l'economia de mercat que està fonamentada en la industrialització de la producció i l'abandonament dels mètodes de producció tradicionals. Aquests canvis es produeixen gràcies al desenvolupament tecnològic progressiu.

La revolució industrial transforma les estructures socials en benefici de la burgesia, ja que es produeix la supressió de la servitud i la tendència a la generalització de la igualtat civil.

Els treballadors/ores de les grans indústries seran la mà d'obra més nombrosa d'aquest sistema econòmic. Una de les característiques principals de la revolució industrial és la despersonalització del treball, avalada per la utilització de tecnologies en constant evolució des d'aleshores. Es produeix un èxode del camp a les ciutats i un gran creixement demogràfic que comporta un augment de la població treballadora en situació de precarietat, tant en les condicions de treball com en la seva situació econòmica (Álvarez Junco, 1981). Al s. XX de forma progressiva, la mobilització de la classe treballadora aconseguirà resposta política a la seva situació. A través de la lluita aconseguirà que es tinguin en compte els drets dels treballadors/ores i que aquests drets tinguin el seu reflex en les primeres legislacions de dret laboral i de prevenció de riscos laborals (García, 2007).

Les classes dominants de l'àmbit europeu esdevindran conscients de la problemàtica de la **qüestió social** (com anomenen el moviment obrer que reivindica la seva situació), a partir de la segona meitat del s. XIX. Tot i que a Espanya aquesta situació va més lenta, s'equipararà pràcticament a la situació europea durant les primeres dècades del s XX. El procés de revisió al qual se

sotmeten els codis civils a Europa, també es produirà a Espanya on es recolliran els principis liberals clàssics (Montoya Melgar, 2003).

Els costos dels accidents i les malalties professionals seran un argument important per al desenvolupament de la legislació en matèria de seguretat social i en prevenció de riscos laborals. No oblidem que la Llei obliga a indemnitzar els treballadors/ores en cas d'accident amb lesions, i més endavant també ho farà per les malalties professionals. També cal afegir al còmput els costos derivats, com són: en tecnologia, per absentisme...

El desplegament de la legislació laboral i de prevenció de riscos laborals i la necessitat de reduir costos de producció, fa que les mateixes empreses incorporin mecanismes per evitar accidents, lesions i, malalties professionals, i que intentin reduir la sinistralitat.

Aquests mecanismes consisteixen inicialment, en la millora de les condicions de treball, de seguretat i d'higiene. Més avançat el s. XX s'aniran incorporant mesures en l'ergonomia dels llocs de treball i en la prevenció de riscos psicosocials.

També s'incorporaran mesures per millorar aspectes relacionats amb la salut global dels treballadors/ores, com son les mesures de prevenció primària (per exemple, les immunitzacions per evitar riscos biològics), les de prevenció secundària (de diagnòstic precoç), i les de prevenció terciària (com ara les adaptacions dels llocs de treball per a personal especialment sensible). A més es fomenten mesures de promoció de la salut (conscienciació en hàbits saludables, deshabituació del tabac, gestió de l'estrès, etc.).

3.1.2. MARC HISTÒRIC

Durant el s. XX, Europa passa per diferents etapes, marcades per una economia desastrosa fins al final de la Segona Guerra Mundial, i reiniciarà el seu creixement econòmic de forma lenta durant les dècades dels anys cinquanta, seixanta i, sobretot en la dels setanta. Aquest creixement econòmic a Espanya no es visualitzarà fins entrada la dècada dels anys setanta.

En la primera meitat de s. XX tot i les dues guerres mundials no es destruiran les institucions, els costums, les Lleis ni els coneixements científic i tecnològic acumulats, ni tampoc l'activitat empresarial.

Després de les guerres mundials l'ajuda nord-americana (cal tenir en compte que l'economia dels EUA surt de la Segona Guerra Mundial com una gran potencia) és una peça clau per entendre l'evolució de l'economia mundial. D'aquesta ajuda se'n beneficiaran, sobretot la Gran Bretanya i França, però també països com Grècia i Àustria. A canvi, aquests països, hauran de facilitar l'apertura del comerç internacional. Durant aquesta fase de post-guerra Europa també importarà nous sistemes d'organització empresarial i molta de la nova tecnologia que es genera als EUA.

El procés d'integració econòmica s'inicia a Europa amb la constitució de la CECA ("Communauté européenne du charbon et de l'acier"/Comunitat Europea del Carbó i de l'Acer) l'any 1951 i la signatura del Tractat de París. Els països s'uneixen davant la gran debilitat d'Europa després de les guerres. Unió que afavoreix el creixement de les economies que en formen part, que inicialment són: França, l'Alemanya Occidental, Itàlia, Bèlgica, Luxemburg i els Països Baixos. Aquest procés constitueix l'inici de la Unió Europea tal com la coneixem avui.

Després d'aquesta primera unió, l'evolució ens conduirà primer a la creació de la Comunitat Econòmica Europea (CEE) el 1957 amb la signatura del Tractat

de Roma, i posteriorment al naixement de la Unió Europea l'any 1992 amb la signatura del Tractat de Maastricht (UE, 2018).

El Japó segueix un camí paral·lel a Europa. Es veurà molt afectat econòmicament per les guerres mundials i necessitarà el suport dels EUA per recuperar la seva economia. En canvi no va patir l'època de crisi que es produeix a Europa durant la dècada dels anys vuitanta i arriba a ser la segona potència mundial durant la dècada dels noranta.

En la segona meitat de s. XX el context mundial es troba en plena guerra freda entre els dos grans blocs, els EUA i l'URSS. Europa està dividida en el context de la crisi econòmica que pateix occident, amb uns índexs elevats d'inflació i atur.

A Espanya trobem primer el marc polític d'una monarquia, la d'Alfons XIII clarament intervencionista. En el segon terç, la República, que per la seva curta durada, no pot desenvolupar les seves propostes i que anirà seguida per la llarga etapa de la dictadura de Franco, en què el proteccionisme és la norma.

La llarga etapa de la dictadura manté el país al marge del progrés econòmic i social que s'esdevé a Europa. No serà fins a l'últim terç de s., amb la monarquia Borbònica, que es produirà una certa obertura a Europa. Aquest acostament a Europa es fa més evident amb la incorporació del país a la Comunitat Econòmica Europea (CEE). A partir d'aquest moment, el sistema jurídic nacional haurà d'incorporar les directives que es generen per consens, dins el si de la CEE, cosa que hi afavorirà la integració. Aquesta evolució donarà lloc a la posterior Unió Europea.

3.1.3. MARC JURÍDIC

En el marc del context històric a Espanya, que s'ha exposat cal destacar els aspectes legislatius següents vistos en la seva justa perspectiva temporal. Una revisió superficial d'aquests aspectes legislatius ens ha de permetre entendre l'evolució de les estructures i dels conceptes relacionats amb la salut i la seguretat dels treballadors/es.

Comissió de Reformes Socials (1889-1893)

La seva creació significa el primer intent d'institucionalitzar el tema social al país. Els debats que genera la Comissió a partir de la informació que recull sobre les condicions de vida i de treball de la classe obrera, serveixen a la burgesia per dissenyar nous marcs de relacions socials i espacials, a la fi obtenir normes socials. Es pretén que aquestes normes socials, a més, siguin més o menys consensuades, i que participin els agents socials per facilitar-ne el compliment posterior (Àlvarez Junco 1986).

A partir dels resultats de salut recollits per aquesta Comissió, sorgeixen les primeres normes relatives a la protecció de la salut dels treballadors/ores, que seran els referents bàsics de la seguretat i higiene del treball (Lluís i Navas 1975).

Llei d'Accidents de treball (AT) (1900)

Amb la promulgació d'aquesta Llei es recull per primer cop a Espanya la definició del que és un accident laboral com a tota lesió corporal que l'operari pateix amb ocasió o com a conseqüència del treball que exerceixi per compte d'altri (Espuny Tomas, 2005).

Es declara per primer cop la responsabilitat directa i objectiva de les empreses en els accidents que pateixen els seus treballadors/ores (art. 2) i només eximeix el patró de responsabilitat en situacions de força major (Fernández de Castro, 1910).

Es defineixen també els conceptes de patró/operari.

Hi apareix el concepte de dol en cas d'accident produït deliberadament pel treballador/a (Rodríguez Piñero, 2000).

Així mateix, també s'esmenta el risc professional que serà clau en el desenvolupament de la legislació laboral (González Sánchez, 1997) i que a Europa, ja s'havia recollit a finals del s. XIX (García-Ormaechea, 1933).

També és el primer cop que es legisla per protegir el treball de les dones i dels menors. A més es determinen indemnitzacions en cas d'AT i/o de mort de l'operari (Oyuelos, 1902).

L'article 12 d'aquesta Llei d'accidents de treball fomenta la institució de l'assegurança per evitar que el treballador/a quedi desprotegit, tot i que l'obligatorietat de l'empresari/ària no apareixerà fins a l'any 1932. Aquesta assegurança serà l'embrió del posterior desplegament de les societats d'assegurances que esdevindran les futures mútues laborals.

Un altre punt de l'AT és que suposa un canvi en la concepció dels invàlids/es per motiu de treball. Per tant, la podem considerar com l'origen de la prevenció de riscos laborals. A més, en els articles 6 i 9 es crea la figura de la Junta Tècnica, que tindrà com a funció elaborar un catàleg de mecanismes preventius per al Govern, catàleg que segueix les línies marcades pel sistema anglès, segons es reflecteix en "Estudio previo al Proyecto del Reglamento general de seguridad e higiene en el trabajo". Aquest document, que està publicat a la pàgina 767 del número 22 de l'any 1906 del Boletín del Instituto de Reformas Sociales determina que el patró té obligació de proporcionar assistència sanitària a l'accidentat/da i de prevenir els accidents (BOE-211, 1900).

Institut de Reformes Socials

L'Institut recull la continuació de la tasca de la Comissió de Reformes Socials i té dos àmbits principals d'actuació: assistència sanitària i indemnitzacions dels accidentats/des i àmbit preventiu.

En l'àmbit preventiu la gran tasca inicial és la recollida de dades, mitjançant un qüestionari de 63 ítems on s'apleguen les condicions de treball de la població obrera (Baselga, 1984). Amb l'anàlisi de les dades i les conclusions que en van extraure, es van establir els grans pilars científics a partir dels quals es va basar la seva activitat (Castillo, 2006). Aquests pilars són:

Estadística d'accidents i de treball

Inspecció industrial

Proposta de legislació

Proposta de reglaments de taller

Inspecció de treball

Va comptar amb tècnics col·laboradors importants per a la realització dels estudis que va produir i pretenia també canalitzar la participació dels obrers/es, tot i que en aquell moment les organitzacions sindicals encara no estaven prou consolidades.

Va dur a terme una tasca ingent en estudis, informes i col·leccions legislatives que s'anaven recollint en els successius butlletins, que esdevindrien una base important per al desenvolupament de la legislació en el món del treball (Palomeque, 1994).

Boletín del Instituto de Reformas Sociales (1903-1920)

Publica les diferents actuacions normatives que es van generar a l'època, entre les quals trobem la Llei de protecció de menors i de la maternitat de 1907. En aquestes Lleis s'hi determinen les tasques que poden dur a terme els menors, es prohibeix el treball en menors de 10 anys i es limita la duració de la jornada laboral diària.

Creació del Servei d'Inspecció de Treball (1907)

Està format per un cos d'inspectors que tenen per objectiu el control i la vigilància del compliment de les normes socials vigents.

Legislat en el Real decret d'1 de març de 1906 i estructurat de forma regional, comptava amb pocs mitjans humans i materials i tenia poc suport de les autoritats governatives i locals, que eren les encarregades d'imposar les sancions que es podien derivar de les seves actuacions. Així és com es recull en la "Memoria de los Servicios de Inspección 1907", publicada al "Boletín del Instituto de Reformas Sociales", número 56 pàg. 792, de 1909. En aquest document s'hi reflecteix el baix grau de compliment de la legislació que regula les condicions de treball, especialment en el cas de les dones i els nens, que també s'evidencia en els successius butlletins que es van publicant.

Llei de Tribunals Industrials 1908

S'estableixen aquests organismes en els caps dels partits judicials, amb jurisdicció sobre el territori de tot el partit judicial. Aquests tribunals tenen per objectiu la resolució de conflictes entre patrons i obrers interessats (BOE-141, 1908).

Creació de l'Institut Nacional de Previsió (1908)

Serà la primera institució oficial encarregada de la Seguretat Social i de l'Assistència Sanitària a España (BOE-60, 1908).

Reglament General del mutualisme laboral (1954)

Estableix mesures de protecció social que regulen la formació d'un sistema de previsió complementari i obligatori de les assegurances socials dels treballadors/ores. Es determinen aspectes de les prestacions reglamentàries, tot i que encara no es tracta d'un sistema contributiu (Redecillas, 2001).

Decret de creació del serveis mèdics d'empresa (1956)

Defineix la figura del metge del treball i les seves funcions. Determina quines empreses han de disposar obligatòriament d'aquesta figura (BOE-287, 1956).

Llei 193/1963 que regula sobre bases de la Seguridad Social

Avança en la regulació de la protecció dels treballadors/ores. Representa la consolidació de la Seguretat Social, tant des del punt de vista financer com jurídic. També regula la uniformitat de les prestacions sanitàries i econòmiques (BOE-312, 1963).

Pla Nacional d'Higiene i Seguretat en el Treball (1970)

Antecessor del actual "Institut Nacional de Seguretat i Higiene del Treball (INSHT)", amb funcions d'assessorament, prestació de serveis tècnics, col·laboració amb mútues patronals i laborals, formació i actuacions en matèria de prevenció de riscos.

Llei general de la Seguretat Social (1974)

Aquesta Llei regula aspectes de finançament i acció protectora del règim general de la Seguretat Social. Harmonitza les normes que regulen els règims especials com l'agrari o el dels treballadors/ores del mar. També modifica i incorpora els preceptes legals anteriors referits a la igualtat de drets socials de treballadors/es de la comunitat iberoamericana i les Filipines que treballen al

territori nacional, de la protecció de les famílies nombroses, d'emigració...
(BOE-A-1974).

Llei 16/1976 de relacions Laborals

L'objectiu d'aquesta Llei és posar ordre a tota la regulació de les relacions laborals. Millorar la normativa bàsica existent, com actualitzar les ordenances laborals, els convenis col·lectius sindicals, i els contractes individuals o de grup..., té com a objectiu facilitar la dinàmica de les relacions del treball existent (BOE-A-1976).

Llei 2133/1976 que modifica la Regulació dels serveis i organismes de Seguretat i higiene del treball.

És on es produeix definitivament la separació entre el sistema de Seguretat Social i els serveis generals d'higiene i seguretat en el treball (BOE-A-1976-17634).

Reial Decret llei 36/1978 de 16 de novembre sobre gestió institucional de la Seguretat Social, la salut i l'ocupació

Reial decret el qual es crea l'INSHT, que assumeix les funcions de seguretat i higiene en el treball que delega Govern de l'Estat.

També reordena altres entitats gestores, simplifica el seu nombre, en racionalitza les seves funcions i, descentralitza les tasques administratives.

Regula la participació que, en cada una d'aquestes, tenen els sindicats, les organitzacions empresarials i l'Administració pública, i dona resposta a les demandes socials de responsabilitat solidària.

L'Estat torna a assumir les funcions de la Seguretat Social referides a ocupació, educació i serveis socials. També configura la caixa única del sistema de Seguretat Social (BOE-A-1978).

Llei 8/1980 de 10 de març, de l'Estatut dels treballadors

Defineix les relacions laborals d'aquelles persones que treballen o duen a terme serveis retribuïts per compte aliè dins l'àmbit de la direcció d'una altra persona, física o jurídica, anomenada ocupador o empresari (BOE-A-1980).

Incorporació a la Unió Europea (UE) (1985)

La signatura del Tractat de Maastricht es fa efectiva l'1 de gener de 1986 i significa un gran avenç qualitatiu en la vida social, econòmica i política del país. Han estat necessaris importants esforços per adequar el país a les exigències de Maastricht. Les importants ajudes econòmiques rebudes, han permès actualitzar les estructures, i aproximar, a poc a poc, l'economia del país a la situació global de la resta de països, salvant les distàncies. S'ha assolit la moneda única i la participació en el mercat únic europeu, aspectes que han proporcionat una prosperitat econòmica superior. Amb tots els esforços que s'han dut a terme per aconseguir-ho, se supera la llarga època d'aïllament que va patir Espanya fins a la seva incorporació efectiva a la UE (López Cano, 2000).

Directiva 89/391/CEE de 12 de juny de 1989, del Consell relativa a promoure la millora de la Seguretat i la Salut en el treball.

Directiva que inclou principis generals d'aplicació a la UE relatius a la prevenció de riscos laborals, la protecció de la seguretat i la salut, l'eliminació de factors de risc i accidents, la informació i consulta dels treballadors/ores, la participació equilibrada d'acord amb les legislacions i/o les normes nacionals, la formació dels treballadors/ores i dels seus representants, així com les línies generals d'aplicació d'aquests principis (CEE 1992).

Llei 31/1995 de prevención de riesgos laborales

Llei que recull la transposició efectiva de la directiva 89/391/CEE (CEE, 1989), i també les directives 92/85/CEE (CEE, 1992), 94/33/CEE (CEE, 1994) i 91/383/CEE (CEE, 1991), relatives a la protecció de la maternitat i dels joves i al tractament de les relacions de treball temporals, les de durada determinada i les empreses de treball temporal (BOE, 1995).

Reial decret 39/1997 dels serveis de prevenció

Desplega la normativa actual referent a la formació de totes les modalitats de serveis de prevenció (BOE, 1997).

Llei 54/2003, de 12 de desembre, de reforma del marc normatiu de la prevenció de riscos laborals

S'hi regulen diverses reformes per integrar, ampliar i elevar la importància de les activitats de prevenció a les empreses (BOE, 2003).

Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva entre dones i homes

En aquesta Llei s'introdueixen modificacions relatives a la igualtat de gènere. S'incorporen a l'ordenament jurídic espanyol les directives en matèria d'igualtat de gènere 2002/73/CEE (CEE, 2002), les referents a la igualtat de tracte, la 76/207/CEE (CEE, 1976), les relatives a l'aplicació del principi d'igualtat de tracte entre homes i dones, respecte a temes com l'accés a l'ocupació, la formació i la promoció professional, les condicions de treball...

Finalment també s'hi incorpora la Directiva 2004/113/CEE (CEE, 2004), respecte a l'aplicació del principi d'igualtat de tracte entre homes i dones en l'accés a béns i serveis i el seu subministrament (BOE, 2007).

Llei 14/2013, de 27 de setembre de suport als emprededors i la seva internacionalització

Amb la Llei 14/2013 s'amplia fins a 25 treballadors/ores en un centre de treball, que pugui ser l'empresari aquell qui gestioni la prevenció (BOE, 2013).

A partir de la contextualització en la què ens situa el marc jurídic exposat fins ara, podem veure la lenta però progressiva evolució de la PRL, que fins a l'actualitat desplega tots els seus vessants.

És impulsada també per la jurisprudència, la interpretació judicial de les Lleis en els casos que els arriben, que farà possible que la malaltia professional sigui considerada subjecte de protecció per la Llei.

L'anomenat intervencionisme científic, amb la configuració d'un catàleg de mecanismes preventius, incorpora la prevenció en l'ordenament jurídic juntament amb l'obligació preventiva que té l'empresari, les quals fan que sigui precisa l'aportació de mitjans col·lectius, genèrics i també públics per assumir aquesta obligació amb totes les seves conseqüències.

Finalment el règim establert per aconseguir la protecció del treballador/a facilitarà que, amb l'evolució del sistema i la consolidació de la Seguretat Social, es disposin de mitjans tant financers com jurídics, per assolir aquest objectiu.

Progressivament dins el sistema capitalista, que generalment prioritza els dividendes econòmics, es treballa per aconseguir un cert grau d'integració de la PRL en les empreses i en els seus propis sistemes de gestió mitjançant l'adopció de teories més sostenibles i bases ètiques més integrades en tots els àmbits.

3.1.4. MARC GLOBAL NO GOVERNAMENTAL

Un dels objectius internacionals, va ser crear un òrgan que es dediqués a temes de salut, motiu pel qual es crea l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (web:WHO-Historia de l'OMS) (WHO, 2018), després de finalitzar la Segona Guerra Mundial. El 7 d'abril signen la carta fundacional 51 Estats. Avui l'OMS està formada per 193 Estats (UN, 2018).

L'OMS i l'Organització Internacional del Treball (OIT), fundada el 1919, i a l'empara de les Nacions Unides (UN), constitueixen el Comitè de Salut Ocupacional l'any 1950. El Comitè de Salut Ocupacional continua treballant a l'actualitat en el camp de la salut ocupacional.

Es va formant, d'aquesta manera, una línia evolutiva que es va configurant a partir de moments claus i que resumeix en els punts següents :

1978.- OMS - Declaració d'Alma-Ata

En el marc de la Conferència Internacional sobre Atenció Primària a la Salut, celebrada a Alma-Ata (Kazakhstan), a l'antiga Unió Soviètica, els estats participants anuncien la intenció d'apropar, tant com sigui possible, els proveïdors de salut als llocs on la població viu i treballa (Madi, 2008) (UE–Declaration of Alma Ata, 1978).

1981.- Conveni OIT núm. 155.

Els estats membres de l'OIT es comprometen a establir polítiques nacionals de salut i seguretat ocupacional, a establir una infraestructura i un suport legal per introduir la salut i la seguretat en els ambients de treball. Aquest Conveni, ratificat per 53 països (ILO, 1981), té com a gran objectiu la reducció dels accidents de treball i els danys a la salut ocasionats amb motiu del treball.

1985.- Conveni de l'OIT num. 161.

Quatre anys més tard de la signatura del conveni OIT 155, són 28 països els que aproven la resolució en què es comprometen a crear serveis de salut ocupacional, tant en els sectors públics com privats, que han d'assumir la vigilància de les situacions potencialment perilloses en l'ambient, la vigilància de la salut dels treballadors/ores, la promoció de la salut dels treballadors/ores i matèries com l'ergonomia, la higiene ocupacional i els serveis de primers auxilis (ILO, 1985).

1986.-Acord de Ottawa

Document generat durant la Primera Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut de l'OMS, a Ottawa, Canadà. És el primer acord que recull el concepte de promoció de la salut. Pretén afavorir l'empoderament de la gent per augmentar el control sobre la seva salut i millorar-la també en els espais de treball (WHO, 1986).

1994.- Declaració global de salut ocupacional per a tots.

En la convenció bianual a Pequín, l'any 1994, de la xarxa internacional de centres col·laboradors en salut ocupacional se signa la Declaració global de salut ocupacional per a tots. En aquesta declaració, el terme SALUT OCUPACIONAL, inclou, clarament, la prevenció d'accidents (salut i seguretat) i factors com l'estrès psicosocial en l'etiopatogenia dels accidents i de la patologia laboral (WHO, 1994).

1996.- Estratègia global sobre salut ocupacional per a tots

La estratègia global de tots els centres col·laboradors presenta una anàlisi de la situació i recomana unes àrees de prioritat per a l'acció. L'àrea prioritària num. 3 ressalta la importància d'utilitzar l'ambient de treball per influir en l'estil de vida dels treballadors/ores per aconseguir un impacte positiu sobre la seva salut (WHO, 1996).

1997.- Declaració de Jakarta sobre la promoció de la salut

Destaca la importància de la responsabilitat social en la salut, augmentant el nombre de col·laboradors per a la salut, potenciant la capacitat de la comunitat, empoderant els individus i assegurant les infraestructures (WHO, 1997).

1997.- Declaració de Luxemburg sobre la promoció de la salut en els ambients de treball de la Unió Europea

La Xarxa Europea per a la Promoció de la Salut en l'Ambient de Treball es forma l'any 1996 (European Network for Workplace Promotion, ENWHP). Defineix la Workplace Health Promotion (WHP) com "els esforços combinats d'inversors, d'empleats i de la societat per millorar la salut i el benestar de les persones en el treball. Objectiu que es pot assolir mitjançant la combinació de: millorar l'organització del treball, millorar l'ambient de treball, promoure la participació activa i impulsar el desenvolupament personal" (ENWHP, 1997).

1998.- Memoràndum Cardiff sobre WHP en petites i mitjanes empreses

La Xarxa Europea també adopta la Declaració de Luxemburg per a les petites i mitjanes empreses (ENWHP, 1998).

1998.- Resolució 51.12 de l'Assemblea Mundial de la Salut

La 51^a Assemblea Mundial de la Salut s'afegeix a la Declaració de Jakarta i s'adreça al director general de la OMS perquè augmenti la capacitat de l'organització mitjançant la promoció de tots aquells espais que fomentin la salut tant a comunitats, espais de treball com a serveis de salut en general (WHO, 1998).

2002.- Declaració de Barcelona sobre “Desenvolupament a Europa de Bones Pràctiques per a un Espai de Treball Saludable”

En aquesta declaració es posa en valor la importància del treball conjunt entre els sectors públics de la salut comunitària, de salut laboral (entenent incloses en el terme totes les disciplines de PRL), així com de la promoció de la salut general en l'espai de treball, ja que no hi pot haver una bona salut pública si no hi ha bona salut en l'àmbit laboral (ENWHP, 2002).

2003.- Estratègia global per a la seguretat i salut ocupacional

En la 91^a conferència anual, l'OIT aprova una estratègia global de prevenció d'accidents i malalties ocupacionals (ILO, 2004).

2005.- Acord de Bangkok per a la promoció de la salut en un món globalitzat

Destaca el compromís per fer de la promoció de la salut un element indispensable per a les bones pràctiques corporatives, reconeixent d'aquesta manera l'obligació de les grans corporacions que han de practicar la promoció de la salut en tots els espais de treball (WHO, 2005).

2006.- Declaració de Stresa sobre la salut dels treballadors/ores

En la 7^a Reunió de Centres Col·laboradors en Salut Ocupacional de l'OMS, a Stresa (Itàlia), l'any 2006, s'aprova una declaració de suport al Pla Global d'Acció per a la Salut dels Treballadors/ores. En aquesta declaració es ressalta que la salut dels treballadors/ores no està determinada únicament pels riscos tradicionals i emergents de la salut ocupacional, sinó que també està influïda per les desigualtats socials com el nivell d'ocupació, el gènere, la raça, i també per les conductes de salut i per l'accés als serveis de salut. Per tant la millora de la salut dels treballadors/ores requereix un abordatge holístic que combini la salut i la seguretat ocupacional, la prevenció de les malalties, la promoció de la salut i la contenció de determinants socials de la salut, que arribin a les famílies i a les comunitats dels treballadors/ores (WHO, 2006).

2006.- Conveni de l'OIT num. 187

En el conveni num. 187, es dissenya un esquema per promoure una cultura nacional de prevenció en salut i seguretat (ILO, 2006).

2007.- Pla Global d'Acció per a la Salut dels Treballadors/ores

Recull l'Estratègia Global de Salut Ocupacional per a Tots de 1995, i aporta objectius clars i àrees de prioritat per a l'acció, que inclouen, en el concepte salut ocupacional, la protecció i la promoció de la salut (WHO, 2007).

La tasca de les organitzacions no governamentals actua en favor d'aconseguir un abordatge de la salut de les persones que no deixi enrere cap aspecte de les seves vides, en el qual cal establir prioritats d'actuació en cada país en funció de la seva situació de desenvolupament socioeconòmic.

3.2. SITUACIÓ D'ACCIDENTABILITAT LABORAL

Per entendre el context global i només a tall d'exemple, volem mostrar com es troba la situació de l'accidentabilitat en els últims anys en el nostre país, ja que disposem de dades fiables, que recull l'Institut Nacional d'Estadística. Aquestes xifres ens donaran una idea de la magnitud de la situació.

Són tres els índexs que defineixen l'accidentabilitat laboral:

Índex d'incidència:

És la relació entre el nombre d'accidents en jornada de treball i la població exposada al risc per cada cent mil treballadors/ores afiliats a la Seguretat Social que tenen coberta específicament aquesta contingència.

Índex de freqüència:

És la relació entre el nombre d'accidents en jornada de treball amb baixa i les hores treballades per la població exposada al risc, quocient expressat en milions d'hores treballades.

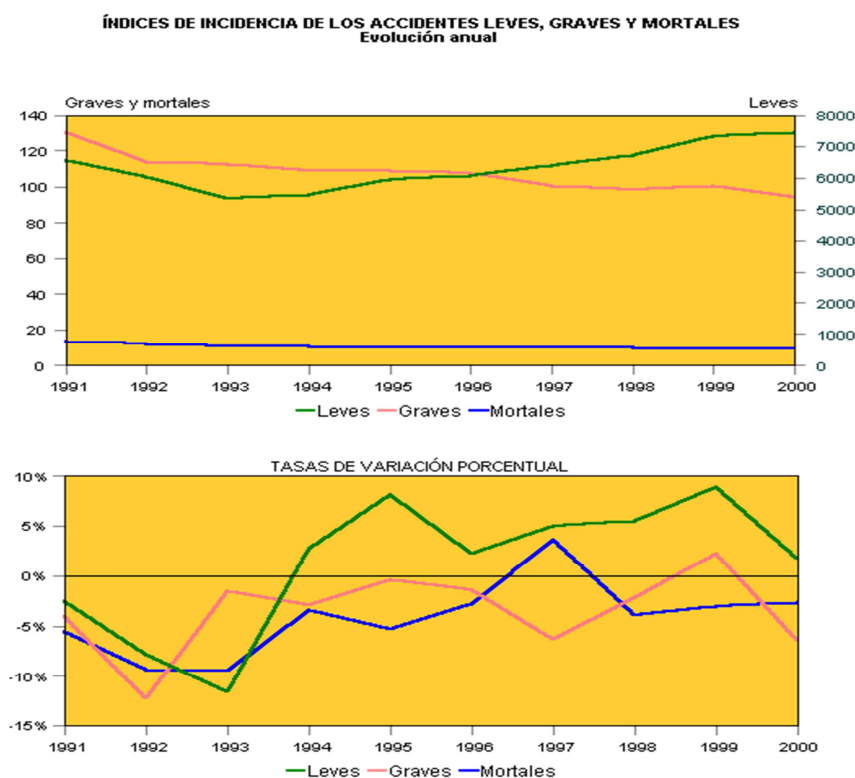
Índex de gravetat:

És la relació entre el nombre de jornades no treballades a causa d'accidents amb baixa en la jornada de treball i les hores treballades per la població exposada al risc, amb el quocient expressat en tant per mil.

A més es calculen els índex d'incidència i de freqüència d'accidents mortals.

Segons es recull en els informes històrics d'estadístiques que estan publicades a la web de l'actual Ministeri de Treball, Migracions i Seguretat Social del govern de l'Estat espanyol, durant la dècada de 1990 al 2000 es manté la tendència al creixement de l'accidentabilitat laboral que hi va haver durant la dècada dels anys vuitanta. A continuació, exposem els gràfics corresponents a la dècada que va dels noranta a l'any 2000, tal com els publica la web del Ministeri de Treball.

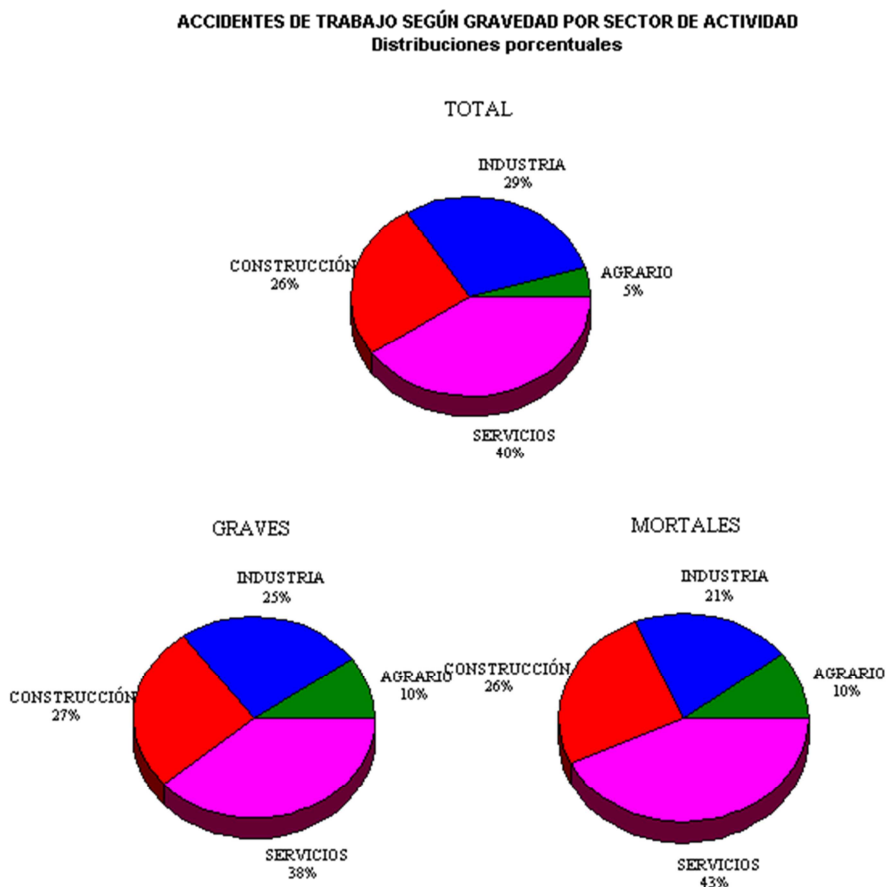
En el gràfic 1, el gràfic superior descriu l'evolució del nombre absolut d'accidents, agrupats segons la seva gravetat en lleus, greus i mortals, que es van produir durant la dècada dels noranta. El gràfic inferior ens mostra les variacions percentuals anuals que es produeixen segons la seva gravetat.



Gràfic 1. Índex d'incidència d'accidents lleus, greus i mortals.

Font: <http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/Eat00/ANE/comen.htm>

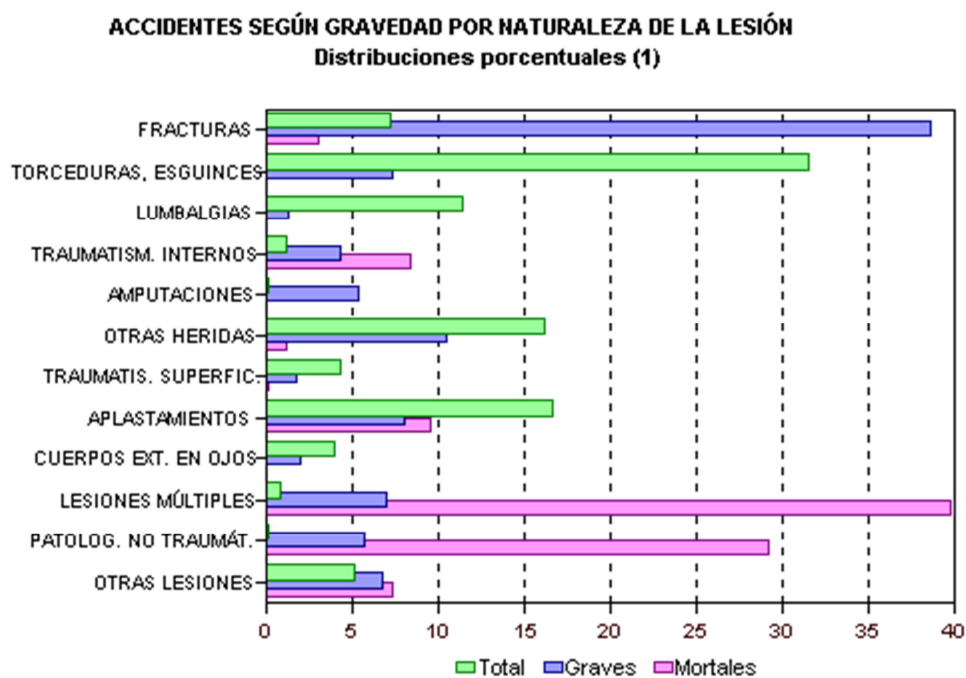
El gràfic 2 ens mostra la distribució dels percentatges d'accidents laborals per sectors productius l'any 2000, i ens indica quins són aquells sectors de l'activitat econòmica que tenen l'índex d'accidentabilitat més elevats.



Gràfic 2. Distribució percentual d'accidents laborals segons sector productiu any 2000.

Font: <http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/Eat00/ANE/comen.htm>

El gràfic 3 ens mostra la distribució percentual per tipus de lesions, i diferenciades segons la seva gravetat l'any 2000

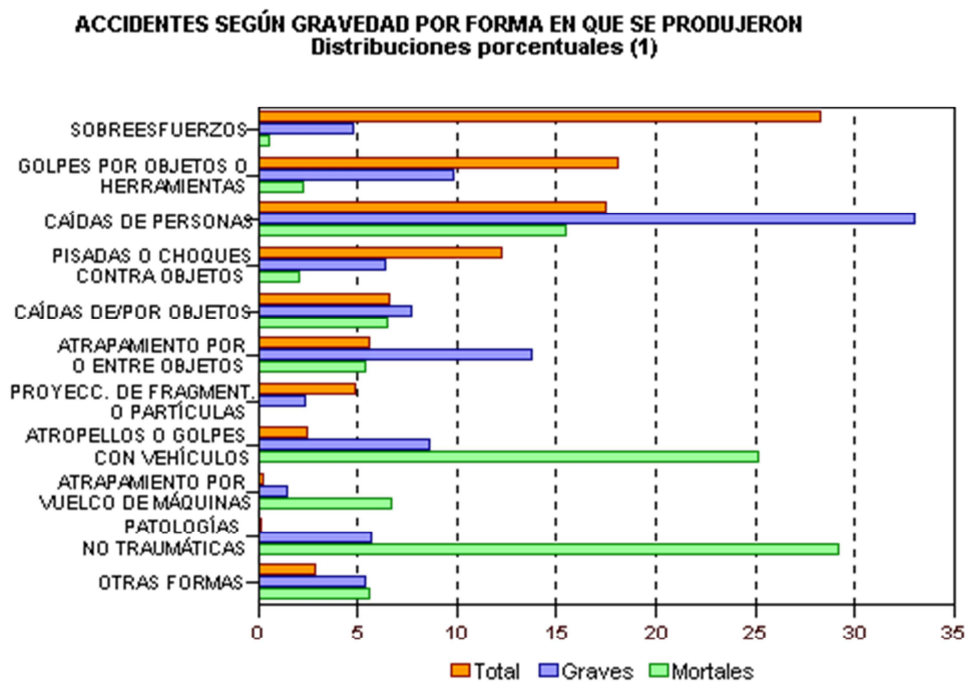


(1) Respecto al total de accidentes según gravedad.

Gràfic 3. Distribució d'accidents laborals segons lesions produïdes, any 2000.

Font: <http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/Eat00/ANE/comen.htm>

El gràfic 4 ens mostra quins són els mecanismes productors de l'accident que es produeixen i com es distribueixen segons la gravetat de l'accident. Per exemple, en el cas dels accidents mortals, els mecanismes més freqüents són les patologies no traumàtiques i els atropellaments o cops amb vehicles.

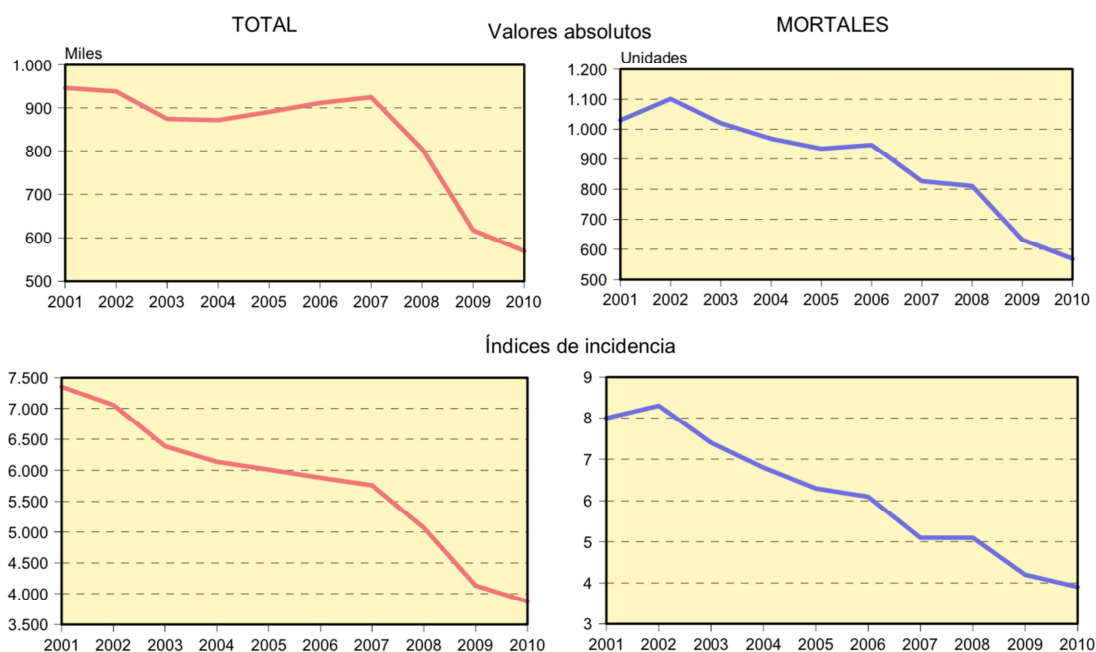


(1) Respecto al total de accidentes según gravedad.

Gràfic 4. Distribució d'accidents laborals segons mecanisme de producció l'any 2000.

Font: <http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/Eat00/ANE/comen.htm>

En el gràfic 5 hi podem veure que, en les estadístiques de la dècada 2001-2010, s'observa un canvi de tendència en l'accidentabilitat global a la baixa. Tot i així, estem parlant l'any 2010 d'un índex d'incidència de 3870,9 accidents per cent mil treballadors/ores. i d'un índex d'incidència d'accidents mortals de 3,9 morts en accident de treball per cent mil treballadors/ores.



Gràfic 5. Gràfics on es mostren tant en valors absoluts com en índex d'incidència els accidents laborals i la seva evolució durant la dècada 2001-2010. Font: <http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/Eat00/ANE/comen.htm>

Aquestes xifres continuen sent molt elevades, i demanen seguir amb la gestió de polítiques macro-econòmiques per lluitar contra aquesta situació.

A escala mundial, a l'abril 2005 l'estimació d'homes i dones que moren al món per accident de treball, malalties o ferides que hi estan relacionades és de dos milions.

Els accidents no mortals, s'estima que suposen aproximadament dos-cents seixanta-vuit milions d'incidents, que causen, almenys, tres dies laborables per incapacitat temporal i cent seixanta milions de nous casos de malaltia relacionada amb el treball (OIT, 2005).

Adicionalment, el vuit per cent de la tasa global de trastorns depressius es relaciona amb riscos ocupacionals.

Una nota de premsa conjunta entre OIT i OMS, de 28 d'abril de 2005, *destaca que* "el nombre d'accidents i malalties relacionades amb el treball continua augmentant. L'OIT i l'OMS fan una crida conjunta a desenvolupar estratègies preventives".

És per aquest motiu que el 2007 l'Assemblea Mundial de la Salut de l'OMS proposa el Pla Global d'Accions per a la salut dels Treballadors/ores (GPA), 2008-2017, on incorpora tots els avenços que s'han produït en salut ocupacional dels treballadors/ores, fins aleshores, i hi afegeix, a més de la protecció de la salut, la promoció global de la salut dels treballadors/ores.

3.3. REACCIÓ GLOBAL A L'ACCIDENTABILITAT LABORAL

Pla Global d'Acció proposat per l'OMS.

Determina cinc objectius:

1. Dissenyar i implementar polítiques per normativitzar la salut dels treballadors/ores.
2. Protegir i promoure la salut en el lloc de treball.
3. Promoure la implementació i l'accés als serveis de salut ocupacional.
4. Proporcionar i comunicar les evidències d'acció i pràctica.
5. Incorporar la salut dels treballadors/ores en altres polítiques.

La manifestació principal de la cultura preventiva es materialitza a l'entorn laboral quan aconseguim crear espais laborals saludables.

La concepció filosòfica bàsica de cultura preventiva té el fonament en la definició que fa l'OMS de SALUT, com a "estat complet de benestar físic, mental i social i no la simple absència de malaltia", (WHO, 2017).

L'espai de treball saludable incorpora, aleshores, tres aspectes clau:

1. La salut del empleat s'incorpora, generalment, a la definició de salut (física, mental i social) de l'OMS i va més enllà de l'absència d'afectació física.
2. Un entorn de treball saludable, en el sentit ampli del terme, és també una organització pròspera des del punt de vista del seu funcionament i de com aconsegueix els seus objectius. La salut de l'empresa i la de l'empleat estan estretament vinculades.
3. Un entorn de treball saludable ha d'incloure la *protecció i la promoció de la salut*.

Per tant la bona pràctica de la cultura preventiva que apliquen les empreses, és aquella en la qual tant responsables com treballadors/ores col·laboren en el procés de millora contínua per promoure i protegir la salut, la seguretat, i el benestar dels treballadors/ores, en l'àmbit de l'espai físic de treball, en aspectes psicosocials i en els recursos de salut personals i comunitaris.

Els aspectes psicosocials tenen a veure amb l'organització del treball i la cultura de l'ambient de treball. També hi influeixen els recursos de salut personal en l'espai de treball i les formes en què la comunitat busca millorar la salut dels treballadors/ores, de les seves famílies i d'altres membres de la comunitat.

En aquesta definició hi podem veure com de variades seran aquestes concepcions en funció de la situació relativa en tots els aspectes de salut de les diferents regions del món. Aquest fet es traduirà en la priorització de mesures específiques en determinades zones geogràfiques, segons quins siguin els factors que influeixen de forma determinant sobre la salut dels treballadors/ores en cada una de les àrees geogràfiques. Per exemple, en determinades regions africanes, la prioritat serà influir en la conducta dels treballadors/ores per evitar que continuï l'expansió del VIH; als EUA serà prioritari canviar l'estil de vida dels treballadors/ores a fi de reduir-ne el risc cardiovascular...

El que queda clar és la interrelació entre aspectes culturals, socials, laborals i personals sobre la salut de les persones.

La piràmide de Maslow, que trobem en la figura 1, ens esquematitza quins són els aspectes que marquen les prioritats d'actuació, ja que, si no es cobreixen les necessitats bàsiques, no es pot avançar en el benestar dels treballadors/ores.

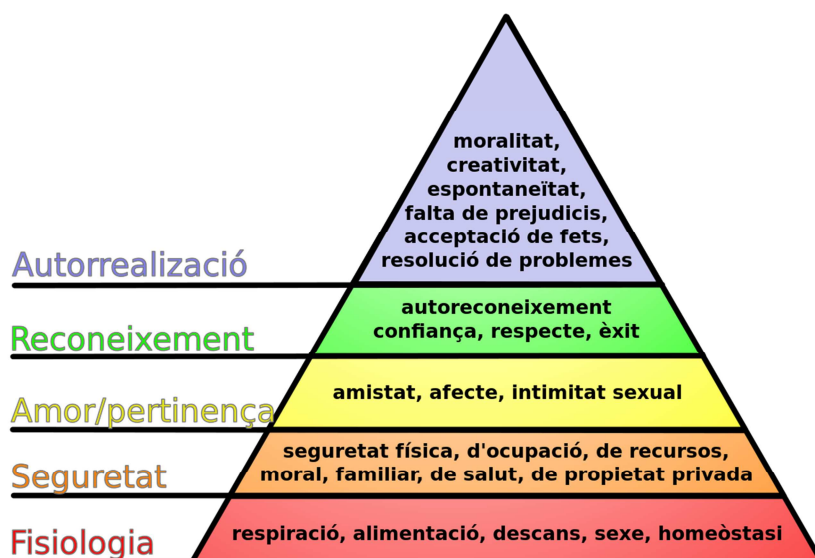


Figura 1. Piràmide de MASLOW, o jerarquia de les necessitats humanes, (teoria psicològica proposada per Abraham Maslow en la seva obra Una teoria sobre la motivació humana, "A Theory of Human Motivation" de 1943).

En cada una de les intervencions que es planifiquen hi hem de tenir evidència científica del seu benefici. És aquí on rau la principal dificultat, en la mesura del benefici que produeixen sobre la salut dels treballadors/ores i de retruc, sobre la salut de les empreses.

Els programes de promoció de la salut en l'espai de treball són especialment difícils d'avaluar bé. No sempre és possible avaluar aquestes intervencions de la mateixa manera que els estudis experimentals. Les intervencions tracten de modificar la conducta humana, i aquesta conducta depèn de moltes condicions impossibles de controlar: motivació dels interventors i dels intervinguts, personalitats, experiències de vida, etc.

Per tant, calcular el cost benefici de les intervencions esdevé molt complicat.

Però sí que podem aportar una sèrie d'evidències científiques en els diferents camps de PRL que ens ajudaran a entendre perquè és efectiu dedicar esforços a diferents programes d'intervenció.

Evidència d'efectivitat en accions de seguretat:

La gestió de la discapacitat mitjançant programes de reintegració al treball, utilitzant un enfocament participatiu que inclou un proveïdor de serveis de salut i un sistema d'indemnització mostra una forta evidència de ser efectiu (IWH, 2007).

Ajustos de l'espai de treball combinats amb capacitació en ergonomia, mostren evidència moderada de ser efectius (IWH, 2009).

Els programes ergonòmics participatius també es mostren efectius (Van Eerd, 2008) (IWH, 2008) (Kreis, 2004).

Respecte al retorn al treball dels treballadors/ores després d'episodis de dolor lumbar, es treballa en programes combinats de maneig clínic, de rehabilitació i d'intervenció dins l'espai de treball per poder reduir la prevalença de trastorns musculoesquelètics (TME). Disposem, únicament, d'evidència suficient per justificar les diferents actuacions aïllades. Encara no disposem d'evidència suficient quan s'apliquen de forma combinada (Poidnece, 2008).

També han demostrat la seva eficàcia els sistemes de maneig de pacients per reduir el dolor d'esquena. (sistemes multi components que inclouen un canvi de polítiques, l'adquisició de tecnologia per a l'aixecament de pacients i l'entrenament en la seva utilització) (IWH, 2007).

Una revisió Cochrane sobre intervencions per prevenir accidents en la indústria de la construcció va concloure que hi ha evidència limitada que una campanya global de seguretat i un programa sobre drogues puguin reduir accidents no fatals (Van der Molen, 2007).

Evidència en risc psicosocial

Una combinació d'abordatges de l'estrès en l'espai de treball individual i organitzacional es mostra efectiva. En aquests casos, la participació dels treballadors/ores en la planificació, la implementació i l'avaluació dels canvis, juntament amb el rol directiu en donar suport als treballadors/ores a través de comunicació efectiva, han estat factors d'èxit (Jordan, 2003).

Els Cercles de Salut, tal com es van implementar en empreses alemanyes són un mètode formal de participació per assessorar-se sobre les necessitats o deficiències de l'espai de treball i afrontar-les, i ens mostren una evidència positiva consistent en la reducció de l'estrès, la insatisfacció laboral i de determinats factors de risc per a la salut (Sokoll, 2009).

La malaltia/salut psicològica pot ser previnguda/millorada mitjançant intervencions que combinen maneig d'estrès amb programes que promouen l'augment de la participació en la presa de decisions i resolució de problemes, alhora que incrementen el suport social i milloren la comunicació organitzacional (Michie, 2003).

La biblioteca Cochrane ens mostra una revisió sistemàtica sobre intervencions dirigides a prevenir l'estrès ocupacional. Es va concloure que les intervencions en comunicació i desregulació assistida poden ser efectives en reduir la síndrome d'esgotament professional (burnout), l'estrès i els símptomes generals en treballadors/ores de la salut, comparades amb la no-intervenció (Marine, 2006).

Esforsos organitzacionals per reduir l'estrès mitjançant el redisseny del lloc de treball ajuden a reduir l'estrès causat per l'espai de treball (Caulfield, 2004).

Les mesures que evoquen la cultura organitzacional són particularment efectives en la millora de la salut musculoesquelètica (Westgaard, 1997).

La capacitat de treballadors/ores en intervencions psicosocials per millorar les habilitats de rol poden tenir un impacte positiu en el burnout a curt termini (Graveling, 2008).

Evidència d'efectivitat d'intervencions en recursos personals de salut en l'espai de treball (la majoria limitada a educació de la salut)

Els programes d'exercici relacionats amb el treball incrementen l'activitat física dels treballadors/ores, prevenen TME, i disminueixen el cansament i la fatiga.

Resulten especialment efectius quan s'incorporen teories científiques sobre el canvi conductual, i quan s'implementen juntament amb facilitats per a la pràctica esportiva (Sockoll, 2009).

Programes dirigits poden ajudar a reduir la conducta de fumar, controlar el pes (a curt termini), millorar les actituds sobre nutrició, reduir el colesterol en sang, i augmentar l'activitat física (van resultar efectius entre els participants) (Kreis, 2004:30).

Els programes de promoció de la salut en l'espai de treball, dirigits a combatre la inactivitat física i millorar la dieta, poden ser efectius en la millora del control de malalties metabòliques com: obesitat, diabetis i reducció de factors de risc cardiovasculars (WHO, 2008).

Incrementar la taxa de participació utilitzant processos participatius per involucrar els treballadors/ores i els seus representants en la preparació i l'execució de les mesures que cal aplicar també s'ha mostrat efectiu (Janer, 2002).

Els programes de promoció de la salut que utilitzen un abordatge d'etapes de canvi" per individualitzar la intervenció segons les característiques personals del treballador/a, es mostren també efectius (Janer, 2002).

Un programa integral per augmentar l'activitat física, incloent-hi consells individuals, educació en promoció de la salut, i facilitats per fer exercici, és més efectiu que els programes d'enfocament simple (Matson, 2005).

Els abordatges individuals i organitzacionals per millorar la nutrició, que inclouen punts d'adquisició d'informació i de suports ambientals, poden influir sobre els hàbits nutricionals dels treballadors/ores mentre treballen (Matson, 2005).

Els avisos de prohibició de fumar en l'espai de treball, són més efectius que limitar les àrees habilitades per poder fumar. A més s'ha comprovat que disminueixen el nombre de fumadors i també el nombre de cigarretes fumades per fumadors habituals (Fichtenberg, 2002).

Un informe Cochrane demostra que els programes de grups per deixar de fumar poden ser efectius, i que l'assessoria individual ha estat un èxit molt important (Cahill, 2008).

Una revisió Cochrane sobre programes d'abordatge de l'estrès dirigits a la persona, indica que aquests poden ser efectius per reduir el burnout, l'ansietat, l'estrès i els símptomes generals en treballadors/ores de la salut quan s'utilitza un abordatge cognitiu-conductual amb o sense elements de relaxació (Marine, 2006).

Una altra revisió Cochrane ha avaluat l'efectivitat de la vacunació contra l'hepatitis B en treballadors/ores de la salut, ha resultat ser altament efectiva per prevenir infeccions per hepatitis B (Chen, 2005).

Un informe de l'OMS sobre intervencions per millorar els estils de vida va concloure que les intervencions multicomponents en l'espai de treball són efectives (WHO, 2009).

Evidència d'efectivitat de la implicació de l'empresa en la comunitat

Les corporacions poden estar motivades a canviar la seva conducta corporativa en resposta a l'interès empresarial amb un abordatge que potencialment impliqui responsabilitat social corporativa (RSC).

Aspectes que pot incloure:

- Inversions útils o bé eco-eficients
- Refermació de la responsabilitat i valoració dels possibles inversors
- Major dedicació del seu personal laboral
- Disminució de la vulnerabilitat dels treballadors/ores en establir lligams més forts amb la comunitat
- Millora de reputació i la marca.

En ocasions grans companyies planifiquen i gestionen la manera de proporcionar serveis comunitaris com habitatge, transport, proveïment d'aigua potable, serveis d'alfabetització, lluita contra determinades malalties infeccioses transmissibles a la comunitat on s'han establert, etc., d'acord amb l'avaluació dels problemes prioritaris que tenen les zones geogràfiques on s'ubiquen i on duen a terme la majoria de les contractacions.

Les polítiques i intervencions de salut estan influïdes per ideologia política, creences, valors dels governs, sindicats, empresaris, agències científiques o corporacions, com s'ha pogut anar analitzant fins ara (Benach, 2007a).

Context global, legal i polític de la salut en l'ambient laboral

Una anàlisi sobre els determinants de salut fet per l'OMS ens aporta una visió de com interactua la xarxa de forces globals per crear la salut dels treballadors/ores i influir-hi.

Els autors proposen un macro model que resumeix les relacions de poder del mercat, govern i societat civil, de forma paral·lela al grau de protecció social amb una visió general. També proposen un micro model enfocat més a les condicions de desigualtat en salut a través de diversos models conductuals, psicosocials i fisiopatològics. Ens dona exemples de països que inclouríem en una de les nou categories que podem veure en la taula 1 (Benach, 2007b).

	Més igualitari	Mercat de treball (categoria. intermèdia)	Menys igualitari
CENTRAL (de primer nivell econòmic)	Institució laboral social demòcrata	Institució laboral corporativista	Institució laboral liberal
	Suècia, Dinamarca Noruega	França Alemanya Àustria Espanya	Estats Units Regne Unit Canadà
SEMI- PERIFÈRICA (N. econòmic mitjà)	Institució laboral informal	Mercat laboral informal. Més exitós	Mercat laboral informal. Menys exitós
	Xile Hongria Polònia Malàisia	Turquia Tailàndia Sudàfrica Veneçuela	Botswana Gabon El Salvador
PERIFÈRICA (baix nivell econòmic)	Mercat laboral informal. Més exitós	Inseguretat	Màxima inseguretat
	Indonèsia, Índia Armènia, Pakistan Bulgària, Tadjikistan Sudan, Sri Lanka	Nigèria, Egipte Algèria, El Marroc Jordània. Iran	Etiòpia, Ghana Kènia, Bhutan La Xina, Bangladesh Angola

Taula 1. Categories que mostren un exemple de distribució geogràfica, classificant alguns països per nivell econòmic i polítiques que defineixen el mercat de treball (Benach 2007b)

En el grup de països de primer nivell econòmic, se situen casos que, com Suècia, Dinamarca i Noruega, països nòrdics, tenen un règim polític social demòcrata, els governs dels quals donen suport a intervencions econòmiques i socials per promoure la justícia social i reduir les diferències entre classes socials, encara que ens trobem en una economia capitalista. Un altre grup és el que incorpora EUA, el Regne Unit i el Canadà amb un règim liberal de caràcter conservador, que defensa la llibertat individual, en un règim també capitalista, però on prima el dret individual per sobre de la tendència a aconseguir un major grau d'igualtat social, i per tant amb una marcada divisió de classes socials. I en un grup intermedi, s'inclouen aquells països amb una tendència a donar el poder de decisió a les organitzacions i que tenen un grau major de divisió de classes que el social demòcrata i menor que el liberal.

En el grup d'economies intermèdies o en el d'economies de baix nivell, també ens mostren exemples segons el grau en què el mercat es més o menys igualitari, repercutint en la divisió de classes final de les societats de cada un dels països esmentats.

L'acció dels diferents governs poden facilitar o no l'adopció de mesures per millorar la salut del treballador, per això els organismes internacionals treballen per determinar estàndards i aconseguir que els governs dels diferents països i les empreses individualment els adoptin de forma voluntària.

L'OIT des de 1919 ha aprovat prop de 190 acords que són directrius d'obligació legal internacional en un ampli rang de condicions laborals. Des de la delimitació de la durada de la jornada laboral, el dret a l'associació dels treballadors/ores, el treball infantil, el descans per maternitat fins a la salut i seguretat.

Acords que són ratificats de manera voluntària pels països que integren l'OIT, els quals després han d'informar aquesta organització dels resultats de forma periòdica per evidenciar els seus progressos en cada un dels punts acordats.

Tot i això, el grau de ratificació i, sobretot, el de compliment és molt variable entre els diferents països.

En la taula 2, es relaciona el percentatge de països que han ratificat cada un dels acords assolits (estàndards presentats en els anys detallats) en les diferents grans regions del món. Fins a l'actualitat gairebé l'únic estàndard ratificat globalment és l'Acord pel marc referencial de l'OMS sobre el control del tabac, aprovat al 2003 (ILO, 2009).

Convencions de l'OIT ratificades	Any emissió	AFRO (46) %	AMRO (36) %	EMRO (21) %	EURO (53) %	SEARO (11) %	WPRO (27) %	MITJANA
	1921	74	67	57	74	55	15	57
	1925	48	36	33	47	9	11	34
	1925	43	11	24	47	45	7	30
	1952	7	19	5	32	9	7	13
	1981	24	19	5	51	0	26	21
	1958	100	92	90	98	55	48	81
	1985	11	19	0	30	0	0	10
PERCENTATGE		44	38	31	54	25	16	35

Taula 2. AFRO (Oficina Regional d'Àfrica), AMRO (Oficina regional d'Amèrica), EMRO (Oficina Regional pel Mediterrani Oriental), EURO (Oficina Regional Europa), SEARO (Oficina Regional del sud-est d'Àsia), WPRO (Oficina Regional del Pacífic Oest).

En la taula 3, es fan evidents les diferències d'aplicació dels convenis, segons la situació de desenvolupament dels països que formen part de l'organisme (OMS, 2010).

	PAÏSOS DESENVOLUPATS			PAÏSOS EN VIES DE DESENVOLUPAMENT
	1880	1970	2007	2007
Seguretat d'ocupació i treball formal	Seguretat no regulada i treball formal substancial	Normes per a ocupacions segures (excepte per a dones), petita força de treball formal	Declina la seguretat d'ocupació i creix la força de treball formal	Seguretat d'ocupació no regulada i gran/ creixent sector informal
Estàndards laborals mínims (sous i hores)	No hi ha un mínim de sou ni hores (excepte per a nens)	Sou mínim i legislació sobre horari. Universals	Alguna erosió sobre les Lleis de sous mínims i hores de treball	No hi ha o és inefectiva la legislació sobre sous mínims o hores de treball
Pertinença a sindicats i contracte col·lectiu	Baixa densitat sindical (<10%) i un nombre limitat de contractes col·lectius	Densitat sindical del 25-50 % i expansió dels contractes col·lectius.	Disminució de la densitat sindical i de contractes col·lectius	Baixa densitat sindical, disminució de la regulació col·lectiva del treball.
Treballadors/ores vulnerables	Extensiva explotació de grups vulnerables (dones, immigrants, treball domèstics, joves, ancians i sense sostre)	Encara hi ha grups vulnerables (dones, immigrants i treb. domèstics), però més delimitats	Expansió de grups vulnerables, ressorgiment del treball infantil	Grups vulnerables altament explotats (dones, nens, immigrants, sense sostre, treball forçat eventual)
Lleis en seguretat ocupacional	Escassa legislació sobre seguretat i salut ocupacional SSO (fàbriques, mines) i amb poc suport	S'inicia la revisió expansió de Lleis sobre SSO	Expansió de Lleis sobre SSO però baix dany indirecte	Escassa legislació sobre seguretat i salut ocupacional SSO i amb poc suport, només en sector formal
Sistemes de compensacions per als treballadors/es	No hi ha sistema d'indemnització per als treballadors/ores	Sistema obligatori d'indemnització/assegurança d'accidents, per a treballadors/ores	Alguna erosió en la indemnització i les assegurances d'accidents per a treballadors/ores	Indemnitzacions per a treballadors/ores limitades i només per al sector formal
Infraestructura de salut pública (aigua corrent, hospitals, drenatges...)	Poca infraestructura de salut pública (drenatges, hospitals, aigua)	Extensió de la infraestructura de salut pública i la d'assegurances per a la salut	Certa erosió en la infraestructura de salut pública	Poca infraestructura de salut pública (hospitals, aigua, drenatge, excepte en països ex-socialistes, on hi ha hagut retallades.
Xarxa de seguretat social (beneficis per malaltia edat i pèrdua ocupació)	No existència de pensió per edat, seguretat social, beneficis per perdre ocupació	Pensió per edat, seguretat social, beneficis per desocupació	Beneficis per edat, discapacitat, desocupació i retallades de personal	No hi ha pensió per edat, seguretat social ni beneficis per desocupació

Taula 3. Quadre comparatiu d'aplicació de diferents aspectes segons característiques sociodemogràfiques dels països

Aquests esforços per aconseguir l'aplicació estandarditzada dels acords/convenis assolits s'agrupen en un gran organisme internacional que es l'ISO (Organització Internacional d'Estandardització), el qual és l'ens més important en el desenvolupament i l'emissió de publicacions d'estàndards internacionals. Es tracta d'una xarxa no governamental que està formada per els instituts nacionals d'estandardització de 162 països i que desenvolupa estàndards basats en la millor evidència científica disponible.

L'ISO ha desenvolupat prop de 17.500 estàndards fins a l'any 2010, i generalment cada any en desenvolupa uns 1.100 de nous i certifica que una empresa o entitat aconsegueix els estàndards .

En relació amb la seguretat i salut l'ISO ha desenvolupat diferents estàndards, els últims l'ISO 18001 i actualment s'ha publicat el 2018 l'ISO 45001.2018.

S'hi inclouen múltiples temes, com nanopartícules, fum de soldadura, equips de protecció individual, límits d'exposició de diferents agents químics...

En el camp dels límits d'exposició a agents químics, l'ISO recull la disparitat entre els valors límits recomanats per les institucions que els han investigat com a valor límit (TLV), índex biològics d'exposició (BEI), límit d'exposició ocupacional (OEL) ...

La seva variabilitat respon a les dificultats que en presenta la investigació.

3.4. CONCEPTE DE CULTURA PREVENTIVA

Durant els s. XIX i XX veiem la progressiva incorporació del concepte de salut global del treballador en tots els àmbits de la societat, impulsat per l'evolució de la societat industrialitzada.

Des dels canvis que impliquen pròpiament el lloc de treball, fins a la resta de factors de l'entorn, familiars, comunitaris i globals, tots marcaran les línies prioritàries d'actuació en cada una de les regions mundials i la seva legislació en els diferents àmbits territorials.

Aquesta tendència globalitzada de tenir cura de la salut del treballador/a, impulsada per organismes supranacionals, és genera per diferents motius: interès econòmic, ètica empresarial i requeriments legals, sobretot.

L'interès empresarial per causes ECONÒMIQUES, que hem valorat en l'apartat anterior, és un argument de pes per a l'abordatge d'aquest tema des d'un punt de vista global, però també hem de tenir en compte dues causes fonamentals, una és per ÈTICA EMPRESARIAL i una altra, per complir la llei, perquè és LEGAL.

El principi bàsic, pel que fa a l'ètica, de la majoria de cultures, seria el d'evitar generar danys a tercers, i s'incorpora als Drets Humans.

Amb aquestes línies generals de l'evolució del treball, veiem que amb la globalització del treball els accidents segueixen sent una constant contra la qual cal lluitar. Des de les institucions i amb el progressiu desenvolupament de la legislació es normativitza aquesta lluita. Cap al segon terç del s. XX, aquesta voluntat es materialitzarà en la creació de les estructures nacionals i supranacionals que han de permetre desenvolupar la cobertura en atenció mèdica i les prestacions que es deriven de les lesions produïdes en els

accidents de treball. Aquestes mesures ha de de permetre millorar les condicions de treball i de l'entorn social del treballador.

Tal com hem analitzat en els capítols anteriors, les forces que afecten la salut del treballador/a no estan únicament supeditades a l'entorn de treball, sinó que es complementen amb factors de l'entorn psicosocial del treball, amb recursos personals del treballador/a i amb recursos comunitaris que es troben a disposició dels treballadors/ores en cada un dels diferents àmbits en el quals desenvolupen la seva activitat laboral.

Totes les forces que influeixen sobre la salut global del treballador/a aniran evolucionant guiades per sistemes de treball de millora contínua, segons l'esquema: planificar, actuar, avaluar i reparar, com es veu intuïtivament en el gràfic següent (OMS, 2009):

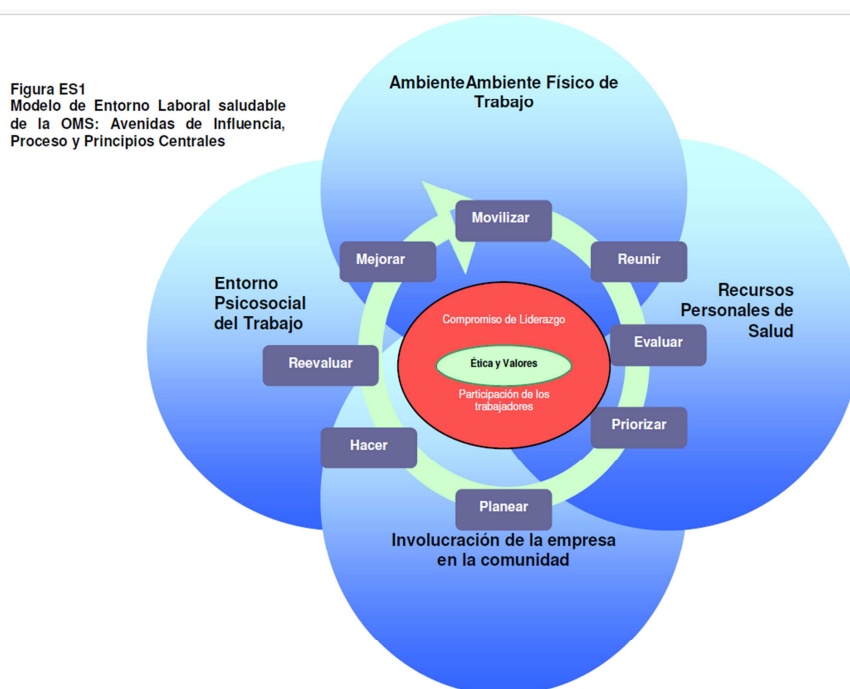


Figura 2. Model de l'entorn de treball saludable. Interrelació cercle de qualitat i factors que influeixen sobre la salut.

Reflex d'aquesta evolució és la definició dels termes CULTURA DE SEGURETAT (més utilitzada als països anglosaxons, tot i que tenen matisos culturals diferents) i CULTURA PREVENTIVA, en el nostre entorn.

La gestió del coneixement que s'ha anat bastint al llarg dels anys i que hem anat resumint de manera simplificada en els apartats anteriors afavoreix el desenvolupament del que coneixem com a sistemes de gestió de la qualitat.

La gestió de la qualitat s'ocupa de coordinar, dirigir i controlar les activitats de l'organització des d'un enfocament en què ha de prevaldre una orientació a la qualitat i a la millora contínua.

La gestió de la qualitat i del coneixement són dos mecanismes de direcció complementaris que abordats de forma integrada, ens ajuden a veure com les pràctiques de qualitat poden conduir a la creació i la retenció del coneixement. Gestió que repercuteix positivament en els resultats organitzatius (Linderman, 2004) i que es recolza en els principis d'orientació al client i de millora contínua, que s'enfoca en les persones i que afecta la visió global de les organitzacions. Els sistemes de gestió de qualitat total es desenvolupen a partir de la divulgació que fan, sobretot al Japó, del cicle de Deming del control estadístic de la qualitat en la producció industrial durant la dècada dels anys quaranta. Juran aporta a la teoria de Deming el fet que és necessari que tots participin en el procés des de l'inici, el que converteix el control de qualitat en un instrument de la direcció.

Ambdós, Deming i Juran difonen la necessitat de fer una inspecció dels productes fabricats per evitar treure al mercat productes defectuosos. Buscant les causes que fan que alguns dels productes siguin defectuosos, s'adonen que cal aplicar el control a tots els factors del procés productiu per evitar errors en la fabricació de qualsevol producte, des de la identificació inicial del producte fins a la satisfacció final del consumidor.

El concepte d'inspecció de productes es transforma en el de supervisió de processos, i, per extensió a la coordinació de totes les àrees organitzatives del procés de producció, que pretén assegurar la qualitat de la producció industrial.

El concepte es difon ràpidament al Japó a causa de la seva manca de matèria primera i la necessitat de recuperar-se de la precària situació econòmica en què els havia deixat la Segona Guerra Mundial. Aquesta situació ja els havia indicat la necessitat d'aconseguir sistemes de producció amb la màxima eficiència, que contribuïssin a aconseguir la màxima qualitat en la producció. En aquest context, el que es busca és la formació de tots els operaris, perquè tots treballin millor a fi d'aconseguir els objectius de l'empresa. D'altra banda, també es prima enfocar l'empresa al client, suprimint tot allò que no aporta valor al client.

Podem dir que el primer que fa servir la terminologia de "control total de la qualitat" Feigenbaum el 1956, i que és considerat com el fundador del moviment. Al Japó, el seu principal impulsor va ser Ishikawa, que va anomenar el corrent de qualitat com a "control de qualitat a tota l'empresa"

L'evolució del corrent de gestió de la qualitat total, basant-se en la seva experiència, el recullen alguns d'aquests gurus de la qualitat total en les seves publicacions. Com a exemples tenim els treballs d'Ishikawa de l'any 1985, Deming el 1986 i Juran el 1989.

En aquesta fase, la gestió de la qualitat total ja s'ha desenvolupat com una estratègia eficient i eficaç, liderada per les altes direccions i aplicada a tota l'empresa o organització. Estratègia dirigida al perfeccionament continu de tota l'empresa, enfocada totalment a les necessitats del client i, per tant, a satisfer les seves expectatives i a posar en valor tot allò que és important per a ell, no únicament el producte o el servei final.

Hi ha diversos models que, basant-se en l'evidència científica, tracten d'explicar com es desenvolupa i es fonamenta el creixement del coneixement organitzatiu. Un dels més reconeguts és el que es recull Nonaka (1994) i Nonaka i Takeuchi (1995), que contribueix a la comprensió de com el nivell individual pot ajudar al creixement del coneixement col·lectiu en l'organització. Easton i Jarrell (1998) comproven que una implementació efectiva de la gestió de la qualitat millora a llarg termini la rendibilitat.

Els gurus de la qualitat assenyalen que alguns dels principis de la gestió de la qualitat són importants per la responsabilitat social com són l'existència de valors i comportaments ètics i la importància de la satisfacció de les persones per a l'èxit de l'organització (Barrett, 2009).

Tanmateix els enfocaments de la gestió de la qualitat han anat evolucionant a través de l'ampliació del conjunt de principis i pràctiques, que el formen (Camisón, 2007). Així doncs, els enfocaments més avançats, com són els models d'excel·lència de gestió, el model americà (Malcolm Baldrige National Quality Award -MBNQA-) i el model europeu (European Foundation for Quality Management -EFQM-), han anat incorporant aspectes de la responsabilitat social.

El model EFQM, un dels models de qualitat principals a Europa, va ser ideat l'any 1988 per l'European Foundation for Quality Management, que és una organització sense ànim de lucre, creada per empreses europees, amb la missió de desenvolupar un model d'excel·lència europeu.

A més la gestió de la qualitat ha anat guanyant importància en la pràctica empresarial gràcies també a l'existència de diferents premis i certificacions, com les normes ISO 9000 o bé els premis Baldrige i Deming, que estandarditzen i asseguren l'obtenció d'una elevada qualitat en els productes i/o serveis de l'organització. En aquest sentit la investigació empírica estableix

una relació positiva entre les pràctiques de gestió de la qualitat i l'acompliment organitzatiu (Tarí, 2011).

Tanmateix Deming, Juran i Crosby van considerar els aspectes ètics i el respecte per les persones com a elements importants per la millora de la qualitat. Aquests autors suggereixen unes relacions ètiques entre directius, empleats i clients (McAdam, 2003). Aquesta preocupació per aspectes humans a través de la qualitat del treball i la satisfacció dels empleats són elements importants en la responsabilitat social.

La integritat, l'equitat, l'opinió d'empleats/ades, la transparència i la llibertat són també elements de la responsabilitat social (Ghobadian, 2007).

Els punts que defineixen la gestió de la qualitat i que poden facilitar el desenvolupament d'aquests elements són:

- a) un estil de gestió participatiu facilita l'equitat;
- b) fer èmfasis en ' honestedat en el treball, la satisfacció dels empleats/ades i clients facilita la integritat;
- c) un enfocament en els interessos dels grups d'interès facilita trobar las necessitats dels diferents grups d'interès;
- d) la gestió de personal (participació, delegació d'autoritat, empoderament) és una forma de conèixer la opinió dels treballadors/ores;
- e) compartir i comunicar informació és una forma d'incrementar la transparència (Ghobadian, 2007).

Així mateix, l'organització ISO ha publicat la norma ISO 26000 sobre responsabilitat social i diferents estudis consideren la responsabilitat social com una bona pràctica de la gestió de la qualitat (Parast, 2006) (Al-Marri, 2007).

Les empreses més avançades en gestió de la qualitat assenyalen que l'estandardització de processos els ha ajudat en el procés d'estandarditzar altres activitats (per exemple: codi ètic, política d'igualtat, procediments mediambientals...)

Responsabilitat social corporativa

A l'actualitat el marc que configura el corrent de la responsabilitat social corporativa de les empreses (RSC) (RSC, 2017) ens ajuda a comprendre aquesta integració. Es tracta d'una proposta que van fer els organismes internacionals i ONG a la dècada de 1990 dirigida a evitar les grans desigualtats que es generen per l'economia globalitzada.

L'objectiu d'assumir i potenciar un sistema per dirigir les empreses que es fonamenti en la gestió dels impactes que l'activitat de cada empresa genera en els clients, accionistes, empleats, comunitats locals, medi ambient i societat en general, es recull en un document més extens anomenat "Orígens de la RSC" (RSC, 2017), editat per l'Observatori de la RSC.

La RSC com a moviment global es basa en 5 premisses:

1. Compliment de la legislació, la nacional vigent i especialment les normes internacionals vigents (OIT, Drets Humans).
2. Global i transversal. Afecta totes les àrees de negoci, totes les àrees geogràfiques, per tant tota la cadena de valor de les activitats de l'empresa.
3. Ètica i coherència entre els compromisos públics i les estratègies i les decisions dels negocis.
4. Gestió d'impactes: És necessari identificar, prevenir i atenuar les possibles conseqüències adverses que les activitats pròpies de l'empresa hagin pogut generar.
5. Satisfacció d'expectatives i necessitats, no només per als accionistes, sinó també per a tots els grups d'interès i per a la societat.

Per tant, la part de la RSC que afecta els treballadors/ores defensa la necessitat de crear i mantenir llocs de treball saludables (CDC worksite, 2014) (CPH, 2014) (OMS, 2010). En els hospitals, com centres productors de salut que són, l'objectiu de millorar la salut i la satisfacció dels seus professionals té impacte directe sobre la qualitat del servei (Gadd, 2002). Per aquest motiu l'empoderament dels professionals en tots els nivells jeràrquics és essencial per avançar en matèria de cultura preventiva (Patrik, 2006).

En definitiva podem afirmar que cultura preventiva és tot el conjunt de creences i actituds que apliquen les empreses en la gestió de la prevenció i de tots els processos que li són propis, les quals en general, es veuen reflectides en l'organigrama global de la mateixa empresa, començant per la definició de la seva política institucional, i que arriben a formar part de la formació de tot el personal, especialment dels comandaments intermedis. Amb el desplegament d'aquestes creences i actituds faran possible la integració de la prevenció en tots els processos de l'empresa. A més permetran un sistema d'actuació que planifica, du a terme, comprova i corregeix les seves activitats de manera que afecti tots els processos i que no sigui un concepte que afecta, només individualment el professional i la seva conducta més o menys segura.

En el moment actual i vista l'evolució que a grans trets hem exposat, en matèria de prevenció de riscos laborals (PRL) i salut laboral (SL) entenem el concepte de cultura preventiva com el conjunt de creences i actituds que aplica l'empresa en la gestió dels aspectes de prevenció, aspectes relacionats amb el medi ambient, de l'organització del treball, en la gestió dels accidents, en la gestió dels treballadors/ores amb especial sensibilitat i en aspectes de promoció de la salut. Actuar de forma proactiva, i promoure la seva integració en tots els nivells jeràrquics permet que aquestes creences i actituds arribin a formar part intrínseca dels valors propis de la institució (ISCP, 2013) (Gadd, 2002) (Càtedra, 2002) (IOM, 2014) (Bate, 1992) (Cooper, 2000) i, (Saillor-Génisson 2016).

El desenvolupament d'una cultura es pot veure com una manera d'aglutinar els integrants d'una organització, superant els límits determinats per la seva estructura i que transmet una sèrie de declaracions de principis basats en unes creences i uns valors determinats (Càtedra, 2010).

El sentit d'identitat dels seus membres és fonamental per facilitar que es generin compromisos adequats a la filosofia de l'organització.

En l'accident nuclear de Txernòbil, dues explosions van fondre 1.000 tones de material del reactor 4 i es van alliberar productes de fissió a l'atmosfera. El cost en vides va ser de 30 persones, però es va contaminar un àrea d'uns 600 km² al voltant de la planta ucraïana, amb augments significatius de risc de mort per càncer a Escandinàvia i en països de l'est d'Europa. L'Agència Internacional d'Energia Atòmica va identificar una **pobra cultura de seguretat** com a factor determinant de l'accident (Lee, 1998). D'aquesta manera es va contribuir a la difusió del concepte.

A partir d'aquí s'identifica el factor cultura de seguretat com a causa final d'altres situacions i accidents ocorreguts, tal com Barry Turner ens detalla en el seu llibre *Man-Made* (Turner, 1978).

L'any 1993 l'Advisory Comité on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI), suggereix la definició següent:

“La cultura de seguretat d'una organització és el producte dels valors, les actituds, les competències i els patrons de comportament, grupals i individuals, que determinen el compromís, l'estil i també la competència dels programes de salut i seguretat.

Organitzacions amb una cultura positiva estan caracteritzades per comunicacions fundades en la confiança mútua, per percepcions compartides respecte de la importància de la seguretat i per la seva confiança en l'eficàcia de les mesures preventives”.

A més ens diu que: “Cada grup desenvolupa actituds compartides, creences i formes de comportament. Aquesta forma de cultura és molt més que la suma de les seves parts. En una organització segura els patrons de assumpcions compartides posen la seguretat en un lloc molt elevat de les seves prioritats” (ACSNI, 1993).

En general es valora que una organització conscienciada genera consciència en els seus treballadors/ores. La consciència individual de tots i cada un dels treballadors/ores esdevé aleshores l'objectiu últim.

A les taules 4 i 5 es recullen una sèrie de definicions que reflecteixen la evolució del concepte cultura de seguretat i del concepte clima de seguretat, aplicats al món de la indústria.

Les taules 4 i 5 mostren els conceptes de cultura de seguretat i clima de seguretat, les quals estan adaptades per Wiegmann en la revisió que fa del concepte cultura preventiva en la revista *Aviation Research Lab* (Wiegmann, 2002).

En analitzar a la taula 4 les definicions de cultura de seguretat, trobem en el rerefons de totes aquestes, els elements comuns que fan referència als principis en cultura de seguretat establerts per la direcció i en la transmissió d'aquests principis de forma transversal a tota l'organització, i en com es reforcen determinades actituds en front d'altres que no estan acceptades. Aquests fets, al final, repercuteixen en l'actitud dels treballadors/ores.

Així doncs, podem aplicar tots aquests elements al quadre de definicions de clima de seguretat, i afegir al concepte de clima l'element -al nostre entendre principal- que és la percepció que tenen els treballadors/ores sobre la importància de la seguretat en el treball, del compromís dels directius/ives i les cadenes de comandaments, no únicament en els principis teòrics, sinó del que es reflecteix en el seu comportament habitual. El clima, per tant, és molt més variable, en el temps i en les diferents àrees de cada organització, i està lligat a determinants individuals que reflecteixen el compromís de tots els components de l'organització.

Font/Industria	Definicions CULTURA DE SEGURETAT
Flin, Mearns, Gordon i Fleming (1998). Petroleres estrangeres i gas, Regne Unit .	El terme es refereix a les actituds i opinions arrelades que un grup de persones comparteixen en referència a la seguretat. És més estable (que el clima de seguretat) i resistent al canvi.
Helmreich i Merritt(1998). Aviació, EUA.	Fa referència a un grup d'individus guiats en la seva conducta per la creença de la importància de la seguretat, i el convenciment que cada membre—voluntàriament— compleix les normes de seguretat del grup i dona suport als seus companys per arribar a l'objectiu comú.
Eiff (1999). Aviació, EUA.	Hi ha cultura de la seguretat dins una organització quan cada treballador/a individualment, sense importar la seva posició en l'estructura, assumeix un rol actiu en la prevenció d'errors i alhora tota l'organització li dona suport.
Consell de Minería d'Austràlia (1999). Indústria Minera, Austràlia.	Es refereix als temes formals de seguretat dins la companyia, que s'ocupen de les percepcions de l'administració, la supervisió, els sistemes d' administració i les percepcions de l'organització.
Cooper(2000). Teòrica.	És un sub-aspecte de la cultura organitzacional, que es creu que afecta les actituds i la conducta dels membres en relació amb el desenvolupament de la salut i la seguretat que es dona en l'organització.

Pidgeon (2001). Teòric en el context de la conducta del conductor.	Una cultura de la seguretat és el conjunt de suposicions i de les seves pràctiques associades, que permet que es construeixin creences sobre perill i seguretat.
--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Taula 4. Quadre de definicions de cultura de seguretat en el sector industrial

Font/Industria	Definicions CLIMA DE SEGURETAT
Zohar (1980). Manufatura: metal·lúrgia, alimentació, químiques i tèxtils, Israel.	És un tipus particular de clima de l'organització, que reflecteix les percepcions dels treballadors/ores sobre la importància relativa d'una conducta segura en les seves funcions. Pot ser variable i la situació mitjana reflecteix el clima de seguretat en una companyia determinada.
BASI (1996). Aviació civil, Austràlia.	Els procediments i les normes que regulen la seguretat dins d'una organització són un reflex del seu clima de seguretat, que està centrat al voltant de les percepcions dels treballadors/ores sobre la importància de la seguretat i de com aquesta es manté dins el lloc de treball.
Hofmann i Stezer (1996). Utilities, EUA.	Es mesura d'acord amb les percepcions referides al compromís dels directius i el compromís del treballador/a en activitats relacionades amb la seguretat.
Dedobbeleer i Beland (1991). Construcció, EUA	Es considera com un atribut individual format per dos factors: el compromís gerencial amb la seguretat i la implicació dels treballadors/ores.
Cheyne, Cox i Thomas (1998). Manufatura, Regne Unit i França	El clima de seguretat és un estat temporal de mesura de la cultura, que es reflecteix en les percepcions compartides de L'organització en un moment determinat.
Flin, Mearns, Gordon i Fleming (1998). Offshore oil and gas, Regne Unit.	Referència al estat de seguretat que es percep en un lloc i un moment determinat en particular. Relativament inestable i subjecte al canvi, depenent de les característiques de l'ambient operatiu.
Consell de Mineria Austràlia (1999). Austràlia.	El concepte es refereix a temes més intangibles en la companyia, como són les percepcions dels sistemes de seguretat, els factors de treball i els factors individuals.
Flin, Mearns, O'Connor i Bryden (2000). Investigació de diverses indústries.	Referit a les característiques superficials de la cultura de seguretat, que es visualitzen a través de les actituds i les percepcions de la força de treball en un punt en el temps.

Font/Indústria	Definicions CLIMA DE SEGURETAT
Griffin i Neal (2000). Manufactura i Minería, Austràlia.	Conceptualitzat com a factor d'ordre més elevat, que consta de factors de primer ordre més específics. Aquests haurien de reflectir les percepcions sobre polítiques relacionades amb la seguretat, els procediments i les recompenses. I per tant el grau de valoració que els treballadors/ores creuen que la seguretat té dins l'organització.
Mearns, Whitaker, Flin, Gordon & O'Connor (2000). Foffshore Oil UK.	És la foto de les percepcions dels treballadors/ores sobre les condicions prevalents en l'ambient de treball, amb impacte en la seguretat.
Zohar (2000). Manufactura, Israel.	El clima de seguretat grupal es refereix a les percepcions compartides entre els membres del grup en relació amb les pràctiques de supervisió.
Yule, Flin i Murdy (2001). Energia convencional, Regne Unit.	Es defineix com el producte de la percepció i les actituds del treballador/a sobre l'estat de les iniciatives de seguretat en el seu lloc de treball.

Taula 5. Quadre de definicions de clima de seguretat en el sector industrial

Elements comuns entre cultura de seguretat i clima de seguretat

Una revisió de 107 documents feta per Hui Zhang i Douglas Wiegmann (Zhang, 2002) mostra els elements comuns d'aquestes definicions:

1. Cultura de seguretat és un concepte definit a grupalment, de valors compartits dins l'organització.
2. La preocupació pels temes de seguretat està directament relacionada amb els estils de supervisió i gerència.
3. La cultura de seguretat és beneficiosa sobre la seguretat i permet aprendre dels incidents/accidents.
4. La cultura de seguretat és relativament estable i resistent al canvi dins l'organització.
5. El clima de seguretat està referit principalment a les percepcions que es deriven de la cultura de seguretat implantada que pot ser marcada per característiques o situacions més puntuals.

Podem entendre que el terme clima de seguretat opera en dues direccions de l'organització al treballador/a, en els instruments i mitjans que li proporciona, i del treballador/a a l'organització amb un compromís de comportament (Hopkins, 2002).

Fins i tot podem entendre que la preocupació de l'organització pel treballador/a va més enllà de l'àmbit laboral, i s'aplica també fora del treball i es duran a terme esforços tant dins com fora del treball. I, alhora, el compromís real del treballador/a també es veurà aplicat fora del treball i redundarà en el seu entorn (Hopkins, 2000).

La informació i la capacitat d'aprenentatge (evitant buscar culpables) són elements essencials dins la cultura preventiva (Garvin, 1993) (Gherardi, 2000) , les quals aconseguiran generalitzar la consciència del risc, factor bàsic per aconseguir canviar comportaments.

Models evolutius de cultura de la prevenció

Les característiques principals dels models evolutius de cultura de la prevenció són les següents:

MODEL DE COX (Cox, 1997). Posa l'organització al centre i accentua factors organitzacionals com el lideratge corporatiu.

MODEL DE DONALD (Donald, 1997). Posa l'èmfasi en com els treballadors/ores interpreten que han d'aplicar les normes i/o instruccions.

MODEL DE GELLER (Geller, 1997). Proposa un model anomenat Cultura Total de la Seguretat que reconeix les interaccions entre persones, medi ambient i conducta.

MODEL DE BANDURA (Bandura, 1991). Es basa en el determinisme recíproc que conté factors interns psicològics, subjectius, conductes progressives relacionades amb la seguretat i les característiques de situacions observables.

MODEL DE COOPER (Cooper, 1997). Partint de la teoria cognitiva de Bandura, hi incorpora la possibilitat d'analitzar la cultura de la seguretat, promovent investigacions futures per establir la utilitat i la validesa dels models.

MODEL DE GREENSTRET BERMAN (Greenstret, 1999). Proporciona un model de bones pràctiques per aplicar.

MODEL DE BAYLISS (Bayliss, 1998). Proposa una sèrie de característiques que ha de tenir una bona cultura de la seguretat.

Aquests models no els estudiarem de forma particular, però sí que en destacarem alguns dels factors que s'hi objectiven:

- El compromís de l'organització, particularment de la línia dels alts comandaments.
- La demostració del compromís a través de la comunicació basada en la realitat, la transparència, el respecte mutu, l'adopció de decisions, la disposició de recursos, la capacitació ...
- El compartiment de les normes i expectatives. La disposició a aprendre de l'experiència.
- L'obertura a la crítica. Les bones relacions laborals i un baix estrès.
- La participació i implicació dels treballadors/ores, amb la presència de controls que facilitin la cooperació i no la confrontació (Enthec 1999).

3.5. ÉS POSSIBLE MESURAR LA CULTURA PREVENTIVA EN L'ÀMBIT DELS CENTRES SANITARIS ASSISTENCIALS?

3.5.1. Justificació

Arribats fins aquest punt, es planteja l'interrogant següent:

És possible mesurar la cultura de la prevenció d'una institució?

L'interès de la pregunta es justifica primer, perquè és lícit que vulguem saber com funciona la cultura preventiva i, segon, perquè volem saber si es donen actuacions pràctiques que facin possible augmentar la seguretat i la salut en el treball.

Si es pogués mesurar d'alguna manera la cultura de la prevenció, aquesta eina de mesura permetria identificar aquelles variables que donen pes específic al concepte de cultura preventiva i que alhora permeten mesurar la seva magnitud, a més de dissenyar i implementar accions de millora quan observem mancances en algun dels aspectes avaluats.

També seria útil per establir un gràfic comparatiu entre diferents institucions utilitzant la mateixa eina de mesura.

Aquest és un bon exercici que es pot fer i que ens pot abocar a un resultat bastant diferent en els diferents àmbits d'aplicació.

Fins ara s'han identificat els orígens i les teories que sustenten diferents models de comprensió i intervenció de diverses organitzacions amb bons resultats. També s'han estudiat els aspectes comuns que presenten aquests models.

S'ha vist que hi ha dos grans grups de factors que comprenen la cultura preventiva. El que fa referència a les actituds i els valors dels membres de les institucions i el que agrupa les estructures que disposa l'organització.

Basant-nos en aquest punt de vista s'entén que no es pot obviar ni l'aspecte humà ni la part d'estructures, ans al contrari, una complerta combinació dels dos pot donar una visió més àmplia. Però no s'ha de plantejar l'instrument de mesura que volem dissenyar, com una auditoria que repassa en forma de checklist un interminable relació de punts per identificar els petits detalls en polítiques, processos de treball, instal·lacions, equips, procediments, etc.

Un exemple d'aquestes llistes exhaustives és l'Internacional Nuclear Safety Advisory Group (INSAG) que identifica 143 qüestions per avaluar l'estat de la situació a fi de valorar la cultura de seguretat en la indústria nuclear (INSAG, 1999).

S'han format empreses que es dediquen a fer estudis aplicats. Una d'aquestes seria el Keil Center, que està format per un grup de psicòlegs especialitzats en els factors humans que afecten la seguretat i la salut en el treball i que apliquen un model anomenat "Safety Culture Maturity® Model" (SCMM) a fi de facilitar discussions objectives sobre cultura de seguretat i identificar accions específiques per millorar-la.

3.5.2. Punts clau que configuren la Cultura Preventiva

Les accions que permeten a les empreses, anar millorant progressivament el nivell de cultura preventiva es treballen els 10 punts següents :

- Compromís visible en la gestió
- Comunicació en seguretat
- Producció respecte a seguretat
- Organització de l'aprenentatge
- Supervisió
- Recursos en seguretat i salut
- Participació en seguretat
- Comportament de presa de risc
- Gestió contractual
- Competències

L'aplicació del "Climate Safety Tool", i els estudis posteriors que s'han dut a terme (Health & Safety Executive, 2002), revela que els seus estudis han resultat útils per:

1. Tenir una visió dels nivells de cultura de seguretat en l'organització.
2. Indicar aspectes positius i negatius en relació amb les disposicions en matèria de seguretat i salut.

3. Promoure la investigació d'oportunitats de millora dels sistemes de gestió de salut i seguretat dins l'organització, augmentant així la seva importància dins d'aquesta.
4. Actuar com a base per involucrar i incorporar la participació dels treballadors/ores en temes de seguretat i salut.

Els punts esmentats, ens marquen d'alguna manera el camí que hem de seguir, però el nostre objectiu no es redueix a avaluar únicament, els aspectes que fan referència al clima de seguretat, tot i que entenem que són molt útils, sinó que també cal complementar avaluant tots els aspectes que comprenen la prevenció, i sobretot és vital simplificar la seva aplicació. Entenem que no és viable fer una valoració amb una quantitat d'ítems tant extensa, per a cada un dels aspectes que formen la cultura preventiva.

Per aquest motiu ens plantegem un instrument de mesura, el més senzill i entenedor possible, que reculli els ítems més significatius combinats amb les dimensions que li donen forma, i aquí és on s'obre un gran debat amb els especialistes de l'àmbit sanitari per començar a establir les bases d'aquesta futura eina.

3.5.3. Eines existents validades

Abans d'entrar en el debat i per poder valorar tots els temes amb coneixement de causa, s'han de conèixer bé les eines de les quals disposem, per això el següent pas ha estat buscar en la literatura totes aquelles eines ja validades i valorar-ne l'aplicació en els nostres àmbits.

A continuació exposem una breu descripció dels qüestionaris seleccionats:

Worksite Health Promotion Readiness Checklist

1- En l'article "**Assesment of a Worksite Health Promotion Readiness Checklist**" (Faghri, 2010), s'identifica un qüestionari que avalua els un grup de punts en un entorn on s'implementen mesures de promoció de la salut sobre els treballadors/ores, e el compara amb espais on no s'implementen. Comparen posteriorment la reducció de l'absentisme en tots dos casos. El qüestionari està format per 118 ítems que s'agrupen en les seccions següents :

- Promoció de la salut (21 ítems)
- Cultura de l'organització (12 ítems)
- Salut i seguretat (12 ítems)
- Entorn físic (40 ítems)
- Condicions de treball (12 ítems)
- Seguretat entorn (11 ítems)

El qüestionari l'han aplicat 2 o 3 administradors diferents. Hi ha una part del qüestionari (45 ítems) que s'aplica per l'administrador i que té forma de preguntes que tenen opció de resposta tancada: SÍ / NO / NO SAP NO CONTESTA

L'altra part, la resta d'ítems que responen els administradors després de l'observació dels llocs de treball, també té 3 opcions de resposta: SÍ / NO / NO APLICABLE.

Les discordances que es detecten entre administradors s'identifiquen per fer una anàlisi posterior.

La seva importància rau en el fet que valora característiques de l'entorn laboral, hàbits saludables com activitat física, nivell de consum d'alcohol, tabaquisme, alimentació saludable... També inclou algunes qualitats físiques del lloc de treball i de l'organització del treball.

En l'avaluació del qüestionari es considera un desavantatge la dificultat que en comporta l'aplicació. I, a més, cal considerar que seria necessari un procés d'adaptació transcultural i una traducció. Com també caldria un nou procés de validació per a la versió adaptada i traduïda.

3.5.3.1. Leading by Example Instrument

En l'article "**Assessing Management Support for Worksite Health Promotion: Psychometric Analysis of the Leading by Example (LBE) Instrument**", es descriu el procés de validació del qüestionari "Leading by example" (Della, 2005). Aquest qüestionari està redactat en anglès i precisaria, per aplicar-lo en el nostre medi, traducció i adaptació transcultural (Ramada-Rodilla, 2014).

Els ítems es presenten en forma d'afirmacions, sobre les quals cal especificar el grau d'acord que manifesten els participants. Els punts analitzats són els següents:

Lideratge de l'organització en promoció de la salut com a inversió en capital humà.

Suport financer adequat a la promoció de la salut

Alineació dels programes de PS amb els objectius de negoci

Coneixement i implicació dels comanaments en la relació entre la salut del treballador/a, la productivitat i els costos de producció.

Formació i informació als treballadors/ores de tots els nivells sobre el cost de tenir cura de la salut i els seus efectes sobre l'èxit empresarial.

Presència d'objectius i plans que defensen la millora de la salut del treballador/a.

Revisió anual dels objectius per a la millora de la salut.

Suport actiu de l'organització a la participació en programes de PS.

Suport actiu en els equips de treball a la participació en programes de PS.
Es proporciona als comandaments entrenaments sobre la importància de la salut del treballador/a.

Oferta d'incentius als treballadors/ores per romandre saludables, reduir el seus comportaments de risc i la pràctica d'estils de vida saludables

Valoració dels comandaments sobre el nivell de salut i benestar dels empleats com un indicador important del seu èxit empresarial.

Avaluació de l'efectivitat dels programes de PS, segons definicions acceptades d'èxit.

Informació dirigida al treballador/a, de les avaluacions de l'efectivitat dels programes de PS.

Informació a treballadors/ores de tots els nivells sobre l'impacte que el treball en PS té en la productivitat i en el cost de producció.

EL tipus de resposta és tancada, amb les opcions de resposta: SÍ/NO/ NSNC.

Es valora com a punts forts del qüestionari que aquest investiga els suports dels líders/directius de l'organització, però també el seguiment o adherència dels treballadors/ores dels programes de promoció de la salut implantats, el lideratge, la comunicació i el desenvolupament de cultura preventiva en l'organització així com els suports per seguir els programes de promoció de la salut. També es té en compte que la seva aplicació és ràpida i àgil.

Com a punts dèbils es considera que es incomplet i que no explora aspectes que considerem molt importants, i que formen part del concepte cultura preventiva de les organitzacions. I també requereix, procés de traducció, d'adaptació transcultural, i validació posterior.

3.5.3.2. Qüestionari Gershon

El qüestionari de Gershon: RISK ASSESSMENT SURVEY FOR REGISTERED NURSES (Gershon, 2002) està format per blocs de preguntes que s'articulen seguint els apartats següents:

1. Informació de paràmetres demogràfics i del lloc de treball
2. Factors de risc biològic per exposició parenteral.
3. Historial d'exposicions a agents biològics.
4. Precaucions estàndard
5. Salut del treballador/a
6. Seguretat del material mèdic.
7. Gestió post-exposició
8. Clima de seguretat
9. Grau de satisfacció laboral

És un qüestionari que explora la percepció del risc i que està dirigit al col·lectiu d'infermeria, amb l'objectiu d'avaluar la seva percepció del risc al qual s'exposa en les seves ocupacions laborals.

Està format per 152 ítems, amb algunes preguntes obertes i la resta de tancades. En les opcions de resposta de les preguntes tancades hi tenim dues possibilitats, les que tenen per opció de resposta SÍ/NO únicament, i les que tenen resposta segons grau d'acord amb el contingut de l'ítem, que van del 0 al 4, amb una opció possible de no sap no contesta.

El qüestionari es va valorar com un dels més complets de la cerca.

Els seus punts dèbils són que està orientat a un col·lectiu concret i a les seves tècniques específiques de treball, i tampoc no inclou aspectes relacionats amb la promoció de la salut.

Caldria dur a terme, també un procés d'adaptació transcultural, traducció i validació posterior per poder-lo aplicar.

3.5.3.3. Qüestionari Nòrdic – Nosacq-50

Del **Qüestionari Nòrdic sobre seguretat en el treball** (Nosacq-50), se'n va revisar la versió validada en castellà i es va considerar en molts punts, un dels millors i que amb més profunditat valorava aspectes d'implicació de directius i comandaments, així com el retorn del treballador de la informació avaluada. També valora aquells aspectes de seguretat que els treballadors/ores han integrat en la seva conducta. Està format per 50 ítems que es valoren en 4 opcions possibles: molt en desacord, en desacord, d'acord i molt d'acord.

Consta dels apartats següents :

1. Informació general
2. Percepció dels treballadors/ores sobre com els gerents i els supervisors del seu lloc de treball gestionen la seguretat
3. Percepció dels treballadors/ores sobre com els mateixos treballadors/ores gestionen la seva seguretat i la percepció dels riscs en el seu lloc de treball
4. Apartat obert per fer comentaris

En aquest qüestionari hi podem assenyalar dos punts dèbils. El primer és que no s'inclouen aspectes com salut laboral, especial sensibilitat i promoció de la salut. El segon és que no el podem aplicar encara que sigui un qüestionari àgil i que no necessiti cap validació ni adaptació, ja que no representa tots els aspectes fonamentals de la cultura preventiva.

3.5.4. Eines existents no validades

3.5.4.1. Qüestionari: factors laborals predictius d' absència per malaltia

En l'article Eriksen, W et al, "**Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides**" publicat en *Occup Environ Med* 2003; 6:271-278, s'aplica un qüestionari per identificar aquells factors que poden predir l'absència al treball dels infermers/eres on es valoren aspectes com:

1. Demanda quantitativa de treball
2. Freqüència amb què han d'empènyer, carregar o traslladar objectes pesants
3. Si necessiten entrenament físic per fer la seva feina
4. El grau de control sobre la pròpia feina
5. Equitat del seu superior immediat
6. Suport del superior immediat
7. Reconeixement del treball ben fet
8. Cultura d'encoratjament en la unitat de treball
9. Suspició sobre l'equip de treball
10. Ambient relaxat en la unitat de treball
11. Nivell dels conflictes al treball
12. Signes de violència al treball
13. Assetjament al treball

14. Treball en una unitat psiquiàtrica
15. Treball en una unitat pediàtrica
16. Treball amb poca ajuda d'auxiliars d'infermeria
17. Cultura de suport a la unitat de treball
18. Cultura de la suspicàcia
19. Canvi de lloc/ocupacions de treball per dolor
20. Haver patit lesions cervicals en un accident
21. Intensitat del dolor músculoesquelètic
22. Fatiga
23. Problemes crònics de salut
24. Pràctica d'exercici físic regular els 3 mesos anteriors

No es tracta d'un qüestionari validat, sinó d'una llista de factors avaluats com a possibles causes d'absència laboral de personal sanitari i que es va tenir en consideració, no tant per aplicar com a tal, sinó per estudiar tots els aspectes valorats i avaluar-ne la inclusió en l'eina que estava en procés de disseny.

3.5.5. Esquema eines valorades i de requeriments per a la seva aplicació

	Nº ITEMS	MATÈRIES AVALUADES	AGILITAT APLICACIÓ	REQUERIMENTS PER APLICACIÓ ÀMBIT SANITÀRI ASSISTENCIAL
Worksite Health Promotion Readiness Cheklist	112	Promoció salut	poc	Traducció, adaptació transcultural i validació
Leading by Example (LBE) Instrument	18	Lideratge i PS	molt	Traducció, adaptació transcultural i validació
Risk assesment survey for registered Nurses, (Gershon)	152	Seguretat laboral, clima de seguretat i satisfacció personal	poc	Traducció, adaptació transcultural i validació
Qüestionari Nòrdic – Nosacq-50	50	Seguretat laboral	bastant	Aplicació directa
Work factors as predictors of sickness absence. (eina no validada)	24	Clima laboral	bastant	Traducció, adaptació transcultural i validació

Taula 6. Quadre resum de les característiques principals de les eines valorades.

Amb l'anàlisi profunda dels qüestionaris anteriors, es conclou que no disposem de cap instrument validat que ens sigui útil per mesurar el grau de cultura preventiva de les organitzacions sanitàries que representem, ni de com les nostres organitzacions apliquen aquesta cultura en relació amb els treballadors/ores. A la taula 6 hi trobem resumides totes les característiques que s'han exposat fins ara.

Així doncs, hi ha consens, a afirmar que hi ha una necessitat de mesurar aquest grau de cultura preventiva per poder posar en comú la situació global i

fer plantejaments que ens puguin ser útils a tots els centres, sempre a partir d'una aproximació basada en l'evidència científica.

Considerem que la millor manera d'aconseguir-ho es abordar el disseny d'una nova eina que ens permeti recollir i mesurar la percepció que tenen els treballadors/ores d'aquestes institucions, sobre como cada una de les institucions on treballen apliquen i gestionen en la pràctica diària, la cultura preventiva, tal com ja es planteja en el treball de Pere Boix (Boix, 2001).

Per tant, es decideix plantejar un procés de disseny i validació d'un nou qüestionari, que recollint molta de l'experiència anterior analitzada en la cerca bibliogràfica i les aproximacions que trobem en alguns fòrums de promoció de la salut, ens permeti assolir aquest objectiu de mesura.

3.5.6. **Qüestionaris de l'INSHT (portal PST,2017):** qüestionaris de promoció de la salut de la Xarxa Europea de Promoció de la Salut en el Treball-ENWP (Portal ENWP, 2017).

També s'analitzen els principals portals que plantegen aspectes de promoció de la salut en el treball (PST):

La Xarxa Europea de Promoció de la Salut en el Treball, té com a col·laborador a Espanya, l'Institut Nacional de Seguretat i Higiene en el Treball.

L'objectiu que plantegen és involucrar a les empreses en aspectes de la salut dels treballadors/ores, tant per ajudar les empreses a aconseguir millorar els seus objectius, mitjançant actuacions en promoció de la salut que tenen per finalitat millorar la salut dels treballadors/ores, com per afavorir el benestar dels seus treballadors/ores i aconseguir unes condicions de treball més segures.

En aquest portal s'hi proposa una autoavaluació de les empreses, que també hem tingut en compte a l'hora de plantejar el disseny de la nova eina que hem obtingut. Aquesta avaluació està destinada a valorar els criteris de qualitat per la PST, en 27 ítems, que exploren:

- Estratègia i compromís de la direcció
- Recursos humans i organització del treball
- Planificació en la PST
- Responsabilitat social
- Desenvolupament de la PST
- Resultats de la PST

A més ens plantegen 4 qüestionaris parcials:

3.5.6.1. Qüestionari: MOVE EUROPE

Conté 59 ítems i està destinat a avaluar les actuacions de les empreses en els punts següents:

Política i cultura

Prevenició del tabaquisme

Alimentació saludable

Activitat física i

Estrès

3.5.6.2. El Qüestionari de Salut Mental

Consta de 65 ítems i avalua els apartats següents :

Política i cultura

Organització i estructures

Execució d'un pla

Avaluació de necessitats

Mesures organitzacionals: prevenició dels problemes de salut mental

Mesures organitzacionals: gestió dels problemes de salut mental

Suport als treballadors/ores amb problemes de salut mental

Formació e informació

Avaluació

3.5.6.3. Qüestionari d'identificació de necessitats en les empreses en relació amb l'envelliment.

Qüestionari amb 47 ítems que valora els aspectes següents:

- Selecció i contractació del personal
- Formació
- Organització del treball
- Plans de desenvolupament professional
- Promoció de la salut i inclusió
- Transferència de coneixements
- Temps de treball
- Cultura de l'empresa

3.5.6.4. Qüestionari relatiu a malaltia crònica

Qüestionari amb 34 ítems que revisa els temes següents:

- Organització, estructura i avaluació
- Execució: mentre el treballador està absent
- Execució: en el moment del retorn al treball.
- Execució: en relació amb l'equip de treball
- Execució: actitud oberta i comprensiva

Val a dir que tots aquests han donat un punt de vista ampli i una base sòlida de com afrontar la fase de disseny de l'eina que volem tenir.

Tanmateix, no són aplicables als objectius que es pretenen en aquest projecte, alguns a causa de la manca de tractament d'àrees que creiem que són bàsiques, i d'altres a causa de la seva extensió, que en fan inviable l'aplicació al nombre de treballadors/ores que cal consultar per fer valoracions adequades.

De totes maneres com ja s'ha comentat, cal destacar que aquestes eines estan pensades per fer àmplies avaluacions a les empreses i en cap cas per avaluar la percepció dels treballadors/ores.

Aquest aspecte d'entrada és important ja que si es constata que es duen a terme accions a les empreses i que no es reflecteixen en els resultats hi ha un pas a la cadena de transmissió, de l'actuació o bé de la transmissió de la informació que no funciona del tot bé i que també forma part d'aquesta cultura preventiva que es pretén avaluar.

El qüestionari que es presenta, es concep per dirigir-lo a tots els treballadors/ores dels centres sanitaris assistencials.

El qüestionari pretén explorar la integració conceptual en els valors i la missió de la institució, la seva implantació entre els directius/ves, el seu desenvolupament i la aplicació sistemàtica per part dels/les comandaments intermedis, a més de la formació/informació que reben els treballadors/ores i l'anàlisi del seu desenvolupament i la concreció en els procediments de treball.

4. OBJECTIUS:

Allò que no es pot mesurar no es pot millorar. Aquesta frase és el resum més aconseguit per justificar que es detecta la necessitat de mesurar el grau de cultura preventiva de totes les organitzacions i especialment dels centres sanitaris.

Després de fer una cerca bibliogràfica i analitzar els qüestionaris ja validats que s'apliquen en alguns dels aspectes que componen la cultura preventiva -com hem exposat fins ara-. ens trobem que no s'ha trobat cap instrument ja validat que ens permeti mesurar la cultura preventiva.

Per tant l'objectiu principal és el disposar d'una eina validada, que ens permeti mesurar la cultura preventiva en els centres sanitaris assistencials de parla catalana. D'aquesta manera poder utilitzar els resultats obtinguts per proposar plans de millora en les àrees que s'han valorat, això doncs que permeti implantar un sistema de millora de la cultura preventiva dels centres sanitaris.

Aquesta mesura no es pot fer de manera directa, ja que no disposem de valors de referència. Es per això que es realitza de forma indirecta, analitzant la percepció que els treballadors tenen de l'aplicació de tots els aspectes relacionats amb la cultura preventiva que apliquen les institucions on treballen.

L'obtenció de la nova eina de mesura es un procés que consta de dues grans fases, per una part, tot el procés que requereix el disseny i la redacció del qüestionari, es a dir la seva confecció. I per una altra part tot el procés de validació del propi qüestionari. Aquest última fase ens ha de permetre garantir les propietats psicomètriques del qüestionari i poder aplicar una eina validada a tots els centres sanitaris assistencials del nostre entorn.

Aquest qüestionari ha de permetre obtenir mesures vàlides dels centres sanitaris per poder fer valoracions comparatives entre si.

Aquesta eina ha de permetre detectar aquells aspectes en què les institucions sanitàries poden millorar la percepció de la cultura preventiva que tenen els seus treballadors/ores.

Cal analitzar en profunditat cada un dels aspectes que formen la cultura preventiva, vistos des de cada una de les àrees relacionades i que han de ser susceptible d'avaluació, i cal analitzar en cada un dels temes les valoracions obtingudes. Les àrees relacionades que s'han considerat indicades per formar part de l'eina són la política institucional, la gestió global dels riscos laborals, la gestió específica dels accidents laborals, la gestió del riscos psicosocials, la gestió de la salut laboral, la gestió dels casos d'especial sensibilitat, la gestió d'aspectes relacionats amb el medi ambient i la gestió dels aspectes relatius a la prevenció i promoció de la salut dels treballadors/ores.

Però, alhora, això ha de permetre valorar des d'una doble vessant aquells processos que ajuden a implantar la cultura preventiva, per un costat el nivell d'implicació de la direcció i dels comandaments intermedis, per tant el seu lideratge en cultura preventiva, i per l'altre costat, el nivell d'integració de la cultura preventiva en tots els processos que es duen a terme en els centres sanitaris assistencials, la formació/informació que es proposa al personal sanitari, i els processos de comunicació dins els centres.

5. MATERIAL I MÈTODES.

En aquest apartat es desglossa pas a pas com s'ha fet el disseny i la confecció del qüestionari en una primera fase i el procés de validació en una segona fase.

El grup de treball que assumeix aquest projecte directament està format per 8 professionals dels centres participants, que representen totes les disciplines que integren la prevenció de riscos laborals i del medi ambient. Hi ha tècnics superiors en Seguretat, Ergonomia, Risc Psicosocials, Higiene, Infermeria del Treball i Medicina del Treball, així com tècnics de Medi Ambient. A partir d'aquest moment ens referim a ells com a **“grup de treball”**. Està format per les persones següents:

Frederic Bretau, metge del Treball i tècnic superior de PRL. Servei de Prevenció. Consorci Sanitari del Garraf. Sant Pere de Ribes. Barcelona

Miquel Vilardell, responsable del Servei de PRL i Medi Ambient. Metge del Treball i tècnic superior de PRL. Servei de Prevenció i Medi Ambient, Consorci Hospitalari de Vic. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic. Barcelona

Rosa Carreras, responsable del Servei de PRL. Metge del Treball i tècnica superior de PRL. Servei de Prevenció. Institut d'Assistència Sanitària. Salt. Girona

M Eugènia Flores, responsable del Servei de PRL. Metge del Treball i tècnica superior de PRL. Unitat de Salut Laboral, Consorci Sanitari Integral. Barcelona
Assumpció Guixeras, DUI especialista en Medicina del Treball i tècnica superior de PRL. Unitat Bàsica de Prevenció ICS. Girona

Susana Torrecillas, DUI especialista en Medicina del Treball i tècnica superior de PRL. Servei de Prevenció de Riscos Laborals Hospital Sant Rafel. Barcelona.

Consol Serra, responsable del Servei de PRL. Metge del Treball i tècnica superior de PRL. Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar. Barcelona.
Professor

Pilar Subirats, metge del treball i tècnica superior de PRL. Unitat de Vigilància de la Salut. GINSA: Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Hospital Comarcal de Mora d'Ebre, i Hospital comarcal del Montsià. Tarragona

Es realitza una cerca bibliogràfica, a la base de dades de Pub-Med, utilitzant les següents paraules clau: Preventive culture, Safety culture, Health promotion, Face and content validity, Questionnaire.

Utilitzant la sintaxi: (Questionnaire) AND (Safety culture) AND (Health promotion)

En aquesta cerca s'obtenen 234 articles que es revisen amb la lectura que fan de l'abstracte tots els membres del grup de treball.

En la primera valoració se seleccionen, tots aquells articles que contenen informació útil d'instruments de mesura. Es compara la selecció que han fet cada un dels participants en la cerca, tots ells membres del grup de treball. Tots aquells on hi ha coincidència es reserven per a una fase posterior. En aquells articles on no hi ha coincidència tot el grup els torna valorar i incorpora els que tenen major acceptació.

Amb aquest procés passen a la fase de valoració de text complert 53 articles que són revisats per parelles i amb valoració creuada en casos de dubte.

En analitzar tots els articles seleccionats, amb una lectura en profunditat, s'identifiquen sis qüestionaris que apareixen en els articles seleccionats. La seva descripció es troba en l'apartat anterior "Eines existents".

Amb l'anàlisi feta, es conclou que cap dels instruments de mesura que es localitzen mitjançant, la cerca bibliogràfica respon a l'objectiu de mesura de cultura preventiva que es planteja. Així s'exposa abastament en l'apartat que aborda la seva anàlisi.

Per tant, un cop descartades eines ja definides, es detecta la necessitat de comptar amb una eina nova per mesurar la cultura preventiva en l'àmbit dels centres sanitaris, que es planteja com a principal objectiu d'aquest projecte.

5.1. FASE DE DISSENY DEL QÜESTIONARI:

Quan s'inicia el disseny de la nova eina, es determinen els temes que s'han d'incloure d'acord amb l'experiència dels professionals del grup de treball que participa en el projecte i que configuren els aspectes que cal mesurar. Aquests temes són aquells que formen part dels grans pilars en què se sustenta l'actuació de les institucions en matèria de cultura preventiva. Es detallen a continuació:

5.1.1. Política de l'organització

Apartat en què es pretén valorar la percepció que tenen els treballadors/ores dels centres participants, de la cultura preventiva de l'organització. Com ja hem comentat les posicions jeràrquiques més elevades tenen un millor posicionament i una major responsabilitat respecte a la difusió de la cultura preventiva a tots els treballadors/ores. Es valora la implicació de la direcció en el lideratge de les accions destinades a la millora de la salut del seu personal.

Es valora també la implicació que des de la direcció mateixa es transmet als comanaments intermedis, de com es planifiquen i s'incorporen accions destinades a la millora de la salut dels treballadors/ores en els procediments de treball, de com es comuniquen i es formen els treballadors/ores en les accions planificades, de com s'avaluen un cop fetes o bé incorporades al treball diari i de com es mesuren i es comuniquen aquestes mesures als seus professionals perquè tinguin un retorn adequat.

Tanmateix, com tot procés que es duu a terme en una empresa, cal que aquest estigui suportat per una sèrie de mitjans humans i materials. Aquesta afirmació permet valorar sempre des del punt de vista del professional, la idoneïtat d'aquests recursos.

5.1.2. Gestió de riscos laborals

L'apartat de gestió dels riscos laborals mesura la percepció del treballador/a sobre si l'organització proporciona sistemes de protecció als professionals, ja sigui eliminant el risc, minimitzant-lo o bé proveint els professionals dels equips de protecció individual adients, a fi de resguardar el personal davant els riscos que no s'han pogut eliminar.

Aquesta gestió ha d'anar integrada en els procediments de treball, incloent-hi pràctiques segures, en què cal formar els professionals. El grau d'aplicació d'aquesta integració també serà mesurat pels professionals. Així mateix valoraran, si els comandaments intermedis es responsabilitzen o exerceixen una informació i una comprovació adequada de si els procediments establerts estan disponibles i s'apliquen correctament.

A més, es valora si hi ha sistemes de notificació de situacions de risc no detectats amb anterioritat, i si els professionals coneixen aquesta disponibilitat. També es valora si es duu a terme de manera periòdica la mesura de l'impacte que tenen aquestes accions, si s'extrauen les conclusions i si d'aquestes conclusions s'informa als professionals.

5.1.3. Gestió dels accidents laborals i malalties professionals

Es valora la percepció que té el professional de la realització de les investigacions dels accidents laborals que s'esdevenen en l'organització, si els professionals i els mateixos comandaments s'impliquen en aquesta investigació, si es proposen mesures correctores per evitar que torni a succeir i, finalment, si els arriba informació de les mesures correctores aplicades i la informació de l'impacte d'aquestes mesures.

5.1.4. Abordatge del risc psicosocial

En aquest apartat, el professional valora la realització d'avaluacions de riscos psicosocials, com la càrrega mental, la definició de rol, les relacions amb els companys i comandaments, el suport social a la feina, etc. en cada un dels departaments de l'organització.

Es valora si es disposa d'una via de declaració, tant de riscos psicosocials com de possibles situacions de violència ocupacional que es puguin produir

També es valora si els arriba informació i formació adequada d'aquesta valoració i de les mesures aplicades per corregir els riscos, si és que s'han pres.

Es valora també que hi hagi un grup de treball que inclogui la Direcció, els comandaments, els tècnics i els agents socials per treballar en la planificació de mesures a fi de resoldre problemes detectats per les avaluacions que s'han fet.

I alhora, es té en compte si s'informa als treballadors/ores de quines accions s'han adoptat, i quin impacte han tingut aquestes accions.

5.1.5. Salut laboral

S'avaluarà la percepció de l'actuació en matèria de salut laboral, l'accessibilitat als serveis de medicina del treball i, a les activitats que aquests duen a terme. S'avaluarà l'accés que tenen els professionals en matèria de Exàmens de salut laboral, del tipus d'examen de salut que els correspon fer segons el seu lloc de treball.

També s'avaluarà si tenen coneixement dels protocols que s'apliquen en salut laboral segons el seu lloc de treball i si s'han notificat als respectius comitès de seguretat i salut dels centres. També es valora si han rebut oferiment per fer l'examen de salut laboral que els correspon segons el seu lloc de treball.

5.1.6. Gestió de casos d'especial sensibilitat

En el cas de professionals que presenten característiques especials de salut o amb necessitats especials que puguin comportar alguna limitació per complir amb la seva feina habitual, es valora si es duu a terme un abordatge pluridisciplinari indicant quines són aquestes limitacions i com s'adapta el lloc del professional en cas necessari.

Cal una valoració de com es gestionen aquestes situacions i de la possibilitat d'adaptar-se al professional, per evitar que la seva situació laboral empitjori encara més la seva salut. El suport que rebi dels seus comandaments, també serà objectiu de mesura d'aquest apartat.

5.1.7. Medi ambient

L'impacte de les actuacions de l'organització sobre el medi ambient i l'entorn de la institució també són considerats aspectes de cultura preventiva. En aquest apartat els professionals valoraran l'existència de plans d'actuació per evitar un impacte negatiu en el medi ambient i en l'entorn, així com que hi hagi algun sistema en què els professionals puguin notificar determinades situacions i/o aportar els seus suggeriments.

Es valora què i com es difon la informació tant dels problemes existents com de les solucions implantades i dels seu impacte sobre el medi ambient.

5.1.8. Promoció/protecció de la salut

El camp de la promoció de la salut es valora si s'apliquen mesures adients a la millora de la salut dels treballadors/ores. Les actuacions rauen tant en aspectes de prevenció primària (que són aquells que tenen per objectiu disminuir els factors de risc de les malalties abans que aquestes es produeixin) com en prevenció secundària (que són aquelles mesures destinades a aconseguir una detecció precoç de possibles malalties), com, també, en prevenció terciària (que són aquelles mesures destinades a millorar la qualitat de vida de pacients amb determinades malalties ja establertes i diagnosticades convenientment).

I, en aquest camp, els professionals valoraran l'existència d'algun pla d'actuació específic en matèria de promoció de la salut adequat a les característiques de l'organització concreta, de com es concreta, com es difon, com s'aplica, com es mesura el seu impacte i com reben la informació d'aquest impacte.

Cada un dels temes es valora en funció d'una sèrie de processos que intervenen en la implantació de la cultura preventiva a les institucions. Aquests processos es deriven dels trets comuns de la implantació adequada dels

sistemes de gestió a les institucions, que s'han desenvolupat en l'apartat de la introducció i que esquematitzen les seves conclusions en l'apartat de definició de cultura preventiva. Són els que s'especifiquen a continuació:

1. Implicació de la Direcció
2. Implicació dels comanaments intermedis
3. Formació
4. Incorporació en els procediments de treball
5. Comunicació
6. Integració en els processos de l'organització.

De la convergència entre àrees i processos avaluats, per consens en el mateix grup de treball, en sorgeix l'estructura que es planteja a l'inici del disseny del qüestionari. Tot i que encara no s'ha fet la redacció inicial de l'ítem, però sí que s'ha definit el contingut que ha de tenir cada intersecció, com es veu agrupat en les taules que tenim a continuació i que serviran de base en la convergència entre àrees i processos que cal mesurar, a fi d'objectivar més clarament quina redacció concreta ha de demanar el qüestionari que ha d'avaluar cada un dels punts.

Per redactar els ítems, sempre ens ha de servir de guia el que volem que valori el treballador que contesta el qüestionari, i que és la seva percepció concreta sobre el punt en qüestió. I serà des d'aquesta òptica que abordarem cada un dels punts que volem desenvolupar.

El procés per determinar què es vol avaluar en cada un dels ítems resulta potser, el més llarg de la confecció del qüestionari. Durant un procés de mesos, s'ha succeït un debat per a cada un dels punts, s'ha analitzat i modificat el

contingut de cada un dels ítems fins que s'ha arribat a un consens en cada un. D'aquesta manera, s'obté el quadre inicial que presentem a continuació, i que conté el que volem analitzar en cada un dels ítems. Així doncs, s'ha organitzat la matriu que es genera de manera intuïtiva amb la confluència de les àrees que es volen analitzar i els processos que permetran implantar cada una d'aquestes.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
POLÍTICA INSTITUCIONAL						
Inclusió salut treballadors/ores en missió corporativa						
Inclusió escrita salut treballadors/ores en política empresa						
Existència objectius en millora salut treballadors/ores.						
Grau implicació comanaments en la salut dels treballadors/ores						
Comunicació activitats en prevenció i promoció de la salut						
Dedicació recursos en prevenció i promoció						

Taula 7: Apartat política institucional VS. processos

POLÍTICA INSTITUCIONAL VS. IMPLICACIÓ DIRECCIÓ

En l'apartat de política institucional es valora si està present la salut del treballador/a com a concepte genèric, en la missió corporativa de l'empresa.

POLÍTICA INSTITUCIONAL VS. INTEGRACIÓ

Es valora si es troba per escrit el procés de la millora salut del treballador en el desplegament de la política de l'empresa.

POLÍTICA INSTITUCIONAL VS. PROCEDIMENTS

Es valora si hi ha objectius de treball que facin referència a la millora de la salut dels treballadors/ores. També es valora si s'està d'acord que els procediments de treball incloguin punts per evitar que empitjori la salut del treballador/a com a conseqüència del seu treball, o fins i tot aspectes que la puguin millorar.

POLÍTICA INSTITUCIONAL VS. IMPLICACIÓ COMANDAMENTS INTERMEDIS

Es valora el grau d'implicació dels comandaments intermedis a l'hora de difondre els aspectes de millora de la salut, o d'evitar que aquesta empitjori.

Es valora el grau d'implicació en la funció de formació i direcció dels seus subordinats, aspectes que s'inclouen en la política institucional.

POLÍTICA INSTITUCIONAL VS. COMUNICACIÓ

Es valora el grau de comunicació i difusió a tots els treballadors/ores dels aspectes relacionats amb el manteniment i la millora de la salut dels treballadors/ores, que s'inclouen en la política institucional.

POLÍTICA INSTITUCIONAL VS. FORMACIÓ

Es valora el grau de formació de tots els treballadors/ores pel que fa als aspectes relacionats amb el manteniment i la millora de la salut dels treballadors/ores, que s'inclouen en la política institucional.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
PRL: SEGURETAT EN EL TREBALL						
Directrius d'aplicació mesures seguretat						
Inclusió mesures seguretat en procediments						
Formació en seguretat						
Avaluació mesures seguretat adoptades						
Informació de mesures adoptades						

Taula 8: Apartat PRL: seguretat VS. processos

PRL: SEGURETAT EN EL TREBALL VS. IMPLICACIÓ DIRECCIÓ

Es valora el grau què estan presents directrius generals promogudes per la direcció quant a l'aplicació de mesures de seguretat.

PRL: SEGURETAT EN EL TREBALL VS. PROCEDIMENTS

Es valora el grau què es reflecteixen les directrius de seguretat en els procediments de treball de l'organització.

PRL: SEGURETAT EN EL TREBALL VS. FORMACIÓ

Es valora el grau en què es formen els professionals per assolir les bones pràctiques en seguretat que reflecteixen les directrius de seguretat en els procediments de treball de l'organització.

PRL: SEGURETAT EN EL TREBALL VS. INTEGRACIÓ

Es valora el grau en què s'integren les bones pràctiques en seguretat en tots i cada un dels procediments de treball de l'organització, com s'avaluen i com es milloren.

PRL: SEGURETAT EN EL TREBALL VS. IMPLICACIÓ COMANAMENTS INTERMEDIS I VS. COMUNICACIÓ

Es valora com es fa la difusió d'aquests aspectes i com els apliquen els comandaments intermedis, de manera que es reflecteixin aquelles actituds i creences que tenen els comandaments intermedis en la pràctica diària de les seves funcions. En aquest camp es va creure convenient integrar els dos aspectes, ja que per consens es van entendre que estaven molt relacionats entre si.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
PRL: Investigació accidents						
Directrius d'aplicació mesures segons investigació accidents						
Funció comanaments en investigació AT						
Informació/Formació en investigació AT						
Integració en procediments						
Informació de mesures adoptades						

Taula 9: Apartat PRL: investigació accidents VS. processos

PRL: GESTIÓ AT VS. IMPLICACIÓ DIRECCIÓ

Es valora l'existència de directrius d'aplicació de mesures segons els resultats de les investigacions d'accidents, d'acord amb les conclusions que se'n deriven de l'anàlisi.

PRL: GESTIÓ AT VS. IMPLICACIÓ COMANDAMENTS INTERMEDIS

Es valora quina és la funció i l'actitud dels comanaments intermedis en relació amb l'aplicació de les mesures derivades de les investigacions de tots els accidents que es produeixen a l'empresa.

PRL: GESTIÓ AT VS. FORMACIÓ

Es valora si hi ha flux més o menys mantingut d'informació de les investigacions dels accidents i de formació en aplicació de les mesures que se'n deriven si es dona el cas.

PRL: GESTIÓ AT VS. PROCEDIMENTS I VS. INTEGRACIÓ

Es valora si s'integren en els procediments de la institució les mesures adoptades que es deriven de la investigació dels accidents de treball.

PRL: GESTIÓ AT VS. INFORMACIÓ

Es valora que la informació de les mesures adoptades en el procés de la investigació dels accidents arribi als treballadors/ores d'alguna manera.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
RISC PSICOSOCIAL						
Realització avaluacions RP						
Via comunicació incidències						
Informació als treballadors/es						
Destinació recursos grup treball						
Planificació mesures						
Informació resultats						

Taula 10: Apartat risc psicosocial VS. processos

En el tema de risc psicosocial es valora el procés de realització de les avaluacions, la disponibilitat d'un sistema de notificació d'incidents de seguretat, com la informació dels resultats arriba als professionals i, la designació de recursos humans per què es formi un grup de treball sobre el tema. Alhora, també es té en compte l'existència de mesures per facilitar la planificació d'accions i com arriba la informació d'aquestes accions als professionals.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
MEDICINA DEL TREBALL - SALUT LABORAL						
Informació als treballadors/ores de les seves activitats						
Accés dels treballadors/ores						
Acció coordinadors						
Consens protocols VS						
Activitat de vigilància mèdica dels treballadors/ores						

Taula 11: Apartat Medicina del Treball VS. Processos

En el cas de medicina del treball, es valora que arribi la informació als treballadors/ores, que hi hagi un servei de medicina del treball i que compleixi les seves funcions, en especial de totes les activitats de vigilància mèdica.

Es valora que els professionals tinguin accés al servei quan sigui precís i com els comandaments faciliten aquest accés.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
ESPECIAL SENSIBILITAT						
Possibilitat adaptació						
Suport comanament						
Grup treball						
Realització adaptació						

Taula 12. Apartat especial sensibilitat VS. processos

El tema dels professionals amb especial sensibilitat s'aborda de manera específica a causa de la seva particular rellevància i de la legislació actual, que determina que l'empresari, sempre que sigui possible, adapti el lloc de treball. Alhora es valora el suport dels comandaments per dur a terme aquestes adaptacions, si s'aborda el tema en els si d'un grup pluridisciplinari que ho treballi específicament i si, finalment, es duen a terme aquestes adaptacions.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
MEDI AMBIENT						
Existència programa						
Informació programa als treballadors/ores						
Aportació treballadors/ores						
Aplicació programa						
Informació resultats aplicació programa						

Taula 13: Apartat Medi Ambient VS. Processos

En el tema del medi ambient, es valora l'existència d'un programa definit per reduir l'impacte de les activitats pròpies de la institució sobre el medi ambient, quina informació arriba als professionals al respecte, també de si es disposa d'una via per notificar incidències o, fins i tot, possibles millores, Així com l'aplicació real del programa i del retorn de les mesures adoptades i les seves conseqüències reals.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
HÀBITS SALUDABLES						
Existència pla actuació						
Existència efectiva Grup treball						
Informació pla actuació als treballadors/ores						
Sistema aportació treballadors/ores						
Informació periòdica resultats pla actuació						

Taula 14: Apartat hàbits saludables VS. processos

En el tema de promoció primària de la salut, es valora l'existència d'un pla d'hàbits saludables de l'empresa, d'un grup de treball al respecte i, com en la resta de processos, que arribi la informació als professionals i, fins i tot, que aquests disposin d'un canal per fer aportacions referents al tema d'hàbits saludables.

QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
PROGRAMES DE CRIBATGE O DETECCIÓ PRECOÇ						
Existència i aplicació programes						
Coordinació accés als programes dels treballadors/ores						
Mesura resultats programes						
Informació dels programes als treballadors/es						

Taula 15. Apartat programes de cribatge o detecció precoç VS.processos

En el tema de prevenció secundària, es valora l'existència de programes de cribatge o detecció precoç, la seva aplicació i l'accés dels professionals a aquests programes. Però també, i seguint el constant cicle de millora contínua com es mesuren i com es reporta la informació dels seus resultats a tots els professionals.

S'estructura el text explicatiu inicial per consens:

“Et demanem que valoris de manera VOLUNTÀRIA I ANÒNIMA la teva percepció del grau de compliment de diversos aspectes, relacionats amb la CULTURA PREVENTIVA de l'organització en la què treballes.”

S'afegeixen les instruccions per valorar el text, que, també per consens, es determina que es farà segons el tipus d'escala Likert (Ruiz-Olabuenaga, 1972).

Es determina que l'escala consti de 5 valors possibles que són:

- 4) molt d'acord
- 3) d'acord
- 2) poc d'acord
- 1) gens d'acord i
- 0) no ho sap

Per poder valorar el percentatge de resposta que té cada un, afegint un quadre explicatiu de les puntuacions:

Molt d'acord.....4	integració plena de la cultura preventiva en la gestió de cada procés.
D'acord3	integració progressiva de la cultura preventiva en la gestió de cada procés.
En desacord2	La cultura preventiva s'incorpora de forma deficient en la gestió de cada procés
Molt en desacord.....1	La cultura preventiva s'incorpora de forma molt deficient a la gestió de cada procés
Ho desconec..... 0	

Taula 16. Respostes

Cal tenir en compte que l'escala gradua cada ítem en 5 valors, cada un d'aquests ens dona una informació determinada. Respondre "Ho desconec" no representa un No com a resposta de l'ítem sinó que reflecteix que el professional desconeix el contingut de l'ítem. Això ens dóna, per tant una informació prou valuosa que s'haurà d'analitzar amb la resta de respostes, en la fase d'avaluació quan algun centre assistencial hagi aplicat el qüestionari. S'acorda incloure en el format del qüestionari un primer apartat en què es demanen dades sociodemogràfiques dels professionals: sexe, edat, càrrec, antiguitat i categoria professional.

Marca la casella que correspongui segons les teves dades:

Edat	18 - 30 anys	31 – 40 anys	41 – 50 anys	> 50 anys
-------------	--------------	--------------	--------------	-----------

Sexe	Home	Dona
-------------	------	------

Càrrec	Treballador/a	Comandament intermedi	Directiu
---------------	---------------	-----------------------	----------

Antiguitat Centre	< 1 any	1-10 anys	11-20 anys	> 20 anys
--------------------------	---------	-----------	------------	-----------

Categoria professional	Directiu
	Comandament assistencial
	Comandament no assistencial
	Titulat/da superior assistencial
	Diplomat/da universitari/ària assistencial (infermer, llevador, fisioterapeuta., treballador social, terapeuta ocupacional, dietista)
	Tècnic/a assistencial (lab., radiodiagnòstic, anat. patològica.)
	Auxiliar assistencial (Aux. D'infermeria, auxiliar geriatria)
	Traslats assistencials (portalliteres)
	Llicenciat/da, diplomad/da o tècnic/a no assistencial
	Administratiu/iva
Serveis generals i hotelers (manteniment, neteja, personal de cuina, personal de rober,	

Taula 17. Dades sociodemogràfiques

També es defineixen els criteris d'inclusió, que corresponen a treballadors/ores en actiu amb una jornada laboral igual o superior a 20 hores setmanals, d'ambdós sexes, amb diferents nivells educatius i que entenguin l'idioma del qüestionari.

Arribats en aquest punt, s'inicia la redacció de cada un dels ítems que recollirà l'àrea i el procés per al qual es planteja.

Els criteris generals que s'han seguit per a la redacció de cada un dels ítems són els que estan recollits en els criteris de consens aplicables a un instrument nou d'abast internacional. Aquest criteris es troben a "The Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments: COSMIN checklist" (Mokkink, 2017) (Watanabe, 2017).

L'objectiu de COSMIN, amb la llista de comprovació que proposa per consens, és poder avaluar la qualitat de l'avaluació que es fa de manera uniforme per què l'utilitzin els revisors o bé els professionals mateixos per desenvolupar i avaluar instruments de mesura, i s'indica especialment en aquells casos què no hi ha proves empíriques, i els factors decisoris són més aviat subjectius i no estan basats en el coneixement.

Aquest procés de redacció també l'aborda el grup de treball, que fa les propostes pertinents, les quals s'avaluen una a una, i es modifiquen aquells punts que es creuen necessaris. Aquestes decisions s'apliquen per consens, en el si del grup de treball.

Cada ítem s'ha redactat per aconseguir una exposició clara i complir amb els criteris de suficiència, coherència i rellevància (Mokkink, 2017). El criteri de suficiència defineix la utilitat per valorar l'aspecte que es pretén i el criteri de coherència defineix la relació entre els ítems que mesuren una mateix procés entre les diferents àrees. El criteri de rellevància defineix l'especial significació de l'ítem en la matèria que valora. Aquests criteris són aplicables a tots els

centres sanitaris assistencials, encara que les actuacions en matèria de cultura preventiva puguin tenir una certa variabilitat en els diferents centres.

Es fa una proposta inicial que revisen punt per punt tots els components del grup de treball, seguint els criteris que acabem de definir, i que ens portarà a la proposta següent d'ítems:

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	POLÍTICA INSTITUCIONAL						
1	La declaració de la missió corporativa de L'organització inclou la voluntat de millorar la salut dels seus treballadors/ores						
2	L'organització disposa d'una declaració escrita de la seva política sobre actuacions en la millora de la salut en el treball dels seus treballadors/ores						
3	L'organització estableix anualment objectius per la millora de la salut dels treballadors/ores						
4	Els comandaments creuen que la relació entre la bona salut dels treballadors/ores i la seva productivitat redueix els costos de producció						
5	L'organització comunica periòdicament als seus treballadors/ores informació sobre les activitats efectuades per afavorir la millora de la salut dels treballadors/ores						
6	L'organització dedica recursos humans i materials suficients per desenvolupar els seus objectius en la millora de la salut dels treballadors/ores						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	PRL: SEGURETAT EN EL TREBALL						
7	L'organització aposta per fer el treball segur aportant els mitjans necessaris per desenvolupar la feina sense córrer riscos innecessaris (proveïment de grues per mobilitzacions, material de bioseguretat, equips de protecció personal....)						
8	Els procediments de treballs inclouen la formació / informació de com utilitzar els mitjans que tenim disponibles per fer la feina habitual de forma més segura.						
9	Els comandaments t'informen i comproven que tots els treballadors/ores utilitzen correctament els mitjans disponibles per fer la feina habitual de forma més segura						
10	Es mesura i s'avalua l'impacte sobre la millora de les condicions de treball dels treballadors/ores que aporten les mesures de seguretat en el treball que s'han aplicat en la teva organització.						
11	Disposes d'informació sobre l'impacte en millora de les condicions de treball, disminució sinistralitat.... Aportat per les mesures de seguretat en el treball que s'han aplicat en la teva organització.						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	PRL: INVESTIGACIÓ ACCIDENTS						
12	La Direcció pren en consideració la informació sobre investigació d'accidents per determinar quines accions de millora cal abordar.						
13	Els comandaments ajuden els seus treballadors/ores a fer la investigació dels accidents laborals ocorreguts.						
14	Els comandaments ajuden a buscar mesures correctores per evitar que torni a succeir un accident laboral, quan aquests es produeixen.						
15	L'organització involucra als treballadors/ores en les decisions sobre seguretat en el lloc de treball						
16	Els comandaments aporten als seus treballadors/ores periòdicament les dades sobre accidentabilitat i les millores implantades per evitar els accidents.						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	RISC PSICOSOCIAL						
17	S'han fet estudis sobre els riscos psicosocials (càrrega mental, definició de rol, relacions i suport social a la feina....) que afecten els diferents departaments de la teva organització						
18	Disposes d'alguna eina per comunicar possibles situacions de violència ocupacional en la teva organització						
19	Disposes d'informació periòdica dels resultats de les avaluacions de riscos psicosocials realitzades en L'organització.						
20	Hi ha constituït un grup de treball que inclogui la Direcció, els comandaments, els tècnics i els agents socials que treballi en la planificació de mesures per resoldre els problemes detectats en matèria de risc psicosocial.						
21	S'han planificat mesures específiques destinades a resoldre els dèficits detectats en matèria de risc psicosocial						
22	Disposes d'informació periòdica de l'impacte i/o dels efectes de les actuacions implantades per resoldre els dèficits detectats en matèria de Risc Psicosocial que es fan en L'organització.						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	SALUT LABORAL						
23	Coneixes les activitats que fan els professionals de salut laboral de la teva organització.						
24	Disposes d'accés al Servei de Salut Laboral de la teva organització sempre que ho necessites.						
25	Els teus coordinadors t'han informat sobre la realització dels Exàmens de Salut Laboral i la seva obligatorietat en funció del lloc de treball que ocupes en la teva organització						
26	Els protocols de vigilància de la salut dels treballadors/ores s'han presentat als comitès de seguretat i salut i estan consensuats amb els agents socials,						
27	Els treballadors/ores de la teva unitat han estat citats en algun moment per fer l'examen de salut laboral que us correspon segons el vostre lloc de treball.						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	ESPECIAL SENSIBILITAT						
28	En cas de una treballadora gestant, o d'un treballador/a amb condicionants especials de salut que li impedeixen fer la seva feina habitual, L'organització preveu la possibilitat d'adaptar el seu lloc de treball de forma temporal o definitiva?						
29	Si algun treballador/a presenta algun condicionant especial per fer la seva feina habitual, es valora el seu cas de forma pluridisciplinària, per evitar que s'afecti la seva salut en el treball.						
30	Si algun treballador/a presenta algun condicionant especial per fer la seva feina habitual, rebrà el suport del seu comandament per tal d'evitar que empitjori la seva salut amb motiu del seu treball.						
31	En els treballadors/ores que ho necessiten, per motius de salut, la seva tasca ha estat adequada a les seves característiques durant un període de temps determinat o bé de forma definitiva.						
32	Els casos de treballadors/ores amb condicionants especials son tractats de forma pluridisciplinari, en grup de treball conjunt de Recursos Humans, coordinadors encarregats de l'organització del treball i salut laboral /prevenció de riscos.						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	MEDI AMBIENT						
33	L'organització disposa d'un programa d'actuació en matèria de protecció mediambiental per evitar els efectes nocius de la seva activitat sobre el medi ambient						
34	Disposes d'informació sobre les actuacions en matèria de medi ambient que es realitzen en la teva organització						
35	Disposes d'algun sistema per aportar les teves suggerències sobre temes relacionats amb el medi ambient						
36	Consideres que l'organització és respectuosa amb el medi ambient						
37	Disposes d'informació periòdica sobre les millores assolides mitjançant les actuacions realitzades per l'organització en matèria de medi ambient						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	HÀBITS SALUDABLES						
38	S'ha elaborat un pla d'actuació específic en hàbits saludables: dieta saludable, exercici físic i eliminació hàbit tabàquic en la teva organització						
39	S'ha designat un grup de treball per dur a terme actuacions específiques sobre la promoció d'hàbits saludables entre els treballadors/ores de l'organització						
40	Disposes d'informació sobre les activitats que es duen a terme en la teva organització sobre hàbits saludables						
41	Disposes d'algun sistema per fer aportacions sobre els que creus que cal fer en matèria d'hàbits saludables en l'organització						
42	Reps informació periòdica sobre els resultats de les actuacions en matèria de millora dels hàbits saludables sobre la salut dels treballadors/ores						

	QÜESTIONARI AVALUACIÓ CULTURA PREVENTIVA	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ	IMPLICACIÓ COMANDAMENTS	FORMACIÓ	PROCEDIMENTS	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
	PROGRAMES DE CRIBATGE O DETECCIÓ PRECOÇ						
43	S'han planificat programes de cribatge de patologies comuns (anèmia ferropènica, cribatge càncer colon, cribatge càncer pròstata, càncer de mama....destinats als treballadors/ores de l'organització						
44	El Servei de Salut Laboral o algun altre departament de la teva organització coordina l'accés dels treballadors/ores als programes de detecció precoç						
45	Es mesura i s'avalua l'impacte dels programes de detecció precoç sobre la salut dels treballadors/ores de L'organització						
46	Es mesura i s'avalua l'impacte dels programes de detecció precoç sobre la millora en les condicions de treball, absentisme dels treballadors/ores de L'organització						
47	Es mesura i s'avalua l'impacte econòmic dels programes de detecció precoç dels treballadors/ores de l'organització						
48	Disposes d'informació periòdica de l'impacte i/o dels efectes dels programes de detecció precoç que es duen a terme en l'organització						

Taula 18. Items redactats

El qüestionari ha de ser emplenat en presència d'algun component del grup de treball.

S'acorda demanar a cada treballador/a el consentiment informat segons model consensuat en el qual se certifica el caràcter voluntari i anònim del qüestionari i que les dades obtingudes seran utilitzades sempre de manera col·lectiva, i que no es transmetran a les empreses participants de forma individualitzada per garantir la confidencialitat de les dades obtingudes (annex I).

El projecte s'ha presentat en els centres participants perquè l'avaluï el CEIC (Comitè Ètic d'Investigació Clínica) del centre investigador principal, i ha obtingut una resposta favorable per la seva condició d'anònim i la no existència d'actuacions mèdiques. I, a més, ha estat, avaluat en altres centres participants que ofereixen el dictamen (annex II).

El procés d'obtenció de l'eina que volem té dues etapes fonamentals, el disseny del qüestionari i la seva posterior validació.

En aquest moment hem realitzat la fase de disseny inicial de l'estructura i dels ítems que formaran el qüestionari. En aquesta fase del disseny hem d'abordar la mesura de la **validesa lògica o aparent** i com que no disposem d'una eina fiable per mesurar la cultura preventiva, ens hem decantat per aplicar la tècnica del judici d'experts.

Per valorar la correcta comprensió dels ítems, obtinguts per consens dins el grup de treball, s'ha dut a terme una primera valoració de 16 professionals de tots els àmbits, que no han participat en la seva redacció i que no estan vinculats a les disciplines de la PRL. A més se'ls ha demanat que valorin cada ítem segons el considerin adequat o no i que classifiquin, cada un d'ells segons si creuen que és: molt adequat, bastant adequat, adequat, poc adequat o bé gens adequat.

També se'ls ha demanat el per què de les seva respostes, en els casos en què aquestes són desfavorables.

Les respostes les han analitzat el grup de treball, que en aquesta revisió ha optat per descartar, també per consens, dos ítems, ja que no complien els criteris especificats, són el 21 i el 32 i que, com el cas de les preguntes 47 i 48, es pot entendre que hi ha una reiteració de la pregunta, segons les argumentacions obtingudes en aquesta prova. Per tant, ha quedat un total del 45 ítems.

21	S'han planificat mesures específiques destinades a resoldre els dèficits detectats en matèria de risc psicosocial
32	Els casos de treballadors/ores amb condicionants especials son tractats de forma pluridisciplinari, en grup de treball conjunt de Recursos Humans, coordinadors encarregats de l'Organització del Treball i Salut Laboral / Prevenció de Riscos.
47	Es mesura i s'avalua l'impacte econòmic dels programes de detecció precoç dels treballadors/ores de L'organització.
48	Disposes d'informació periòdica de l'impacte i/o dels efectes dels programes de detecció precoç que es duen a terme en l'organització.

Fet aquest pas deixem el qüestionari amb 45 ítems per iniciar la fase següent, que és la de judici d'experts externs al grup de treball.

Hem valorat les respostes de 0 a 5, sent 5 el valor més favorable i hem obtingut la taula següent:

	EXPERTS																						
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	5	5	4		5	5	5	5	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2	2
2	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4
3	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3
4	4	4	4	2	4	4	5	5	2	2	5	5	5		4	5	4	4	3	2	2	2	2
5	5	5	4	3	5	5	5	5	2	2	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	2	2	2
6	5	5	2	2	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	2	2
7	5	5	3	3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3
8	5	5	3	3	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	3
9	5	5	2	2	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	2	2
10	4	3	3	2	5	2	5	5	3	3	5	5	5	5	4	5	3	3	3	3	2	2	2
11	4	5	2	3	5	3	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	3	3	2
12	5	4	3	3	4	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3
13	4	4	3	3	4	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	3	3	3
14	5	5	3	2	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	3	2
15	4	2	2	2	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	2	2	2
16	5	5	2	1	5	5	5	5	2	2	5	5	5	5	5	5	5	4	3	2	2	2	1
17	5	5	3	3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3
18	5	5	4	3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3
19	4	5	4	3	5	4	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	3
20	5	5	3	3	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3
21	5	4	3	3	4	3	5	5	3	3	5	5	5	4	5	5	4	4	4	3	3	3	3
22	4	4	3	3	4	4	5	5	3	3	5	5	5	5	4	5	4	3	3	3	3	3	3
23	2	3	4	4	5	3	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	3
24	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
25	5	5	4	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	2
26	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	3	3
27	2	2	5	5	3	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	2	2
28	5	5	4	4	5	3	5	5	4	4	5	5	5	5	5	2	5	4	4	4	4	4	4
29	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	3
30	4	3	4	4	3	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	3	3
31	5	3	4	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	3	3	
32	5	5		3	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	3	
33	4	5		3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	
34	4	5		3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	
35	2	5		3	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	1	

36	4	5	3	3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	3	3
37	5	4	2	3	5	4	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3
38	4	3	3	3	5	4	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	3	2
39	4	5	3	3	5	5	5	5	3	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3
40	4	4	2	3	5	5	5	5	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	2	2
41	4	5	1	3	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	2
42	5	5	1	4	5	4	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	1
43	5	5	1	4	5	4	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	1
44	5	5	1	3	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	1
45	4	5	1	3	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	1

Taula 19: Taula de valoracions dels ítems del grup d'experts.

Aquesta taula de resultats ha estat analitzada amb el programa estadístic IBM SPSS, aplicant el coeficient K de Kendall.

El resultat obtingut del coeficient de Kendall és de 0.745 (els valors del coeficient van del 0 a un màxim d'1), amb una significació 0,000. Aquest resultat favorable ens indica que hi ha un grau de concordança suficient entre les valoracions dels experts, fet ens reafirma a seguir el procés de validació del qüestionari.

La cronologia de l'estudi està formada per l'etapa de disseny que ha tingut una duració de 18 mesos i l'etapa de validació que s'ha dut a terme en 6 mesos. Tot el procés ha finalitzat al mes de desembre de 2017. Durant els últims 5 mesos s'ha aplicat el qüestionari als treballadors/ores i en l'últim més s'han efectuat els càlculs estadístics.

5.2. FASE DE VALIDACIÓ DEL QÜESTIONARI:

Per que un qüestionari es consideri vàlid, ha de tenir les característiques següents:

- a) fiable i capaç de mesurar sense error
- b) poder detectar i mesurar canvis
- c) senzill
- d) adequat para mesurar allò que vol mesurar
- e) capaç de reflectir el concepte que vol mesurar.

Aquestes característiques estan relacionades amb les propietats que es determinen durant la fase de validació, la validesa i la fiabilitat (Ramada-Rodilla, 2014).

5.2.1. VALIDESA:

Capacitat del qüestionari de mesurar el constructe. Alhora està formada per dos vessants: la validesa lògica i la validesa de constructe, que es defineixen com:

5.2.1.1. Validesa lògica o aparent:

Es refereix al grau en què cada ítem mesura de forma lògica allò que pretén mesurar i que es determina en la fase de disseny del qüestionari, aplicant els criteris de claredat, suficiència, coherència i rellevància a l'hora de redactar amb cura cada un dels ítems (Pedrosa, 2013).

5.2.1.2. Validesa de constructe:

Grau en què es mesuren totes les dimensions relacionades amb la matèria que s'estudia.

S'ha fet una avaluació empírica d'acord amb el següent:

1. Judicis del grup de treball dels autors (Ramada-Rodilla, 2014) que valoren la claredat, la coherència, la suficiència i la rellevància de cada un dels 47 ítems redactats a partir de la matriu, que s'ha generat entre les àrees i els processos que s'han d'avaluar, en la fase de disseny del qüestionari.
2. Anàlisi qualitativa dels participants de la prova pilot aplicant el test a 16 col·laboradors aliens al grup de treball, tots ells treballadors/ores dels centres participants (Pedrosa, 2013).

Als professionals col·laboradors els hem demanat que contestin el qüestionari, i posteriorment els hem fet una entrevista estructurada pels autors que participen en el projecte. Així doncs, s'han recollit les observacions que han fet sobre la claredat, la coherència, la suficiència i la rellevància dels 47 ítems que componen el qüestionari.

S'ha obert un procés d'anàlisi de totes les aportacions que ha fet el grup de treball i en la redacció final han quedat 45 ítems consensuats pels membres del grup de treball. Dels ítems inicials, se n'han descartant dos, i se n'ha modificat el redactat d'un altre, ja que no complien els criteris esmentats.

5.2.1.3. La validesa de criteri:

Determina la validesa de l'eina en comparar-la amb una prova de referència o Gold-Standard. En aquest cas, no disposem de cap prova que ens pugui servir de referència, és per això que s'ha dut a terme mitjançant el judici d'experts.

Es demana a un **grup d'experts**, format per 23 experts en matèria de PRL externs al grup de treball, i format per professionals de totes les especialitats, que valorin els ítems segons els criteris de claredat, suficiència, coherència i rellevància de cada un dels ítems i li assignin un valor entre:

- Molt adequat
- Bastant adequat

- Adequat
- Poc adequat
- Gens adequat

El mètode del judici d'experts és un mètode qualitatiu o subjectiu, que s'aplica en les condicions següents:

- Volem tractar un tema complex
- No disposem de dades anteriors
- No disposem d'una tècnica analítica fiable i precisa
- El tema en estudi requereix la participació d'experts en diferents àrees del coneixement.

Es pretén evitar que l'opinió d'un sol expert pugui patir una desviació, ja que es considerarà l'opinió del conjunt d'experts tenint en compte la mitjana de les opinions del grup, per evitar biaixos si ho apliquem a poques persones expertes (Escobar-Pérez, 2008) (Hindi, 2017).

5.2.2. FIABILITAT:

La definim com la capacitat d'un instrument de mesurar sense errors.

La fiabilitat és una característica dels instruments de mesura formada per consistència interna i fiabilitat temporal (Ramada-Rodilla, 2014) (Holmboe, 2017), que es defineixen:

5.2.2.1. Consistència interna:

Mesura el grau d'interrelació i coherència dels ítems que s'inclouen en la mateixa dimensió. La inclusió de cada ítem del qüestionari en una determinada dimensió s'ha dut a terme d'acord amb l'experiència pròpia del grup de treball.

S'ha aplicat el coeficient estadístic Alfa de Cronbach, que és la mitja ponderada de les correlacions entre els ítems que formen part d'una escala.

De forma complementària, s'ha aplicat el coeficient estadístic Lambda 6 de Guttman, que ens ratifica el resultat obtingut amb l'aplicació del coeficient Alfa de Cronbach.

5.2.2.2. Fiabilitat temporal:

Per determinar la fiabilitat temporal, cal fer l'anàlisi dels resultats obtinguts en dues fases properes de l'aplicació del test per valorar la repetibilitat de l'eina.

S'han aplicat els qüestionaris a la mateixa població en dos moments diferents separats per un interval raonable de temps. Atès que la bibliografia consultada no especifica quin ha de ser el període en concret, aquest interval en el nostre cas, ha estat de 3 mesos per raons d'organització. El que sí que determina és que cal evitar que l'interval sigui massa llarg i puguin canviar les condicions de base de les mateixes institucions.

Nosaltres no hem objectivat cap canvi substancial en les condicions de funcionament dels centres participants en el període en què s'han aplicat els qüestionaris. El motiu és per evitar que es puguin produir variacions significatives en el percentatge de resposta si canvien les condicions

En la seva anàlisi, s'ha aplicat el test de Khi quadrat. I com en la resta de proves estadístiques s'ha tingut en compte el criteri d'un estadístic professional que ens ha orientat en totes les anàlisis que s'han dut a terme en el procés de validació.

Per fer més exhaustiu l'anàlisi estadístic, s'ha fet una anàlisi factorial per detectar aquells ítems que ens aporten menys informació original, aplicant el mètode de Barlett, Anderson i Lawlay (Oliveira-Pinto, 2016).

Finalment s'ha efectuat una anàlisi factorial confirmatòria per comprovar que els ítems del test d'una mateixa categoria estan relacionats (Cooper, 2000) (Cui, 2017).

Pel que fa a la selecció de la mostra s'ha fet basant-nos en una mostra obtinguda per mostreig incidental, és a dir que hi participa tot el personal que

acudeix al nostre servei per qualsevol motiu, el que ha fet possible que es tracti d'una mostra gran. Aquest tipus de selecció de mostra està avalada en la literatura científica (Urbiztondo, 2015) (Urbiztondo, 2014).

En tractar-se d'una mostreig incidental es valora estadísticament, si hi ha diferències significatives en la distribució de la mostra respecte a la distribució de la població diana. Aquesta valoració confirma que no hi ha diferències significatives.

També s'ha fet una anàlisi per descartar diferències significatives entre la distribució de les mostres que han participat en les fases I i II, segons sexe, edat, càrrec i categoria professional.

Inicialment, s'ha determinat, quin ha de ser el percentatge de la mostra en cada una de les característiques esmentades, segons el percentatge real d'aquestes característiques de la població real de professionals dels centres participants. També es manté l'equilibri de la mostra pel que respecta al percentatge de resposta per centres en les dues fases d'aplicació

S'ha calculat que cal que la mostra sigui de 452 participants aproximadament, ajustant el valor a possibles pèrdues (hem calculat la mostra amb la calculadora de mesura estadística per càlcul de mostres recomanades per estimar un paràmetre, amb un nivell de confiança del 95% i una precisió o marge d'error acceptable del 5%).

Realment s'han obtingut qüestionaris degudament complimentats de 319 participants en la primera fase i de 271 en la segona. S'han descartat aquells qüestionaris amb més d'un apartat sense respondre. Ha resultat, finalment un estudi basat en 271 mostres per a cada una de les etapes, amb un nivell de confiança del 95% i un marge d'error acceptable del 6%.

Cal comentar que s'ha mantingut el percentatge de resposta per centres entre la primera i la segona fase.

La distribució de les característiques sociodemogràfiques dels treballadors/ores enquestats es recull en la taula següent:

Edat	I	II
No consta	0	2
>50 anys	106	85
18 a 30 anys	40	32
31 a 40 anys	71	70
41 a 50 anys	100	84

Càrrec	I	II
No consta	3	0
Comanament intermedi	34	26
Directiu	14	8
Treballador/a	268	237

Sexe	I	II
Dona	245	209
Home	73	61

Antiguitat	I	II
No consta	5	2
< 1 anys	27	25
1 - 10 anys	91	81
11 - 20 anys	91	85
> 20 anys	105	78

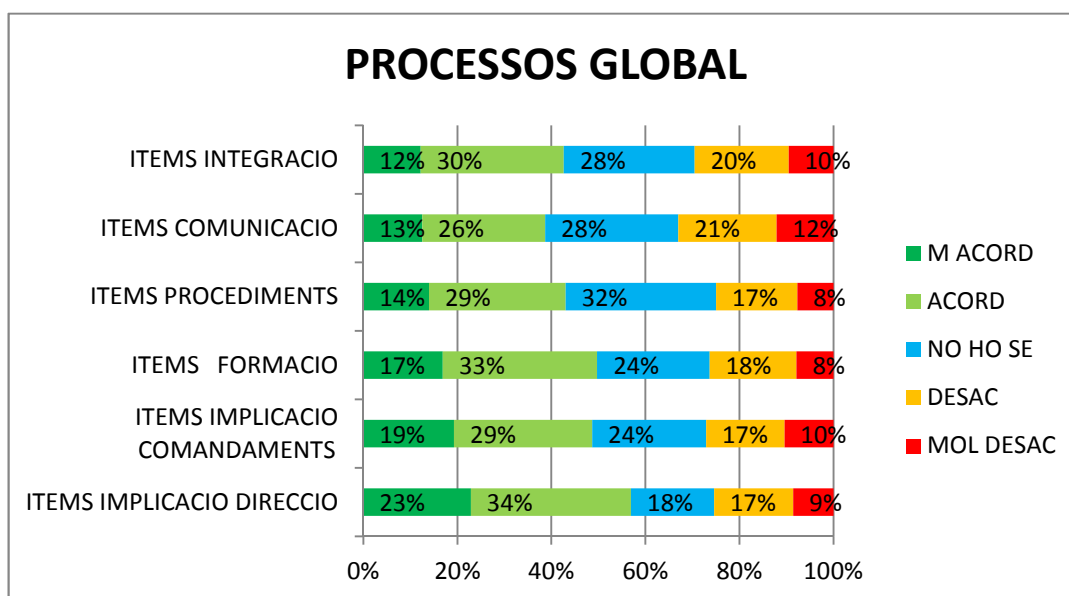
Categoria	I	II
Diplomat/da universitari/ària assistencial	85	91
Auxiliar assistencial	64	50
Titulat/da superior assistencial	48	35
Administratiu/va	44	28
Llicenciat/da, diplomad/da o tècnic/a no assistencial	26	25
Tècnic/a assistencial	15	13
(Altres)	37	66

Taula 20: Distribució global participants segons Fase I i II

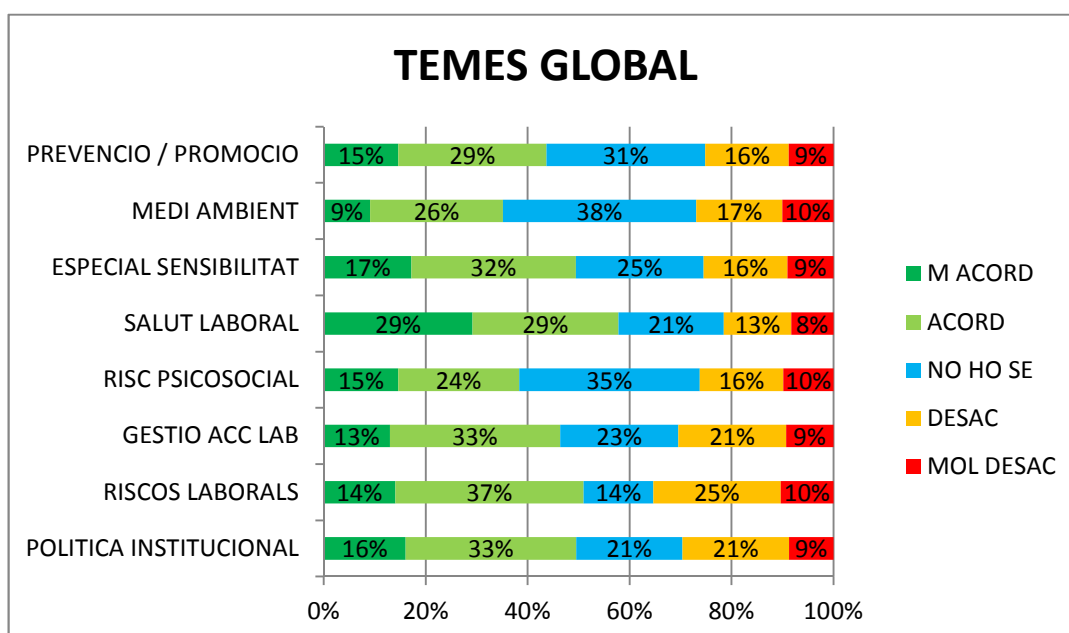
Les dades recollides de totes les respostes s'han introduït en una base de dades, creada per a motiu, la qual ha analitzat, per un professional de l'estadística extern al grup de treball.

Per fer l'anàlisi estadística s'ha utilitzat el programa d'anàlisi estadística R versió 3.3.3. de la llibreria lavaan (Roseel, 2012).

Els resultats obtinguts de l'aplicació de tots els qüestionaris, queden reflectits en les taules següents, on es recull el percentatge de resposta de cada una de les opcions.



Taula 21. Percentatge de resposta en cada una de les dimensions per cada resposta possible.



Taula 22. Percentatge de resposta en cada un dels processos, segons cada resposta possible.

6. RESULTATS:

6.1. ANÀLISI ESTADÍSTICA:

Un cop que el grup de treball ha redactat el qüestionari de 48 ítems, s'inicia el procés de validació.

La validesa lògica s'ha aplicat quan s'ha redactat cada un dels ítems i els ha analitzat el grup de treball, aconseguint uns ítems entenedors en cada un dels punts de convergència entre temes i dimensions per avaluar.

La validesa de constructe s'ha valorat duent a terme una prova pilot a 16 col·laboradors que, aportant les seves observacions, han contribuït a ajustar i justificar els criteris de claredat, coherència, suficiència i rellevància de 45 dels 48 ítems inicials. Els ítems 21 i 32 s'han descartat perquè no complien amb aquests criteris, i dos d'aquests, el 47 i 48 s'han unificat atenent les explicacions obtingudes i després que el grup de treball en consensués de nou el contingut.

La validesa de criteri s'ha explorat sometent el qüestionari resultant de 45 ítems al judici d'experts. En demanar que cada un dels 23 experts externs valoressin l'adequació dels ítems s'han generat una sèrie de valoracions, que s'ha tractat de forma estadística, aplicant el coeficient de Kendall.

El resultat d'aquest coeficient ha estat de 0,745. Si tenim en compte que els valors del coeficient van de 0 a un màxim d'1, amb una significació inferior a 0,005, podem afirmar que es tracta d'un resultat favorable.

Aquest resultat ens indica que hi ha concordança entre les valoracions dels experts, fet que ens permet seguir endavant amb el procés de validació del qüestionari.

L'anàlisi de la fiabilitat s'ha dut a terme posteriorment a l'anàlisi de la validesa de contingut, tot i considerar-se més important i definitori en el procés de

validació de qualsevol eina de mesura, el referim després d'aquest, ja que les anàlisis s'han fet en aquest ordre cronològic.

S'ha dut a terme l'anàlisi de la fiabilitat mesurant la consistència interna i la de la fiabilitat temporal del qüestionari.

La consistència interna ens mesura la correlació entre els ítems que pertanyien a una mateixa dimensió. S'han aplicat els coeficients d'Alfa de Cronbach i L de Guttman de forma complementària, i els resultats que hem obtingut oscil·len entre valors de 0.61 i 0.85, amb una significació inferior a 0,005.

Els resultats s'han analitzats desglossats per dues dimensions tal com veiem en la taula següent.

Àrees	Alfa de Cronbach	Lambda 6 Guttman	Processos	Alfa de Cronbach	Lambda 6 Guttman
Política institucional	0.83	0.82	Implicació direcció	0.72	0.70
Gestió seguretat	0.85	0.83	Implic. comanaments	0.72	0.69
Gestió accidents	0.82	0.80	Formació	0.75	0.73
Risc psicosocial	0.81	0.79	Procediments	0.73	0.71
Salut laboral	0.66	0.63	Comunicació	0.69	0.66
Gestió especial sensibilitat	0.65	0.61	Integració	0.70	0.67
Medi ambient	0.71	0.69			
Promoció salut	0.73	0.72			

Taula 23. Anàlisi consistència interna (p<0.005)

Podem comprovar que els valors d'Alfa de Cronbach i Lambda 6 de Guttman estan dins dels rangs que són satisfactoris i que ens permeten confirmar la consistència interna de cada una de las dimensiones definides.

La fiabilitat temporal s'ha mesurat analitzant les dues fases separades en el temps, calculant per a cada una de les variables si hi ha diferències estadístiques significatives entre les dues fases, utilitzant també el test Khi-quadrat.

En aquesta fase s'han detectat 3 ítems que tenen una significació estadística diferent, i s'ha decidit de forma consensuada pel grup de treball eliminar-los.

Ítem 42: Repts informació periòdica sobre els resultats de les actuacions en matèria de millora dels hàbits saludables sobre la salut dels treballadors/ores.

Ítem 46: Es mesura i s'avalua l'impacte dels programes de detecció precoç sobre la millora en les condicions de treball, absentisme dels treballadors/ores de l'organització.

Ítem 47: Es mesura i s'avalua l'impacte econòmic dels programes de detecció precoç dels treballadors/ores de l'organització.

La llista d'ítems queda finalment en 40, que es numeren de nou per a la seva posterior aplicació.

	IMPLICACIO DIRECCIO	IMPLICACIO COMANDAMENT S	FORMACIÓ	PROCEDIMIENT S	COMUNICACIÓ	INTEGRACIÓ
POLÍTICA INSTITUCIONAL	1	4	2	3	5	6
RISCOS LABORALS	7		9	8	11	10
GESTIÓ ACCIDENTS	12	13	14	15	16	
RISC PSICOSOCIAL	17	22	19		18	20
SALUT LABORAL	24	25	23	27		26
MEDI AMBIENT	35		33	36	34	
PROMOCIÓ SALUT	37	38	39	41	45	40

Taula 24: Taula de convergència dels ítems entre les àrees implicades en la cultura preventiva i els processos d'implementació de la cultura preventiva.

Posteriorment s'ha efectuat el test de Khi-quadrat als resultats dels 40 ítems resultants, test que ha confirmat que les dues fases de mostreig són comparables. Els resultats obtinguts es recullen a la taula 25.

Les dades del anàlisi final es detallen en el quadre següent :

PARÀMETRE	CHI-QUADRAT	SIGNIFICANCI A (P)
SEXE	0,0243	0,9879
CÀRREC	3,7256	0,2927
ANTIGÜITAT	2,2419	0,6914
CATEGORIA PROFESSIONAL	9,0775	0,6147

Taula 25. Anàlisi de fiabilitat temporal

En l'estudi d'estructura factorial de test, s'ha efectuat una anàlisi factorial confirmatòria per comprovar que els diferents ítems que s'han assignat a cada dimensió corresponen, efectivament, a aquesta dimensió.

Alhora també s'efectua l'anàlisi segons l'àrea implicada en la cultura preventiva a la qual s'assignen i els resultats obtinguts es recullen a la taula 26, i són els següents:

P-value- (Chi square)				0,000					
Latent Variables									
	Estimate	Std.err	z-value		Estimate	Std.err	z-value		
POL.INST.					IMP.DIR1				
Var.01	1,000				Var.01	1,000			
Var.02	0,801	0,071	11,229		Var.07	1,254	0,117	10,701	
Var.03	1,058	0,081	13,118		Var.12	1,109	0,106	10,481	
Var.04	1,255	0,093	13,494		Var.17	1,085	0,114	9,552	
Var.05	1,290	0,095	13,592		IMP.DIR2				
Var.06	1,180	0,090	13,157		Var.24	1,000			
SEG.TREB.					Var.28	1,324	0,169	7,838	
Var.07	1,000				Var.35	1,442	0,170	8,460	
Var.08	1,198	0,076	15,701		Var.37	1,706	0,185	9,214	
Var.09	1,211	0,079	15,346		IMP.COM1				
Var.10	1,128	0,072	15,680		Var.04	1,000			
Var.11	1,082	0,075	14,442		Var.13	0,869	0,068	12,715	
INV.ACC.					Var.22	0,776	0,063	12,240	
Var.12	1,000				IMP.COM2				
Var.13	1,111	0,072	15,529		Var.25	1,000			
Var.14	1,228	0,074	16,557		Var.29	0,991	0,101	9,800	
Var.15	1,148	0,076	15,030		Var.38	1,082	0,100	10,847	
Var.16	0,904	0,073	12,443		FORMACIO1				
RISC.PSICO.					Var.02	1,000			
Var.17	1,000				Var.09	1,720	0,168	10,238	
Var.18	0,715	0,063	11,317		Var.14	1,664	0,158	10,556	
Var.19	1,041	0,066	15,852		Var.19	1,395	0,143	9,732	
Var.21	0,725	0,057	12,628		FORMACIO2				
Var.22	0,839	0,059	14,308		Var.23	1,000			
SAL.LAB.					Var.33	0,916	0,080	11,458	
Var.23	1,000				Var.39	1,275	0,096	13,227	
Var.24	0,694	0,059	11,770		PROCED1				
Var.25	0,949	0,081	11,660		Var.03	1,000			
Var.26	0,567	0,057	9,971		Var.08	1,359	0,105	12,887	
Var.27	0,845	0,073	11,588		Var.15	1,263	0,102	12,434	
ESP.SENS.					PROCED2				
Var.28	1,000				Var.27	1,000			
Var.29	1,193	0,081	14,805		Var.31	1,383	0,174	7,936	
Var.30	0,601	0,060	10,014		Var.36	1,378	0,164	8,410	
Var.31	1,215	0,083	14,607		Var.41	1,670	0,188	8,862	
MED.AMB.					COMUNIC1				
Var.33	1,000				Var.05	1,000			
Var.34	0,866	0,050	17,240		Var.11	1,000	0,068	14,768	
Var.35	0,813	0,059	13,766		Var.16	0,847	0,064	13,323	
Var.36	0,988	0,056	17,755		COMUNIC2				
HAB.SAL.					Var.18	1,000			
Var.37	1,000				Var.34	1,354	0,166	8,145	
Var.38	1,068	0,066	16,130		Var.45	1,387	0,177	7,817	
Var.39	1,313	0,076	17,294		INTEG1				
Var.40	1,013	0,061	16,279		Var.06	1,000			
Var.41	1,045	0,068	15,402		Var.10	1,041	0,075	13,899	
Var.45	0,079	0,067	11,865		Var.20	0,631	0,062	10,112	
					INTEG2				
					Var.26	1,000			
					Var.30	0,901	0,124	7,240	
					Var.40	1,614	0,164	9,858	

Taula 26: Anàlisi Factorial Confirmatori segons el modelo de Variables Latents (p<0,005)

Amb aquest procés s'ha efectuat la descomposició factorial dels ítems.

El model matemàtic que s'aplica pretén explicar les variables observades en termes de variables latents, que són aquelles que no poden ser observades directament, sinó que són inferides a partir d'un model matemàtic d'altres variables que sí que són d'observades i mesurades.

Les variables latents en general representen la “variància” compartida. Una avantatge d'utilitzar variables latents és que redueix la dimensionalitat de les dades.

Un gran nombre de variables observables es pot agregar a un model per representar un concepte subjacent. Per aquest motiu és més fàcil d'entendre les dades i confirmar que els ítems inclosos en cada apartat corresponen a aquell apartat.

S'ha calculat, també, la covariància que ens mesura la variació conjunta de les variables, que expressa la tendència en la relació lineal entre les variables, essent el valor del coeficient de correlació el que indica la magnitud de l'especificitat en la relació lineal.

Si la covariància és gran, s'intueix que dues variables canvien alhora, si la covariància és petita, significa que no hi ha relació entre els canvis d'una i altra variables.

Aquesta anàlisi estadística s'ha efectuat mitjançant una eina estadística de càlcul que és la llibreria lavaan, que ens ha confirmat un resultat positiu que ens permet considerar validat aquest qüestionari.

Els resultats estan recollits en la taula número 27 i són els següents:

P-value- (Chi square)		0,000	
Covariàncies			
	Estimate	Std.err	z-value
POL.INST.			
seg.treb.	0,401	0,044	9,211
invacc.	0,366	0,04	9,145
risc.p psico.	0,348	0,042	8,248
sal.lab	0,386	0,045	8,648
esp.sens.	0,301	0,039	7,728
med.amb	0,313	0,039	8,008
hab.sal.	0,296	0,036	8,146
SEG.TREB.			
invacc.	0,435	0,044	9,988
risc.p psico.	0,391	0,045	8,789
sal.lab	0,396	0,045	8,792
esp.sens.	0,343	0,041	8,275
med.amb	0,368	0,042	8,804
hab.sal.	0,298	0,037	8,142
INV.ACC.			
risc.p psico.	0,388	0,043	9,063
sal.lab	0,365	0,042	8,698
esp.sens.	0,36	0,041	8,795
med.amb	0,323	0,038	8,429
hab.sal.	0,286	0,035	8,235
RISC.PSICO.			
sal.lab	0,416	0,049	8,531
esp.sens.	0,396	0,047	8,474
med.amb	0,357	0,044	8,069
hab.sal.	0,409	0,044	9,208
SAL.LAB.			
esp.sens.	0,436	0,049	8,872
med.amb	0,364	0,045	8,093
hab.sal.	0,78	0,043	8,76
ESP.SENS.			
med.amb	0,289	0,041	7,141
hab.sal.	0,277	0,037	7,439
MED.AMB.			
Hhab.sal.	0,388	0,042	9,316

P-value- (Chi square)		0,000	
Covariàncies			
	Estimate	Std.err	z-value
imp.dir1			
imp.dir2	0,196	0,028	7,032
imp.com1			
imp.com2	0,456	0,053	8,542
formacio1			
formacio2	0,241	0,031	7,726
proced1			
proced2	0,205	0,030	6,816
comunic1			
comunic2	0,265	0,039	6,790
integ1			
integ2	0,254	0,034	7,541
imp.dir1			
imp.com1	0,448	0,050	8,972
imp.com2	0,316	0,041	7,607
formacio1	0,274	0,035	7,881
formacio2	0,317	0,039	8,100
proced1	0,387	0,044	8,825
proced2	0,186	0,029	6,448
comunic1	0,404	0,047	8,579
comunic2	0,177	0,028	6,230
integ1	0,447	0,049	9,022
integ2	0,164	0,025	6,553
imp.dir2			
imp.com1	0,246	0,033	7,397
imp.com2	0,301	0,040	7,550
formacio1	0,146	0,022	6,751
formacio2	0,293	0,037	7,958
proced1	0,204	0,028	7,340
proced2	0,174	0,027	6,480
comunic1	0,250	0,034	7,347
comunic2	0,161	0,026	6,299
integ1	0,252	0,033	7,534
integ2	0,159	0,023	6,793
imp.com1			
formacio1	0,394	0,045	8,836
formacio2	0,421	0,047	8,931
proced1	0,484	0,050	9,775
proced2	0,305	0,042	7,318
comunic1	0,626	0,061	10,303
comunic2	0,280	0,040	7,011
integ1	0,573	0,057	10,106
integ2	0,265	0,035	70,596
imp.com2			
formacio1	0,263	0,035	7,506
formacio2	0,455	0,052	8,709
proced1	0,316	0,040	7,876
proced2	0,299	0,043	7,016
comunic1	0,411	0,051	8,093
comunic2	0,256	0,038	6,669

integ1	0,401	0,049	8,208
integ2	0,269	0,036	7,407
formacio1			
proced1	0,298	0,035	8,410
proced2	0,173	0,026	6,603
comunic1	0,381	0,044	8,733
comunic2	0,158	0,025	6,365
integ1	0,355	0,041	8,650
integ2	0,144	0,022	6,697
formacio2			
proced1	0,327	0,038	8,553
proced2	0,327	0,044	7,520
comunic1	0,458	0,050	9,165
comunic2	0,305	0,042	7,321
integ1	0,412	0,046	8,942
integ2	0,299	0,037	8,095
proced1			
comunic1	0,490	0,050	9,758
comunic2	0,195	0,030	6,574
integ1	0,481	0,049	9,823
integ2	0,182	0,026	7,004
proced2			
comunic1	0,341	0,045	7,494
comunic2	0,213	0,034	6,293
integ1	0,272	0,038	7,129
integ2	0,206	0,031	6,744
comunic1			
integ1	0,651	0,062	10,570
integ2	0,273	0,036	7,588
comunic2			
integ1	0,260	0,038	6,900
integ2	0,180	0,028	6,480

Taula 27. Anàlisi de covariància ($p < 0.005$)

6.2. QÜESTIONARI FINAL VALIDAT

El resultat final del procés de disseny i validació és el qüestionari validat, que s'exposa en aquest apartat:

Et demanem que valoris de manera VOLUNTÀRIA I ANÒNIMA la teva percepció del grau de compliment de diversos aspectes, relacionats amb la CULTURA PREVENTIVA l'organització en la que treballes.

Les puntuacions es fan d'acord amb els graus següents:

Molt d'acord..... 4	integració plena de la cultura preventiva en la gestió de cada procés.
D'acord 3	integració progressiva de la cultura preventiva en la gestió de cada procés.
En desacord..... 2	La cultura preventiva s'incorpora de forma deficient en la gestió de cada procés
Molt en desacord.....1	La cultura preventiva s'incorpora de forma molt deficient a la gestió de cada procés
HO DESCONEC ... 0	

Marca la casella que correspongui segons les teves dades:

Edat	18 - 30 anys	31 – 40 anys	41 – 50 anys	> 50 anys
-------------	--------------	--------------	--------------	-----------

Sexe	Home	Dona
-------------	------	------

Càrrec	Treballador/a	Comandament intermedi	Directiu
---------------	---------------	-----------------------	----------

Antiguitat Centre	< 1 any	1-10 anys	11-20 anys	> 20 anys
--------------------------	---------	-----------	------------	-----------

Categoria Professional	Directiu
	Comandament assistencial
	Comandament no assistencial
	Titulat/da superior assistencial
	Diplomat/da universitari/ària assistencial (infermer, llevador, fisioterapeuta., treb. social, terapeuta ocupacional, dietista)
	Tènic/a assistencial (lab., radiodiagnòstic, anat. patològica.)
	Auxiliar assistencial (aux. d'infermeria, gerocultor/a)
	Traslats assistencials (portalliteres)
	Llicenciat/da, diplomad/da o tènic/a no assistencial
	Administratiu/iva
	Serveis generals i hotelers (manteniment, neteja, personal de cuina, personal de rober...)

NÚM	ITEM	VALORACIÓ				
POLÍTICA INSTITUCIONAL						
1	La declaració de la missió corporativa de l'organització inclou la voluntat de millorar la salut dels seus treballadors/es.	4	3	2	1	0
2	L'organització disposa d'una declaració escrita de la seva política sobre actuacions en la millora de la salut en el treball dels seus treballadors/es	4	3	2	1	0
3	L'organització estableix anualment objectius per la millora de la salut dels treballadors/es	4	3	2	1	0
4	Els comandaments apliquen estratègies de promoció de la salut en els seus treballadors/es.	4	3	2	1	0
5	L'organització comunica periòdicament als treballadors/ores informació sobre les activitats que s'han dut a terme per afavorir la millora de la salut dels treballadors/es	4	3	2	1	0
6	L'organització dedica recursos humans i materials suficients per desenvolupar els seus objectius en la millora de la salut dels treballadors/es.	4	3	2	1	0
RISCOS LABORALS						
7	L'organització aposta per fer el treball segur aportant els mitjans necessaris per desenvolupar la feina sense córrer riscos innecessaris (proveïment de grues per mobilitzacions, material de bioseguretat, equips de protecció personal....)	4	3	2	1	0
8	Els procediments de treball inclouen informació i formació de com utilitzar els mitjans disponibles per fer la feina de forma més segura	4	3	2	1	0
9	Els comandaments informen i comproven que els treballadors/ores utilitzen correctament els mitjans disponibles per fer la feina habitual de forma més segura	4	3	2	1	0
10	S'avalua l'impacte de les mesures de seguretat adoptades, en la millora de les condicions de treball	4	3	2	1	0
11	Els treballadors/ores reben informació sobre aquestes avaluacions de les mesures de seguretat adoptades.	4	3	2	1	0
GESTIÓ ACCIDENTS LABORALS						
12	La Direcció pren en consideració la informació sobre investigació d'accidents per determinar quines accions de millora cal abordar	4	3	2	1	0

13	Els comandaments col·laboren en la investigació dels accidents laborals ocorreguts.	4	3	2	1	0
14	Els comandaments proposen mesures correctores per evitar que torni a succeir un accident laboral.	4	3	2	1	0
15	La Direcció involucra els treballadors/ores i/o els seus representants, en les decisions sobre seguretat en el lloc de treball	4	3	2	1	0
16	Els comandaments aporten periòdicament als seus treballadors/ores, les dades sobre accidentabilitat i sobre les millores implantades per evitar els accidents.	4	3	2	1	0
RISC PSICOSOCIAL						
17	S'han realitzat estudis sobre els riscos psicosocials (càrrega mental, definició de rol, relacions amb companys i comandaments, recolzament social a la feina....) que afecten als diferents departaments de l'organització	4	3	2	1	0
18	Els treballadors/ores disposen d'una via per comunicar possibles situacions de violència ocupacional en l'organització	4	3	2	1	0
19	Els treballadors/ores disposen d'informació dels resultats de les avaluacions de riscos psicosocials realitzades en l'organització	4	3	2	1	0
20	Hi ha constituït un grup de treball que inclogui la Direcció, els comandaments, els tècnics i els agents socials per treballar en la planificació de mesures per resoldre els problemes detectats en matèria de risc psicosocial.	4	3	2	1	0
21	Els treballadors/ores disposen d'informació periòdica dels resultats de les actuacions implantades en matèria de risc psicosocial que es realitzen en l'organització.	4	3	2	1	0
SALUT LABORAL						
22	Els treballadors/ores coneixen les activitats que duen a terme els professionals de medicina del treball de l'organització.	4	3	2	1	0
23	Els treballadors/ores disposen d'accés al Servei de Medicina del Treball de l'organització sempre que ho necessiten.	4	3	2	1	0
24	Els supervisors/coordinadors informen els treballadors/ores sobre la realització dels exàmens de salut laboral i la seva Obligatorietat en funció del lloc de treball que ocupen en l'organització.	4	3	2	1	0

25	Els protocols de vigilància de la salut dels treballadors/ores s'han presentat als comitès de seguretat i salut i s'han consensuat amb els agents socials,	4	3	2	1	0
26	He rebut oferiment per fer l'examen de salut laboral, com a treballador de l'organització.	4	3	2	1	0
ESPECIAL SENSIBILITAT						
27	En cas d'una treballadora gestant, o d'un treballador amb condicionants especials de salut que li impedeixen fer la seva feina habitual, l'organització preveu la possibilitat d'adaptar el seu lloc de treball de forma temporal o definitiva.	4	3	2	1	0
28	Si algun treballador presenta algun condicionant especial per fer la seva feina habitual, rebrà el suport del seu comandament per tal d'evitar que empitjori la seva salut amb motiu del seu treball.	4	3	2	1	0
29	Existeix una comissió pluridisciplinària que avalua els casos d'especial sensibilitat.	4	3	2	1	0
30	Les condicions de treball s'adeqüen quan la salut del treballador/a ho requereix.	4	3	2	1	0
MEDI AMBIENT						
31	Els treballadors/ores disposen d'informació sobre les actuacions en matèria de medi ambient que es realitzen en l'organització	4	3	2	1	0
32	Els treballadors/ores disposen d'algun sistema per aportar els seus suggeriments sobre temes relacionats amb el medi ambient	4	3	2	1	0
33	Considero que l'organització és respectuosa amb el medi ambient	4	3	2	1	0
34	Els treballadors/ores disposen d'informació periòdica sobre les millores assolides mitjançant les actuacions realitzades per l'organització en matèria de Medi Ambient.	4	3	2	1	0
PREVENCIÓ/PROMOCIÓ DE LA SALUT						
35	S'ha elaborat un pla d'actuació específic en hàbits saludables: dieta saludable, exercici físic i/o deshabitació de l'hàbit tabàquic en l'organització	4	3	2	1	0

36	S'ha designat un grup de treball per dur a terme actuacions específiques sobre la promoció d'hàbits saludables entre els treballadors/ores de l'organització.	4	3	2	1	0
37	Els treballadors/ores disposen d'informació sobre les activitats que es duen a terme en l'organització sobre hàbits saludables.	4	3	2	1	0
38	Es disposa d'algun sistema perquè els treballadors/ores facin aportacions en matèria d'hàbits saludables.	4	3	2	1	0
39	Els treballadors/ores reben informació periòdica, sobre els resultats de les actuacions en la millora dels hàbits saludables sobre la salut dels treballadors/es.	4	3	2	1	0
40	Els treballadors/ores disposen d'informació periòdica dels resultats dels programes de detecció precoç que s'efectuen en l'organització	4	3	2	1	0

OBSERVACIONS

Taula 28. Qüestionari validat

7. DISCUSSIÓ:

En els estudis de percepció de cultura és difícil fer una valoració en funció de les percepcions de les persones, ja que es tracta d'una informació subjectiva, i per tant pot estar sotmesa a influències diferents. Hem de tenir en compte que no hem pogut utilitzar mètodes d'avaluació directes, ja que no disposem d'un baròmetre de la situació real, sinó que hem abordat el procés de validació des d'un enfocament indirecte, és a dir valorant la percepció que els treballadors/ores tenen de com s'aplica cadascun del temes en la seva institució, i que està influït per múltiples aspectes de vivències i experiències personals, de com els arriba la informació, etc., ja que recollim un tipus d'informació predominantment subjectiva. S'han utilitzat mètodes d'anàlisi quantitativa, segons el número de respostes que s'han obtingut amb l'aplicació del qüestionari.

Una desavantatge dels mètodes indirectes és la dificultat per generalitzar i aportar dades mesurables objectives, en aquest cas encara que la investigació qualitativa afegida i el coneixement dels centres de forma complementària aconseguixin obtenir informacions més ajustades a la realitat i que, amb una anàlisi posterior adequada permetin obtenir conclusions més dirigides.

Un altre inconvenient és mesurar percepcions dels treballadors/ores, ja que són elements intangibles i difícils de mesurar, però tota la cadena de dissenyar, implantar, comprovar i avaluar acaba en la percepció del treballador/a. Si aquesta no és bona, cal preveure que en algun esglauó de la cadena l'aplicació dels conceptes que formen part de la cultura preventiva no ha tingut una aplicació adequada.

La informació obtinguda en l'aplicació del qüestionari ens és útil tant per generar teories com també per confirmar els fets, quan els podem objectivar comparant-los amb els fets que realment succeeixen i valorant perquè es reflecteixen en les percepcions dels treballadors/ores, o bé no ho fan.

En els casos en què no es corresponen amb les percepcions dels treballadors/ores haurem de buscar la causa, que es pot trobar en altres fases del procés, per exemple en que la transmissió de la informació no sigui adequada en alguna institució o bé en algun departament concret. Amb aquesta anàlisi, es pot arribar a un grau de discriminació molt gran en una anàlisi profunda, a fi de fer evidents els punts concrets de millora que cal abordar en cada un dels casos i les situacions concretes. Fins i tot una resposta majoritària a Ho desconec, en l'escala de respostes ens pot donar una informació complementària, ja que pot fer referència a una transmissió de la informació que no es transmet de forma adequada.

La literatura sobre cultura de seguretat i cultura preventiva és prou àmplia, però en totes aquestes es destaca la dificultat de mesura i l'absència d'una fórmula que permeti la mesura de la cultura preventiva en totes les institucions, tal com s'ha objectivat en els apartats d'antecedents anteriors.

Per aquest fet hem intentat dissenyar una eina que permeti aquesta mesura en el nostre entorn, entenent les dificultats de generalitzar les conclusions obtingudes, per tant entenem que el procés d'anàlisi posterior dels resultats obtinguts ens pot aportar molta informació sobre les nostres fortaleses i les nostres mancances.

En no disposar d'una eina similar, ha calgut crear un mètode de validació que abracés tot el procés, des del disseny i la redacció dels ítems fins a l'anàlisi de les proves psicomètriques a les quals s'ha sotmès, a fi d'assolir l'objectiu que ens vam plantejar, que és d'aconseguir una eina validada convenientment.

S'ha implicat a un nombre de professionals de les matèries que formen part de la prevenció de riscos laborals i la medicina del treball, dels quals hem pogut obtenir l'experiència adquirida en la seva trajectòria professional en cada un d'aquests camps i que han anat participant en cada una de les etapes de disseny i validació. Aquest aspecte ens dona una àmplia visió del món de la

prevenció de riscos de salut laboral i de la salut laboral, des dels diferents punts de vista de les diverses especialitats que en formen part.

L'objectiu principal d'aquest estudi és d'obtenir un instrument de mesura aplicable als centres sanitaris del nostre àmbit, amb la finalització de tot el procés complet de disseny i validació. Per tant, el qüestionari final validat ens proporciona una eina per mesurar el grau de cultura preventiva de les institucions sanitàries.

En la fase inicial de disseny del qüestionari, el primer dels esculls amb què ens trobem és aconseguir la màxima representativitat dels ítems elaborats de tots els aspectes de la cultura preventiva que una institució aplica en la seva relació amb totes les seves persones treballadores.

Per evitar deixar aspectes importants fora del qüestionari s'ha reflectit l'experiència mateixa del grup de treball, tenint en compte que un dels objectius en qualsevol qüestionari és que es pugui aplicar a un nombre extens de persones.

Posteriorment ha estat analitzat, per tant és imprescindible que sigui entenedor i fàcil de respondre. En un principi, no s'ha predefinit un nombre específic d'ítems, però sí que s'ha cregut convenient que la seva aplicació sigui àgil i representativa, sempre tenint en compte el risc de no incloure-hi la totalitat dels aspectes o àrees implicades en el desenvolupament de la cultura preventiva i que en formen part integrant.

La fase de determinar quins aspectes i quines dimensions s'havien de considerar ha resultat ser la més laboriosa del projecte, ja que de tots els instruments validats i les eines no validades que s'han analitzat, han sorgit múltiples ítems per considerar. En el cas del Worksite Health Promotion Readiness Checklist, s'aborden únicament temes de promoció de la salut. El qüestionari Leading By example, es valoren temes relacionats amb lideratge i promoció de la salut. El qüestionari Gershon es decanta per temes de seguretat laboral, clima i satisfacció personal. En el cas del Nòrdic, s'exploren

aspectes relatius a la seguretat laboral. Com ja hem comentat, no és útil una sola eina de les que hem avaluat, però en conjunt ens aporten una valuosa informació de partida per al disseny que s'ha iniciat, i que s'ha recollit en el procés del tractament dels temes que s'han d'avaluar.

De la mateixa manera, s'han intentat reflectir tots aquells processos que intervenen en la feina diària de tots els professionals, de forma que es poguessin incloure tots aquells aspectes que són rellevants i que defineixen quin és el grau d'implicació de les activitats de les institucions sanitàries assistencials en l'aplicació de la cultura preventiva com a concepte general, i que afecta a tots els departaments i tots els nivells de les estructures dels centres.

Però com es pretenia que el qüestionari no fos molt difícil d'aplicar es va plantejar que calia trobar un equilibri, entre el nombre d'ítems i l'anàlisi de cada àrea implicada en la cultura preventiva i els processos que són necessaris per implementar-la.

Per aquests motius es planteja confeccionar cada un dels ítems, definit segons una àrea implicada en la cultura preventiva i un procés que permet la implementació de la cultura preventiva. Aquesta decisió és la que ens porta al nombre inicial d'ítems que entraran en el procés de validació, cosa que evita generar un nombre inicial d'ítems molt més elevat i, s'ajusta des d'un principi, el nombre d'ítems que cal analitzar.

El consens que s'ha assolit finalment inclou la política escrita de les institucions, que en molts casos va dirigida al client extern. En alguns casos, costa molt veure quina és la política amb els clients interns o subordinats de totes les categories professionals que integren els recursos humans de les institucions. Però, com a concepte d'aplicació vertical ha d'arribar en forma de percepcions a les persones treballadores en funció de com se senten de ben tractats. Amb tot, es considera una declaració d'intencions, i l'aplicació d'aquestes creences i actituds s'ha de reflectir en tots els nivells de l'empresa per aconseguir un grau de credibilitat suficient no tan sols de cara a l'entorn

extern, sinó també de portes en dins de la institució i reforçant el missatge que s'envia a l'exterior i que forma part de la imatge corporativa.

L'aspecte següent en què s'ha arribat a un consens generalitzat ha estat incloure ítems de la gestió dels riscos laborals a les institucions, com els implanta l'organització i, si compten amb el suport dels comandaments intermedis, tant per al seu compliment com a l'hora de proposar mesures preventives per evitar que es produeixin accidents laborals. També s'ha volgut saber si la direcció recull i valora aquelles aportacions que puguin fer les persones treballadores, i a més si aquelles mesures implementades les arriben a conèixer totes les persones treballadores.

En aquest cas, no s'han diferenciat els riscos per especialitats, excepte el risc psicosocial, que es considera que mereix una consideració a part en el qüestionari per les seves característiques específiques a l'hora de tractar-lo, tal com comentarem més endavant. Però entenem que la gestió de riscos generals de seguretat, ergonomia i higiene sí que es pot agrupar, ja que es valora com es consideren i com es gestionen i no els riscos diferenciats entre si.

El consens ha estat general alhora de tenir en compte els riscos psicosocials, dins l'organització i com la seva gestió adequada millora les condicions de treball de totes les persones treballadores. La seva incorporació a la gestió, en general ha estat més recent però es considera que tota institució amb una bona disposició de millora dels seus processos productius ha d'haver incorporat ja, per tant seria aproximació adequada en la bona evolució gestió general.

L'aspecte rellevant següent, després de les mesures preventives per evitar que es produeixin accidents, ha estat considerar com es gestiona la situació una vegada ja s'ha produït l'accident laboral. S'ha comptat amb la col·laboració dels comandaments intermedis en la seva investigació i el reforç de les mesures correctores necessàries per evitar que torni a succeir, ja que la integració de la prevenció fa que sigui necessària la participació de tots els interlocutors en

aquest tema i no únicament el personal que es dedica a la prevenció de riscos laborals pròpiament dits.

Considerar la salut laboral de les persones treballadores i la gestió d'aquelles persones que presenten alguna situació d'especial sensibilitat ha estat un tema amb una gran importància a l'hora de valorar la cultura preventiva de l'organització. Com es duu a terme l'abordatge d'aquests casos i quins són els estaments implicats en aquesta gestió és un procés amb gran impacte sobre les persones treballadores, ja que es pretén incloure el treballador/a que presenta una situació especial de salut, i és evident que es considera important el capital humà d'una organització per al seu bon funcionament. S'entén que una adequada gestió d'aquestes situacions contribueix a la fidelització de les persones i a una millora de la confiança.

S'ha plantejat cert dubte de si incloure el medi ambient, però es considera que representa un aspecte molt influent sobre la cultura preventiva de la institució i per tant també col·labora en la formació, la transmissió i el manteniment de la cultura preventiva que defineix cada organització. La preocupació per l'entorn és prou rellevant per incloure'l com un tema que cal avaluar i que forma part del conjunt de creences i actituds que comprenen la base ideològica de l'organització.

Alhora, també es valora si incloure la Qualitat com per apartat a avaluar, però és pel fet que es considera que la qualitat és una estratègia de gestió global i que, per tant, afecta tots els processos de l'organització, incloent-hi tots els temes que s'han considerat i que s'han incorporat al qüestionari.

En l'última part del disseny del qüestionari, s'han inclòs -podríem dir que com a valor afegit- aspectes relacionats amb la prevenció i la promoció de la salut de les persones treballadores, ja que aporta l'aspecte de cuidar el professional en tots els seus vessants, inclosos aquells que a tenen veure amb aspectes extra laborals, però que, en el fons ajuden a garantir el màxim nivell possible de salut entre els seus professional. No oblidem que els treballadors i les treballadores són els artífexs de la consecució dels objectius generals de les institucions.

En la interpretació dels resultats de l'aplicació del qüestionari, es valora el percentatge de resposta. Tractem de determinar la força de l'associació o correlació entre variables, i fer posteriorment la inferència causal que ens expliqui perquè les coses són d'una manera determinada. És important per a aquesta interpretació conèixer realment la institució per extraure'n conclusions.

La seva interpretació no està restringida únicament a l'àmbit quantitatiu de respostes obtingudes en cada apartat, sinó que també ens ha de permetre valorar aquells processos en els quals s'ha de fer un esforç extraordinari per millorar en cada un dels aspectes en què els resultats siguin més baixos.

Així pot afectar tant l'existència o no de programes destinats a un determinat objectiu, en la mesura que s'aconsegueix la integració, en tots els processos del centre, en el fet de mesurar i valorar la millora percebuda amb la seva aplicació. Aquest objectiu estaria complementat directament amb la seva transmissió directa a tots els estaments de la institució, persones treballadores, comandaments intermedis....

En aquest punt és on disposem d'una doble valoració, ja que la determinació dels processos per avaluar resultats ens permet explicar la situació observada en cada institució. Els processos que ens donen una doble lectura dels resultats obtingut també han estat objecte d'un debat. Finalment els processos pels quals s'ha optat són la implicació de l'alta direcció, la implicació dels comandaments intermedis, la formació, els procediments, la comunicació i la integració de la Cultura en tots els processos productius de les institucions.

És evident, si tenim en compte totes les consideracions fetes en aquest estudi, que la decisió de l'alta direcció, basant-se en base a les seves creences i actituds és decisiva a l'hora de conformar la cultura preventiva d'una institució. Ho és no únicament pel que fa a les declaracions escrites sinó que són encara més determinants les seves actituds, que reforçaran (o no) les declaracions

escrites, i els donaran credibilitat real i permetran que es filtrin en la cultura de tota l'organització. Si el discurs i les obres són contradictoris, la credibilitat es veurà molt afectada.

Aquesta cadena de transmissió de la cultura dins l'organització, passa per què els comandaments intermedis interioritzin els preceptes que es deriven de les conviccions generals, les facin seves i les transmetin als treballadors/ores que tenen al seu càrrec. Si no és així també s'interromp aquest flux de cultura, i perd credibilitat, i es facilita que s'interrompi aquesta transmissió de valors que ha d'arribar a tots els estaments, i que permeti assegurar que els comportaments de tots els implicats estigui d'acord a aquest conjunt de creences i actituds que formen, en darrer terme, la cultura preventiva.

S'ha considerat la formació com a aspecte clau en aquesta transmissió, i fa evident la implicació de la institució en el manteniment d'aquesta cadena de transmissió sempre en funcionament, que valora les necessitats de formació adients a cada lloc de treball.

La part de comunicació és vital per a aquest manteniment, ja que evidencia que s'apliquen les mesures preventives en tots els camps ajuda a aconseguir el *feedback* d'informació, i fer palès que aquestes directrius no es queden en el paper, sinó que funcionen en els dos sentits, de treballadors/ores a direccions i en sentit contrari també. Si aquest flux d'informació no existeix es posen dificultats.

Que es reflecteixin aquestes tendències de prevenció en els procediments, és molt important per arribar amb efectivitat a tots els estaments i permetre incloure tots els processos en el sistema global de gestió, sense deixar fora del conglomerat res ni ningú. Aquest fet estaria molt associat al factor d'integració de la cultura preventiva en tots els camps d'actuació de les institucions mateixes.

En el procés de disseny del qüestionari ens hem dirigit inicialment a personal proper dels nostres serveis, per aconseguir que ens aportessin la seva visió i,

d'aquesta manera, obtenir la seva opinió referent als conceptes i les creences que són en la base de la cultura pròpia de qualsevol institució.

Amb les seves explicacions, ens han permès confeccionar ítems entenedors, no solament per a persones que es dediquen a la PRL, sinó per a tots aquells que treballen en tots els àmbits de la sanitat i dels serveis auxiliars que formen part dels centres hospitalaris, que són, en últim terme, els destinataris del qüestionari i que han de ser capaços d'entendre els plantejaments que es fan en el qüestionari. Per aquest motiu, és necessari aconseguir la claredat suficient dels ítems, ja que les percepcions que configuraran el baròmetre de la cultura preventiva són les dels treballadors/ores que no són especialistes en aquests temes i que per tant, ens obliguen a fer un esforç per obtenir uns ítems ben definits i que tinguin un alt nivell de claredat.

Tot i així hem de tenir en compte que els resultats obtinguts són aplicables únicament en el context al qual van dirigits.

La confecció d'un grup d'experts extern i aliè al grup de treball ha permès analitzar el qüestionari i valorar el grau en què els ítems són clars i adients al que es vol que mesurin. Aquestes persones són expertes i no vinculades a l'elaboració del qüestionari.

L'aplicació de la tècnica del judici d'experts, que és àmpliament utilitzada en sociologia, ens ha permès valorar la validesa de contingut, en un tema on no disposem de referències fiables (Gold-estàndar) per fer comparatives. En matèries sociològiques, és més habitual dur a terme estudis amb abordatge indirecte, i una posterior anàlisi quantitativa de les dades. En canvi, a diferència del que ens troben en moltes de les investigacions a què estem més avesats en medicina, en aquestes es mesuren resultats directes i per a la seva interpretació es disposen de paràmetres de mesura de referència.

El grup d'experts ha pogut expressar les seves opinions sense influències, ja que la valoració de cada un d'ells ha estat individual, sense que els condicionessin les opinions divergents que hagin pogut plantejar altres experts

del grup, que s'han anat incorporant en la mesura que s'han manifestat de forma majoritària pel grup avaluador.

L'anàlisi de les dades obtingudes en l'aplicació dels qüestionaris, d'una banda, ens permet analitzar quines són aquelles àrees que tenen pitjors resultats, però també quins són aquells processos transversals que donen resultats menys satisfactoris. Amb aquesta informació complementada amb un coneixement adequat del centre, podem dissenyar i implantar mesures destinades a la millora de la implantació i de la integració de la cultura preventiva. A més, és important que a aquestes mesures implantades hi associem un circuit adequat d'informació o *feedback*, per garantir l'efectivitat.

Aquests resultats ens donaran una visió de quines són les mesures que és necessari implantar. Tot i que l'avaluació de l'efectivitat d'aquestes mesures supera els límits d'aquest treball, quedant oberta a posteriors estudis.

És cert que la mostra de persones treballadores als que hem demanat que contestin els qüestionaris s'ha fet mitjançant un mostreig incidental, és a dir a tots aquells que s'acostaven a les nostres instal·lacions per qualsevol motiu. I això podria ser una font de biaixos en el nostre estudi, tot i que creiem que els hem pogut minimitzar per l'alt grau de representativitat resultant d'un nombre elevat de participants. A més, utilitzant aquest sistema de selecció hem aconseguit una mostra estratificada. Aquest aspecte s'ha recolzat en bibliografia que hem aportat al respecte.

A l'hora d'avaluar els resultats, podem dir que tenim un doble sistema de valoració. D'una banda es valoren els percentatges de les respostes obtingudes respecte a cada un dels temes que s'han inclòs en el qüestionari, però, d'altra banda, val a destacar com a aspecte important que també podem avaluar els percentatges de resposta que obtenim si agrupem els ítems per dimensions. Això vol dir que podem valorar processos com la implicació de la direcció i, com la comunicació en ambdós sentits que es produeix en

l'organització, en la formació que s'imparteix, en la integració de la PRL en tots els processos de la institució, en la implantació de procediments i en un aspecte que ens sembla molt destacable, que és la implicació dels comandaments intermedis, que com ja hem vist anteriorment, és un factor clau en el desenvolupament de la cultura preventiva d'una organització.

Com a exemple per il·lustrar aquest doble vessant de mesura del nostre qüestionari, presentem l'abordatge dels resultats de dos centres determinats que anomenarem A i B i que compararem amb els resultats globals obtinguts.

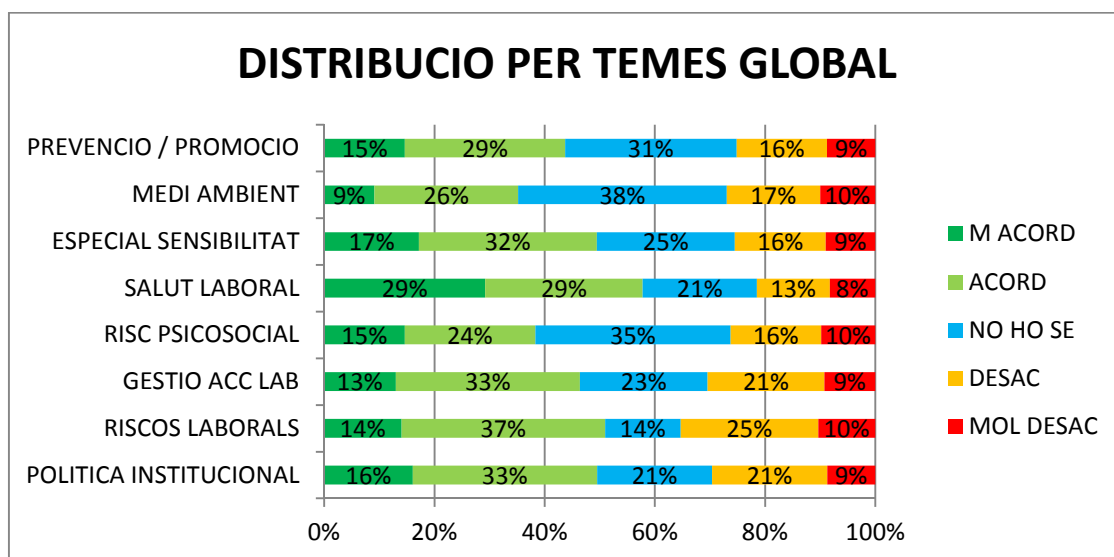


Figura 3. Gràfic distribució global de respostes per temes/processos.

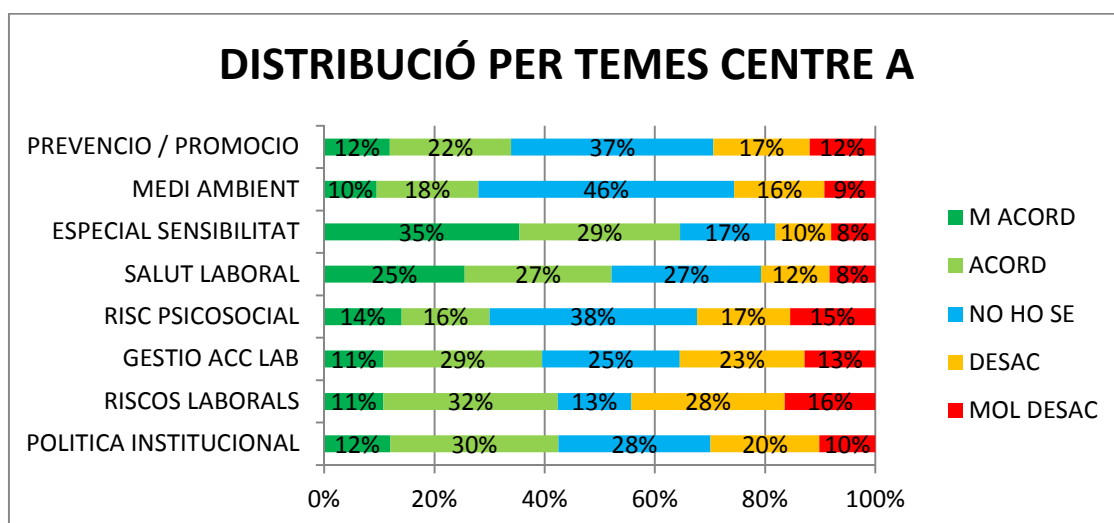


Figura 4. Gràfic distribució respostes per temes centre A.

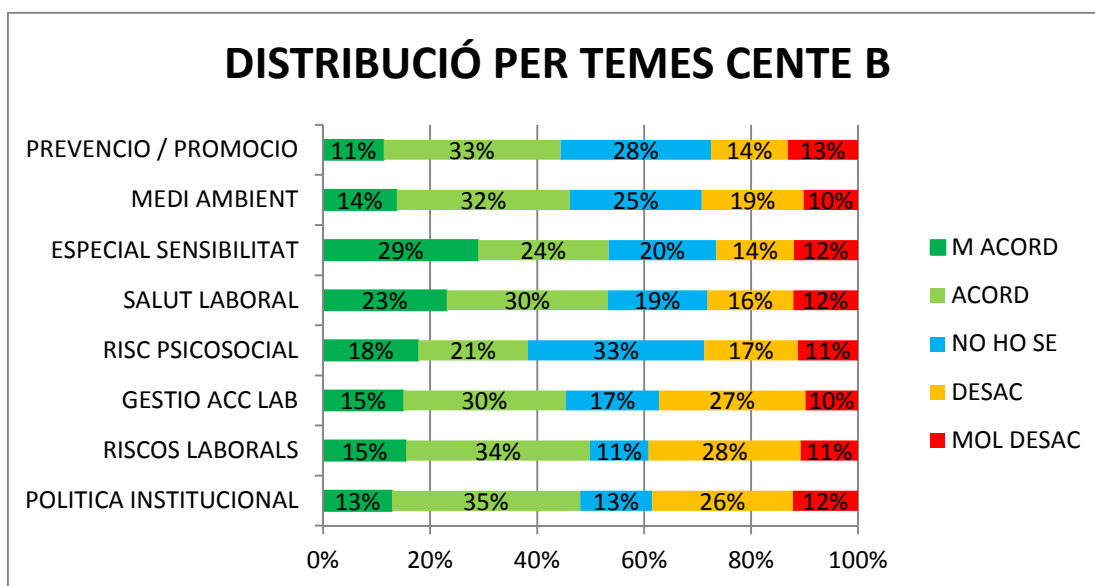


Figura 5. Gràfic distribució respostes per temes centre B.

En els dos gràfics, hem donat color verd a les puntuacions favorables, blau als desconeixements i tons taronja i vermell a respostes desfavorables, cosa que fa més visibles les tendències de valoració que fan els treballadors/ores.

En els gràfics respectius, podem valorar a grans trets que en els dos centres destaca la valoració positiva dels temes relacionats amb la salut laboral i l'especial sensibilitat, que, d'altra banda són els que tenen un contacte directe amb els treballadors/ores i que, per tant, el coneixement general d'aquestes matèries és, en general, més gran.

Veiem diferències entre els centres pel que respecta la medi ambient, i prevenció/promoció estan millor valorats en el centre B que en el A. També cal afegir-hi que es mostra una franja blava de dimensions considerables que ens fa evident que les accions implantades en medi ambient, però també en prevenció i promoció, no arriben a una part important del personal dels centres, percentatges que trobem al voltant del 40%, marcant la necessitat d'actuacions de millora per al centre A.

Ambdós centres coincideixen en valoracions, menys favorables en matèria de risc psicosocial, respecte dels altres temes com també reflecteixen una major percentatge de desconeixement, en aquesta matèria. Una possible explicació és que les actuacions en matèria de valoració i actuació en risc psicosocial són més recents, però també que les actuacions en aquesta matèria són menys tangibles que en els riscos de seguretat o ergonomia, per exemple.

En política institucional, el centre A es troba 7 punts per sota de la mitjana, en canvi el centre B manté puntuacions similars a la mitjana. Una possible explicació és que el centre A és un centre públic, no concertat, on aquests aspectes poden quedar en un segon pla, ja que són propis del conjunt de centres públics. En el conjunt de centres concertats, els quals, per norma general, tenen un ideari propi més implantat i desenvolupat de portes en dins, i aquest arriba més clarament al conjunt de treballadors/ores. De totes maneres cal valorar que el desconeixement manifestat és superior en el centre públic. En canvi les opinions desfavorables són superiors en el centre concertat.

Respecte a la gestió dels riscos laborals, el centre A es troba uns quants punts per sota respecte al centre B. Una possible explicació seria la major exigència que rep el SPRL de la institució, ja que necessita garantir un nivell acceptable en aquest aspecte també per mantenir vigents els estàndards de qualitat per conservar la llicència i poder operar com a centre concertat amb la sanitat pública. Se sotmeten a avaluacions periòdiques per aquest motiu.

Respecte a la gestió dels accidents es manté la tendència de l'apartat anterior de gestió del risc, tot i que les diferències percentuals són menors. En aquest aspecte sembla més evident que la percepció de la investigació i la implantació de mesures preventives i/o correctives és major en el centre privat que en el públic. Podríem valorar que la figura del tècnic de prevenció es fa més visible en tots els estaments de la institució.

En la percepció del risc psicosocial, es manté la tendència anterior, tot i que els percentatges favorable són menors. Una possible explicació d'aquesta situació

és que l'inici de la implantació de les mesures d'avaluació de risc psicosocial és més recent que la gestió de riscos com la seguretat i, la higiene. Concretament, en els centres dels quals parlem, en el centre B de caràcter concertat, es va començar abans la mesura periòdica dels indicadors que hi són propis, per tant la trajectòria i la visibilitat d'actuacions que en fan referència també són anteriors. En els centres públics dotats d'un gran nombre de places en propietat i amb uns drets adquirits, la seva aplicació resulta ser menys àgil, fet que sembla reflectir-se en els resultats amb un cert percentatge de resposta.

Respecte al punt de valoració de salut laboral, els dos centres A i B presenten percentatges de respostes inferior a la mitjana de respostes, que és del 58%, però crida l'atenció que el percentatge de puntuació desfavorable és superior en el centre B. En aquest percentatge, creiem que es reflecteix la manca de treballadors/ores especialistes que té aquest centre en relació al nombre de treballadors/ores de la institució. Amb tot, el centre A presenta més percentatge de resposta "ho desconec", que podem relacionar amb l'activitat de salut laboral molt dirigida a temes únicament laborals, en què l'accés dels treballadors/ores per consultar altres temes, que podríem dir de contingències no professionals, està molt limitat per les característiques pròpies del seu servei de salut laboral. Per tant el grau de coneixement dels treballadors/ores estaria més limitat, el que condicionaria la resposta d'una part dels treballadors/ores que han respòs al qüestionari.

Pel que fa al tractament de les persones amb especial sensibilitat s'ha obtingut una puntuació superior a la mitjana dels centres. En ambdós casos, crida l'atenció el 64% de resposta favorable del centre A, que respon a una trajectòria d'adaptacions instaurada amb més força i de manera precoç. Per tant entenem que aquesta està més integrada en la gestió general del centre, tant en persones amb alguna discapacitat física, psíquica o sensorial en el centre com també en l'abordatge precoç que fa el centre a les treballadores en situació de gestació. En el centre B, es fan les adaptacions, i les gestions que afecten temes d'especial sensibilitat presenten una puntuació també superior a la mitjana del centre, però, a més, observem un elevat percentatge de resposta desfavorable superior al centre A i molt similar a la mitjana de centres.

Respecte a l'impacte dels temes de la gestió d'aspectes que afecten el medi ambient, el centre A obté una puntuació inferior a la mitjana de centres i amb un percentatge de desconeixement prou elevat. En canvi el centre B té un percentatge de resposta favorable més de 10 punts superior a la resposta global de tots els centres. Aquest fet s'explica perquè les actuacions en matèria de responsabilitat social corporativa gestionen aquests aspectes i, a més, els publiciten de forma permanent i actualitzada en els sistemes d'informació del seu centre, i mantenen un recordatori constant en la necessitat de reciclatge, de gestió correcta dels residus sanitaris de tots els grups que es generen en un centre sanitari i donen una informació actualitzada de la situació. A més, en el seu disseny s'han inclòs sistemes de generació sostenible d'energia coneguts públicament.

Respecte a les activitats de prevenció i de promoció de la salut dels treballadors/es, el centre A presenta una puntuació favorable 10 punts inferiors a la resposta global i a la resposta del centre B, que és similar a la mitjana. En aquest cas, entenem la situació, ja que les activitats de prevenció primària, com campanyes de detecció precoç es gestionen per mitjà de les campanyes públiques que impulsa el Departament de Salut, tal com s'adrecen a la població general. En canvi en el centre B s'efectuen campanyes actives, reforçant les campanyes públiques, que són un altre reforç favorable. En el centre B es fan campanyes actives dirigides als seus treballadors/ores, que milloren els índexs de compliment de les campanyes ja instaurades, com són la realització de mamografies, cribratge d'alteracions de pròstata i el cribratge de càncer de colon. Però, a més, es duen a terme campanyes actives de detecció d'alteracions de tiroïdes i, de detecció d'anèmia ferropènica en població susceptible, que reforcen que arribi el missatge a les persones treballadores més fàcilment.

Per valorar les dimensions valorem els gràfics següents dels mateixos centres:

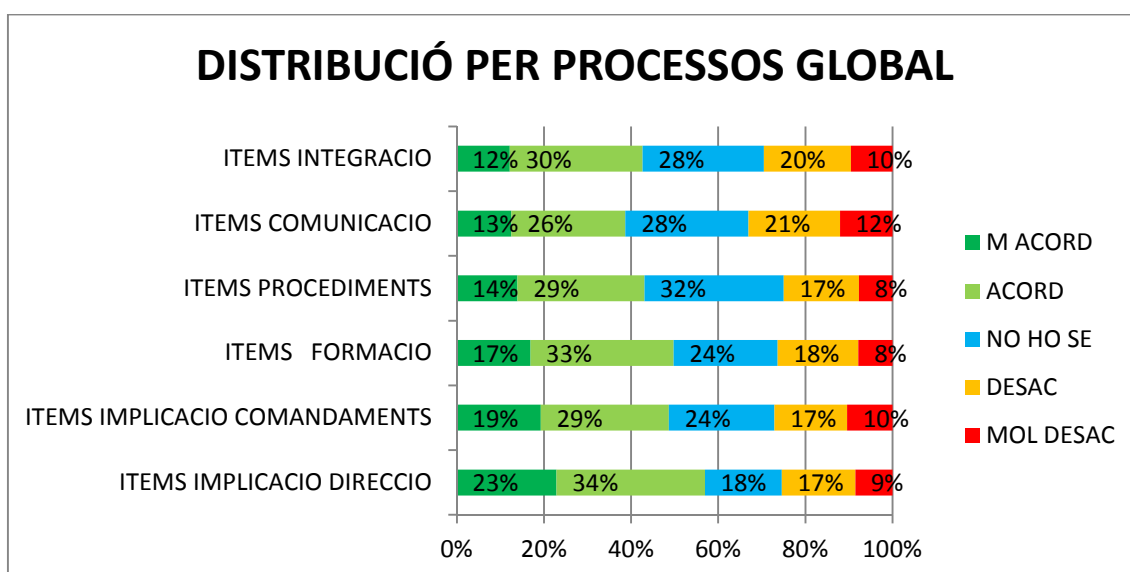


Figura 6. Gràfic distribució global de respostes per processos.

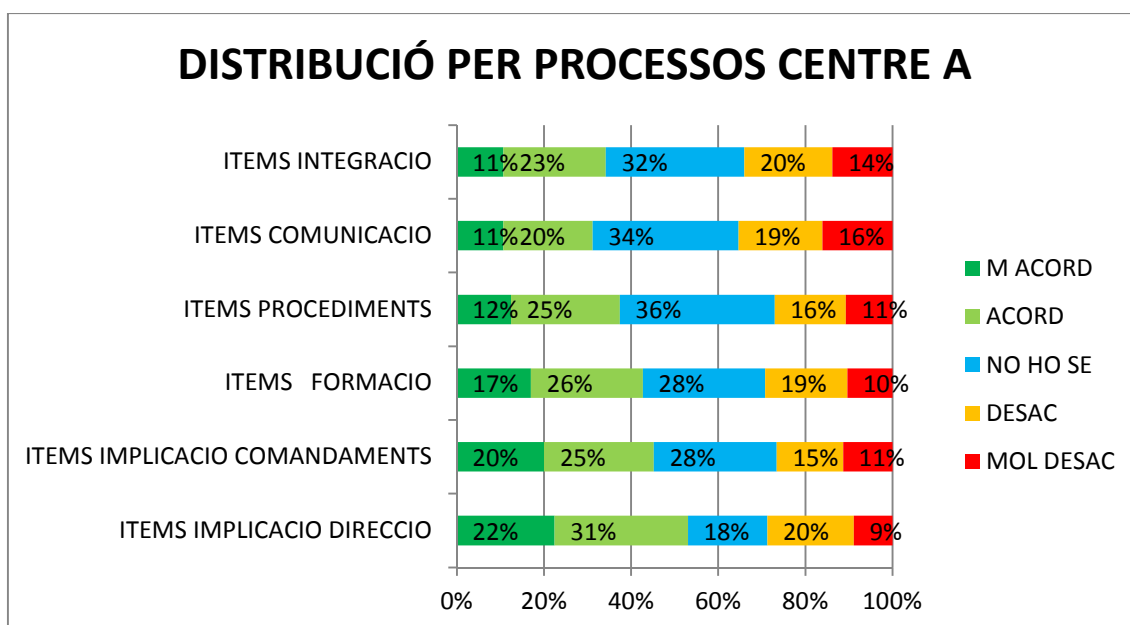


Figura 7. Gràfic distribució de respostes per processos del centre A.

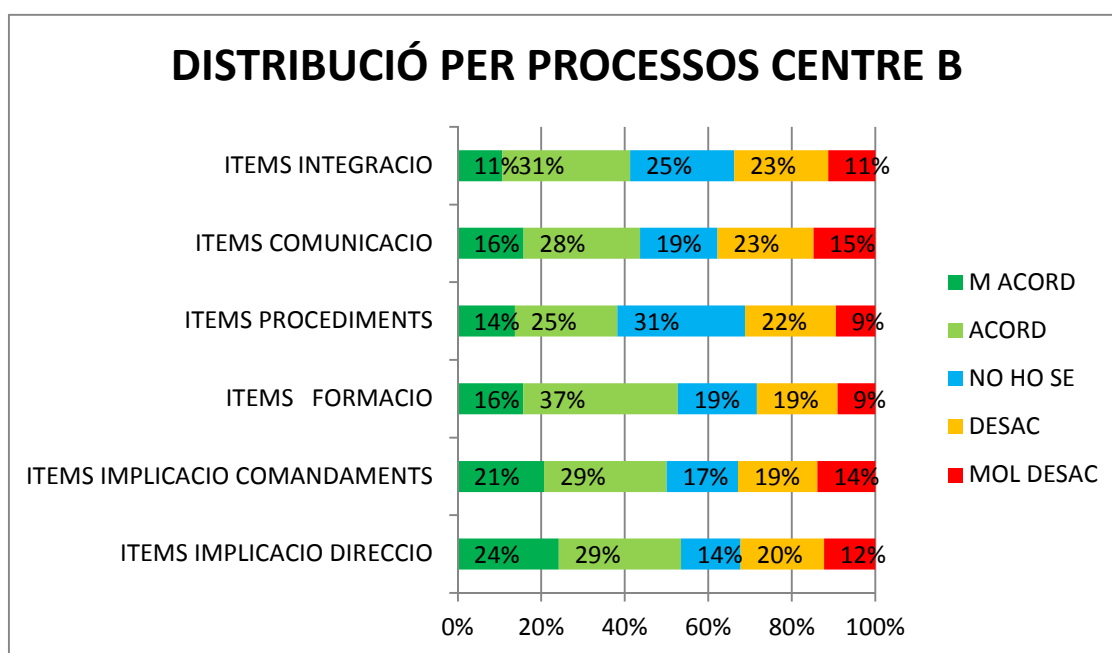


Figura 8. Gràfic distribució de respostes per processos del centre B.

En l'anàlisi dels processos que contribueixen a la difusió i la implantació de la cultura preventiva als centres, es valoren les puntuacions obtingudes en la implicació dels directius, la implicació dels comandaments intermedis, aspectes relacionats amb formació, aspectes dels procediments, aspectes relatius a comunicació interna dels centres i aspectes d'integració de la cultura preventiva en totes les activitats de cada centre.

Pel que fa a la implicació dels directius, veiem que ambdós assoleixen una puntuació favorable similar, però que ambdós estan 4 punts per sota de la resposta global. Per tant, entenem que aquest és un punt en el què caldria actuació, ja que, com hem analitzat, l'actitud dels directius és vital per a la credibilitat de la cultura preventiva que forma part de l'ideari del centre, el que afavoreix la seva permeabilitat a tots els estaments. És clar que si els principals interlocutors no són coherents entre el que diuen i el que fan, els preceptes no arribaran a tot arreu, i seran únicament una declaració escrita i no una base fonamental de les creences i les actituds de tots els treballadors/ores.

En el mateix sentit actua la implicació de comandaments intermedis. Cal mantenir la coherència perquè el missatge sigui creïble, entre les creences i els actes, ja que aquests últims són en realitat la mesura de la integració de les creences en el desenvolupament de qualsevol lloc de treball. En aquest cas, veiem que el centre A es troba 3 punts per sota dels resultats globals. Recordem que es tracta d'un centre públic on els drets adquirits són més difícils de perdre, i per tant la influència que poden tenir els comandaments intermedis, és, en cert sentit, menor que la poden tenir en un centre concertat amb un major pes de les decisions que afecten l'organització de les persones, com succeeix en el centre B, on evidenciem una resposta favorable 3 punts per sobre de la mitjana.

Tanmateix aquesta tendència es manté per als ítems relacionats amb la comunicació, integració, formació i procediments. Sembla que amb la tendència de valoració és més favorable per al centre B que per al A. Aquest fet ens podria corroborar que el centre B manté una política més transparent tant pel que fa a aconseguir la implicació, i traslladar-la a tots els nivells de l'organització, com pel que fa a aconseguir que arribi a modificar les actituds de tots els treballadors/ores. Aquest punt es pot confirmar comprovant que els índexs d'accidentabilitat i els d'absentisme del centre B són inferiors als del centre A. És un punt de referència que ens pot donar llum sobre els resultats finals i l'optimització de recursos dels dos centres.

A aquest fet s'hi afegeix que els percentatges de valoració de desconeixement dels treballadors/ores és major en el centre A, tant pel que fa a formació, procediments, comunicació i integració. Això ens marca un context global més favorable respecte a la implantació de la cultura preventiva a tots els nivells del centre 100, i per tant es reflecteix també l'esforç en comunicació i recollida de les aportacions que puguin fer els treballadors/ores en tots els temes relatius a la prevenció.

A part de la importància de la formació/informació és vital la integració dels procediments de la prevenció, per desenvolupar en el context de les actuacions a tots els nivells. A més la transparència és vital per a la correcta permeabilitat dels valors.

Aquestes tendències observades també ens permetran col·laboració entre els diversos centres quan plantegem la millora en l'abordatge de la prevenció en majúscules que ens afecta a tots. També ens seran útils per implicar i fer partícips tots els estaments de l'organització.

De totes maneres, com ja hem valorat amb anterioritat, cada centre haurà de determinar quines opcions de millora són les més indicades en cada cas.

Amb aquesta nova eina, veiem que podem anar un pas més enllà en el plantejament i el desenvolupament de quin pretenem que sigui el grau de cultura preventiva implantat en la nostra organització i ens dona les primeres indicacions de quins són els aspectes que cal abordar amb major celeritat i quins mecanismes hem de reforçar per aconseguir-ho.

Dins el mateix centre ens permet alhora, fer un seguiment evolutiu, i comparar resultats amb aplicacions anteriors, per valorar si les actuacions han millorat i en quina mesura, ho ha fet la percepció de cultura preventiva.

Fins a aquest punt hem valorat el procés de disseny i utilitat del qüestionari que plantegem, però per poder-lo aplicar encara ens manca el procés de validació.

En el procés de validació que s'ha dut a terme, ens aturarem a valorar els punts crítics que poden influir sobre la validació del qüestionari.

El valorar possibles biaixos que puguin afectar els resultats, no s'ha aplicat a les mateixes persones concretes el test en la primera i segona fase de l'aplicació del qüestionari. S'ha pogut constatar estadísticament que no s'han produït diferències significatives entre els participants en la fase I i II per evitar aquests biaixos de resposta, com a conseqüència d'aplicar el qüestionari a individus diferents de la mateixa mostra en ambdues fases.

Els càlculs per estimar una mostra en les condicions en què es fa l'estudi actual (452 qüestionaris), tenint en compte possibles pèrdues, resulten ser superiors al nombre de qüestionaris realment contestats: (319 en la fase I i 271 en la fase II, un total de 590 qüestionaris completats correctament). Per aquest motiu ha estat necessari reavaluar el tant per cent de marge d'error, que resulta ser del 6%.

El percentatge de resposta acceptada del total dels qüestionaris contestats ha estat del 92,4% a causa, en gran part, a l'aplicació presencial del qüestionari.

La realització del test en dues fases separades en el temps ens ha permès confirmar que l'estabilitat temporal està garantida en el qüestionari validat.

I en tots els càlculs efectuats per valorar la fiabilitat s'han utilitzat mètodes estadístics complementaris als que hem aplicat inicialment i que també corroboren els resultats obtinguts amb les proves aplicades indicades en cada cas.

Amb aquest procés, disposem d'una eina en forma de qüestionari que permet analitzar les percepcions dels treballadors/ores sobre cultura preventiva que s'aplica a la seva institució, sobre com forma part de la política institucional,

sobre com aquesta s'assumeix i l'aplica la direcció i els comandaments intermedis i sobre como es reflecteix i es tradueix en tots i cada un dels procediments d'actuació, també sobre com es formen els treballadors/ores i se'ls informa i, finalment, sobre com s'analitza i avalua la seva aplicació.

LIMITACIONS I FORTALESES:

Com a limitacions destacaria:

La manca d'altres eines que ens puguin servir per fer comparatives amb els resultats.

La mesura de les percepcions individuals que poden estar sotmeses a factors que no es controlen realment i que les poden fer variar en un moment determinat.

La manca de claredat d'algun dels ítems que pot dificultar la interpretació del treballador/a que està responent el qüestionari.

La limitació en nombre dels ítems que s'han de valorar per no restar agilitat a l'aplicació de l'eina de mesura.

La forma de selecció de la mostra, que no és una mostra aleatòria i que pot conduir a biaixos que no estan controlats.

La falta d'exhaustivitat a l'hora d'avaluar tots els temes que formen part d'un concepte tan ampli com és la cultura preventiva.

COM A FORTALESES

Com a fortaleSES destacaria:

L'aportació del marc conceptual en què es desenvolupa l'eina de mesura.

L'adaptació cultural al nostre medi, en l'àmbit sanitari assistencial de Catalunya.

L'exhaustiva descripció del procés de disseny i validació que s'ha dut a terme.

El fet que amplia, vers altres eines, l'àmbit d'estudi a prevenció, promoció de la salut i aspectes relacionats amb el medi ambient.

La facilitat d'aplicació.

Uns resultats psicòmètrics favorables.

Una població diana molt àmplia, ja que està dirigit a tots es treballadors/ores d'aquestes entitats sigui quina sigui la seva categoria professional i la seva posició dins la institució.

Una mostra gran d'aplicació del qüestionari per a la seva validació.

La representativitat de les àrees que entenem com a fonamentals en cultura preventiva, i el doble vessant analític que permet valorar aquells processos transversals que permeten la implementació de la cultura preventiva en les institucions.

L'anàlisi complementària aplicada segons els diferents mètodes estadístics per avaluar les propietats psicòmètriques.

8. CONCLUSIONS:

La cultura preventiva d'una institució està formada per un conjunt de creences i actituds, que formen part de la idiosincràsia de cada organització. Aquest conjunt de creences i actituds son les que configuren els valors de cada organització com a base de les seves activitats.

Els valors que una organització defensa i difon entre tots els stakeholders, es a dir a els proveïdors, els clients, i també els treballadors/es, defineixen la imatge que projecta l'organització a la societat, que es transmet des de l'alta direcció, fins arribar a als treballadors/es, implicant la cadena de comandaments.

Per poder analitzar la cultura preventiva cal mesurar-la. Per poder fer aquesta mesura és necessari aplicar, entre d'altres, mètodes indirectes, es a dir, mesurar la percepció que en tenen els treballadors.

El Qüestionari de Cultura Preventiva (QCP) es una eina que mesura la cultura preventiva, inclou els aspectes rellevants de les disciplines que integren la prevenció de riscos laborals, la promoció i prevenció de la salut dels treballadors/ores i el medi ambient.

S'ha realitzat un procés de validació que garanteix les propietats psicomètriques del qüestionari. Permet la mesura de la cultura preventiva en un punt concret i quan s'aplica de forma successiva, valorar la seva evolució en l'organització.

El Qüestionari de Cultura Preventiva és una doble eina de mesura, per una part mesura la situació dels Temes que en formen part (política institucional, gestió de riscos laborals, gestió d'accidents laborals, gestió del risc psicosocial, salut laboral, gestió de casos amb especial sensibilitat, medi ambient i prevenció / promoció de la salut) per l'altra permet mesurar en quina situació es troben aquells Processos que permeten la difusió de la cultura preventiva dins l'organització (Implicació de la direcció i dels comandaments intermedis,

formació, procediments, integració i comunicació). Aquest doble anàlisi permetrà planificar accions concretes de millora i una posterior valoració del seu impacte.

9. BIBLIOGRAFIA

- ACSNI Advisory Comité on the Safety of Nuclear Installations (1993), "Study group on human factors", *A Third Report: Organising for Safety*, Londres, HMSO.
- Álvarez Junco, J. (1981). *Los movimientos obreros en el Madrid del siglo XIX*. Ayuntamiento de Madrid, ISBN 84-500-5087-1.
- Álvarez Junco, J. (1986). *La Comisión de Reformas Sociales: intentos y realizaciones. De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social*. pp:147-154. ISBN 84-323-0566-9.
- Al-Marri, K. Abdel Moneim, M. & M. Baheeg Ahmed. (2007) "Excellence in service: an empirical study of the UAE banking sector", *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 24 Issue 2, pp:164-176.
- Ayensa, JA. Pérez, M. Tovaes, JL. Pérez Polo, P. Alfonso, A. & C. Tomey. (2014). *La Cultura Preventiva en Seguridad en la Empresa, ¿Cuestión de Suerte?. Arch Prev Riesgos Labor; 17 (Espec Congr 1) pp:46-59*.
- Bandura, A., (1991). "Social cognitive Theory of self regulation", *Organizational Behaviour and Human Decision Process*, N° 50, pp:248-287.
- Barret, D. (2009). "Corporate social responsibility and quality management revisited", *The Journal for Quality & Participation*, vol. 31, pp:24-30.
- Baselga, M. Cortes, J. & S.Domingo. (1984). *Seguridad en el trabajo*. Madrid. Ed: INSHT. pp:67.
- Bate, P. (1992). *The impact of organizational culture on approaches to organizational problem solving*. En G. Salaman ED, *Human Resource Strategies*, London, Sage.
- Baylis, s C. (November 1998). "Corporate Safety Culture: The Dimensions". *BerkeLlei Conference International, Developing and Maintaining an effective safety culture*.
- Blake, H. & L. Scott. (2008) *Influencing organizational change in the NHS: lessons learned from workplace wellness initiatives in practice*. *Qual Prim Care*. 16:449–455.
- Benach, J. Muntaner, C.& V. Santana. (2007a). *Employment conditions and health inequalities*. *Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO*

Commission on Social Determinants of Health, 2007:100-117.
http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf?ua=1 (consulta: 17/05/2018)

Benach, J. Muntaner, C.& V. Santana. (2007b). Employment conditions and Health inequalities. Commission on Social Determinants of Health, Final Report to WHO 2007. Tabla 2 pp 42.

http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf?ua=1 (consulta: 17/05/2018)

BOE-211 (1900) Llei de Accidentes de Trabajo

www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1900/211/A00411-00413.pdf

BOE-60 (1908). Llei por la que se crea el Instituto Nacional de Previsión.

www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1908/60/A00875-876.pdf

BOE-141 (1908). Llei de Tribunales Industriales.

www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1908/141/A00862-00863.pdf

BOE (1956). Decreto Llei por el que se crean los Servicios Médicos de empresa.

www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/287/6497.pdf

BOE (1963) Llei 193/1963 que regula las Bases de la Seguridad Social.

www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1963/312/A18181-18190.pdf

BOE (1974) Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Llei General de la Seguridad Social. BOE-A-1974-1165.

www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1974-1165

BOE (1976) Llei 16/1976, de 8 de abril, de Relaciones Laborales. BOE-A-1976-837.

www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1976-8373

BOE (1976-17634) Llei 2133/1976 que modifica la Regulación de los Servicios y Organismos de Seguridad e Higiene del Trabajo. BOE-A-1976-17634.

www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1976-17634

BOE (1978) Real Decreto-Llei 36/1978 de 16 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. BOE-A-1978-28739.

www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-28739

BOE (1980) Llei 8/1980 de 10 de marzo, del Estatuto de los trabajadores. BOE-A-

1980-5683. <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-5683>

BOE (1995) Llei 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292

BOE (1997) Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27 31/01/1997.

www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853

BOE (2003) Llei 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE nº 298 13/12/2003.

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/TextosLegales/Lleies/2003/54_2003/PDFs/Llei542003de12dediciembredereformadeldmarconormativodel.pdf

BOE (2007). Llei orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115&p=20130727&tn=2

BOE (2013). Llei 14/2013, de 27 de septiembre, de apoyo a los emprendedores y su internacionalización. BOE-A-2013-10074.

www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-10074

Boix, P. Garcia, AM. Llorens, C. & Torada, R. (2001). Percepciones y Experiencia. La prevención de los riesgos laborales desde la óptica de los trabajadores, Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS), Valencia.

Boletín del Instituto de Reformas Sociales.(1906) “Estudio previo al proyecto del Reglamento general de Seguridad e Higiene del trabajo”. pp 22

Cahill, K. Moher, M. & TE. Lancaster. (2008). Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database, Issue 2. Art. Num.: CD003440. Systematic Reviews COI: 10.1002/14651858.CD003440.pub3.

Cai, W. Yung-lung, T. Song, W. & L. Hong. (2017). Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation. Front Psychol. 8: 858. Publicat en línia, 31 maig 2017. doi:10.3389/fpsyg.2017.00858.

Camisón, C. Gonzalez, T. & S.Cuz. (2007). Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Madrid. Pearson Prentice Hall. ISBN: 84-205-4262-8

Castillo, S., (2006. “En los orígenes de la reforma social. La Sección de Industria y el

Negociado de Trabajo”, en AAVV. Un siglo de derechos sociales. A propósito del centenario del Instituto de Reformas Sociales (1903-2003). Bellaterra. Servei de Publicacions de la UAB.

Cátedra Universidad, Empresa, Sindicatos, Trabajo, Ambiente y Salud. (2002) Promoción y desarrollo de la cultura preventiva en la comunidad de Madrid. Univ. Politécnica de Madrid.

Caulfield, N. Chang, D. Dollard, MF. & C. Elshauget. (2004). A review of occupational stress interventions in Australia. *International Journal of Stress* 2004;11(2) pp:149-166.

CDC worksite. (2014). Health ScoreCard: An assessment tool for employers to prevent Heart disease, stroke, and related health conditions. CDC National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

CEE (1976). Directiva 76/207/CEE del Consejo, de 9 de febrero de 1976, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo. <http://civil.udg.es/epclp/texts/es/76-207.htm>

CEE (1991). DIRECTIVA 91/383/CEE del Consejo, de 25 de junio de 1991, por la que se completan las medidas tendentes a promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de los trabajadores con una relación laboral de duración determinada o de empresas de trabajo temporal. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac10309>

CEE (1989). Directiva del Consejo de 12 de junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (89/391/CEE). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1989L0391:20081211:ES:PDF>

CEE (1992). Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac10914>

CEE (1994). DIRECTIVA 94/33/CEE del Consejo, de 22 de junio de 1994, relativa a la protección de los jóvenes en el trabajo. <https://eur-lex.europa.eu/legal->

content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11205

- CEE (2002). Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002. Modifica la Directiva 76/207/CEE del Consejo relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo. www.ccoo-servicios.es/archivos/igualdadtrato_ue.pdf
- CEE (2004). Directiva del Consejo 2004/113/CE de 13 de diciembre de 2004 por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro. <https://boe.es/doue/2004/373/L00037-00043.pdf>
- Chen, W & C. Gluud. (2005). Vaccines for preventing hepatitis B in health-care workers. Cochrane Database of Systematic 2005, Issue 3. Art. Num.: CD000100. DOI: Reviews 10.1002/14651858.CD000100.pub3.
- Cooper, M.D. (1997). Improving Safety culture: A practical Guide. Chichester, J. Wiley & Sons.
- Cooper, MD. (2000) Towards a model of safety culture. Safety Science, Vol 36, pp:111-136.
- Cox, S. Cheyne, A. & A. Alexander. (1997). "Safety Culture I offshore environments: developing the safety culture climate measurement tool". En: Proceedings of Safety Culture in the energy industries. University of Aberdeen, pp:22-24.
- CPH (2014). Healthy workplace All employee Survey. CPH- New Healthy workplace.
- Cui, Y. Xiuming, X. Jinsheng, Z. Feng, J. Deng, X. Li, A. & J. Zhou. (2017). The safety attitudes questionnaire in Chinese: psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. BMC Health Serv Res; 17: 590. Published online 2017 Aug 23. doi: 10.1186/s12913-017-2543-2.
- Della, L. DeJoy, DM. Goetzel, RZ. . & MG. Wilson. (2008). Assessing Management Support Worksite Health Promotion Psychometric Analysis of the Leading By Example (LBE) Instrument. Am J Health Promot. Vol. 2(5): pp:359–367.
- Deming, E.W. (1986). Out of Crisis. Cambridge, MA: MIT Press.
- Donald L., & S. Canter. (1997). "Employee attitudes and safety in the chemical industry", Journal of Loss Prevention in the process industries, n 7, pp:203-208.

- Easton, G.S.& SL. Jarrell. (1998). "The Effects of Total Quality Management on Corporate Performance: An Empirical Investigation", *Journal of Business*, vol. 71, pp:253-307.
- Entec UH LTd. (1999) Development of a Business Excellence Model of Safety Culture, prepared by Entec UH Ltd for Health and Safety Executive.
- ENWHP. (1997). European Network for Workplace Health Promotion. The Luxembourg declaration on workplace health promotion in the European Union. Revised 2005 and 2007 <http://www.ver.is/whp/en/luxdeclaration.html> (consulta: 3 July 2009).
- ENWHP. (1998). European Network for Workplace Health Promotion. The Cardiff Memorandum. <http://www.ver.is/whp/en/cardiffmemorandum.html> (consulta: 17/05/2018).
- ENWHP. (2002). The Barcelona declaration on developing good workplace health practice in Europe. European Network for Workplace Health Promotion. <http://www.enwhp.org/index.php?id=29> (consulta: 17/05/2018).
- Eriksen, W. Bruusgaard, D. & S.Knardahl. (2003). Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med* 2003;60:271–278
- Escobar-Pérez, J., & A. Cuervo-Martinez, (2008) Validez de contenido y Juicio de Expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. n 6, pp:27-36.
- Espuny Tomas, MJ., (2005) "El treball infantil i de menors: una perspectiva històrico-jurídica", en AAVV. *Treball infatil i de menors*. Barcelona. Cálamo
- Faghri, P. Kotejoshyer, R. Cherniack, M. Reeves, D. & L. Punnett. (2010). Assessment of a worksite Health Promotion Readiness Checklist. *JOEM* 52:9.
- Feigenbaum, A.V. (1956). "Total Quality Control", *Harvard Business Review*, vol. 34, pp: 93-101.
- Fernandez de Castro, R., (1910). "Comentarios a la Llei de 30 de enero de 1900 sobre los accidentes de trabajo". *Revista Jurídica de Cataluña*. N 16 pp:347.
- Fichtenberg CM, & SA Glantz, (2002) Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour review. *British Medical Journal*, n 325 pp:188-191.
- Frey, RS.(2003). The transfer of core-based hazardous production processes to the

export processing zones of the periphery: the maquiladora centres of Northern Mexico. *Journal of World Systems Research*, IX(2) pp:317-354

Gadd S, & AM. Collins.(2002). *Safety Culture: A review of the literature*, Health and Safety laboratory. HSL/2002/25.

Garcia-Gonzalez, G. (2007). *Orígenes y Fundamentos de la Prevención de riesgos en España (1873-1907)*. Tesis Doctoral. Bellaterra. Departament de Dret Públic i ciències Historicojurídiques.Universitat Autònoma de Barcelona.

Garcia Ormaechea, R., (1933). *El accidente de Trabajo y la Enfermedad Profesional*. Conferencia en la Clínica del Trabajo. 8 y 25 de octubre de 1933. Madrid.

Garvin D. (1993). "Building a Learning Organization", *Harvard Business Review*.

Geller S.(1997). "The psychology of Safety. How to improve behaviors and attitudes on the job", CRC press LLC, Florida.

Gershon, RM. Stone, PW. Bakken, S.& E. Larson. (2014). *Measurement of Organizational culture and climate Health care*. *Journal of Nursing Administration (JONA)*

Gherardi S.& D. Nicolini. (2000). "The Organizational Learning of Safety in Communities of Practice", *Journal of Management Inquiry*, N° 9. pp:7-18.

Ghobadian, A. Gallea, D. & M. Hopkins.(2007). "TQM and CSR nexus", *International Journal of Quality and Reliability Management*, vol. 24, pp:704-721.

Gonzalez Sanchez, JJ., (1997) *Seguridad e higiene en el trabajo- Formación histórica y fundamentos* . Consejo Económico y Social.

Graveling, RA. Crawford, JO. Cowie, H. Amati, C. & S.Vohra. (2008). *A review of workplace interventions Institute of that promote mental well-being in the workplace*. *Occupational Medicine*. Edinburgh. February 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWorkFinalReport.pdf> (consulta: 17/05/2018)

Greenstret Berman Ltd. (1999). *Safety culture: Giving staff A Clear Role*. HSE Research Report 2ª Abril

Health & Safety Executive. (2002). "Evaluating the effectiveness of the Health and Safety Executive's Health a Keil Centre. Research Report 042, 2002.

- Hindi, A. Parkhurst, C. Rashidi, Y. Ho, S. Patel, N. & P. Donyai. (2017). Development and utilization of the Medicines Use Review patient satisfaction questionnaire. *Patient Prefer Adherence*; 11:1797–1806. Published online 2017 Oct 20. doi: 10.2147/PPA.S146991
- Holmboe, O. Iversen, HH. Danielsen, K. & O. Bjertnaeset. (2017). The Norwegian patient experiences with GP questionnaire (PEQ-GP): reliability and construct validity following a national survey. *BMJ Open*; 7(9): e016644. Published online 2017 Oct 2. doi:10.1136/bmjopen-2017-016644
- Hopkins, A. (2000). "Lesson from Langford", Sidney, CCH, pp:74.
- Hopkins, A. (2002). "Safety Culture, Mindfulness and Safe Behaviour: Converging Ideas?. Working Paper 7. National Research Centre for OHS regulation. The Australian National University.
- ILO. (1981). *Prácticas y Literatura de Soporte Anexo 2 Glosario y Notas Finales 123 28 International Labour Organization. C155 Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment.* <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> (consulta: 17/05/2018).
- ILO. (1985). *International Labour Organization. C161 Convention concerning Occupational Health Services.* <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> (consulta: 8 August 2009)
- ILO. (2004). *Global strategy on occupational safety and health 2003.* Geneva: International Labour Office 2004. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/> (consulta: 17/05/2018)
- 41 ILO. (2006). *International Labour Organization. C187 Convention concerning the promotional framework for occupational health and safety.* <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> (consulta: 17/05/2018)
- ILO. (2009). *Gender equality at the heart of decent work. International Labour Organization Report VI, International Labour Conference, 98th Session, 009. Ppe 93.* 19 International Labour Organization website http://www.ilo.org/global/What_we_do/Statistics/topics/Safetyandhealth/lang-en/index.htm (consulta: 17/05/2018)
- ILO. (2009a). *International Labour Organization. Facts on safety at work.* <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/document>

[s/publication/wcms_067574.pdf](#) (consulta: 17/05/2018)

ILO. (2009b). International Labour Organization. Report of the Conference Committee on the Application of Standards, International Labour Conference, 98th Session, Geneva.

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_154192.pdfhttp://www.ilo.org/global/What_we_do/InternationalLabourStandards/WhatsNew/lang--en/docName--WCMS_108447/index.htm (consulta: 17/05/2018)

INSAG. (1999). Internacional Nuclear Safety Advisory Group. Safety Culture, Safety Series N° 75 INSAG-4. International Atomic Energy Agency, Vienna.

IOM. (2014). Institute of Medicine and National Institute for Occupational Safety and Health. Total Worker Health™: Promising the best practices in the Integration of Occupational Safety and Health Protection with Health Promotion in the workplace. <http://www.iom.edu/Activities/Environment/TotalWorkerHealth/2014-MAY-22.aspx>.

Ishikawa, K. (1985). What is Total Quality Control? The Japanese Way. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ISCP - International Symposium on Culture of Prevention. (2013). Future Approach pp 25-27. Helsinki

IWH. (2007). Institute for Work and Health (2007) Prevention programs for health-care workers. Sharing best evidence: highlights of a systemic review. April 2007. <http://www.iwh.on.ca/sbe/prevention-programs-for-healthcare-workers> (consulta: 24 July 2009)

IWH. (2008). Institute for Work and Health. Factors for succès in participatory ergonomics review. January <http://www.iwh.on.ca/sbe/factors-for-success-inparticipatory-ergonomics> (consulta: 17/05/2018)

IWH. (2009). Institute for Work and Health 2008. Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review. Published December 2009. <http://www.iwh.on.ca/summaries/sharing-best-evidence/are-workplace-prevention-programs-effective>. (consulta: 17/05/2018)

Janer, G. Sala, M. & M. Kogevinas. (2002). Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. Scandinavian 2002;28(3):141. Journal of Work, Environment

and Health. pp:157

Jordan, J. Gurr, E. Gordon, T. Griga, S.Fragher, B & C. Cooper. (2003). Beacons of excellence in stress prevention. Robertson Cooper Ltd. and UMIST. Research Report 133.

Juran, J. (1989). Juran on Leadership for Quality. New York: Free Press.

Kreis, J. & W. Bödeker. (2004). Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention: IGA-Report 3e. Essen, Summary of the scientific evidence. BKK Bundesverband, 2004: 11. pp:8.

Kreis, J. & W. Bödeker, (2004b) Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention: IGA-Report 3e. Essen, Summary of the scientific evidence. BKK Bundesverband, 2004: 11-12. pp:30.

Lee, T. (1998). "Assesment of safety culture at a nuclear reprocessing plant", Work and Stress, Vol.12, Nº 3, pp:217-237.

Lluis i Navas, J. (1975). Manual de Derecho laboral. Barcelona. Llibrería Bosch.

Linderman, K. Schroeder RG. Sri Zaheer, S.Liedtke, Ch. & AS.Choo. (2004). "Integrating Quality Management Practices with Knowledge Creation Processes", Journal of Operations Management, vol. 22, pp:589-607.

Lopez Cano, D. (2000). España - Unión Europea: los esfuerzos de una década de integración www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188

Madi, HH. & SJ. Hussain. (2008). Health protection and promotion: evolution of health promotion: a stand-alone concept or building on primary health care? Eastern Mediterranean Health Journal. 14(Supplement):S15. http://www.emro.who.int/publications/emhj/14_S1/Index.htm (consulta: 17 July 2009).

Marine, A. Ruotsalainen, J. Serra, C. & J. Verbeek. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database of Systematic 2006, Issue 4. Art. Num.: CD002892. Reviews, DOI:10.1002/14651858.CD002892.pub2.

Matson-Koffman, DM. Brownstein, JN. Neiner, JA. & ML. Greaney. (2005). A site specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? 2005;19(3):167- The Science of Health Promotion, 193.

- Mcadam, R. & D. Leonard. (2003). "Corporate social responsibility in a total quality management context: opportunities for sustainable growth", *Corporate Governace*, vol. 3, pp:36-45.
- Michie S & S.Williams.(2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine* 2003;60:3-9.
- Mokkink, LB. (2014). The Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther.* <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0143>
- Montoya Melgar, A. (2003). "El reformismo social en los orígenes del Derecho del Trabajo", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales num del Centenario del Instituto de Reformas Sociales*, pp:81
- Nonaka, I. (1994). "A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation", *Organization Science*, vol. 5, núm.1, pp:14-37.
- Nonaka, I. & H. Takeuchi. (1995). *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford University Press.
- O'Connor, P. Buttrey, SE. O'Dea, A. & QE. Kennedy. (2011). Identifying and addressing the limitations of safety climate survey, *Journal of Safety Research* 42 pp:259–265
- Oliveira-Pinto, R. Pascoal, M. do Prado, L. Poletto, S.Lemes, V. Didó, A. Andina, V. & R. Lessa. (2016). Validation of an instrument to evaluate health promotion at schools. *Rev Saude Publica*; 50: 2. Published online 2016 Feb 19. doi: 10.1590/S01518-8787.2016050005855
- OIT. (2005). Datos sobre accidentabilidad en el Treball. Organización Internacional del Treball.http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_006102/lang@es/index.htm (consulta: 16 de maig 2018)
- OMS (2010). *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS* . ISBN 978 92 4 350024 9.
- OMS (2018) *Historia de la OMS* <http://www.who.int/about/history/es/> (consulta: 23 març 2018)

- Oyuelos, R. (1902). Accidentes del Trabajo. Estudio de la Llei, Reglamento, disposiciones complementarias y Jurisprudencia. Madrid. Legislación Española
- Palomeque Lopez, MC. (1994). Derecho Sindical Español. Madrid. Tecnos 5^a edición revisada.
- Parast, MM. Adams, SG. Jones, Ec. Rao, SS.& TS.Raghu-Nathan. (2006). "Comparing quality management practices between the United States and Mexico". Quality Management Journal, vol. 13, pp:36-49.
- Patrick A. & H. Spence Laschinger. (2006). The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. Journal of Nursing Management. Vol: 14, pp:13–22
- Pedrosa, I. Suárez-Álvarez, J. & E. García-Cueto. (2013). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su eestimación (Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods). Acción psicológica, 10(2), x-xx. <http://dx.doi.org./10.5944/ap.10.2.11820>.
- Podneice, Z. (2007). Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807300/view> (consulta: 5 Octubre 2009)
- Portal de Promoción de la Salud en el Treball (2017) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España. <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/> (consulta: 18/04/2017)
- Portal de ENWP. (2017). Red europea de Promoción de la Salud en el trabajo. <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem>. (Consulta: 17/04/2017)
- Ramada-Rodilla, JM. (2014). "Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ) to Spanish spoken in Spain". Tesis doctoral dirigida por George L. Delclòs -Universidad de Texas - CiSAL-UPF y Consol Serra Pujadas - Parc de Salut Mar - CiSAL-UPF. 2014
- Redecillas, A. (2001). El Mutualismo Laboral como medio de Protección Social. Un estudio económico financiero. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.N 39 pp:183-186.
- Rodriguez Piñero, M. (2000). "Conducta temeraria del trabajador y accidente de

trabajo”, en AAVV. Cien Años de la Seguridad Social. Madrid. Fraternidad-Muprespa y UNED :347

RSC: Observatorio Responsabilidad Social Corporativa (2017)
<http://observatoriorsc.org/la-rsc-que-es/> . (Consulta: 27/07/2017)

Roseel Y. IJzerman, (2012) An R Package for Structural Equation Modeling. Journal of Statistical Software, 48 (2), 1-36. URL. <http://www.jstatsoft.org/v48/o02/>

Ruiz-Olabuenaga, J. (1972). Métodos de Investigación Social, 2 vol. Bilbao. Departamento de Sociología. Universidad de Deusto.

Saillor-Génisson, F. Domecq, S.Kret, M. Sibe, M. Dumond, JP. Michel, P. & TheOReH group. (2016). Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards. BMC Health Serv Res.16: 491. Published online 2016 Sep 17. doi: 10.1186/s12913-016-1736-4

Sancauto, C. Jiménez-Rodríguez, D. TÉBAR, FJ. & JJ. Hernández-Morante. (2017). Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. Med Clin (Barc). 148(12):548-554. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.035>

Servicio de Inspección (1909) Memoria del Servicio de Inspección 1907. Boletín Oficial del Instituto de Reformas Sociales 56. pp:792

Sockoll, I. Ina Sockoll, Ina Kramer, I. & W. Bödeker. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention: summary of the scientific evidence 2000 to 2006. Essen: Federal Association of Company Iga report 13e Health Insurance Funds (BKK Bundesverband) pp:21.

Tarí, JJ. (2011). La Gestión de la Calidad y la Responsabilidad Social en empresas de Servicios. Revista de Dirección y Administración de Empresas. Número 18, diciembre 2011 pp:77-93.

Tuner B. (1978). Man-Made Disasters, Butterworth Heinemann, London.

UE. (2018). Unión Europea. La Història de la Unión Europea. <http://www.historiasiglo20.org/HM/9-2a.htm>. (Consulta: el 09/04/2018)

UN. (1978). United Nations. Declaration of Alma Ata 1978. <http://www.un-documents.net/alma-ata.htm> (consulta: 18/07/2019).

- UN. (2009). United Nations Global Compact, <http://www.unglobalcompact.org/> (consulta: 9 November).
- UN. (2018). <http://www.un.org/es/about-un> (consulta: 23/04/2018)
- Urbiztondo, L. Broner, Costa, J. Rocamora, L. Bayas, JM. Campins, M...& The Working Group for the Study of the Immune Status inHealth Care. (2015). Seroprevalence study of B. pertussis infection in health care workers in Catalonia, Spain. *Hum Vacc Immunother* . 11(1):293-7.
- Urbiztondo, L. Broner, Costa, J. Rocamora, L. Bayas, JM. Campins, M...& The Working Group for the Study of the Immune Status inHealth Care. (2014). Seroprevalence study of B. pertussis infection in health care workers in Catalonia, Spain. 11(1): 1-9
- Van Eerd, D. Cole, D. Irvin, E. Mahood, Q. Keown, K. Theberge, N. Village, J. St Vincent, M. & K. Cullen. (2008). Process and implementation of participatory ergonomics interventions: a systematic review. *Systematic Reviews*. Toronto: Institute for Work & Health.
- Van der Molen, H. (2007). Interventions for preventing injuries in the construction industry. *Cochrane Database of Systematic 2007, Issue 4*. Art. Num.:CD006251. DOI: Reviews 10.1002/14651858.CD006251.pub2
- Watanabe, K. Kawakami, N. Adachi, H. Inoue, S. & MR. Meyer. (2017). Internal consistency, convergent validity, and structural validity of the Japanese version of the Physical Activity Self-Regulation scale (PASR-12) among Japanese workers: A validation study. *J Occup Health*. Jan 20; 59(1): 24–32. Published online 2016 Nov 22. doi: 10.1539/joh.16-0143-OA
- Westgaard R & J. Winkel. (1997). Ergonomics interventions research for improved musculoskeletal health: a critical review. *International Journal of Industrial Ergonomics* 1997;20(6):463-500. 132 Anexo 2 Glosario y Notas Finales
- Wiegmann, D. Zhang, H. Von Thaden, TL. Sharma, G. & AA. Mitchell. (2002). Safety Culture: A Review. Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2, Federal Aviation Administration. Aviation Research Lab. Institute of Aviation, University of Illinois at Urbana-Champaign, may 2002.
- WHO-Historia de la OMS (2018). <http://www.who.int/about/history/es/>

- WHO. (1986). Ottawa Charter for health promotion. First International conference on health promotion, Ottawa 21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1
- WHO. (1994). Declaration of occupational health for all. World Health Organization.
- WHO.(1996). Global strategy on occupational health for all. World Health Organization. http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index.htm (consulta: 18/07/2018)
- WHO. (1997). Jakarta Declaration on Health Promotion. World Health Organization <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html> (consulta: 18/07/2018)
- WHO. (1998). World Health Assembly resolution 51.12 Health Promotion <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/> (consulta: 18/07/2018).
- WHO. (2005). The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Participants, 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok Thailand. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- WHO. (2006). Stresa Declaration on Workers Health. Participants, 7th Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, Stresa, Italy, 8-9 June 2006. http://www.who.int/occupational_health/en/ (consulta: 18/07/2018)
- WHO. (2007). Workers' health: global plan of action. Sixtieth World Health Assembly 23 May 2007. Geneva, World Health Organization. 2007. http://www.who.int/occupational_health/en/ (consulta: 16/07/2018)
- WHO. (2008). Preventing non-communicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Geneva: World Health Forum Report of a joint event.
- WHO. (2009). Interventions on diet and activity: what works. Summary World Health Organization 2009. Report. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/> (consulta: 17/05/2018)
- WHO. (2017). Temas de Salud: Salud Mental. http://www.who.int/topics/mental_health/es (consulta: 16/05/2018)
- Yousefi, Y. Jaghangiri, M. Choobineh, A. Tabatabaei, H. Keshavarzi, S.Shams, A. & Y. Mohammadi. (2016). Validity Assessment of the Persian Version of the Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ-50): A Case Study in a Steel Company.

Saf Health Work. Dec; 7 (4):326-330.

Zhang, H. Wiegmann, D. Zhang, H. Von Thaden, TL. Gunjan, S.& A. Mitchell. (2002).
“Safety Culture: a concept in chaos”. Proceedings of the 49 Annual Meeting of
the Human Factors and Ergonomics Society. Santa Mónica, Human Factors and
Ergonomics Society,

10. ANNEXOS

10.1. ANNEX 1: CONSENTIMENT INFORMAT

El consentiment informat s'aplica amb el model:

FITXA INFORMATIVA DEL PROJECTE QUESTIONARI DE CULTURA PREVENTIVA I DE PROMOCIÓ DE LA SALUT.

El grup de treball en Prevenció i Promoció de la Salut de la Xarxa Internacional d' Hospitals Promotors de la Salut (HPH) està desenvolupant un projecte de Cultura preventiva.

OBJECTIU:

El propòsit del projecte és fer el disseny i validació d'un qüestionari per avaluar la cultura preventiva dels centres hospitalaris.

PARTICIPACIÓ:

Està prevista la participació de treballadors/ores de centres hospitalaris de Catalunya que participen en el projecte i que de forma voluntària i anònima vulguin respondre el qüestionari.

La seva participació en el projecte ens proporcionarà les dades necessàries per poder analitzar les dades i valorar els requisits que ha de complir un qüestionari per a la seva validació.

CONFIDENCIALITAT:

Totes les dades obtingudes en aquest projecte i seran analitzats exclusivament per l'equip investigador del projecte sempre de forma anònima i seran identificats sempre de forma numèrica, evitant qualsevol tipus d'informació privada. El tractament de les dades es farà sempre de forma col·lectiva i mai individualitzada. L'empresa no tindrà accés a la informació recopilada i aquesta no serà utilitzada per una altra finalitat que no sigui el projecte de Cultura preventiva i de promoció de la salut.

El grup investigador de la Xarxa HPH es compromet a tractar tota la informació amb estricta confidencialitat, complint el que preveu la Llei Orgànica 15/1999., de protecció de dades.

VOLUNTARIETAT:

La seva col·laboració en el Projecte de Cultura Preventiva i de Promoció de la Salut és totalment voluntària. En el cas que no vulgui participar en el projecte no es veurà perjudicat en cap aspecte laboral.

Si té algun dubte durant el desenvolupament del projecte es pot posar en contacte amb Pilar Subirats i/o Frederic Bretau, responsables del projecte. E-mail: mppsubirats@grupsagessa.com, fbretau@csg.cat.

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

Firma treballador/a:

Firma responsable Projecte Cultura Preventiva:

Nombre treballador/a:

Data:

Data:

10.2. ANNEX 2: RESPOSTA AVALUACIÓ CEIC



Avinguda de França s/n.
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta


Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica CEIC GIRONA, amb domicili a Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta a Av. de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica CEIC GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 23/02/2016 ha avaluat el projecte: **Disseny i validació d'un qüestionari per avaluar la cultura preventiva i de promoció de la salut**, amb la Dra. ROSA CARRERAS VALLS com a investigadora principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedeixo aquest certificat.


Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta
Comitè Ètic
d'Investigació Clínica
Institut Català de la Salut

Girona, a 15/03/2016

10.3. ANNEX 3: ARTÍCULO: ¿PODEMOS MEDIR LA CULTURA PREVENTIVA? DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CULTURA PREVENTIVA.

<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n250/0465-546X-mesetra-64-250-00033.pdf>

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Originales

¿Podemos medir la cultura preventiva?

Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva

Measuring Preventive Culture, it is measurable?

Designing and Validating a Preventive Culture Questionnaire

Pilar Subirats-Cid¹, Frederic Bretau-Viñas², Miquel Vilardell-Ynaraja³, Rosa Carreras-Valls⁴, Eugenia Sanchez-Flores⁵, Assumpció Guixeras-Campos⁶, Susana Torrecillas Mota⁷, Consol Serra Pujadas⁸, Lluís Colomé Figuera⁹

1. Unitat de Vigilància de la Salut. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona. España.
2. Servei de Prevenció. Consorci Sanitari del Garraf. Sant Pere de Ribes. Barcelona. España.
3. Servei de Prevenció i Medi Ambient, Consorci Hospitalari de Vic. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic. Barcelona. España.
4. Servei de Prevenció. Institut d'Assistència Sanitària. Salt. Girona. España.
5. Unidad de Salud Laboral, Consorci Sanitari Integral. Barcelona. España.
6. Unitat Bàsica de Prevenció ICS. Girona. España.
7. Servei de Prevenció de Riscos Laborals. Hospital Sant Rafael. Barcelona. España.
8. Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.
9. Director de docència e Innovació. Grup Sagessa. Profesor asociado Universidad Rovira i Virgili. España.

Recibido: 15-01-2018

Aceptado: 20-03-2018

Correspondencia

Pilar Subirats Cid
Unitat de Vigilància de la Salut.
Hospital Universitari Sant Joan de Reus
Avda. Dr Josep Laporte s/n.
43204 Reus (Tarragona). España.
Telf: 610887344
Correo electrónico: psuirats18@gmail.com

Resumen

El propósito de este proyecto es obtener un instrumento de medida para evaluar la cultura preventiva en las instituciones hospitalarias en Cataluña. Al realizar una amplia búsqueda bibliográfica se concluye que no disponemos de ningún instrumento validado que sea útil a este propósito por lo que se decide iniciar el diseño y la validación de un cuestionario en catalán, que permita medir los diferentes aspectos relacionados con la cultura preventiva que los centros aplican en su relación con los trabajadores. Se inicia la fase de diseño a cargo de un grupo de profesionales expertos en la materia hasta obtener un instrumento que cumpla las características de Fiabilidad y Validez que garanticen sus propiedades psicométricas, garantizando un exhaustivo proceso de validación.

Med Segur Trab (Internet). 2018;64(250):33-49

Palabras clave: cultura preventiva, promoción de la salud, cuestionario, validación cuestionario.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

¿Podemos medir la cultura preventiva? 33
Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Viñas, Miquel Vilardell-Ynaraja, Rosa Carreras-Valls, Eugenia Sanchez-Flores,
Assumpció Guixeras-Campos, Susana Torrecillas Mota, Consol Serra Pujadas, Lluís Colomé Figuera

seleccionado varios instrumentos: "Leading by Example"¹⁴, el "Cuestionario Nórdico de Clima de Seguridad" (NOSACQ-50)¹⁵; Safety climate Survey¹⁶, CPH-New Healthy workplace¹⁰, CDC-SCORECARD⁹, GERSHON¹⁷, BLAKE¹⁸, FAGHRI¹⁹, AYENSA²⁰, Cuestionarios del INSHT²¹, Cuestionarios de Promoción de la Salud de la Red Europea de Promoción de la salud en el Trabajo-ENWP²².

Se ha considerado que ninguno de ellos es aplicable al objetivo de medida que se pretende valorar porque no reflejan el conjunto de aspectos del concepto cultura preventiva tal y como se ha definido. En cualquier caso, han sido muy útiles ya que nos han proporcionado una base conceptual y metodológica que forma parte del nuevo instrumento de medida.

El proceso de obtención de la herramienta comprende dos etapas fundamentales, el diseño del cuestionario y su posterior validación para demostrar que cumple las características de Fiabilidad y Validez que han de garantizar sus propiedades psicométricas²³. La etapa de diseño ha tenido una duración de 18 meses y la etapa de validación se ha realizado en 6 meses finalizando en diciembre de 2017, se han dedicado 4 meses para la aplicación del cuestionario y dos para la realización de los estudios estadísticos correspondientes.

Para ello se ha formado un grupo de trabajo de 10 especialistas de todas las especialidades de PRL, y SL que ha realizado la elaboración del cuestionario.

El cuestionario está dirigido a todos los trabajadores de los Hospitales que participan en el estudio, con el objetivo de valorar su percepción respecto al grado de cultura preventiva de su institución^{25,6,13}. Refleja la integración conceptual en los valores y la misión de la institución, su implantación por los mandos superiores, su desarrollo y aplicación por parte de los mandos intermedios¹², la formación/información que reciben los trabajadores y el análisis de su implantación en los procedimientos de trabajo.

Fase de diseño del cuestionario

La elaboración del cuestionario se ha planteado según el método Delphy, se han utilizado los criterios de consenso aplicables a un instrumento nuevo marcados por The Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments: COSMIN checklist^{24,25}.

Los temas que es necesario abordar se han decidido por consenso, se basan en los grandes pilares en los que se sustenta la actuación de las instituciones en materia de cultura preventiva. Temas que van a definir en qué aspectos se pueden implementar acciones destinadas a la mejora continua de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores. Que van a traducir la incorporación de sus principios en las creencias y actitudes de los trabajadores, independientemente de la posición jerárquica que ocupen en la organización. Aunque entendemos que las posiciones jerárquicas más elevadas son las mejor posicionadas y responsables de la difusión e integración de la cultura preventiva de las instituciones, tanto en los procesos directamente asistenciales como en los de soporte a la actividad sanitaria del centro. Esta integración debe ser liderada por las direcciones de los Centros, siendo este punto esencial para avanzar en este camino.

A partir de estas consideraciones se han redactado los ítems del cuestionario. Los temas consensuados por el grupo de trabajo que se incluyen son: 1) Política de la Organización 2) Gestión de Riesgos Laborales 3) Gestión de los Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales 4) Abordaje psicosocial 5) Salud Laboral 6) Gestión de casos de especial sensibilidad 7) Medio Ambiente y 8) Promoción de la Salud. Su justificación se establece en la *Tabla 1* del Anexo I.

Cada uno de estos aspectos se ha evaluado desde las siguientes dimensiones: 1) Implicación de la Dirección 2) Implicación de los mandos intermedios 3) Formación 4) Procedimientos, 5) Comunicación e 6) Integración.

Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Viñas, Miquel Vilardell-Ynaraja, Rosa Cameras-Valls, Eugenia Sanchez-Flores,
Assumpció Gutierrez-Campos, Susana Torrecillas Mata, Consol Serra Pujadas, Iñaki Colomé Figuera

¿Podemos medir la cultura preventiva?

36

El contenido del cuestionario ha surgido de la matriz que forman los temas y las dimensiones con un total de 47 ítems. Cada ítem se ha definido de forma clara valorando que cumpla los criterios de suficiencia, coherencia y relevancia²⁴. El criterio de suficiencia define la utilidad para valorar el aspecto que se pretende y el criterio de coherencia define la relación entre los ítems que miden una misma dimensión entre las diferentes materias y el criterio de relevancia define la especial significación del ítem en la materia que valora. Estos criterios son aplicables a todos los hospitales, aunque las actuaciones en materia de cultura preventiva puedan tener una cierta variabilidad en los distintos centros. Los ítems son revisados y valorados por todos los componentes del grupo de trabajo, aportando las observaciones convenientes para cumplir estos criterios, hasta que se completa la redacción final de todos ellos, tal y como aparecerán en el cuestionario final.

En el siguiente paso se ha definido el propósito de la escala, la población a la que va dirigida, el formato, la prevención de los sesgos y la codificación de las respuestas. Se ha determinado que la escala conste de 5 valores posibles que son 4) muy de acuerdo 3) de acuerdo 2) poco de acuerdo 1) nada de acuerdo y 0) no sabe/no contesta (escala tipo Likert)²⁵; para valorar qué porcentaje de respuesta tiene cada uno. En el formato se ha incluido también un primer apartado en que se solicitan datos sociodemográficos de los trabajadores: sexo, edad, categoría profesional y antigüedad. Se han definido los criterios de inclusión que corresponden a trabajadores en activo con una jornada igual o superior a 20 horas semanales, de ambos sexos, con diferentes niveles educativos y que entiendan el idioma del cuestionario.

Se ha obtenido de cada trabajador el consentimiento informado según el modelo disponible en el Anexo II, se ha garantizado que el cuestionario es anónimo y voluntario, y que los datos siempre serán utilizados de forma colectiva, y no serán reportados a las empresas participantes de forma individualizada. El cuestionario se ha completado en presencia de algún componente del grupo de trabajo.

El proyecto se ha aprobado por parte del CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del centro del investigador principal y se ha llevado a cabo en los centros participantes relacionados en el Anexo III.

Fase de validación

Para que un cuestionario se considere válido²⁷ debe ser: a) fiable y capaz de medir sin error b) poder detectar y medir cambios c) ser sencillo d) ser adecuado para medir aquello pretende medir y e) reflejar el concepto que quiere medir. Estas características están relacionadas con las propiedades que se determinan la fase de validación que son la validez y la fiabilidad.

1. Validez: capacidad del cuestionario de medir el constructo

La validez es una característica que debe cumplir el cuestionario compuesto por dos aspectos: la validez lógica y la validez de constructo, que se definen:

Validez lógica o aparente²⁸. La validez aparente se aplica durante la fase de diseño del cuestionario por parte del grupo de trabajo y se refiere al grado en que cada ítem mide de manera lógica lo que pretende medir.

Validez de constructo²⁹. Grado en que se miden todas las dimensiones relacionadas con la materia que se estudia. Se ha realizado una evaluación empírica en base a: 1) juicios del grupo de trabajo de los autores²⁷ que valoran la claridad, la coherencia, la suficiencia y la relevancia de cada uno de los 47 ítems redactados a partir de la matriz, que se ha generado entre temas y dimensiones a evaluar, en la fase de diseño del cuestionario y 2) análisis cualitativo de los participantes de la prueba piloto aplicando el test a 25 colaboradores ajenos al grupo de trabajo, todos ellos trabajadores de los centros participantes. A los colaboradores se les ha realizado una entrevista estructurada por parte de los autores que participan en el proyecto, y se han recogido sus observaciones respecto a la claridad, coherencia, suficiencia y relevancia de los 47 ítems que componen

el cuestionario. Una vez se han revisado todas las aportaciones, se ha obtenido un cuestionario de 45 ítems que ha sido consensuados por todos los miembros del grupo y que cumplen con estos criterios, descartando dos ítems que no los han cumplido.

Validez de criterio: Establece la validez de la herramienta comparándola con una prueba de referencia o Gold-Standard. En este caso no disponemos de ella, por lo que se lleva a cabo por el juicio de expertos^{29,30}. El cuestionario compuesto por 45 ítems se ha sometido a valoración según el juicio de expertos. Este grupo se ha constituido por un grupo de 23 expertos ajenos al grupo de trabajo, a los que se les ha pedido que valoren cada uno de los ítems en una escala de 1 a 5, de forma directamente proporcional al grado de adecuación de los ítems a los requisitos marcados por los criterios descritos. El grupo de expertos ha incluido profesionales de las disciplinas de PRL, médicos especialistas en Medicina del Trabajo, DUIS especialistas en Medicina del Trabajo, y técnicos superiores de PRL. A las respuestas que hemos obtenido se les ha aplicado el Coeficiente de Kendall²⁹, con el objeto de medir el grado de concordancia entre sus valoraciones.

2. **Fiabilidad: Capacidad de un instrumento de medir sin errores**

La fiabilidad es una característica de los instrumentos compuesta por consistencia interna y fiabilidad temporal^{27,31}, que se definen:

Consistencia Interna: Mide el grado de interrelación y coherencia de los ítems que se incluyen en la misma dimensión. La inclusión de cada ítem del cuestionario a una determinada dimensión se ha realizado en base a la experiencia propia del grupo de trabajo. Se ha aplicado el Coeficiente Alfa de Cronbach que es la media ponderada de las correlaciones entre los ítems que forman parte de una escala. De forma complementaria se ha medido aplicando el coeficiente Lambda 6 de Guttman, que nos ratifica el resultado obtenido con el Coeficiente Alfa de Cronbach.

Fiabilidad temporal: Se ha realizado análisis de los resultados obtenidos en las dos fases de aplicación del test, para valorar la repetibilidad del instrumento. Se ha contestado el cuestionario por la misma población en dos momentos diferentes separados por un intervalo de tiempo, que en nuestro caso ha sido de 3 a 4 meses. En su análisis se ha aplicado el test de Chi cuadrado.

Se ha realizado un análisis factorial para valorar aquellos ítems que aportan menos información original aplicando el método de Barlett, Anderson y Lawlay³².

Finalmente se ha realizado un análisis factorial confirmatorio para comprobar que las preguntas del test de una misma categoría están relacionadas^{7,33}.

La selección de la muestra se ha realizado en base a una muestra de conveniencia, puesto que se trata de una muestra grande^{34,35}. Se ha estimado que debe ser de 452 aproximadamente ajustando el valor a posibles pérdidas (medida recomendada para estimar un parámetro, con un nivel de confianza del 95 % y una precisión o margen de error aceptable del 5 %). Se han obtenido cuestionarios debidamente cumplimentados de 319 participantes en la primera fase y 271 en la segunda. Han sido descartados aquellos cuestionarios con más de un apartado sin responder. La distribución de las características sociodemográficas de los trabajadores encuestados se recoge en la tabla 3 del Anexo IV.

Dado que se trata de una muestra de conveniencia se ha confirmado que no existen diferencias significativas entre la distribución de la muestra entre las fases I y II según sexo, edad, cargo y categoría profesional.

Los datos obtenidos se han recogido usando el programa Access, que se recogen en la tabla 3 de resultados generales y que se han analizado por un profesional estadístico externo al grupo de trabajo. Para su análisis se ha utilizado el programa de análisis estadístico R versión 3.3.3. con objeto de realizar el análisis factorial confirmatorio³⁶ y un análisis factorial del tipo árbol en el que cada una de las dimensiones ha sido dividida en dos subdimensiones⁷, de la librería lavaan³⁷.

Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Vitias, Miquel Vilardell-Ynaraja, Rosa Camerás-Valls, Eugenia Sánchez-Flores,
Assumpció Gutxeras-Campos, Susana Torrecillas Mola, Consol Serra Pujadas, Ulús Colomé Figuera

¿Podemos medir la cultura preventiva? | 38

no hay relación entre los cambios de una y otra variables. Además, cada una de las dimensiones ha sido dividida en dos subdimensiones relativamente diferenciadas entre sí, pero que conjuntamente constituyen una dimensión. De esta forma obtenemos un análisis factorial del tipo árbol, que confirma los resultados obtenidos mediante el análisis factorial confirmatoria.

Este análisis se ha realizado utilizando la librería Ivaan que ha confirmado un resultado positivo que valida el cuestionario.

DISCUSIÓN

Este estudio nos proporciona un instrumento para medir el grado de cultura preventiva de las instituciones hospitalarias y su interpretación no se restringe al ámbito cuantitativo de respuestas obtenidas en cada apartado, sino que nos va a permitir valorar aquellas dimensiones en las que debemos hacer hincapié. Aunque si debe valorarse únicamente en el contexto al que va dirigido.

Al no disponer de una herramienta similar, el proceso de validación ha comprendido todo el proceso desde la redacción de los ítems hasta las pruebas psicométricas a las que se ha sometido.

Se ha implicado y con ello obtenido la experiencia en el campo de un número importante de profesionales con experiencia en todos los aspectos de cultura preventiva, implicando a un grupo de expertos que ha realizado una valoración favorable de los ítems. Se ha dirigido a todos los profesionales de las instituciones implicadas, considerando a todas las categorías y cargo profesional. Si bien es cierto que la muestra fue de conveniencia, a se ve compensado por el elevado número de cuestionarios contestados y apoyado por bibliografía que se aporta al respecto. Se ha constatado que no han existido diferencias significativas entre los participantes en la fase I y II, para evitar sesgos de respuesta, al aplicar el cuestionario a individuos diferentes de la misma muestra en ambas fases. Los cálculos para estimar una muestra en las condiciones en que se realiza el estudio actual (452 cuestionarios), teniendo en cuenta posibles pérdidas, resulta ser inferior al número de cuestionarios realmente contestados: (319 en la fase I y 271 en la fase II, total de 590 cuestionarios completados correctamente). El porcentaje de respuesta ha sido del 92.4 % debido en gran parte, a la aplicación presencial del cuestionario.

La realización del Test en dos fases separadas en el tiempo permite confirmar que la estabilidad temporal está garantizada por el cuestionario validado.

Y en todos los cálculos para valorar la fiabilidad se han utilizado métodos complementarios que también corroboran los resultados obtenidos con las pruebas aplicadas indicadas en cada caso.

Por lo tanto, disponemos de una herramienta en forma de cuestionario que permite analizar las percepciones de los trabajadores sobre cultura preventiva en su institución, sobre como se integra en la política institucional, sobre como se asume y aplica por parte de la dirección y los mandos intermedios y sobre como se refleja en los procedimientos de actuación, sobre como se forma e informa a los trabajadores y sobre como se analizan y evalúa su aplicación.

CONCLUSIONES

Con la validación del cuestionario hemos obtenido una herramienta útil para medir la Cultura Preventiva en los Hospitales que nos va a permitir obtener una visión gráfica de la situación de cada hospital y poder realizar comparativas entre centros diferentes.

Se puede establecer en base a los resultados y analizando cada uno de los temas un programa de acciones de mejora que permitan el avance en materia de cultura preventiva de forma más exhaustiva atendiendo a los objetivos previstos por cada centro.

La obtención de datos y el análisis detallado de estos datos según el tema y según la dimensión será información clave que cada centro deberá analizar en profundidad y obtener el planteamiento adecuado de las acciones necesarias a abordar en materia de Cultura Preventiva. Aunque este proceso es objeto de próximos proyectos que sobrepasan el alcance del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Symposium on Culture of Prevention – Future Approaches. 25-27 sept. 2013. Helsinki
2. Gadd S, Collins AM, Safety Culture: A review of the literature, Health and Safety laboratory HSL/2002/25.
3. Cátedra Universidad, Empresa, Sindicatos: Trabajo, ambiente y Salud, E.T.S. i. Montes, Promoción y desarrollo de la cultura preventiva en la comunidad de Madrid. Univ. Politécnica de Madrid 2002.
4. Institute of Medicine and National Institute for Occupational Safety and Health (2014). Total Worker Health™: Promising the best practices in the Integration of Occupational Safety and Health Protection with Health Promotion in the workplace – a Workshop: <http://www.iom.edu/Activities/Environment/TotalWorkerHealth/2014-MAY-22.aspx>.
5. SBate P, The impact of organizational culture on approaches to organizational problem solving. En G. Salaman ED, Human Resource Strategies, London, Sage, 1992.
6. Cooper MD, Towards a model of safety culture. Safety Science, Vol 36, pages 111-136, 2000.
7. Saillor-Génisson F, Domecq S, Kret M, Sibe M, Dumond JP, Michel P. Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards. BMC Health Serv Res. 2016; 16: 491. Published online 2016 Sep 17. doi: 10.1186/s12913-016-1736-4
8. WEB: RSC: Observatorio Responsabilidad Social Corporativa.
a. <http://observatoriorsc.org/la-rsc-que-es/>. 27/07/2017
9. The CDC worksite health ScoreCard: An assessment tool for employers to prevent Heart disease, stroke, and related health conditions. DCD National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2014
10. Healthy workplace All employee Survey. CPH- New Healthy workplace. 2014
11. OMS. Entornos Laobrales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. ISBN 978 92 4 350024 9.
12. Patrick A, Spence Laschinger H, The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. Journal of Nursing Management, 2006, 14, 13-22
13. Boix P, García A, Llorens C, Torrada R, Percepciones y Experiencia. La prevención de los riesgos laborales desde la óptica de los trabajadores, Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS), Valencia, 2001
14. Della L, et al. Assessing Management Support Worksite Health Promotion Psychometric Analysis of the Leading By Example (LBE) Instrument. Am J Health Promot. 2008; 2(5): 359-367.
15. Yousef Yousefi Y, Jahangiri M, Choobineh A, Tabatabaei H, Keshavarzi S, Shams A, Mohammadi Y. Validity Assessment of the Persian Version of the Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ-50): A Case Study in a Steel Company. Saf Health Work. 2016 Dec;7 (4):326-330. Epub 2016 Apr 7
16. O'Connor P, Buttrey S, O'Dea A, Kennedy Q, Identifying and addressing the limitations of safety climate surveys. Journal of Safety Research 42 (2011) 259-265
17. Gershon RM, Stone P, Bakken S, Larson E, Measurement of Organizational culture and climate Health care. Journal of Nursing Administration (JONA). Enero 2014.
18. Blake H, Scott L. Influencing organizational change in the NHS: lessons learned from workplace wellness initiatives in practice. Qual Prim Care. 2008;16:449-455.
19. Faghri p, et al., Assessment of a worksite Health Promotion Readiness Checklist. JOEM Vol 52, num 9. September 2010.
20. Ayensa JA, Alfonso, A, Perez P, Anton C, Perez M, Tovaes JL, La Cultura Preventiva en Seguridad en la Empresa, ¿Cuestión de Suerte?. Arch Prev Riesgos Labor 2014; 17 (Espec Congr 1):46-59
21. Portal de Promoción de la Salud en el Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España.

¿Podemos medir la cultura preventiva? 41
Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Vitias, Miquel Vilardell-Ynaraja, Rosa Carreras-Valls, Eugenia Sanchez-Flores,
Assumpció Guxerías-Campos, Susana Torrecillas Mala, Consol Seira Pujadas, Iluis Colomé Figuera

22. Portal de ENWP. Red europea de Promoción de la Salud en el trabajo. <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem>.
23. Sancauto C, Jimenez-Rodriguez D, Tébar FJ, Hernandez-Morante J. Traducción y validación de un cuestionario para la detección de trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*.2017;148(12):548-554. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.035>
24. Mekkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, de Vet HCW, Terwee CB. The Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther*. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rb.2014.0143>
25. Watanabe K, Kawakami N, Adachi H, Inoue S, Renee M, Meyer U. Internal consistency, convergent validity, and structural validity of the Japanese version of the Physical Activity Self-Regulation scale (PASR-12) among Japanese workers: A validation study. *J Occup Health*. 2017 Jan 20; 59(1): 24–32. Published online 2016 Nov 22. doi: 10.1539/joh.16-0143-OA
26. Ruiz-Olabuenaga J. I. Métodos de Investigación Social, 2 vol. Bilbao, Universidad de Deusto, Departamento de Sociología, 1972
27. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delcós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex* 2013; 55:57-66.
28. Pedrosa, I., Suárez-Alvarez y García-Cueto, E., (2013). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su estimación (Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods). *Acción psicológica*, 10(2), x-xx. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>.
29. Escobar-Pérez, J., Cuervo-Martínez, A., Validez de contenido y Juicio de Expertos: una aproximación a su utilización, *Avances en Medición*, 6, 27-36 2008.
30. Hindi A, Parkhurst C, Rashidi Y, Ho SH, Patel N, Donyai P. Development and utilization of the Medicines Use Review patient satisfaction questionnaire. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11: 1797–1806. Published online 2017 Oct 20. doi: 10.2147/PPA.S146991
31. Holmboe O, Iversen H, Danielsen K, Bjertnaes O. The Norwegian patient experiences with GP questionnaire (PEQ-GP): reliability and construct validity following a national survey. *BMJ Open*. 2017; 7(9): e016644. Published online 2017 Oct 2. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016644
32. Oliveira-Pinto R, et al. Validation of an instrument to evaluate health promotion at schools. *Rev Saude Publica*. 2016; 50: 2. Published online 2016 Feb 19. doi: 10.1590/S01518-8787.2016050005855
33. Cui Y, Xi X, Zhang J, Feng J, Deng X, Li A, Zhou J. The safety attitudes questionnaire in Chinese: psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17: 590. Published online 2017 Aug 23. doi: 10.1186/s12913-017-2543-2
34. Urbizondo, L., Broner, S., Costa, J., Rocamora, L., Bayas, J.M., Campins, M., Esteve, M., Borrás, E., Domínguez, A. Seroprevalence study of B. pertussis infection in health care workers in Catalonia, Spain. *Hum Vacc Immunother* 2015;11(1):293-7.
35. Urbizondo L, Broner S, Costa J, Rocamora L, Bayas JM, Campins M, Esteve M, Borrás E, Domínguez A, For The Study Of The Immune Status In Health Care TW. Seroprevalence study of B. pertussis infection in health care workers in Catalonia, Spain. *Hum Vaccin Immunother*. 2014; 11(1): 1-9
36. Cai W, Yung-lung Tang, Song Wu, Hong Li. Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation. *Front Psychol*. 2017; 8: 858. Published online 2017 May 31. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00858
37. Roseel Y. Ijavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, (2012). 48 (2), 1-36. URL <http://www.jstatsoft.org/v48/o02/>

ANEXOS

ANEXO I. ASPECTOS A MEDIR Y DIMENSIONES

Tabla 1. Justificación de los aspectos a medir.

	Num. ítems	Concepto
POLITICA INSTITUCIÓN	6	Valora la percepción de los trabajadores de la inclusión de la cultura Preventiva en la misión de la Institución, si se promueven acciones destinadas a mejora de la salud de los trabajadores, si se evalúan y se comunican a los trabajadores.
RIESGOS LAB.	5	Se evalúa la percepción del trabajador sobre si la organización proporciona sistemas de protección del trabajador, y si las practicas de trabajo seguras se incluyen en los protocolos de trabajo, se forman los trabajadores y además se mide el impacto de estas acciones. Además se evalúa si el trabajador conoce la existencia de sistemas de notificación de riegos.
GESTION ACCIDENTES	5	Se evalúa la percepción del trabajador la acción de la institución acerca de los accidentes ocurridos, su investigación, la facilitación por parte de los mandos intermedios de los medios necesarios para evitar que se produzcan, la información y la formación que reciben los trabajadores de estas medidas, así como la medida de su impacto.
R. PSICOSOCIAL	5	Se analiza la percepción de la evaluación de los Riesgos Psicosociales, y la lucha contra la violencia ocupacional, tanto en la designación de medios humanos, implantación de medidas y la información de las medidas y de su impacto sobre la salud de los trabajadores.
SALUD LABORAL	6	Se evalúa la percepción de la actuación de la institución en materia de salud laboral, la accesibilidad de los servicios y el conocimiento de sus actividades y protocolos por parte de los trabajadores.
ESP. SENSIBILIDAD	4	Se evalúa la percepción de los trabajadores que se realiza del abordaje de aquellos casos con necesidades especiales y que requieren una adaptación de sus condiciones de trabajo por motivos de su salud, la implicación de los mandos intermedios.
MEDIO AMBIENTE	4	Se evalúa la percepción de la actuación de la institución para evitar al máximo los daños al medio ambiente, su difusión y conocimiento.
PROMOCION SALUD	7	Se evalúa la percepción del trabajador de la existencia de programas de prevención primaria, secundaria y de acciones de promoción de la salud, su difusión a todos los trabajadores, la medida del impacto de las acciones implantadas.

Tabla 2. Tabla de Convergencia entre temas a valorar i dimensiones a valorar.

	IMPLICACIÓN DIRIG.C.	IMPLIC. MANDOS	FORMACIÓN	PROCEDIMIENTOS	COMUNICACIÓN	INTEGRACIÓN
POLITICA INST.	1	4	2	3	5	6
RIESGOS LAB.	7		9	8	11	10
GESTION ACCIDENTES	12	13	14	15	16	
R. PSICOSOCIAL	17	22	19		18	20
SALUD LABORAL	24	25	23	27		26
ESP. SENSIBILIDAD	28	29		31		30
MEDIO AMBIENTE	35		33	36	34	
PROMOCION SALUD	37	38	39	41	45	40

¿Podemos medir la cultura preventiva?

Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
 Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Viñas, Miquel Vilardell-Ybarra, Rosa Careras-Valls, Eugenia Sanchez-Flores,
 Assumpció Gutxeras-Campos, Susana Torrecillas Mola, Consol Serra Rajadas, Ilúis Colomé Figuera

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ficha informativa del proyecto diseño y validación de un cuestionario de cultura preventiva

El grupo de trabajo en Prevención y Promoción de la Salud de la Xarxa Internacional de Hospitales Promotores de la Salud (HPH) esta desarrollando un proyecto de Cultura preventiva.

Objetivo

El propósito del proyecto es realizar el diseño y la validación de un cuestionario para evaluar el grado de cultura preventiva de los centros hospitalarios en Cataluña.

Participación

Esta prevista la participación de trabajadores de centros hospitalarios de Cataluña que participan en el proyecto y que de forma voluntaria y anónima quieran responder el cuestionario.

Su participación en el proyecto nos proporcionara los datos necesarios para poder analizar los datos y aplicar los requisitos que debe cumplir un cuestionario para su adecuada validación.

Confidencialidad

Todos los datos obtenidos en este proyecto serán analizados exclusivamente por el equipo investigador siempre de forma anónima y serán identificados de forma numérica, evitando cualquier tipo de información privada. La empresa no tendrá acceso a la información recopilada y esta no será utilizada para otra finalidad que no sea el proyecto de Cultura preventiva y de promoción de la salud.

El grupo investigador de la Xarxa HPH se compromete a tratar toda la información en estricta confidencialidad, cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos.

Voluntariedad:

Su colaboración en el Proyecto es totalmente voluntaria, en el caso de que no quiera participar en el proyecto no se verá perjudicado en ningún aspecto laboral.

Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto con Pilar Subirats i/o Frederic Bretau, responsables del proyecto. E-mail: mpsubirats@grupsagessa.com, fbretau@csg.cat.

Muchas gracias per su colaboración.

Firma trabajador/a:

Firma responsable Proyecto Cultura Preventiva:

Nombre trabajador/a:

Fecha:

Fecha:

ANEXO IV. ESTUDIO ESTADÍSTICO

Tabla 3. Distribución global participantes.

Edad	Sexo	Categoría
No consta	Mujer	Diplomado/da Universitario/a asistencial
>50 años	Hombre	Auxiliar asistencial
18 a 30 años		Titulado/da superior asistencial
31 a 40 años	Antigüedad	Administrativo/a
41 a 50 años	No consta	Licenciado/da, diplomado/da o técnico/a no asistencial
	< 1 año	
	1 - 10 años	Técnico/a asistencial
	11 - 20 años	(Otros)
	> 20 años	
Cargo		
No consta		
Mando Intermedio		
Directivo		
Trabajador/a		

Tabla 4. Análisis Consistencia Interna (p > 0.01).

Temas	Alfa de Cronbach	Lambda 6 Guttman	Dimensiones	Alfa de Cronbach	Lambda 6 G.
Política Institucional	0.83	0.82	Implicación dirección	0.72	0.70
Gestión Seguridad	0.85	0.83	Implic. mandos	0.72	0.69
Gestión accidentes	0.82	0.80	Formación	0.75	0.73
Riesgo Psicosocial	0.81	0.79	Procedimientos	0.73	0.71
Salud Laboral	0.66	0.63	Comunicación	0.69	0.66
Gestión especial sensibilidad	0.65	0.61	Integración	0.70	0.67
Medio Ambiente	0.71	0.69			
Promoción Salud	0.73	0.72			

Tabla 5. Análisis de Fiabilidad Temporal.

Parámetro	Chi-cuadrado	Significancia (P)
Sexo	0,0243	0,9879
Cargo	3,7256	0,2927
Antigüedad	2,2419	0,6914
Categoría profesional	9,0775	0,6147

¿Podemos medir la cultura preventiva?
 Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
 Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Vinós, Miquel Vilardell-Ynaraja, Rosa Caneras-Valls, Eugenia Sanchez-Hoces,
 Assumpció Gutxeras-Campos, Susana Torreillas Mala, Consol Serra Pujadas, Iluts Colomé Figuera

Tabla 6. Análisis Factorial Confirmatorio según el modelo de Variables Latentes.

P-value- (Chi square)				0,000					
Latent Variables					Latent Variables				
	Estimate	Std.err	z-value	p(> z)		Estimate	Std.err	z-value	p(> z)
POL.INST.					IMP.DIR1				
Var.01	1,000			0,000	Var.01	1,000			0,000
Var.02	0,801	0,071	11,229	0,000	Var.07	1,254	0,117	10,701	0,000
Var.03	1,058	0,081	13,118	0,000	Var.12	1,109	0,106	10,481	0,000
Var.04	1,255	0,093	13,494	0,000	Var.17	1,085	0,114	9,552	0,000
Var.05	1,290	0,095	13,592	0,000	IMP.DIR2				
Var.06	1,180	0,090	13,157	0,000	Var.24	1,000			0,000
SEG.TREB.					Var.28	1,324	0,169	7,838	0,000
Var.07	1,000			0,000	Var.35	1,442	0,170	8,460	0,000
Var.08	1,198	0,076	15,701	0,000	Var.37	1,706	0,185	9,214	0,000
Var.09	1,211	0,079	15,346	0,000	IMP.COM1				
Var.10	1,128	0,072	15,680	0,000	Var.04	1,000			0,000
Var.11	1,082	0,075	14,442	0,000	Var.13	0,869	0,068	12,715	0,000
INV.ACC.					Var.22	0,776	0,063	12,240	0,000
Var.12	1,000			0,000	IMP.COM2				
Var.13	1,111	0,072	15,529	0,000	Var.25	1,000			0,000
Var.14	1,228	0,074	16,557	0,000	Var.29	0,991	0,101	9,800	0,000
Var.15	1,148	0,076	15,030	0,000	Var.38	1,082	0,100	10,847	0,000
Var.16	0,904	0,073	12,443	0,000	FORMACIO1				
RISC.PSICO.					Var.02	1,000			0,000
Var.17	1,000			0,000	Var.09	1,720	0,168	10,238	0,000
Var.18	0,715	0,063	11,317	0,000	Var.14	1,664	0,158	10,556	0,000
Var.19	1,041	0,066	15,852	0,000	Var.19	1,395	0,143	9,732	0,000
Var.21	0,725	0,057	12,628	0,000	FORMACIO2				
Var.22	0,839	0,059	14,308	0,000	Var.23	1,000			0,000
SALLAB.					Var.33	0,916	0,080	11,458	0,000
Var.23	1,000			0,000	Var.39	1,275	0,096	13,227	0,000
Var.24	0,694	0,059	11,770	0,000	PROCED1				
Var.25	0,949	0,081	11,660	0,000	Var.03	1,000			0,000
Var.26	0,567	0,057	9,971	0,000	Var.08	1,359	0,105	12,887	0,000
Var.27	0,845	0,073	11,588	0,000	Var.15	1,263	0,102	12,434	0,000
ESP.SENS.					PROCED2				
Var.28	1,000			0,000	Var.27	1,000			0,000
Var.29	1,193	0,081	14,805	0,000	Var.31	1,383	0,174	7,936	0,000
Var.30	0,601	0,060	10,014	0,000	Var.36	1,378	0,164	8,410	0,000
Var.31	1,215	0,083	14,607	0,000	Var.41	1,670	0,188	8,862	0,000
MED.AMB.					COMUNIC1				
Var.33	1,000			0,000	Var.05	1,000			0,000
Var.34	0,866	0,050	17,240	0,000	Var.11	1,000	0,068	14,768	0,000
Var.35	0,813	0,059	13,766	0,000	Var.16	0,847	0,064	13,323	0,000
Var.36	0,988	0,056	17,755	0,000	COMUNIC2				
HAB.SAL.					Var.18	1,000			0,000
Var.37	1,000			0,000	Var.34	1,354	0,166	8,145	0,000
Var.38	1,068	0,066	16,130	0,000	Var.45	1,387	0,177	7,817	0,000
Var.39	1,313	0,076	17,294	0,000	INTEG1				
Var.40	1,013	0,061	16,279	0,000	Var.06	1,000			0,000
Var.41	1,045	0,068	15,402	0,000	Var.10	1,041	0,075	13,899	0,000
Var.45	0,079	0,067	11,865	0,000	Var.20	0,631	0,062	10,112	0,000
					INTEG2				
					Var.26	1,000			0,000
					Var.30	0,901	0,124	7,240	0,000
					Var.40	1,614	0,164	9,858	0,000

¿Podemos medir la cultura preventiva? 47
 Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
 Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Viñas, Miquel Vardell-Ynaraja, Rosa Caneras-Valls, Eugenia Sanchez-Flores,
 Assumpció Gutierrez-Campos, Susana Torrecillas Mala, Consol Serra Putadas, Il·luis Colomés Figuera

Tabla 7. Análisis Tabla de Covarianza.

Covariances					Covariances				
	Estimate	Std.err	z-value	p(> z)		Estimate	Std.err	z-value	p(> z)
POL.INST.					imp.dir1				
seg.treb.	0,401	0,044	9,211	0,000	imp.dir2	0,196	0,028	7,032	0,000
invacc.	0,366	0,04	9,145	0,000	imp.com1				
risc.p psico.	0,348	0,042	8,248	0,000	imp.com2	0,456	0,053	8,542	0,000
sal.lab	0,386	0,045	8,648	0,000	formacio1				
esp.sens.	0,301	0,039	7,728	0,000	formacio2	0,241	0,031	7,726	0,000
med.amb	0,313	0,039	8,008	0,000	proced1				
hab.sal.	0,296	0,036	8,146	0,000	proced2	0,205	0,030	6,816	0,000
SEG.TREB.					comunic1				
invacc.	0,435	0,044	9,988	0,000	comunic2	0,265	0,039	6,790	0,000
risc.p psico.	0,391	0,045	8,789	0,000	integ1				
sal.lab	0,396	0,045	8,792	0,000	integ2	0,254	0,034	7,541	0,000
esp.sens.	0,343	0,041	8,275	0,000	imp.dir1				
med.amb	0,368	0,042	8,804	0,000	imp.com1	0,448	0,050	8,972	0,000
hab.sal.	0,298	0,037	8,142	0,000	imp.com2	0,316	0,041	7,607	0,000
INV.ACC.					formacio1	0,274	0,035	7,881	0,000
risc.p psico.	0,388	0,043	9,063	0,000	formacio2	0,317	0,039	8,100	0,000
sal.lab	0,365	0,042	8,698	0,000	proced1	0,387	0,044	8,825	0,000
esp.sens.	0,36	0,041	8,795	0,000	proced2	0,186	0,029	6,448	0,000
med.amb	0,323	0,038	8,429	0,000	comunic1	0,404	0,047	8,579	0,000
hab.sal.	0,286	0,035	8,235	0,000	comunic2	0,177	0,028	6,230	0,000
RISC.PSICO.					integ1	0,447	0,049	9,022	0,000
sal.lab	0,416	0,049	8,531	0,000	integ2	0,164	0,025	6,553	0,000
esp.sens.	0,396	0,047	8,474	0,000	imp.dir2				
med.amb	0,357	0,044	8,069	0,000	imp.com1	0,246	0,033	7,397	0,000
hab.sal.	0,409	0,044	9,208	0,000	imp.com2	0,301	0,040	7,550	0,000
SAL.LAB.					formacio1	0,146	0,022	6,751	0,000
esp.sens.	0,436	0,049	8,872	0,000	formacio2	0,293	0,037	7,958	0,000
med.amb	0,364	0,045	8,093	0,000	proced1	0,204	0,028	7,340	0,000
hab.sal.	0,78	0,043	8,76	0,000	proced2	0,174	0,027	6,480	0,000
ESP.SENS.					comunic1	0,250	0,034	7,347	0,000
med.amb	0,289	0,041	7,141	0,000	comunic2	0,161	0,026	6,299	0,000
hab.sal.	0,277	0,037	7,439	0,000	integ1	0,252	0,033	7,534	0,000
MED.AMB.					integ2	0,159	0,023	6,793	0,000
Hhab.sal.	0,388	0,042	9,316	0,000	imp.com1				
					formacio1	0,394	0,450	8,836	0,000
					formacio2	0,421	0,047	8,931	0,000
					proced1	0,484	0,050	9,775	0,000
					proced2	0,305	0,042	7,318	0,000
					comunic1	0,626	0,061	10,303	0,000
					comunic2	0,280	0,040	7,011	0,000
					integ1	0,573	0,057	10,106	0,000
					integ2	0,265	0,035	7,596	0,000
					imp.com2				
					formacio1	0,263	0,035	7,506	0,000
					formacio2	0,455	0,052	8,709	0,000
					proced1	0,316	0,040	7,876	0,000
					proced2	0,299	0,043	7,016	0,000
					comunic1	0,411	0,051	8,093	0,000
					comunic2	0,256	0,038	6,669	0,000
					integ1	0,401	0,049	8,208	0,000
					integ2	0,269	0,036	7,407	0,000

Elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva
 Pilar Subirats-Cid, Frederic Bretau-Vitras, Miquel Vilardell-Ybaraja, Rosa Camerás-Valls, Eugenia Sánchez-Flores, Assumpció Guleras-Campos, Susana Torrecillas Mota, Consol Serra Pujadas, Iluis Colomés Figuera

Tabla 7. Análisis Tabla de Covarianza. (Continuación.)

Covariances				
	Estimate	Std.err	z-value	p(> z)
formacio1				
proced1	0,298	0,035	8,410	0,000
proced2	0,173	0,026	6,603	0,000
comunic1	0,381	0,044	8,733	0,000
comunic2	0,158	0,025	6,365	0,000
integ1	0,355	0,041	8,650	0,000
integ2	0,144	0,022	6,697	0,000
formacio2				
proced1	0,327	0,038	8,553	0,000
proced2	0,327	0,044	7,520	0,000
comunic1	0,458	0,050	9,165	0,000
comunic2	0,305	0,042	7,321	0,000
integ1	0,412	0,046	8,942	0,000
integ2	0,299	0,037	8,095	0,000
proced1				
comunic1	0,490	0,050	9,758	0,000
comunic2	0,195	0,030	6,574	0,000
integ1	0,481	0,049	9,823	0,000
integ2	0,182	0,026	7,004	0,000
proced2				
comunic1	0,341	0,045	7,494	0,000
comunic2	0,213	0,034	6,293	0,000
integ1	0,272	0,038	7,129	0,000
integ2	0,206	0,031	6,744	0,000
cominic1				
integ1	0,651	0,062	10,570	0,000
integ2	0,273	0,036	7,588	0,000
comunic2				
integ1	0,260	0,038	6,900	0,000
integ2	0,180	0,028	6,480	0,000



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

