

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2014-2015

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Análisis de la figura y las funciones del
Terapeuta Ocupacional en las Mutuas
Colaboradoras con la Seguridad Social y en
los Servicios de Prevención de Riesgos
Laborales en Galicia**

Autora: Elena Raluca Profir

Julio 2015

Directoras:

Doña **Thais Pousada García**, Terapeuta Ocupacional y Profesora Colaboradora en la Facultad de Ciencias de la Salud.

Doña **Ana Vázquez Lojo**, Terapeuta Ocupacional, Logopeda y Presidenta de la Liga Reumatológica Galega.

ÍNDICE

RESUMEN	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Conceptos e historia de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y de las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales.....	9
1.2. Accidentes de Trabajo (AT) y Enfermedades Profesionales (EP)	17
1.3. Aproximación a la intervención de Terapia Ocupacional en las MCSS y en las Sociedades de PRL en Galicia	20
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	23
3. METODOLOGÍA	24
3.1. Diseño del estudio	24
3.2. Ámbito de estudio	24
3.3. Periodo de estudio.....	29
3.4. Entrada al campo.....	29
3.4.1. <i>Selección de los informantes</i>	29
3.4.2. <i>Características de los informantes</i>	31
3.5. Fases del trabajo de campo.....	33
3.5.1. <i>Búsqueda Bibliográfica</i>	33
3.5.2. <i>Elaboración de procedimientos de recogida de información</i>	34
3.5.3. <i>Recogida de información</i>	34
3.6. Análisis de la información	35
3.7. Rigor y credibilidad de la investigación	35
3.8. Consideraciones éticas.....	36

3.9. Aplicabilidad.....	38
4. RESULTADOS.....	39
4.1. Desconocimiento sobre Terapia Ocupacional	40
4.2. Mínima percepción sobre las posibilidades de intervención de la Terapia Ocupacional.....	41
4.3. Cambio de visión	41
4.3.1. <i>Cambios legislativos</i>	42
4.3.2. <i>Cambios a nivel empresarial</i>	42
4.3.3. <i>Cambios promovidos desde la propia T.O</i>	44
4.4. Visión futura sobre la existencia de T.O. en MCSS y SPRL	45
4.4.1. <i>Visión abierta</i>	45
4.4.2. <i>Visión incierta</i>	46
4.4.3. <i>Visión neutral</i>	46
5. DISCUSIÓN	47
5.1. Legislación y normativa actual sobre el ámbito de estudio	47
5.2. La realidad de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social	48
5.3. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales	51
5.4. Aportaciones desde terapia ocupacional	53
5.5. Limitaciones del estudio.....	57
6. CONCLUSIONES	59
7. AGRADECIMIENTOS.....	61
8. BIBLIOGRAFÍA	62
9. APÉNDICES	67
9.1 Hoja de información para la autorización en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social	67

9.2	Hoja de información para la autorización en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social con preguntas en Google Drive.....	69
9.3	Hoja de información para la autorización de la Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las mutuas .	71
9.4	Hoja de información para la autorización de la Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las mutuas con preguntas en Google Drive	73
9.5	Hoja de información al participante en el estudio de investigación	75
9.6	Hoja de consentimiento informado para la participación en el estudio de investigación	78
9.7	Entrevista directivos de MCSS	80
9.8	Entrevista médico rehabilitador.....	80
9.9.	Entrevista al trabajador social.....	81
9.10.	Entrevista directivos de servicio de PRL.....	81
9.11.	Entrevista al técnico en ergonomía.....	82
9.12.	Entrevista médico de medicina de trabajo	82
9.13.	Apéndice de abreviaturas	83

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla I	Delegados de Prevención.....	14
Tabla II	Servicios que ofrecen las MCSS y SPRL	16
Tabla III	Numero de AT con baja en jornada de trabajo por sectores y gravedad.....	18
Tabla IV	Número de AT en jornada laboral por sectores.....	18
Gráfico I	Accidentes de trabajo en jornada de trabajo según forma del accidente.....	19
Tabla V	Listado de MCSS Y SRPL.....	26
Tabla VI	Listado de MCSS y SRPL con centros administrativos y asistenciales en la ciudad de A Coruña	28
Tabla VII	Criterios de inclusión y exclusión	30
Tabla VIII	Codificación de los participantes.....	31
Tabla IX	El perfil de los participantes	32
Tabla X	El desarrollo del periodo de trabajo.....	33
Tabla XI	Categorías y subcategorías	39

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo, tiene como objetivo, explorar las posibilidades de la incorporación de la figura del terapeuta ocupacional y las funciones que puede desarrollar, en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales, cercándolo a la ciudad de A Coruña.

Metodología: Se ha empleado una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico. La estrategia de muestreo teórico utilizada es la máxima variación, utilizándose como métodos de recogida de datos la entrevista personal semiestructurada y el cuaderno de campo.

Resultados: Tras el análisis de los datos se han podido establecer cuatro categorías: “*Desconocimiento sobre terapia ocupacional*”, “*Mínima percepción sobre las posibilidades de intervención de la terapia ocupacional*”, “*Cambio de visión*”, “*Visión futura sobre la existencia de la terapia ocupacional en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales*”

Conclusiones: La salud, constituye una de las principales prioridades del ser humano, y por ello desde todas las disciplinas se tendría que potenciar, la prevención, la promoción y el cuidado de la salud.

La realidad está clara: Terapia Ocupacional es una profesión regulada, pero es preciso iniciar un proceso de cambio activo desde la propia disciplina. Esto, junto con las modificaciones producidas a nivel legislativo y directivo en mutuas y servicios de prevención, podrían ser las claves para la valoración e integración de los dichos profesionales.

Palabras claves: Terapia ocupacional, Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Ergonomía, Prevención y promoción de la salud.

RESUMO

Obxectivo: O presente traballo ten como obxectivo, explorar as posibilidades da incorporación da figura do terapeuta ocupacional e as funcións que pode desenvolver, nas Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social e nas Sociedades de Prevención de Riscos Laborais, cercándoo á cidade da Coruña.

Metodoloxía: Empregouse unha metodoloxía cualitativa cun deseño fenomenolóxico. A estratexia de mostraxe teórica utilizada é a máxima variación, utilizándose como métodos de recollida de datos a entrevista persoal semi-estruturada e o caderno de campo.

Resultados: Tras a análise dos datos puidéronse establecer catro categorías: "Descoñecemento sobre terapia ocupacional", "Mínima percepción sobre as posibilidades de intervención da terapia ocupacional", "Cambio de visión", "Visión futura sobre a existencia da terapia ocupacional nas Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social e Servizo de Prevención de Riscos Laborais"

Conclusións: A saúde constitúe unha das principais prioridades do ser humano, e por iso dende todas as disciplinas se tería potenciar a prevención, a promoción e o coidado da saúde. A realidade está clara: A Terapia Ocupacional é unha profesión regulada, pero é preciso iniciar un proceso de cambio activo desde a propia disciplina. Isto xunto coas modificacións producidas a nivel lexislativo e directivo en mutuas e servizos de prevención, poderían ser as claves para a valoración e integración dos ditos profesionais nestas entidades.

Palabras claves: Terapia ocupacional, Mutuas Colaboradoras coa Seguridade Social, Servizo de Prevención de Riscos Laborais, Ergonomía, Prevención e promoción da saúde.

ABSTRACT

Purpose: This work has as main goal to explore the role of Occupational Therapy and its activities of intervention that this discipline can develop into Mutual Insurance Companies and into Occupational Risk Prevention Companies, fending it at the city of A Coruña.

Methodology: A qualitative perspective was employed, applying a phenomenological design. The strategy of theoretical sample that was used is the maximum variation. The semi-structured personal interview and the field notebook were employed to gather the data.

Results: After analyzing the data, four main categories were emerged: “Ignorance about Occupational Therapy”; “Minimum perception about the possibilities of Occupational Therapy’s intervention”, “Change of perspective”; Future view about the incorporation of Occupational Therapy into Mutual Insurance Companies and into Occupational Risk Prevention Companies.

Conclusions: The health is one of the main priorities of humans and, for that, the prevention, and the promotion and care of health has to be enhanced from all disciplines. The situation is clear: The Occupational Therapy is a profession with stablished normative, but a process of change from the own discipline hast to be initiated. This course, with the modifications related to legislative and director levels in mutual insurance and occupational risk prevention’s companies could be the key factor to consider the integration of these professionals into this entities.

Key Words: Occupational Therapy; Mutual Insurance Companies and into Occupational Risk Prevention Companies, Ergonomics, Prevention; Health Promotion.

1. INTRODUCCIÓN

La salud, desde su más amplio concepto de máximo estado de bienestar, y la ocupación, se encuentran muy vinculados. Es decir, una situación de salud permite a la persona la posibilidad de estar ocupado en sus quehaceres y desarrollar todas las actividades de interés, en las que está incluido el trabajo.

El deber y derecho de trabajar está recogido en la Constitución Española, que en su artículo 35.1 especifica que, *“todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo”*.¹

Más adelante en su artículo 43.1 se *“reconoce el derecho a la protección de la salud”*¹, así *“como la seguridad e higiene en el trabajo”* (art. 43.2)¹, constituyendo estos los derechos básicos de todos los ciudadanos trabajadores.

En el desarrollo de sus oficios, y a lo largo del tiempo, hombres y mujeres han sufrido diferentes daños como consecuencia. Esto ha producido un aumento de la incidencia de enfermedades producidas por el trabajo y de sus secuelas.

1.1 Conceptos e historia de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y de las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales

En el año 1900, se publica la *“Ley de Accidentes de Trabajo”*, que, establece, por primera vez, el deber del empresario de indemnizar al empleado por un accidente sufrido en su lugar de trabajo, con independencia de la existencia de culpa empresarial. De esta forma, en este periodo, surgen las primeras Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (en adelante

MATEPSS), creándose la primera en Vitoria. Entre los años 1900 y 1921 surgen un total de 18 MATEPSS.

A modo de resumen sobre la normativa reguladora en este ámbito, se hace referencia a los datos ofrecidos por AMAT (Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo): *“En 1933 se publica el Reglamento de Accidentes de Trabajo obligando por Ley a que hubiera un Seguro de Accidente. En 1961 se incorpora la Enfermedad Profesional dentro del seguro. En 1963 la Ley de Bases de la Seguridad Social incorpora el Seguro de Accidente en el Régimen Público de la Seguridad Social y en 1966 se configuran las mutuas como Entidades Colaboradoras del Sistema de la Seguridad Social”*.²

Más recientemente, el Real Decreto 93/05, ofrece una nueva definición de las MATEPSS, indicando que, *“se consideran Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social las asociaciones de empresarios que, debidamente autorizados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y con tal denominación, se constituyan con el objetivo de colaborar, bajo la dirección y tutela del dicho Ministerio, en la gestión de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales del personal a su servicio, sin ánimo de lucro, con sujeción a las normas del presente Reglamento y con la responsabilidad mancomunada de sus miembros”*.³ Las MATEPSS constituyen, por tanto, un recurso que permite ofrecer la asistencia sanitaria y las sesiones para la recuperación funcional de los trabajadores, de las prestaciones económicas durante el periodo de la baja temporal, permanente, y en el caso de muerte, a los familiares de las personas que han sufrido un accidente laboral.

Como ámbitos de actuación, desarrollan sus actividades en:

- Contingencias por accidente de trabajo y enfermedades profesionales para prevenciones, curaciones, rehabilitación y reinserción laboral;
- Contingencias comunes para prestaciones económicas;

- Otras prestaciones, servicio y actividades que les sean legalmente atribuidas.

En este sentido, la Ley General de la Seguridad Social en su artículo 68.2, regula las funciones de las MATEPSS, “*comprendiendo en las mismas, tanto la gestión de la cobertura de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales así como la prevención de estas contingencias*”.^{4, 5}

El artículo 32 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, establece que, “*las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social podrán desarrollar para las empresas a ellas asociadas, **las funciones correspondientes a los servicios de prevención***”⁶, hecho que se produce por la experiencia acumulada por las MATEPSS en actividades de prevención.

Con carácter provisional y una duración de 8 años, el Orden Ministerial (O.M.) de 22 de abril de 1997⁷, especifica que las MATEPSS podrían desarrollar dos tipos de actividades preventivas:

- Actividades preventivas comprendidas en la cobertura de las contingencias profesionales, conocidas como prevención a cargo con cuota, de acuerdo con lo establecido en el art.68.2 de la Ley General de la Seguridad Social^{4,5}. Estas actividades, que en ningún momento pueden sustituir las obligaciones del empresario derivadas de la normativa preventiva, se implementarán a través de Planes de Actividades Preventivas.
- Actividades correspondientes a las funciones de Servicios de Prevención Ajenos (SPA) respecto de sus empresarios asociados.

El gran abanico de actividades que eran realizadas por las MATEPSS, junto con el carácter provisional de O.M. 22 abril 1997, e incluyendo la dificultad, por parte del Tribunal de Cuentas de la Seguridad Social, para el control de las tareas de las mutuas, derivan en la aprobación del Real Decreto 688/2005⁸. En éste, junto con el Orden TAS/4053/2005⁹, se

conceden alternativas a las MATEPSS para la continuación o no de sus actividades como SPA:

- Continuar la actividad como SPA, a través de una Sociedad de Prevención, **persona jurídica distinta** de las MATEPSS y vinculadas a estas, que adoptará la forma de Sociedad Anónima o Sociedad de Responsabilidad Limitada ⁹;
- Continuar dicha actividad en la propia MATEPSS, **mediante una organización específica**, que sea independiente de la correspondiente a las funciones y actividades de la colaboración en la gestión de la SS y ello con el fin de preservar la separación de los medios de la SS utilizados por las MATEPSS en su doble actividad ⁹;
- **Cese en la prestación** del SPA ⁹.

Es preciso aclarar, que los SPA, son empresas especializadas en el área de prevención de riesgos laborales, que ofrecen a otras empresas sus servicios, para el desarrollo de las actividades preventivas que les exige la ley.

Así, y como consecuencia de la adaptación a este RD y a los cambios derivados, en el año 2005 se contabilizaron 20 MATEPSS y 20 SPRL en España.

Cabe destacar que la crisis económica, cada vez más acentuada, ha producido que las cuentas, tanto de las MATEPSS como de los SPRL, hayan disminuido, produciéndose un mayor endeudamiento hacia las arcas de la Seguridad Social. Para solucionar este problema, el gobierno ha tomado medidas, a través de la aprobación de la Ley 35/2014, por la que modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

De esta forma, las MATEPSS pasan a llamarse Mutua Colaboradora con la Seguridad Social (en adelante MCSS). *“Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social que [...] hubiesen aportado capital de su patrimonio*

histórico en las sociedades mercantiles de prevención constituidas por las mismas, deberán presentar las propuestas de venta con anterioridad al 31 de marzo de 2015 y enajenar la totalidad de las participaciones como fecha límite el 30 de junio de ese mismo año”¹⁰.

Por otra parte, esta Ley 35/2014 modifica el artículo 32 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) que especifica, que *“Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social no podrán desarrollar las funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos, ni participar con cargo a su patrimonio histórico en el capital social de una sociedad mercantil, en cuyo objeto figure la actividad de prevención”¹⁰.*

En este sentido, es importante destacar, las características y funciones de los servicios de PRL, establecidos por la Ley 31/1995 de 8 de noviembre:

- *“[...] «prevención» el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa, con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo”.⁶*
- *“[...] «riesgo laboral» la posibilidad, de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo”.⁶*
- *“Se considerarán como «daños derivados del trabajo» las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.⁶*

El Plan de Prevención de Riesgos Laborales, es la herramienta que se emplea, para integrar la actividad preventiva de la empresa en su sistema general de gestión.

Los Delegados de Prevención, que son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de

riesgos en el trabajo, serán designados, por y entre los representantes del personal, como se muestra en la tabla I:

De 1 a 30 trabajadores 1 Delegado de Prevención / de Personal

De 31 a 49 trabajadores 1 Delegado de Prevención / de Personal

De 50 a 100 trabajadores 2 Delegados de Prevención.

De 101 a 500 trabajadores: 3 Delegados de Prevención.

De 501 a 1.000 trabajadores: 4 Delegados de Prevención.

De 1.001 a 2.000 trabajadores: 5 Delegados de Prevención.

De 2.001 a 3.000 trabajadores: 6 Delegados de Prevención.

De 3.001 a 4.000 trabajadores: 7 Delegados de Prevención.

De 4.001 en adelante: 8 Delegados de Prevención.

Tabla I Delegados de Prevención (Fuente: Elaboración propia con datos de Ley 38/1995 de PRL⁶)

En relación al equipo profesional de las entidades de PRL, el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero¹¹, hace mención a los recursos humanos y materiales con la que éstas deben contar, cuando actúa como servicios de prevención ajenos:

- *“Médico especializado en medicina de trabajo/ Diplomado en medicina de empresa - se encarga de la detección temprana de daños a la salud derivados del trabajo a través de revisiones periódicas que permiten mantener un mejor control”* ¹²;
- *“ATS/DUE de empresa”*¹²;
- *“Técnico superior en seguridad en el trabajo - se ocupa en descubrir los riesgos laborales a los que pueden estar expuestos los trabajadores y realiza las actuaciones necesarias para conseguir el mejor entorno laboral”*¹¹;

- *“Técnico superior en higiene industrial - trabaja para prevenir la aparición de enfermedades profesionales, estudiando y modificando el medio ambiente físico, químico y biológico del trabajo”¹¹;*
- ***“Técnico superior en ergonomía - busca cómo adaptar el puesto de trabajo y las condiciones del mismo a la persona, analizando los sistemas ambientales, las capacidades de las personas, así como la carga mental, los movimientos repetitivos, el diseño de la tarea, etc.” ¹¹;***
- *“Técnico superior en psicología aplicada - la psicopsicología centra su atención en el estudio y tratamiento de los factores de naturaleza psicosocial y organizativa existentes en el trabajo y que pueden repercutir en la salud del trabajador” ¹¹;*
- *“Instalaciones e instrumental necesario para realizar pruebas, reconocimientos, mediciones, análisis e evaluaciones habituales en la práctica de las dichas especialidades” ^{11,12}.*

A modo de síntesis, y para ofrecer una perspectiva general sobre las funciones de las MCSS y las Sociedades de PRL, en la tabla II, se detallan los servicios que ofrecen:

MCSS	Sociedades de PRL
<p>Gestión de la protección respecto a las contingencias de accidente de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestación sanitaria ❖ Prestación económica ❖ Análisis e investigación de AT y EP ❖ Promoción de acciones preventivas con campañas de sensibilización <p>Gestión de la prestación económica de incapacidad temporal (IT) derivada de contingencias comunes.</p> <p>Prestaciones y actuaciones sanitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Asistencia sanitaria ❖ Intervenciones quirúrgicas ❖ Control de la baja laboral ❖ <u>Tratamiento rehabilitador</u> ❖ <u>Suministro y renovación de aparatos de prótesis u ortopedia</u> <p>Gestión de las prestaciones por riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.</p> <p>Gestión del sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestaciones económicas <p>Gestión de asesoría en materia de PRL con cargo a cuota:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Actividades de asesoramiento ❖ <u>Actividades de adaptación del puesto de trabajo</u> ❖ <u>Asesoramiento para la recolocación de trabajadores que han sufrido un accidente o con patologías de origen profesional</u> ❖ <u>Actividades de investigación</u> 	<p>Servicio de prevención ajeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El diseño, implantación y aplicación de un plan de PRL; ❖ Evaluación de riesgos y verificación de la eficacia de la acción preventiva; ❖ Mediciones, toma de muestras y análisis de resultados; ❖ Elaboración e implantación de planes de prevención, de planes de emergencias, programas de formación; ❖ Impartición de la formación a trabajadores/as; ❖ Vigilancia de la salud (conjunto de actuaciones sanitarias aplicadas a los trabajadores con la finalidad de evaluar su estado de salud en relación a los riesgos laborales a los que están expuestos)

Tabla II Servicios que ofrecen las MCSS y SPRL (Fuente: Elaboración propia con datos de Ley 31/1995 de 8 de noviembre de PRL⁶ y Ley 35/2014 de 26 de Diciembre¹⁰).

1.2. Accidentes de Trabajo (AT) y Enfermedades Profesionales (EP)

En la vida de una persona, la actividad productiva o laboral, ocupa un lugar muy importante por diferentes aspectos:

- Es la forma de satisfacer las necesidades económicas que cada persona tiene para poder vivir dignamente;
- Es la manera de socializarse, porque a través del trabajo, conoce personas, puede realizar trabajo grupales, individuales o por departamentos, entra en contacto con gente de diferentes clases sociales, diferente nivel educativo y económico;
- Ofrece la posibilidad de que la persona realice sus actividades significativas por la que se ha preparado un periodo de tiempo.

El trabajo llega a dar un sentido de seguir adelante a cualquier ser humano y es motor de motivación y del autoconcepto positivo. En conclusión el trabajo es la clave para que una persona se sienta útil en la sociedad en la que vive.

Por el otro lado, la ausencia de trabajo, o el desempeño de éste en un ambiente donde la persona no se encuentre cómoda, el entorno no esté adaptado a sus necesidades, o en el que no pueda tomar sus decisiones y sea un ambiente de tensión y poca comunicación entre los compañeros, sus efectos sobre el trabajador pueden ser negativos. Ello derivaría en una disminución de su satisfacción personal, una situación de baja laboral y, como consecuencia, generar una mala calidad de vida.

Es obvio, que la existencia o la falta del trabajo, repercute positivamente o negativamente en la persona, en su satisfacción profesional y personal.

Según la Escuela de Medicina de Trabajo del Instituto Carlos III, “*El trabajo rutinario, agotador, con una supervisión inadecuada*”¹³ y con tareas repetitivas puede “*dar lugar a un aumento de bajas laborales por diferentes problemas de salud*”¹³, físicas y mentales. Además de las propias condiciones de trabajo o situación laboral (empleo/desempleo) se pueden añadir, como factores de protección o factores de riesgo, la situación

familiar (casado/soltero), la existencia de hijos (que supone un aumento de responsabilidades) y la clase social.

Un accidente de Trabajo (AT) se puede definir como “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*”¹⁶. En las Tablas III y IV, se detallan los datos de AT que se han producido entre 2013-2014, al nivel estatal y autónomo, según sectores de actividad. El Gráfico I completa la información sobre la causa de los accidentes laborales producidos.

Septiembre 2013 agosto 2014 (España)	Nº de AT leves	Nº de AT graves	Nº de AT mortales	Nº de AT total	Población afiliada
Agrario	29.358	427	70	29.855	635.775
Industria	82.054	701	101	82.856	1.818.323
Construcción	39.357	494	58	39.909	679.089
Servicios	247.462	1.583	203	249.248	10.421.250
TOTAL	398.231	3.205	432	401.868	13.554.436

Tabla III Número de AT con baja en jornada de trabajo por sectores y gravedad (Fuente: elaboración propia con datos del INSHT y MESS) ¹⁴

Sectores	Enero- sept 2014 Galicia	Enero- sept 2014 A Coruña	Enero- sept 2014 Lugo	Enero- sept 2014 Ourense	Enero-sept 2014 Pontevedra
Agricultura	860	320	300	98	142
Pesca	915	442	70	0	403
Industria	4.557	1.876	346	554	1.781
Construcción	2.068	1.018	289	309	452
Servicios	8.248	4.024	909	855	2.460
TOTAL	16.648	7.680	1.914	1.816	5.238

Tabla IV Número de AT en jornada laboral por sectores (Fuente: elaboración propia con datos de Xunta de Galicia e ISSGA) ¹⁵

Por otra parte, la Enfermedad Profesional (EP), es aquella “*contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena*”¹⁶, figurando en el cuadro de EP aprobado por RD1299/2006¹⁶, de 10 de noviembre, y “*que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias*”¹⁶. Las enfermedades contraídas por la realización del trabajo no incluidas como EP tendrán la consideración de AT.

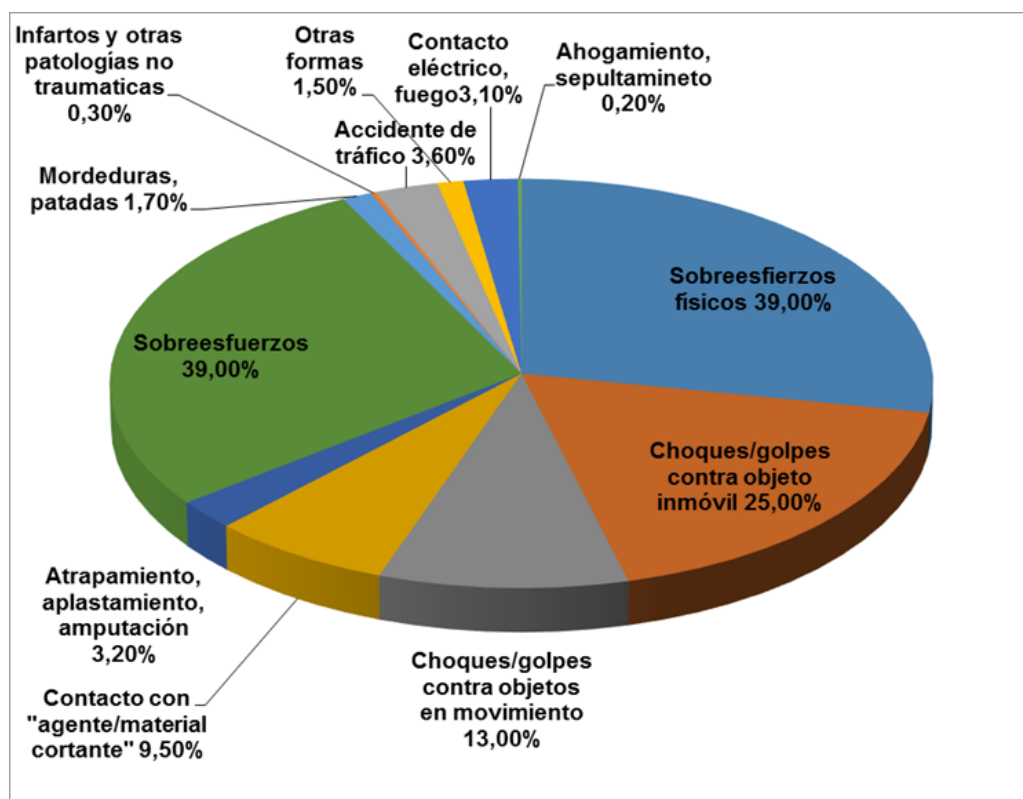


Gráfico I Accidentes de trabajo en jornada de trabajo según forma del accidente (Fuente: elaboración propia con datos de Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales año 2013 MESS) ¹⁷

Todas las EP, pueden producir en mayor o menor grado, unas nuevas necesidades en las personas. Éstas, podrían estar relacionadas con la aparición de limitaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, instrumentales, y en una restricción en la participación en actividades de ocio, de trabajo, actividades significativas, dentro del contexto cultural y/o social.

1.3. Aproximación a la intervención de Terapia Ocupacional en las MCSS y en las Sociedades de PRL en Galicia

Los Servicios de PRL han promovido que la Ergonomía sea una disciplina en auge, teniendo como objetivo principal el estudio de la actividad del ser humano en el entorno que lo rodea.

Ésta, según las corrientes europeas, se considera como un medio para el estudio de las tareas que desarrolla la persona en el puesto de trabajo, para conseguir una mejora adaptación entorno-persona.

La ergonomía, se centra en el análisis de las características de los trabajadores, del medio y de las máquinas, para realizar una correcta adaptación hombre/mujer – máquina. Para ello, se basa “*en las características antropométricas (altura, tamaño de los distintos segmentos del cuerpo, peso, edad, las características de los órganos del olfato, de la vista, del tacto, del oído, etc.), en las características vinculadas al esfuerzo muscular (contracción muscular, consumo de oxígeno, ritmo cardiaco, etc.), vinculadas a la influencia del medio ambiente físico (calor, frío, polvo, agentes tóxicos, ruido, vibraciones, etc.), a los ritmos circadianos (alteración vigilia-sueño, la influencia de sus perturbaciones sobre el sueño y sobre la salud)*^{18,19}”.

Es decir, esta disciplina, no se preocupa tanto por las características de la silla o de la pantalla – (una mirada mecanicista persona-máquina del enfoque anglosajón) - sino que enfoca su atención en la organización de trabajo, es decir quien realiza qué, y sobre como la persona lo hace, y si podría mejorarlo, – desde una visión holística. Así, se contempla no sólo la mejoría de los dispositivos técnicos, sino también los procedimientos de trabajo y las actividades y competencias de los trabajadores.

Esta visión global, pretende tanto, abarcar el análisis de las características del ser humano, como englobar la armonía que existe entre la máquina, el entorno y el trabajador.

La persona es un ser activo por naturaleza, que ocupa su tiempo en aquellas actividades que respondan a sus necesidades y deseos, e interactúa con el entorno. La ocupación es el medio a través de cual, el ser humano da sentido y significado a la vida, y mediante una ocupación significativa, la persona obtiene unos beneficios que le proporciona bienestar físico, mental y social.

Para poder establecer la posible relación entre la ergonomía y terapia ocupacional, se ha tenido en cuenta la definición que plantea la Asociación Internacional de Ergonomía que la define como, el “conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambiente se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona”.¹⁸

“La ergonomía no es una ciencia pura, sino una ciencia aplicada que se nutre de los métodos y técnicas específicas de aquellas disciplinas que la sustentan” (Cazamian, Hubault y Noulin 1987)¹⁹, y desde los aportes de los equipos multidisciplinares.

Así, la ergonomía estudia el trabajo, la ocupación en toda su complejidad, siendo una disciplina que aplica principios teóricos, datos y métodos, con el fin de conseguir el bienestar personal del trabajador/a, y con ello, un aumento de la productividad en sus quehaceres.

Por otra parte, la Terapia Ocupacional cumple un papel determinante en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por ser una disciplina que actúa “como agente de salud sobre la biología humana, los estilos de vida y el medio ambiente.”²⁰ Esta profesión utiliza la actividad con propósito, ofreciendo las herramientas necesarias para el desarrollo personal, pero, es el usuario, el que toma la decisión final para mejorar sus actividades en la que desea participar.

Teniendo en mente las características, se puede decir, que existen enfoques de la ergonomía aplicables al campo de acción de Terapia Ocupacional, en diferentes sectores.

Por ejemplo, en el sector de la salud, la ergonomía realiza acciones de promoción del bienestar y la prevención de la diversidad funcional en los grupos de los trabajadores/as. Desde Terapia Ocupacional, las acciones, estarían enfocadas también a la promoción de la salud, a las modificaciones de factores ambientales, (adaptaciones de entornos, diseño de férulas, los productos de apoyo, adecuación de dispositivos visuales, auditivos y táctiles), así como a la evaluación y potenciación de habilidades funcionales que se requieren en el desempeño ocupacional (habilidades sensoriales, motoras, cognitivas y psicosociales).¹⁸

En el sector laboral, tanto la ergonomía, como la terapia ocupacional, analizan la ocupación del ser humano, actividad que le permite un desarrollo integral, a partir de sus características físicas, intelectuales, sociales, espirituales, que en un momento dado pueden afectar el buen desarrollo del hombre. *“La intervención de terapia ocupacional en este sector, se basa en la evaluación de condiciones, riesgos y factores de riesgos del puesto de trabajo o ambiente laboral, que interrumpen, disminuyen o vulneran el curso del desempeño ocupacional, y las satisfacciones que ésta genera en términos de productividad, independencia, autoestima y participación social”.*²¹

Así, se puede indicar, que la ergonomía y sus principios, son aplicables y complementarios al desarrollo de la T.O., ya que posibilitan la evaluación y adaptación de los ambientes de trabajo, de la vida, del estudio, del ocio. Esta aplicación es, por tanto relevante, para que la persona en su ambiente obtenga las máximas satisfacciones personales y de productividad.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Tras el análisis de la legislación pertinente, que hace mención a los recursos humanos y materiales con la que debe contar una entidad de PRL que actúa como servicio de prevención ajeno, véase Real Decreto 39 / 1997 de 17 de enero¹¹, tras realizarse una búsqueda bibliográfica en las bases de datos y la recogida de información en diferentes centros asistenciales, se establece que actualmente, no existe evidencia de la presencia de la figura del terapeuta ocupacional en Galicia, en dispositivos de SPRL y MCSS.

A pesar de la clara justificación de la integración de la profesión con sus conocimientos y sus prácticas, los encargados de la gestión y dirección de estas entidades, no han tenido en cuenta la inclusión de esta figura profesional en sus equipos.

Así, el presente trabajo, tiene como objetivo, explorar las posibilidades de la incorporación de la figura del terapeuta ocupacional y las funciones que puede desarrollar, en las MCSS y las Sociedades de PRL.

Entre los objetivos específicos, se establecen los siguientes:

- Explorar el grado de conocimientos sobre terapia ocupacional como profesión socio-sanitaria por parte del servicio directivo, servicio de rehabilitación, servicio de prevención de riesgos laborales en MCSS y servicio de PRL;
- Explorar las necesidades y carencias relacionadas con la falta de inclusión de la disciplina de TO por partes de las MCSS y servicio de PRL;
- Ofrecer alternativas de intervención de terapia ocupacional que permitan cubrir las necesidades detectadas en estas entidades.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

El presente trabajo tiene una perspectiva descriptiva y observacional, ya que pretende obtener datos reales y actuales, sobre la perspectiva de la incorporación de la figura del terapeuta ocupacional en las MCSS y Servicio de PRL en mutuas, ubicadas en la ciudad de A Coruña.

Para ello se emplea una **metodología cualitativa**, porque *“la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural, siguiendo un diseño holístico que busca la comprensión completa del fenómeno de estudio”*²².

El **diseño fenomenológico** pretende, a través de los **métodos exploratorio y descriptivo**, *“explicar los fenómenos desde el punto de vista de los participantes en el estudio”*²³.

“El estudio se enmarca en un paradigma fenomenológico”, que según Martens (2005) se *“enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes”*; y en términos de Bogdan y Biklen (2003), *“pretende conocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia”*²⁴.

3.2. Ámbito de estudio

Para poder establecer el ámbito de estudio y los posibles componentes de la población de estudio y por tanto la muestra, se ha recurrido a las páginas webs del más alto foro organizador de MCSS y de los Servicios de PRL. Así, en el caso de las mutuas, se constata que existe una entidad denominada Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo (AMAT), que es su sitio web, ofrece una lista de las MCSS existentes en el momento de realizar la búsqueda y muestreo (Octubre de 2014), véase la tabla VI. Por otra parte se accedió a la página web de la Asociación de Sociedades de Prevención de las Mutuas de Accidentes de Trabajo (ASPREM), que en su

web, ofrece el listado de las Sociedades de Prevención existentes en el momento de realizar la búsqueda y muestreo (Noviembre de 2014), (véase la tabla V).

MCSS en AMAT (octubre 2014)

SPRL en ASPREM (noviembre 2014)

- ❖ Activa Mutua 2008
 - ❖ Cesma Mutua de Andalucía y de Ceuta
 - ❖ Asepeyo
 - ❖ Egarsat
 - ❖ Fraternidad Muprespa
 - ❖ Fremap
 - ❖ Ibermutuamur
 - ❖ Mac
 - ❖ Maz
 - ❖ MC Mutua
 - ❖ Mutua Balear
 - ❖ Mutua Gallega
 - ❖ Mutua Intercomarcal
 - ❖ Mutua Navarra
 - ❖ Mutua Montañesa
 - ❖ Mutua Universal
 - ❖ Mutualia
 - ❖ Solimat
 - ❖ Umivale
 - ❖ Unión de Mutuas
- ❖ MC SPA, Sociedad de prevención, S.L.U.
 - ❖ Mugatra, Sociedad de prevención, S.L.U.
 - ❖ Prevemont, Sociedad de prevención, S.L.U.
 - ❖ Prevenna, Prevención Navarra, S.L.U.
 - ❖ Previmac, Seguridad y salud, S.L. U
 - ❖ Serviprein, Sociedad de prevención, S.L.U.
 - ❖ Sociedad de prevención de Asepeyo, S.L.U.
 - ❖ Sociedad de prevención de Egarsat, S.L. U
 - ❖ Sociedad de prevención Fraternidad Muprespa, S.L.U.
 - ❖ Sociedad de prevención de Fremap, S.L.U
 - ❖ Sociedad de prevención de Ibermutuamur, S.L.U.
 - ❖ Sociedad de prevención de Maz, Seguridad laboral, S.L.U.
 - ❖ Sociedad de prevención de Mutua Balear Previs, S.L.U.
 - ❖ Sociedad de Prevención de Mutualia, S.L.U
 - ❖ Sociedad de prevención de Nueva Activa, S.L.U.
 - ❖ Sociedad de prevención de Umivale, S.L.U
 - ❖ Unimat Prevención, Sociedad de prevención, S.L.U.
 - ❖ Universal Prevención y Salud, Sociedad de prevención, S.L.U.

Tabla V Listado de MCSS Y SRPL (Fuente: elaboración propia con datos de AMAT y ASPREM)

El estudio se ha aplicado a las MCSS así como a las Sociedades de PRL, que tengan sus centros administrativos y asistenciales en la ciudad de A Coruña, y cuyos profesionales se han prestado a una entrevista personal. A continuación, se detalla, en la tabla VI, el listado de MCSS y SRPL con las que se ha contactado:

MCSS

- ❖ Asepeyo – c/José Cornide nº 2
- ❖ Fraternidad Muprespa –c/ Av. del Ejercito nº 12
- ❖ Fremap – c/ Caballeros nº 27-29
- ❖ Ibermutuamur - c/ María Puga Cerdido nº 2
- ❖ MC Mutual –c/ Wenceslao Fernandez Flórez nº 2-4
- ❖ Mutua Gallega –c/ Monte Alfeiran S/N
- ❖ Mutua Universal –c/Salvador de Madariaga nº 68
- ❖ Umivale – c/ Duran Loriga nº 3-5

SPRL

- ❖ MC SPA, Sociedad de prevención, S.L. Unipersonal – c/ Copérnico nº 3B
- ❖ Mugatra, Sociedad de prevención, S.L. Unipersonal – c/Gambrinus nº 7
- ❖ Sociedad de prevención de Asepeyo, S.L. Unipersonal –
- ❖ Sociedad de prevención Fraternidad Muprespa, S.L. Unipersonal – c/Rafael Alberti no 8
- ❖ Sociedad de prevención de Fremap, S.L. Unipersonal – c/Av. Finisterre nº 265
- ❖ Sociedad de prevención de Ibermutuamur, S.L. Unipersonal – c/ Av. Lamadosa nº 10-12
- ❖ Sociedad de prevención de Maz, Seguridad laboral, S.L. Unipersonal – c/Av. Alfonso Molina nº 9
- ❖ Sociedad de prevención de Umivale, S.L. Unipersonal – c/Santiago Rey Fernando Latorre nº 126
- ❖ Universal Prevención y Salud, Sociedad de prevención, S.L. Unipersonal – c/Salvador de Madariaga nº 66-68.

Tabla VI Listado de MCSS y SRPL con centros administrativos y asistenciales en la ciudad de A Coruña (Fuente: elaboración propia).

3.3. Periodo de estudio

Todo el proceso de investigación se ha desarrollado desde el mes de octubre de 2014 hasta junio de 2015.

3.4. Entrada al campo

La primera toma de contacto con las empresas se inicia en el mes de diciembre, por vía on-line, a través de una dirección de contacto que presenta cada empresa en su web oficial (véase el listado de la tabla V y Anexo 9.1 y 9.3). Tras un periodo prudente, de aproximadamente 2 meses, en cual se han recibido respuestas tanto afirmativas como negativas, se ha realizado un envío de fax a todas las sociedades (véase Anexo 9.1, 9.3, 9.5, 9.6). Por último, y en base a la ausencia de respuestas, se realiza una visita personal a cada sociedad, para realizar una presentación del proyecto.

3.4.1. Selección de los informantes

Puesto que se parte de un constructo teórico, que implica una entrada en el campo de estudio con unos perfiles (contextos – informantes) establecidos, se utilizará un **muestreo teórico**. La estrategia de muestreo utilizada es la **máxima variación**, ya que se necesita recoger información de diferentes profesionales (directivos, profesionales sanitarios, profesionales del área social, profesionales en prevención de riesgos laborales).

Una vez recogida la información, se pasa a comprobar, cuáles de las empresas anteriormente citadas en la tabla VI, presentan un centro administrativo y asistencias en la ciudad de A Coruña. Realizada la comprobación vía internet, a mes de noviembre de 2014, las empresas con la que se puede contar para una futura colaboración en el trabajo quedan en 8 MCSS y 9 SPRL (véase Tabla VI).

Elaborada la lista definitiva de las empresas con la que se pretende realizar la investigación, se concretan los perfiles de los profesionales que serán entrevistados. Así, se decide que, en el caso de la mutua, se entrevistaría al director, a la trabajadora social y a al médico responsable del servicio de rehabilitación, mientras que en el caso de los SPRL, las entrevistas irían dirigidas al director, al médico de medicina de trabajo y al técnico en ergonomía. Por último, y para la adecuada selección de los participantes se han establecido una serie de criterios de inclusión y exclusión (véase Tabla VII).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Directivos de las MCSS con oficina en la ciudad de A Coruña. • Médicos rehabilitadores que desarrollan la actividad laboral en MCSS en A Coruña. • Trabajador social con actividad laboral en MCSS. • Directivos de los Servicios de PRL, con oficinas en la ciudad de A Coruña • Médicos de Medicina de Trabajo que desarrollan la actividad laboral en Servicios de PRL, con oficinas en A Coruña. • Técnico superior en ergonomía con actividad laboral en Servicios de PRL, con oficinas en A Coruña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal que desarrolla la actividad laboral en empresas de PRL que no han pertenecido a las mutuas. • Todos los participantes anteriormente citados que no aceptan y firman el consentimiento informado. • No cumplir con los criterios de inclusión.

Tabla VII Criterios de inclusión y exclusión (Fuente: elaboración propia)

3.4.2. Características de los informantes

Tras la aplicación de los mencionados criterios de inclusión y la invitación a participar en el presente trabajo, la muestra final ha estado formada por 9 profesionales que pertenecen a diversas disciplinas: trabajo social, medicina de trabajo, técnico en ergonomía, medicina general y directivos de MCSS y SPRL.

Para salvaguardar el anonimato de las personas entrevistadas se ha realizado una codificación, que se puede observar en la Tabla VIII. Por otra parte, en la Tabla IX, se ofrece una síntesis sobre el perfil de los participantes.

Participantes	Perfil	Codificación
Profesionales y directivos de MCSS	- Médico rehabilitador/de medicina general	A1
	- Trabajador social	A2
	- Directivo	B1
Profesionales y directivos de SPRL	- Técnico en Ergonomía	A3
	- Médico de medicina de trabajo	A4
	- Directivo	B2

Tabla VIII Codificación de los participantes (Fuente: elaboración propia)

Perfil	Sexo	Estudios y Especialidad	Años experiencia profesional	Años de antigüedad en la entidad
Medico de medicina general	Mujer	Médico de familia	18	14
Trabajador social	Mujer	Diplomada en trabajo social	26	25
Directivo	Hombre	Licenciado en derecho	37	37
Técnico en ergonomía	Mujer	Ingeniero técnico industrial Especialidad: Electricidad intensificación automática electrotécnica Técnico superior en ergonomía y psicología aplicada	17	16
Técnico en ergonomía	Mujer	Licenciada en Ciencias del Deporte Máster Prevención de Riesgos Laborales en las 3 especialidades	11	9
Medico de medicina de trabajo	Mujer	Licenciada en Cirugía y Medicina Especialidad: Medicina del trabajo	28	25
Medico de medicina de trabajo	Mujer	Médico de familia Especialidad : Medicina del trabajo; Medicina familiar y comunitaria Master Prevención de Riesgos Laborales	24	14
Directivo	Hombre	F.P.: electromecánico	26	24
Directivo	Hombre	Ingeniero Agrónomo Especialidad: mecanización y construcciones rurales.	22	17

Tabla IX El perfil de los participantes (Fuente: elaboración propia)

3.5. Fases del trabajo de campo

El trabajo de campo se ha desarrollado desde el mes de octubre de 2014 hasta el mes de abril de 2015 (véase Tabla X).

	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015
1º Correo de toma de contacto					
Fax					
Visita					
2º Concreción de citas					
3º Aplicación de entrevistas on-line					
Realización de entrevistas presenciales		1	2	5	1

Tabla X El desarrollo del periodo de trabajo (Fuente: elaboración propia según el cuaderno de campo).

3.5.1. Búsqueda Bibliográfica

Para poder obtener información y una perspectiva sobre la situación actual de las mutuas y de los servicios de prevención, así como el posible papel desempeñado por la terapia ocupacional en dichos dispositivos, se ha realizado una búsqueda bibliográfica.

Las bases de datos utilizadas han sido Dialnet, Medline, PubMed, SciELO, Westlaw (Aranzadi), páginas web y publicaciones sobre terapia ocupacional y afines (rehabilitación, medicina del trabajo, fisioterapia), consideradas de relevancia para el tema investigado, como también el buscador académico de Google y el catálogo de la Biblioteca de la Universidad de A Coruña. Se han utilizado una serie de límites con respecto

al idioma (inglés, castellano, portugués, rumano) y artículos no más de 10 años de antigüedad. Como operadores booleanos se han utilizado AND y OR.

3.5.2. Elaboración de procedimientos de recogida de información

Una vez obtenido el perfil de los participantes, se pasa a elaborar un guion de entrevista, que contiene las preguntas que se realizarán a cada profesional, sin perder de vista el objetivo del trabajo de investigación: explorar las posibilidades de la incorporación de la figura del terapeuta ocupacional en las MCSS y las Sociedades de PRL.

Así, se han incluido cuestiones sobre los estudios cursados por cada profesional entrevistado, sus años de experiencia en el puesto donde ejerce su profesión, su nivel de conocimiento sobre la terapia ocupacional, sobre la existencia, en el momento de realizar la entrevista de un T.O. en la plantilla de la empresa. Además se ha incluido una pregunta sobre la posibilidad, en el caso de tener conocimientos sobre terapia ocupacional, de realizar colaboraciones o incrementar la plantilla con la figura de un terapeuta ocupacional.

3.5.3. Recogida de información

La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de las entrevistas semiestructuradas, que incluyen preguntas abiertas y cerradas, consideradas la forma flexible y adecuada para una mejor captación de la información. (Anexos 9.7, 9.8, 9.9, 9.10, 9.11, 9.12). Las entrevistas han sido grabadas y también se ha utilizado un cuaderno de campo para las anotaciones pertinentes. Para la adecuada participación de los entrevistados, previamente, se les ha ofrecido la hoja de información sobre las características del presente trabajo de investigación, y posteriormente, se ha obtenido por su parte el consentimiento informado (Anexo 9.6).

Antes de llevar a cabo las entrevistas, se realiza un contacto telefónico con la persona que se iba a entrevistar, para concertar la cita. En algunos casos, la persona encargada de contactar con los demás profesionales ha sido el director del centro.

Tras estas actuaciones, se decide colocar las preguntas en un enlace de Google Drive, para un fácil acceso por parte de los profesionales. Se toma esta medida, por haber recibido quejas por parte de los directores, que disponen de poco tiempo para realizar entrevistas personales. Se envían por correo electrónico los enlaces para poder cubrir las preguntas (véase Anexo 9.2, 9.4).

3.6. Análisis de la información

En base a la metodología cualitativa empleada en el presente trabajo, se ha seguido un “*proceso sistemático, riguroso y creativo que consiste en clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos*”²⁵, desde el inicio de la recogida de datos.

En una primera fase, se han recogido los datos de cada entrevista y se han transcritos en base al discurso ofrecido por cada participante. Se ha contado con un total de 9 entrevistados de diferentes perfiles (véase tabla IX). A continuación se procede a su análisis e interpretación realizándose una categorización de las mismas, en base a un enfoque inductivo, permitiendo que los temas emerjan de los datos obtenidos. Las categorías emergidas se detallan en el apartado RESULTADOS.

3.7. Rigor y credibilidad de la investigación

Para garantizar la calidad científica de una investigación cualitativa, así como el rigor metodológico, es necesario cumplir los criterios propuestos por Lincoln y Guba ²⁶:

La credibilidad hace “*referencia a que todos los datos de la investigación sean aceptables, es decir, creíbles. La investigación se fundamenta en la*

exposición detallada que se ha desarrollado del estudio y de la muestra, y en la triangulación de los datos, puesto que para la recogida de información se han realizado entrevistas con profesionales del área de la salud y del área de prevención, contrastando así, los datos con informantes claves para obtener ambas perspectivas del fenómeno”²⁶.

La transferencia se “*refiere al grado en que pueden aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos. Se ha logrado mediante la descripción exhaustiva del fenómeno y que ésta permita a través de un análisis exhaustivo de los datos, ser interpretados en otros contextos o situaciones*”²⁶.

La dependencia o consistencia se “*ha garantizado mediante la triangulación de los informantes, descripción detallada de la muestra y teniendo a disposición los datos textuales y el análisis*”²⁶.

La confirmabilidad se “*ha conseguido gracias a la triangulación de los informantes, favoreciendo la neutralidad de la investigadora y reduciendo la posibilidad de creación de sesgos en el estudio*”²⁶.

3.8. Consideraciones éticas

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos, se hizo conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y por la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado, teniendo en cuenta las modificaciones propuesta el 7 de mayo del 2005.

La investigadora tiene el deber de guardar la confidencialidad de los participantes.

Todos los datos que se obtuvieron del estudio, formaron parte de la defensa del Trabajo de Fin de Grado, salvaguardando en todo momento la confidencialidad de los participantes. La codificación de sus datos no permite identificarlos directamente. La relación entre los códigos y la identidad ha sido custodiada por la investigadora.

Para mantener los principios éticos de los profesionales de la salud y hacer constar los derechos de los participantes, se ha administrado hoja de información (Anexo 9.5) y consentimiento informado (Anexo 9.6), donde se han descrito todos aquellos aspectos que se han considerado relevantes para la posible participación en el estudio. Esta información, se entregó a los participantes, en los días previos a su participación, con lo que se permitió tiempo para garantizar la comprensión del estudio y resolver las dudas que pudiesen surgir.

Se considera necesario argumentar los motivos por la que no se han solicitado permiso al Comité de Ética de la Universidad de A Coruña (CE-UDC) y al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia – CEIC de Galicia.

El Comité de Ética de la Universidad de A Coruña tiene como función *“no solo emitir informes respecto a Proyectos de Investigación, sino también en relación con trabajos de investigación cuya autoría provenga de investigadores vinculados a la UDC”* (Artículo 2 del Reglamento CE-UDC). Dado que los Trabajos de Fin de Grado constituyen una asignatura más dentro de los planes de estudios de Grado, deben tener el mismo tratamiento que se otorga a cualquier otra asignatura, por lo tanto no se considera necesario solicitar el permiso del Comité de Ética de la Universidad de A Coruña.

El presente trabajo de investigación, recoge opiniones de los profesionales del ámbito sanitario y de prevención, sin acceder a informes de usuarios (MCSS) y/o clientes (SPRL), sin manejar datos personales, y por ello, no se considera oportuno solicitar el permiso al Comité de Ética de Investigación Clínica de Galicia – CEIC de Galicia.

3.9. Aplicabilidad

La aplicabilidad de este trabajo de investigación consta en demostrar la posible inclusión de la figura del terapeuta ocupacional como parte del equipo de profesionales de MCSS y de un Servicio de PRL, en las entidades de A Coruña.

Por ello, una vez recogida la información y analizados los resultados, se elaborará, en bases a las conclusiones obtenidas y a la evidencia en la búsqueda bibliográfica, una propuesta que contemple la inserción y la colaboración del terapeuta ocupacional en dichos dispositivos.

4. RESULTADOS

Se han realizado 9 entrevistas a diferentes profesionales de MCSS y SPRL, cuyos perfiles se pueden observar con detalle en la tabla IX.

Una vez realizado el análisis de la información ofrecida por los dichos participantes, se ha podido constatar la emergencia de varias categorías. Además, en algunos casos, también se han identificado subcategorías, que forman en su conjunto, la idea principal de la categoría. En la tabla XI se muestran dichas categorías y subcategorías.

Categorías	Subcategorías
Desconocimiento sobre T.O.	
Mínima percepción sobre las posibilidades de intervención de la T.O.	
Cambios de actitudes	Cambios legislativos Cambios a nivel empresarial Cambios promovidos desde la propia T.O.
Visión futura sobre la existencia de T.O. en MCSS y SPRL	Visión abierta Visión incierta Visión neutral

Tabla XI Categorías y subcategorías (Fuente: elaboración propia)

A continuación, se pasa a la exposición de las principales ideas que han surgido tras la realización del estudio, argumentadas con los verbatims que permiten justificar cada categoría.

4.1. Desconocimiento sobre Terapia Ocupacional

Cuando se habla de conocimientos, se hace referencia a las nociones generales que posee una persona sobre un determinado tema, en este caso sobre terapia ocupacional. Uno de los objetivos de este trabajo, pretende explorar el grado de conocimientos acerca de esta disciplina por parte de directivos y equipos profesionales de mutuas y servicios de prevención. Como se ha podido constatar, durante la entrevista, los participantes, tanto de las MCSS y SPRL, tienen un gran desconocimiento sobre la práctica de la terapia ocupacional.

“Terapia ocupacional [...] pues no lo sé [...] porque como no la conozco...” (B2.1)

“Pues mucho no conozco de terapia ocupacional. Aparte de lo bien que suena, no. Tampoco es una disciplina muy implantada y no sé si muy antigua. Yo creo que no está muy implantada.” (A4.1)

“[...] algo he oído, pero no sé exactamente que hacéis” (A3.1)

Las nociones de los participantes con respecto a la disciplina, se basan en la simple denominación de la misma, ignorando sus posibilidades de intervención en sectores y recursos diversos, entre ellos, el de la rehabilitación.

“Muy poco de cuando estaba en [...], pero muy de resfiron, porque era un departamento estanco” (B2.2)

“Muy poquito. Conozco un poco de lo que hacía [...], en un geriátrico, pero muy muy por encima. Mi labor era médica, [...] pero no sé exactamente lo que hacéis.” (A4.2)

“Pues no lo sé en profundidad, supongo será un profesional que aplicara [...] haber [...] será rehabilitar, curar una persona a través de [...] parte de lo que sería su trabajo.” (B1)

4.2. Mínima percepción sobre las posibilidades de intervención de la Terapia Ocupacional

La práctica de la terapia ocupacional abarca diferentes ámbitos de actuación. Sin embargo, en el presente trabajo, cuando se habla de mínima percepción, se hace referencia exclusivamente a la información de los entrevistados sobre ámbito de práctica en rehabilitación física, en todo el ciclo vital y en el uso de las adaptaciones (del puesto de trabajo, de la vivienda, del puesto escolar, etc.) como factor ambiental facilitador.

En este sentido, se evidencia una confusión total con respecto a la función realizada por otros profesionales. Es decir, se ignoran las posibilidades de actuación de los terapeutas, sus aportaciones específicas para la promoción de la autonomía personal de los usuarios en diferentes áreas del desempeño y la base de su práctica centrada en el cliente.

“Pues creo que es un miembro más del equipo rehabilitador, y que hace buen equipo con el fisioterapeuta.” (A3.2)

“Entiendo que es como enseñar a un paciente que ha quedado con unas determinadas limitaciones a realizar una nueva vida.” (A1)

“Pues yo lo definiría como que es el ámbito de que un paciente vuela a reintegrarse a sus actividades de la vida diaria, el terapeuta ocupacional es que lo ayuda a [...] pues desde cortar un filete de carne hasta desenvolverse en su vida social, de ocio, etc. Pues creo que esta es mi definición de lo que es un terapeuta ocupacional.” (A2)

4.3. Cambio de visión

Para conseguir una real incorporación de la figura del terapeuta ocupacional en MCSS y SPRL, son necesarios importantes cambios, tanto a nivel legislativo, como de actitudes a nivel empresarial, como a nivel autóctono. Son necesarios cambios de visión también desde la sociedad, poniendo acento por la promoción de la salud, como una asignatura obligatoria, y para la prevención.

Desde la propia disciplina, se debe potenciar el propio cambio, siendo partícipes e impulsores de la elaboración de propuestas de proyectos que puedan ser llevados a cabo en las dichas entidades.

4.3.1. Cambios legislativos

Como se ha expuesto al inicio del presente trabajo, actualmente no existe una clara normativa que regule y permita el acceso del terapeuta ocupacional dentro de los equipos de mutuas y de prevención. Esta realidad puede verse reflejada en algunos comentarios de los entrevistados;

“Haber [...] los cambios que supone la nueva ley que aparecerá hasta al final del año, y que al final nos tendrán que vender, pues no. Tal y como está escrita actualmente la prevención igual es difícil, porque la finalidad del terapeuta ocupacional en mutua igual mejor, si es lo que yo pienso que hacéis. Porque no sé cuál es la finalidad de la terapia ocupacional.” (A4.1)

4.3.2. Cambios a nivel empresarial

A pesar de esta inexactitud y vacío legislativo, sitúe al terapeuta ocupacional como candidato a ejercer sus funciones e intervenciones en mutuas y servicios de prevención, la incorporación efectiva de este profesional va a depender, en última instancia del propio empresario. Así, algunos directores, a pesar de conocer el papel que puede desarrollar un terapeuta en su empresa, pueden realizar una demanda para la incorporación de esta figura, pero con la designación de un abanico más amplio de funciones, que dista de las propias de la disciplina.

“Pues eso... depende de lo que impone la central, si consideran que es necesario un terapeuta, pues seguro que habrá,... pero si no, pues no lo tendremos.” (A1)

“[...] en nuestra empresa los equipos de peritaje están formados solo por médicos, junto con una enfermera.” (A4.2)

“Sí, claro, dentro de lo que es el accidente laboral al hablar de secuelas [...] y en los que son las lesiones permanentes y luego tenemos la parcial, la total, la absoluta y la gran invalidez, entonces yo creo que dentro de una absoluta y una gran invalidez, hay muchas cosas que un terapeuta puede hacer.... Lo que pasa es que bueno, muchas veces de suple con otras cosas.” (A2)

“En la [...] cuando éramos el servicio de prevención, hacíamos mucha prevención, pero la parte sanitaria siempre estuvo desligada, no como ahora.” (B2.2)

Algunas grandes empresas de mutuas y sociedades de prevención, a pesar de haber incorporado al terapeuta ocupacional en las grandes sedes de la institución, en determinadas comunidades autónomas, la presencia de este profesional en las delegaciones de Galicia es inexistente. Esto se evidencia en algunos testimonios de los participantes.

“En nuestras empresas hay terapeuta ocupacional pero no en A Coruña, los hay en las centrales: Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla.” (A1)

“Nuestra empresa funciona a nivel nacional y en Madrid esta de una manera la sede, y toda el organigrama de trabajo no dependería de nosotros. Si esto se pusiese en marcha tendría que ser de forma organizada, y no de forma aislada. En Madrid no sé si tienen un terapeuta ocupacional. Si ellos nos manda a que tengamos un terapeuta, pues nosotros lo hacemos, si no, pues no. Ellos saben mejor que tienen que hacer.” (B1)

“Pues eso... depende de lo que impone la central, si consideran que es necesario un terapeuta, pues seguro que habrá,... pero si no, pues no lo tendremos.” (A1)

“Haber nosotros los tenemos en nuestros hospitales. En la UPS que son las unidades de prestación de servicios no. ... El lesionado medular es el más grave que nosotros tenemos, y en este caso hay terapeuta en la unidad de lesionados medulares... que estas allí los 6 meses ingresados y cuando salen, ya salen para enfrentarse a su vida, porque ya hemos tenido contacto con los terapeutas de allá. Ya has hecho las obras en su casa, ya tienen la cama, la silla, lo que necesitan y ya están para enfrentarse a la vida. Los demás pacientes no tienen secuelas tan graves como para necesitar un terapeuta. Si son amputados pues también ya tienen en el hospital el terapeuta que se encarga de los informes y todo lo que necesita.” (A2)

En este punto, sería interesante realizar un estudio histórico y comparativo que permitiera determinar las razones de esta situación y, así, poder elaborar propuestas firmes que permitan trasladar la experiencia de otras regiones a la de Galicia.

4.3.3. Cambios promovidos desde la propia T.O

Algunos verbatims de los entrevistados indican la necesidad de que sean los propios profesionales de terapia ocupacional los que hagan valer su potencial y demuestren las posibilidades de actuación de la disciplina, y de su incorporación a los equipos de mutuas y servicios de prevención.

Así, se evidencia que los propios profesionales interesados en ejercer el en ámbito de la promoción y prevención de la salud, son los que deberían diseñar y presentar un proyecto efectivo y de calidad, para poder implementarlo en los dispositivos de mutuas y de servicios de prevención de riesgos.

“Hoy por hoy no, porque no sé dónde podría encajar en mi plantilla, y más adelante si me presentan algo que podría aumentar nuestros servicios, yo estaré encantado, porque nos beneficiamos los dos. Y nosotros podremos ampliar nuestro abanico de ofertas.” (B2.1)

“Yo creo que no está muy implantada. Tenéis que hacer ver la figura y hacer ver lo necesaria que es.” (A4.1)

4.4. Visión futura sobre la existencia de T.O. en MCSS y SPRL

Sobre la incorporación y existencia en un futuro de la figura del terapeuta ocupacional en MSCC Y SPRL, se han podido recoger diferentes visiones de los directivos. Así, su opinión se considera relevante, en modo especial, ya que son los principales tomadores de decisiones sobre quien forma parte de la plantilla de la empresa.

45

4.4.1. Visión abierta

Algunos directivos, aunque no cuenta con un T.O. en su equipo, sí manifiestan y tienen clara la idea de incorporar a dicho profesional como parte de los que ejercen una asistencia directa a los receptores de mutuas y servicios de prevención.

“Claro que encajaría, por ponerte un ejemplo: haces un estudio ergonómico de un puesto, donde tú detectas unas necesidades, y se lo expones a la empresa, a la empresa ya le cobras por hacer este estudio, pero le cobras porque la inspección le pide el estudio. Normalmente el empresario común, una vez que presenta eso a la inspección, y no recibe multa, eso lo guarda o lo tira a la papelera. No se le pasa ni por la cabeza poner en práctica lo que le pones allí. Si alguno se decidiera por poner en práctica, haría falta un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta, que había que cobrarle más que eso. Es un problema de dinero.” (B2.2)

“Creo que en un futuro será necesario un terapeuta como un fisio, creo no, estoy seguro.” (B2.2)

4.4.2. Visión incierta

Otros directivos, aunque su nivel de conocimiento sobre T.O. y sus funciones sean escasos, como se ha comprobado, sí manifiestan su apertura a nuevos proyectos que se les pueden ofrecer desde la dicha profesión.

“Hoy por hoy no, porque no sé dónde podría encajar en mi plantilla, y más adelante si me presentan algo que podría aumentar nuestros servicios, yo estaré encantado, porque nos beneficiamos los dos. Y nosotros podremos ampliar nuestro abanico de ofertas.” (B2.1)

4.4.3. Visión neutral

En cambio, otros directivos, dejan la toma de decisión, en manos de la central, sin presentar interés en posibles mejoras de los servicios que dirigen.

“Nuestra empresa funciona a nivel nacional y en Madrid esta de una manera la sede, y toda el organigrama de trabajo no dependería de nosotros. Si esto se pusiese en marcha tendría que ser de forma organizada, y no de forma aislada. En Madrid no sé si tienen un terapeuta ocupacional. Si ellos nos manda a que tengamos un terapeuta, pues nosotros lo hacemos, si no, pues no. Ellos saben mejor que tienen que hacer.” (B1)

5. DISCUSIÓN

Tras el análisis de las entrevistas y los testimonios ofrecidos por los participantes, han emergido un total de 4 categorías, algunas de ellas con subcategorías, que pretenden reflejar la idea principal de las mismas. La información obtenida, como se ha podido constatar en los resultados, ha sido escasa y quizá, incompleta para poder dar respuesta a los objetivos planteados. Sin embargo, sí, ha permitido conocer la realidad actual que se presenta en MCSS y SPRL y en Galicia.

A continuación se realizará una crítica sobre los temas principales tratados en los resultados, a saber: Legislación y normativa actual, la realidad en Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Socias, del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, así como las posibles aportaciones desde la terapia ocupacional.

5.1. Legislación y normativa actual sobre el ámbito de estudio

En los resultados obtenidos, se ha comprobado que, en general, los profesionales entrevistados tienen unas mínimas nociones sobre lo que implica la práctica de la terapia ocupacional en MCSS y SPRL. Uno de los motivos que puede promover este desconocimiento, se encuentra reflejado en el hecho de que la legislación actual, que regula el funcionamiento de las mutuas y de las sociedades de prevención, no contempla la existencia del terapeuta ocupacional en dichos dispositivos.

En cambio, si se presta atención a las figuras profesionales sanitarias, del Sistema Nacional de Salud, se reconoce en el Real Decreto 1277/2003²⁷ de 10 de octubre, al profesional terapeuta ocupacional como “*Terapia ocupacional: unidad asistencial en la que, bajo la responsabilidad de un terapeuta ocupacional, se utilizan con fines terapéuticos, las actividades de autocuidado, trabajo y ocio para que los pacientes adquieran el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y consigan el máximo de autonomía e integración*”²⁷. Según esta normativa, dicho profesional puede

ejercer su actividad en hospitales generales, de especialidad, de corta y larga estancia, diferentes centros de salud, destacando que estas funciones también pueden ser ofrecidas en “*Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria*”²⁷.

Por ello, es incongruente que el propio Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, en su plan “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”²⁸, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012, no incluya a la figura del terapeuta ocupacional, para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Esto, llama todavía más la atención, por el hecho de que una de las recomendaciones establecidas para el cumplimiento del objetivo 10 sea: “*Incorporar en los informes clínicos aspectos relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria para facilitar la valoración de la discapacidad y la dependencia*”²⁸. El plan de “Estrategia SERGAS 2014 La sanidad pública al servicio del Paciente”²⁹ tampoco integra en su equipo al terapeuta ocupacional.

Ejemplos como estos podrían seguir, pero el objetivo aquí, no es el mero análisis de planes estratégicos, sino simplemente tomar nota y remarcar la incongruencia que existe por parte del Ministerio de Sanidad, en la regulación de las profesiones sanitarias y su integración en un sistema global de salud.

Por ello, si eso ocurre al nivel ministerial y autónomo, no se puede requerir ni exigir a profesionales sanitarios y no sanitarios del ámbito privado, que tengan una consideración hacia nuestra profesión.

5.2. La realidad de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social

Las mutuas españolas se rigen por la premisa de que cuanto mayor sea el número de usuarios, su situación es mejor, porque de esta forma obtienen mayores beneficios económicos, sin tener en cuenta el abanico de servicios que pueden ofrecer. Por ello, algunos directivos no están interesados en realizar mejoras en las especialidades que presentan.

María Luisa Cantonnet Jordi, en el artículo “Las mutuas alemanas: un modelo de eficacia preventiva”³⁰, realiza una comparación del sistema de mutuas y de prevención, en el entorno español y alemán. En este texto, comenta que el sistema alemán es más eficaz, porque no existe una competencia comercial entre diferentes mutuas y servicios de prevención, siendo un modelo *“que cuenta con una mayor especialización de los profesionales que trabajan [...] consecuencia directa de la sectorización de estas asociaciones”*³⁰. El existo del sistema alemán de mutuas y prevención es que *“actúan en un sector de actividad específico [...]”*³⁰, siendo esta una modalidad donde los profesionales, *“conozcan mejor los puntos débiles del sector en el que operan”*³⁰.

Si ese modelo fuera aplicado en España, supondría una mayor especialización por parte de los profesionales de mutuas en el sector donde desarrolla la actividad profesional. Así, estos tendrían conocimientos exclusivamente del sector agrario o del sector minero y de extracción, o de construcción, y no conocimiento básicos sobre todas los sectores de actividad. Dicha situación también implicaría un mayor rendimiento, porque se tendrían conocimiento específicos del sector y una mejor relación coste-eficacia.

Si se centra la perspectiva desde el punto de vista de la T.O., Mary Reilly, en su artículo “Terapia ocupacional puede ser una de las grandes ideas del siglo XX”³¹, comenta que *“según Eric Fromm, cuando el hombre nace su etapa ya está lista. Él tiene que comer, beber, dormir y protegerse de sus enemigos. Por lo tanto, para su propia supervivencia debe trabajar y producir. El trabajo, en el sentido de Eric Fromm, es una necesidad condicionada fisiológicamente y por lo tanto la necesidad de trabajar se postula como una parte imprescindible de la naturaleza del hombre”*³¹.

Esta, es una realidad muy presente en la estructuración de las áreas ocupacionales establecidas por los terapeutas ocupacionales.

Sin embargo, y en relación a un adecuado desempeño ocupacional de dicha área ¿qué pasa si las destrezas para trabajar se ven mermadas, la rutina de las tareas diarias se modifica y aparece la insatisfacción por no

poder realizar las actividades de manera independiente? Eso supondría una baja laboral, un precario estado de ánimo, una insatisfacción persona que repercutiría en una mala calidad de vida.

Otra pregunta que puede surgir de los resultados obtenidos, es ¿Qué ocurre con los usuarios de mutuas que no viven en las grandes ciudades españolas, pero recurren a dichos servicios? Estas personas se ven obligadas a desplazarse a las grandes ciudades para poder ser intervenidos quirúrgicamente. Por ejemplo, algunas mutuas ofrecen estos servicios a través de convenios con diferentes hospitales locales, pero las que no han realizado este convenio, ¿qué garantías les pueden ofrecer a sus usuarios?

En este caso, estos no pueden tener acceso a diversos servicios, entre ellos el de un terapeuta ocupacional, sólo por el hecho de que no vivan en grandes ciudades. Esta realidad es así, porque resulta más económico contratar a un terapeuta ocupacional en los centros estratégicos para la central a la que pertenece la mutua. Así, y teniendo en cuenta que el dispositivo recibe los informes de los T.O. de los centros hospitalarios, se considera que el papel del terapeuta acaba aquí. Otras veces si el usuario proviene de una unidad de lesión medular, se considera que las necesidades desde terapia han sido cubiertas ya desde la dicha unidad, sin existir una continuidad de estos servicios una vez dada de alta desde aquella unidad.

En estas circunstancias ¿qué sucede con el usuario tras esta intervención? ¿No necesita un seguimiento en su domicilio, o sólo por el hecho de tener el informe y la prescripción de una cama articulada y una silla de ruedas las necesidades han sido cubiertas? Como ha sido reflejado en el presente estudio, en estas entidades sí existe la figura del trabajador social, pero ¿sólo con la presencia de este profesional, es suficiente para ofrecer una atención continuada y multidisciplinar? Además, en ocasiones, el propio trabajador social realiza actividades en un área geográfica muy amplia.

Estas cuestiones son planteadas en este apartado, ya que han surgido a partir de la reflexión emergida de la presente investigación, con el fin de poner en entredicho las contribuciones que podría ofrecer la terapia ocupacional.

Así, los profesionales de esta disciplina podrían estar presente y desarrollar su intervención en las mutuas para realizar autentico acompañamiento y asesoramiento de la persona que ha sufrido un accidente o lesión, durante todo el proceso. De esta forma, se pretende conseguir el objetivo final de que el usuario pueda volver desarrollar todas aquellas actividades, que anteriormente eran importantes y significativas para él mismo. Es decir, el terapeuta, basaría su intervención, en la integración y retorno de la persona a su comunidad, a su puesto de trabajo, a su rutina; en definitiva a su antigua vida, teniendo presente sus preferencias relacionadas con la salud y el bienestar.

5.3. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales

Actualmente, en España, la prevención presenta un enfoque puramente técnico, donde los encargados de realizar la parte de prevención comunitaria son profesionales con visiones demasiadas técnicas.

Por otra parte, los empleadores en cuyas empresas se realizan las actividades de prevención y promoción de la salud no están muy concienciados con dichas actitudes. Sus preocupaciones se reducen a recibir los informes por lo que han pagado, sin dar ninguna importancia a lo escrito en un papel. Estos documentos tienen una cierta importancia ya que a la larga podrían mejorar, por un lado, las condiciones de trabajo de los empleados/as, y por otro, serían un factor clave para conseguir un descenso de las bajas laborales, situación que repercutiría en una mayor productividad y calidad de vida de los hombres y mujeres trabajadores.

Para una optimización de las condiciones de los empleados y empleadas, los servicios de prevención tendrían que hacer más hincapié en hacer ver a los empresarios los beneficios que implica fomentar la

prevención de la enfermedad y sus secuelas, así como la educación para la salud en la empresa. ¿O eso sólo podría verse hecho realidad con la aprobación de una normativa específica? ¿Es necesario siempre el establecimiento de una legislación para poder generar cambios sólidos en nuestra sociedad?

La Organización Mundial de la Salud, en su Carta de Ottawa, refiere que la *“promoción de la salud constituye un proceso político y social global, que abarca, no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”*³²

Posteriormente, en la Declaración de la Yakarta, de julio 1997, la misma organización comentaba que *“la participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que estos sean eficaces [...] La alfabetización sanitaria / aprendizaje sanitario fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y de las comunidades”*³².

Es decir, un profesional como el terapeuta ocupacional, que fomenta la participación activa en pro, en la mejora de la salud de los usuarios, sería una pieza clave en el proceso de intervención, por el hecho de ofrecer diversos recursos para prevenir enfermedades, empoderando la persona en la gestión de su bienestar y calidad de vida.

En el Glosario de “Términos utilizados en la serie Salud para Todos”, Ginebra 1984, se comenta que *“[...] La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la*

*enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida*³².

Por ello, todas las acciones enfocadas hacia la prevención podrán anticipar diferentes consecuencias derivadas de cualquier actividad (en este caso laboral), lo que permitiría establecer las soluciones o estrategias antes de que esas ocurran.

Es posible que los cambios realizados a nivel legislativo sobre la privatización del sector de los servicios de prevención de las mutuas, hagan ver a los directivos de dichos dispositivos la necesidad de ampliar la carta de servicios que han ofrecido hasta ahora, para poder dirigirse y captar a más clientes. De esta forma, la situación podría implicar, en un futuro, un posible cambio en el enfoque que presentan actualmente estas entidades. Esto a su vez, supondría una ampliación y diversificación de los perfiles profesionales con los que se ha contado hasta ahora, entre ellos, posibilidad de incorporación de un terapeuta ocupacional.

5.4. Aportaciones desde terapia ocupacional

Como se ha indicado anteriormente, aunque existe una normativa oficial aprobada y establecida, los propios organismos dirigentes de la administración pública no tienen una idea muy clara sobre las actividades que pueden realizar los terapeutas ocupacionales. Entonces ¿cómo se puede pretender que sea reconocida la práctica de dicha profesión?

La disciplina, en su conjunto, necesita cambios, y estos precisan ser analizados y planificados de forma adecuada. Si se pretende modificar algo de verdad, sólo se producirán los cambios si se considera que se pueden aportar novedades tanto a nivel profesional, del usuario y como componente de la sociedad. Estas actitudes, que implica un posicionamiento activo, deben ser dirigidas y llevadas a cabo por los propios profesionales. Existen diferentes normativas, nacionales e internacionales, que amparan a la profesión, pero en algunos sectores los terapeutas ocupacionales son pocos conocidos, o lo poco que se sabe de

su función, se centra en una mínima parcela de lo que realizan en sus prácticas. Esta situación tendría que dar que pensar.

¿La práctica de T.O. es, de verdad, importante y necesaria? **Sí lo es, y la ha sido**, porque las experiencias derivadas de las intervenciones que se han realizado en diferentes ámbitos, no se pueden olvidar. El hecho de que ciertas personas que acaban de conocer al TO y su intervención, les ofrezcan su gratitud (por la paciencia que ha tenido; o porque ellos son capaces de nuevo de realizar sus actividades significativas; o ver cómo se emocionan al recordar historias vividas), puede conducir a pensar, que lo que el profesional ha realizado no ha sido en vano, y que **sí merece la pena**. Este factor de motivación, debe animar a los propios profesionales a seguir adelante, desde una implicación activa y no pasiva.

Es decir, el cambio se tiene que gestar y llevar a cabo desde la perspectiva de los propios titulados. Sólo por el hecho de que la T.O. se haya establecido como disciplina, con sus propias competencias y capacitaciones profesionales, no es suficiente. Los terapeutas ocupacionales tienen que ser los actores de este cambio, empezando con ellos mismos y desde dentro. Su unión y coordinación en organizaciones, podría ser un primer paso para construir colaboraciones activas y productivas, dirigidas a que la profesión pudiese llegar mucho más alto, y ser reconocidos como se merecen. En caso contrario y si no llegan a entenderse entre ellos como profesionales ¿quién se pretende que luche y defienda la disciplina?

De esta forma, se considera que es fundamental, que ellos mismos, sean los propios agentes que lleven a cabo diversas acciones para defender la presencia de la terapia ocupacional en todos aquellos dispositivos en los que el profesional podría desarrollar su actividad.

Si se centra la perspectiva en la situación concreta de nuestro país, tal vez, el hecho de que los terapeutas hagan un uso constante de algo importado, que en muchas ocasiones no se adapta a las características de la cultura del territorio, puede llevar a pensar que no se cuenta con una base sólida, o un cuerpo teórico de conocimiento asentados y en

consonancia con la situación de otros países de nuestro entorno. Sin embargo, esta situación tendría que ser, por sí misma, una fuente de ánimo y motivación para conseguir un constructo inherente a la realidad del país (por ejemplo, el desarrollo de un modelo propio, que estaría adaptado a la cultura y a los intereses de la población española).

Así, los profesionales de la disciplina, no pueden esperar siempre a que la sociedad reclame sus servicios. Es importante que pasen a la acción, que se hagan públicos, pero no con palabras, sino con hechos que pueden realizar.

Puede que eso implique que tendrán que ser un poco más “agresivos” y realizar actividades y acciones innovadoras. Se trataría de proyectos aplicables en diferentes dispositivos, siempre teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad, o de un determinado colectivo. Los terapeutas ocupacionales tendrán el papel fundamental como puente de unión entre los recursos que existen y la población con la que se pretende trabajar.

Salvador Simón, en el artículo, “Terapia ocupacional y emprendedoría social: un dialogo necesario”, comentaba que “[...] *invertimos como profesión demasiadas energías y debates en preguntarnos por qué la terapia ocupacional no es más reconocida en nuestro país. [...] Pienso que si nos centramos en reflexionar sobre qué es lo que realmente necesitan las personas y/o comunidades y trabajamos conjuntamente con ellas para construir una comunidad inclusiva y sostenible, ese ansiado reconocimiento vendrá por sí solo. El reconocimiento es a posteriori y nosotros lo pedimos a priori*”³³.

“*De que nuestra profesión sea emprendedora dependerá en gran parte su propia supervivencia*”³³.

Se comentaba anteriormente, que los terapeutas ocupacionales tienen que hacerse conocer a través de nuevos proyectos, pero los programas que ofrecerán tendrán que ser acordes a la realidad en la que viven, conceptualizados así como algo innovador, pero concreto y adaptado a las necesidades de la sociedad actual y en evolución con las mismas.

Mary Reilly en “Terapia ocupacional puede ser una de las grandes ideas del siglo XX” comentaba que “[...] *a cualquier grupo que aspire a convertirse en una profesión, se le reconoce antes una misión bien definida. Esta misión dice que si nosotros deseamos existir como una profesión, debemos identificar la necesidad vital del hombre a la que atendemos y la manera en la que lo hacemos*”³¹.

Teniendo en cuenta lo anterior y en relación a el núcleo central del presente trabajo, se indica que en su práctica diaria, el terapeuta ocupacional hace un análisis detallado de las tareas que realizan las personas, así como de las características propias del ser humano, a través de una atención específica e individualizada. Si eso se relaciona con la actividad que un terapeuta podría realizar en una mutua o un servicio de prevención, se hablaría de adaptación de entornos a las características concretas del trabajador/trabajadora, así como de asesoramiento en la prevención de lesiones que podrían aparecer, y la recuperación/promoción de la salud de los trabajadores/as.

Para concluir el presente apartado, es necesario comentar que, desde la perspectiva del emprendimiento, se deben plantear futuras líneas de trabajo, que podrán ir encaminadas hacia modelos de práctica, que permitan alcanzar un más amplio y mejor servicio, que, a su vez, ofrecerán las mutuas y los servicios de prevención.

Para finalizar y a modo de síntesis de lo que se ha pretendido expresar en este apartado, se cita de nuevo a Mary Reilly, quien presenta que Merton ve el uso público de la crítica en una profesión “*como un espíritu que prevalece dentro de un grupo necesario para que un grupo progrese. [...] la crítica estimula a una profesión a formular objetivos nuevos y más exigentes y mantiene una posición política de descontento divino con el estado de los hechos tal como son*”³¹.

5.5. Limitaciones del estudio

Como se ha podido observar en el apartado “RESULTADOS”, las categorías emergidas han recogido poca información. Eso puede ser debido a las limitaciones con la que se ha encontrado la investigadora en todo el proceso de realización del trabajo de investigación.

Por un lado, el corto periodo de tiempo en el que se ha llevado a cabo el trabajo. Por otro, se hace referencia al periodo del año en la que se ha desarrollado la actividad. Este hecho viene dado por la nueva modificación legislativa producida en el mes de diciembre de 2014 que ha implicado modificaciones de estructuras administrativas y directivas tanto en las MCSS como en los SPRL. Hecho que ha repercutido en las pocas respuestas que se han obtenido por parte de los directivos.

También se considera una limitación la falta de experiencia por parte de la investigadora para realizar el trabajo de campo, propiamente dicho.

Dado que en un principio se tenía la intención de realizar entrevistas a los médicos de los equipos de rehabilitación, figura que no existe en mutuas, se valora como una limitación el hecho de haber realizado dicha entrevista al médico de medicina general. Teniendo en cuenta que, actualmente, en la ciudad de A Coruña, el terapeuta ocupacional desarrolla su actividad laboral más en el campo de la rehabilitación que en el campo comunitario, la realización de las entrevistas a médicos rehabilitadores supondría recoger más información sobre la dicha profesión, que entrevistar a médicos de medicina general, figura que, a priori, tiene un contacto menor con un terapeuta.

Las expectativas de la investigadora del presente trabajo, no han sido alcanzadas, pero si se han alcanzado los objetivos del trabajo. La sorpresa de manera negativa, viene dada por la poca colaboración que ha encontrado, en el propio trabajo de campo, por parte de directivos de mutuas y servicios de prevención. Entre los motivos de la dicha actitud se podrían contemplar los siguientes: actualmente se vive en una sociedad donde cada minuto cuenta, con todo organizado de antemano, y el imprevisto no puede existir; el propio desconocimiento ante la profesión de

TO, y no ofrecer más información por no dar una imagen de desconocimiento; o simplemente no tener interés ninguno en recibir nueva información que a la larga se traduciría en ofrecer un nuevo servicio, el de T.O.

6. CONCLUSIONES

Galicia, y en concreto la ciudad de A Coruña cuenta con un elevado número de mutuas y servicios de prevención, rígidos por una determinada legislación, que ha ido evolucionando para adaptarse a los cambios sociales, sin embargo todavía no contempla la figura del T.O. en sus plantillas.

La importancia de llevar a cabo acciones preventivas y de educación sanitaria está clara, sin embargo, la existencia de la contribución de la terapia ocupacional en la prevención de las lesiones y promoción de la salud, no está totalmente integrada ni valorada en las mutuas y en los servicios de prevención.

La terapia ocupacional, como disciplina profesional, existe y está reconocida normativamente, pero todavía existen sectores en los que no se ha podido establecer una colaboración fehaciente. Esta situación se puede modificar sólo si desde la propia profesión se produce un cambio proactivo. Es necesario dar el primer paso hacia futuros desarrollos profesionales, a través de la oferta de proyectos específicos aplicables en diversos dispositivos, entre ellos, las mutuas y los servicios de prevención.

La salud constituye una de las principales prioridades del ser humano, y por ello desde todas las disciplinas se tendría que priorizar, la prevención, la promoción y el cuidado de la salud. Es necesario el cambio de visión médico o técnico de algunos dispositivos hacia un enfoque más amplio, holístico, para una mejora integración de la persona en la sociedad.

Para concluir, cabe destacar el aprendizaje que ha supuesto la realización de este trabajo para la investigadora y la relación que se ha tenido con los participantes del sismo. La información recogida ha sido verdadera, hasta un punto sincera, y se ha tenido la percepción, por parte de los participantes, de que intentarán informarse/averiguar más sobre qué es y qué hace un terapeuta ocupacional, y si podrían llegar a colaborar profesionalmente en un futuro. Así, si la alumna ha podido despertar el

interés entre ellos, sobre todo en los directivos, se considera que ha sido alcanzado un objetivo personal.

El presente trabajo, aunque lejos de alcanzar la incorporación completa de la profesión a este nuevo ámbito, ha sido el primer paso para conseguir que, en un futuro, el terapeuta ocupacional ocupe su puesto bien merecido en mutuas y servicios de prevención de riesgos laborales.

7. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría en primer lugar, agradecer a mis tutoras Thais Pousada y Ana Vázquez, por la paciencia que han tenido conmigo, por los apoyos incondicionales recibidos en todo el momento y sobre todo en los momentos que este trabajo no parecía tener una salida. Sin ellas este trabajo no podía haber sido llevado a cabo.

Agradecer a José Román, que, en el poco tiempo libre que ha tenido ha encontrado un hueco y para mí, para aclararme todas las dudas surgidas sobre las mutuas y servicios de prevención.

A Jorge Paz, por su amabilidad y por el trato recibido.

No me puedo olvidar de mi compañera y amiga Diana, que con su imaginación desbordante, ha sabido siempre sacarme una sonrisa en mis momentos de intemperie.

No en el último lugar darle las gracias a mi compañero de vida, con la que comparto todas las vivencias y que siempre ha estado a mi lado. Siempre ha sabido apoyarme, animarme, ver siempre el lado bueno de las cosas, y que se merece el diploma de Graduado en Conocimientos de Vida.

Gracias a todos por haberos conocido y aprendido algo de cada uno de vosotros.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
2. AMAT Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo [homepage en Internet]. España: AMAT Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo; c2014 [actualizada octubre 2014; consulta octubre 2014]. Disponible en: <http://www.amat.es/mutuas.3php>
3. Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Real Decreto 1993/1995 de 7 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 296, (12-12-1995).
4. Ley General de la Seguridad Social. Artículo 68.2. Boletín Oficial del Estado, nº 154, (29-06-1994).
5. Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto 1/1994 de 20 de Junio. Boletín Oficial del Estado, nº 154, (29-06-1994).
6. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (19-11-1995).
7. El régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales. Orden Ministerial de 22 de Abril 1997. Boletín Oficial del Estado, nº 98, (24-04-1997).
8. El régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social como servicio de prevención ajeno. Real Decreto 688 de 10 de Junio 2005. Boletín Oficial del Estado, nº 139, (11-06-2005).
9. La actuación a desarrollar por las mutuas para su adecuación al Real Decreto 688/2005, de 10 de Junio, por la que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como servicio

de prevención ajeno. Orden TAS/4053/2005, de 27 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 310, (28-12-2005).

10. Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Ley 35/2014, de 26 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 314, (29-12-2014).
11. Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (31-01-1997).
12. Modificación del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención; el Real Decreto 1109/2007, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la Ley 32/2006, de 18 de octubre, reguladora de la subcontratación en el sector de la construcción y el Real Decreto 1627/1997, de 24 de octubre, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en obras de construcción. Real Decreto 337/2010, de 19 de Marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 71, (23-03-2010).
13. Garrosa Hernández E., Carmona Cabo I. Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. Medicina y Seguridad del Trabajo [serie en internet]. [acceso mayo 2015]; vol. (57) Suplemento 1: 262p. Disponible en: gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/09/2012.
14. Departamento de Investigación e Información Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Estudio descriptivo de enfermedades profesionales. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); febrero 2014. <http://www.insht.es/catalogopublicaciones/>.
15. Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral. Sinistralidade laboral Galicia 2013. Santiago de Compostela: Conselleria de Traballo e Benestar; 2014.
16. El cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y

registro. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 302, (19-12-2006).

17. Servicios Centrales Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Informe anual de Accidentes de Trabajo en España 2013. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); agosto 2014. <http://www.insht.es/catalogopublicaciones/>.
18. Guzmán O.B.: Ergonomía y Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2008 [acceso noviembre 2014]; volumen 5 (num1): [23p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num7/pdfs>.
19. Llaneza Álvarez F.J.: La ergonomía: una disciplina al servicio del ser humano. BFH [Revista en internet]. Mayo 2003 [acceso octubre 2014]; volumen 24: [15p.]. Disponible en: <http://sid.usal.es/productos/discapacidad.aspx>.
20. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales – APETO -. Documento Técnico Sobre Terapia Ocupacional. Comisión de Trabajo. Madrid: APETO; Abril de 1999. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion TO.shtml>.
21. Guzmán Suárez O.B. Evaluación ergonómica como herramienta útil para la identificación de condiciones de trabajo que alteran el desempeño ocupacional humano en el sector trabajo. Periódico Entérese Bogotá: Universidad Manuela Beltrán 2005; Año x (18): 28-33.
22. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. México: McGraw-Hill; 2010.
23. Arantzamendi M., López-Dicastillo O., Vivar C. Investigación cualitativa Manual para principiantes. Madrid: Ediciones Eunate; 2012.
24. Taylor S.J., Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 3ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.; 1987.

25. Vázquez Navarrete M.L. Coordinador Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Sevei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
26. Cáceres Mesa M. García Cruz R. Fuentes de rigor en la investigación cualitativa. Bibliociencias [internet] 2002 [acceso en marzo de 2015] [10 p] Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bc.dir/doc.pdf>
27. Las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, Boletín Oficial del Estado, nº 254, (23-10-2003).
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Madrid 2012. Disponible en: [www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/.../estrategia para el abordaj...](http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/.../estrategia_para_el_abordaj...)
29. Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saude. Estrategias SERGAS 2014: La Sanidad Pública al Servicio del Paciente. Disponible en: [www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia Sergas 2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf).
30. Cantonnet Jordi M. L. Las mutuas alemanas: un modelo de eficacia preventiva. Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales [serie en internet]. [acceso abril 2015]; vol. (nº 40 julio-agosto 2007): 22p. Disponible en: <http://www.riesgos-laborales.com>
31. Sanz Valer P. Terapia Ocupacional puede ser una de las grandes ideas de la Medicina del Siglo XX. [Traducción]. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2009 [junio 2015]; 7(11): [26p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/historia2.pdf>.
32. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra 1998.

33. Simos Algado S, Oller J. Terapia ocupacional y emprendeduría social: un diálogo necesario. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [mayo 2015]; 10(17): [32p.]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num17pdfs/maestros.pdf>

9. APÉNDICES

9.1 Hoja de información para la autorización en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social

A Coruña, de 2014

Me dirijo a Usted con el objetivo de solicitar la autorización pertinente para llevar a cabo en su centro, el estudio cuyo título es “**Análisis de la figura del Terapeuta Ocupacional en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y en los Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las mutuas en Galicia**”.

Este estudio de investigación será realizado por la investigadora Elena Raluca Profir con NIE_____ y tutorizado por Thais Pousada García, Terapeuta Ocupacional y Profesora Colaboradora en la Facultad de Ciencias de la Salud, y por Ana Vázquez Lojo Terapeuta Ocupacional y Presidenta de la Liga Reumatológica Galega. El estudio forma parte de la asignatura Trabajo de Fin de Grado de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

El objetivo de este estudio es explorar la percepción de los profesionales que trabaja en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, en este caso, acerca de la intervención de la Terapia Ocupacional en el dicho dispositivo.

Los participantes en el estudio serán:

- El director/a del centro;
- El médico/a rehabilitador/ora;
- El trabajador/a social.

La técnica de recogida de datos que se utilizara será la entrevista semiestructurada. Previamente a realizar la entrevista se les dará a los participantes una hoja de información donde se explicara el contenido y los objetivos del estudio, y se obtendrá siempre el consentimiento informado

de los participantes, garantizándoles su anonimato en la publicación de los resultados del estudio.

Muchas gracias por su atención

Reciba un cordial saludo.

9.2 Hoja de información para la autorización en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social con preguntas en Google Drive

A Coruña, de 2015

Me dirijo a Usted con el objetivo de solicitar su colaboración en la realización del estudio cuyo título es “**Análisis de la figura del Terapeuta Ocupacional en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las Mutuas en Galicia**”.

Este estudio de investigación será realizado por la investigadora Elena Raluca Profir con NIE _____ y tutorizado por Thais Pousada García, Terapeuta Ocupacional y Profesora Colaboradora en la Facultad de Ciencias de la Salud, y por Ana Vázquez Lojo Terapeuta Ocupacional y Presidenta de la Liga Reumatológica Galega. El estudio forma parte de la asignatura Trabajo de Fin de Grado de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

El objetivo de este estudio es explorar la percepción que tienen los profesionales de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, sobre la posibilidad de intervención de la Terapia Ocupacional en dichas entidades.

Para ello se utilizará una técnica de recogida de datos a través de un cuestionario, cuyo enlace es: https://docs.google.com/document/d/1r1zR23PQdIHmC0V0HWcIQ80nisQ9s4io6YAJrfoW1_A/edit#

Los profesionales a colaborar en rellenar el cuestionario, serán:

- El director/a del centro;
- El médico/a rehabilitador/ora (en la ausencia de la dicha figura, la persona que realiza actividades que más se podría acercar a las funciones descritas);

- El trabajador/a social (en ausencia del dicho profesional, cualquier otro profesional encargado de las valoraciones de incapacidad temporal y/o permanente).

Muchas gracias por su atención

Reciba un cordial saludo

9.3 Hoja de información para la autorización de la Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las Mutuas

A Coruña, de 2014

Me dirijo a Usted con el objetivo de solicitar la autorización pertinente para llevar a cabo en su centro, el estudio cuyo título es “**Análisis de la figura del Terapeuta Ocupacional en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y en las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las mutuas en Galicia**”.

Este estudio de investigación será realizado por la investigadora Elena Raluca Profir con NIE_____ y tutorizado por Thais Pousada García, Terapeuta Ocupacional y Profesora Colaboradora en la Facultad de Ciencias de la Salud, y por Ana Vázquez Lojo Terapeuta Ocupacional y Presidenta de la Liga Reumatológica Galega. El estudio forma parte de la asignatura Trabajo de Fin de Grado de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

El objetivo de este estudio es explorar la percepción de los profesionales que trabaja en las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a la mutua, acerca de la intervención de la Terapia Ocupacional en el dicho dispositivo.

Los participantes en el estudio serán:

- El director/a del centro;
- El médico/a de Medicina de Trabajo;
- El especialista en Ergonomía.

La técnica de recogida de datos que se utilizara será la entrevista semiestructurada. Previamente a realizar la entrevista se les dará a los participantes una hoja de información donde se explicara el contenido y los objetivos del estudio, y se obtendrá siempre el consentimiento informado

de los participantes, garantizándoles su anonimato en la publicación de los resultados del estudio.

Muchas gracias por su atención

Reciba un cordial saludo.

9.4 Hoja de información para la autorización de la Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las mutuas con preguntas en Google Drive

A Coruña, de 2015

Me dirijo a Usted con el objetivo de solicitar la autorización pertinente para llevar a cabo en su centro, el estudio cuyo título es “**Análisis de la figura del Terapeuta Ocupacional en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las Mutuas en Galicia**”.

Este estudio de investigación será realizado por la investigadora Elena Raluca Profir con NIE _____ y tutorizado por Thais Pousada García, Terapeuta Ocupacional y Profesora Colaboradora en la Facultad de Ciencias de la Salud, y por Ana Vázquez Lojo Terapeuta Ocupacional y Presidenta de la Liga Reumatológica Galega. El estudio forma parte de la asignatura Trabajo de Fin de Grado de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

El objetivo de este estudio es explorar la percepción que tiene los profesionales de las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las Mutuas, sobre la posibilidad de intervención de la Terapia Ocupacional en dichas entidades.

Para ello se utilizará una técnica de recogida de datos a través de un cuestionario, cuyo enlace es:

https://docs.google.com/document/d/1OVuo177kVcqERT3UsxqVOfuq_q4ewX41yOmjUhoiuRk/edit#

Los profesionales a colaborar en rellenar el cuestionario, serán:

- El director/a del centro;

- El médico/a de Medicina de Trabajo (en la ausencia de la dicha figura, la persona que realiza actividades que más se podría acercar a las funciones descritas)
- El especialista en Ergonomía.

Muchas gracias por su atención

Reciba un cordial saludo

9.5 Hoja de información al participante en el estudio de investigación

Título: *Análisis de la figura del Terapeuta Ocupacional en Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y en las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las mutuas en Galicia.*

Investigador principal: Doña Elena Raluca Profir con NIE_____

75

Este estudio forma parte de la asignatura Trabajo de Fin de Grado de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña. Dicho estudio está autorizado por Thais Pousada García, Terapeuta Ocupacional y Profesora Colaboradora en la Facultad de Ciencias de la Salud, y por Ana Vázquez Lojo Terapeuta Ocupacional y Presidenta de la Liga Reumatológica Galega.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación, en el que se le invita a participar.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre lo mismo.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligaciones de dar explicaciones. El objetivo de este documento es exponer los aspectos necesarios para invitarlo a participar en este estudio de investigación.

Descripción del estudio: Se acepta participar, tendrá que responder a unas preguntas (bien en un entrevista grabada en formato audio o responderlas por escrito). Todos los datos por escrito como las entrevista en formato audio y sus transcripciones, serán eliminadas al finalizar el estudio. Este trabajo de investigación tiene como fin, analizar la presencia del terapeuta ocupacional en equipos de peritaje médico, en equipos

interdisciplinarios en clínicas pertenecientes a mutuas y en equipos de prevención de riesgos laborales.

Participación voluntaria: Usted fue invitado a participar a este estudio, siendo su colaboración completamente voluntaria. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no. Si decide participar en este, debe saber que puede cambiar de parecer y retirar su consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones al respecto. En el caso que hecho sucedió, tiene que ponerse en contacto con el investigador principal para informar de esta situación. Su participación tendrá una duración de máximo 30 minutos, intentando minimizar este tiempo al máximo para evitar distorsionar sus rutinas. Tras la lectura de este documento puede aceptar o rechazar la participación en este estudio. Si finalmente decide colaborar, deberá firmar el consentimiento informado.

Beneficios y riesgos: La participación en este estudio no tendrá ningún tipo de beneficios económicos ni riesgos de cualquier índole. La investigación pretende realizar una aproximación de la figura del terapeuta ocupacional en

Confidencialidad: El tratamiento de datos, grabaciones, comunicaciones y cesión de los datos de carácter personal se harán conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Únicamente el equipo investigador tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio y solo se podrá transmitir a terceros aquella información que no puede ser identificada. Para asegurar esto, la información recogida será codificada. Al finalizar el estudio se destruirán todos los datos escritos, las grabaciones y las transcripciones realizadas.

¿Recibirá la información que se obtenga del estudio? Una vez finalizado el estudio, si Usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados.

Si necesita resolver cualquier duda, lo puede hacer poniéndose en contacto con la investigadora principal a través del correo electrónico _____ o a través del teléfono _____.

Muchas gracias por su colaboración.

9.6 Hoja de consentimiento informado para la participación en el estudio de investigación

Se detalla

D/Doña

_____ con
DNI _____

78

Está invitado/a participar en un trabajo de investigación sobre la figura del Terapeuta Ocupacional en las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y en las Sociedades de Prevención de Riesgos Laborales que han pertenecido a las Mutuas en Galicia.

El trabajo de investigación es llevado a cabo por la investigadora principal Elena Raluca Profir.

He leído la hoja de información del participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.

Se me ha entregado una copia de la hoja de información del participante y una copia de este consentimiento, firmado y fechado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio.

Se me ha dado tiempo para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mí en el futuro.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

En lo referente a los resultados:

- DESEO conocer los resultados del estudio.
- NO DESEO conocer los resultados del estudio.

Fecha

Firma del participante

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha

Firma del investigador

9.7 Entrevista directivos de MCSS

- a) Sexo
- b) ¿Cuál es su formación académica?
- c) ¿Cuál es su especialidad?
- d) ¿Cuántos años de antigüedad tiene en esta entidad?
- e) ¿Cuántos años de experiencia tiene en este ámbito?
- f) ¿Conoce usted de la existencia de terapia ocupacional? En caso afirmativo ¿qué entiende que es la T.O.?
- g) ¿Considera que el TO podría encajar en la plantilla del centro? ¿Por qué?
- h) ¿Actualmente tiene un TO en su plantilla? ¿Por qué?
- i) ¿En un futuro tiene previsto incorporar en la plantilla un TO? (esta pregunta se realizará en el supuesto caso de responder SI a la preguntas f y g y No a la pregunta h)

9.8 Entrevista médico rehabilitador

- a) Sexo
- b) ¿Cuál es su formación académica?
- c) ¿Cuál es su especialidad?
- d) ¿Cuántos años de antigüedad tiene en esta entidad?
- e) ¿Cuántos años de experiencia tiene en este ámbito?
- f) ¿Conoce usted la existencia de terapia ocupacional? En caso afirmativo ¿qué entiende que es la T.O.?
- g) ¿Considera que el TO podría encajar en el equipo de rehabilitación? ¿Por qué?
- h) ¿Actualmente tiene un TO en su equipo? ¿Por qué?
- i) ¿En un futuro tiene previsto la incorporación de un TO? (esta pregunta se realizará en el supuesto caso de responder SI a la preguntas f y g y NO a la pregunta h)
- j) ¿Cuáles son las necesidades actuales del equipo rehabilitador?

9.9. Entrevista al trabajador social

- a) Sexo
- b) ¿Cuál es su formación académica?
- c) ¿Cuál es su especialidad?
- d) ¿Cuántos años de antigüedad tiene en esta entidad?
- e) ¿Cuántos años de experiencia tiene en este ámbito?
- f) ¿Conoce usted la existencia de terapia ocupacional? En caso afirmativo ¿qué entiende que es la T.O.?
- g) ¿Considera que el TO podría encajar en el equipo de valoración de incapacidad temporal? ¿Por qué?
- h) ¿Actualmente tiene un TO en su equipo? ¿Por qué?
- i) ¿En un futuro tiene previsto la incorporación de un TO? (esta pregunta se realizará en el supuesto caso de responder SI a la preguntas f y g y NO a la pregunta h)
- j) ¿Cuáles son las necesidades actuales del equipo de valoración?

9.10. Entrevista directivos de servicio de PRL

- a) Sexo
- b) ¿Cuál es su formación académica?
- c) ¿Cuál es su especialidad?
- d) ¿Cuántos años de antigüedad tiene en esta entidad?
- e) ¿Cuántos años de experiencia tiene en este ámbito?
- f) ¿Conoce usted de la existencia de terapia ocupacional? En caso afirmativo ¿qué entiende que es la T.O.?
- g) ¿Considera que el TO podría encajar en la plantilla del centro? ¿Por qué?
- h) ¿Actualmente tiene un TO en su plantilla? ¿Por qué?
- i) ¿En un futuro tiene previsto incorporar en la plantilla un TO? (esta pregunta se realizará en el supuesto caso de responder SI a la preguntas f y g y No a la pregunta h)

9.11. Entrevista al técnico en ergonomía

- a) Sexo
- b) ¿Cuál es su formación académica?
- c) ¿Cuál es su especialidad?
- d) ¿Cuántos años de antigüedad tiene en esta entidad?
- e) ¿Cuántos años de experiencia tiene en este ámbito?
- f) ¿Conoce usted la existencia de terapia ocupacional? En caso afirmativo ¿qué entiende que es la T.O.?
- g) ¿Considera que el TO podría encajar en el equipo de prevención? ¿Por qué?
- h) ¿Actualmente existe un T.O. en la plantilla de prevención/ergonomía? ¿Por qué?
- i) ¿En un futuro tiene previsto la incorporación de un TO? (esta pregunta se realizará en el supuesto caso de responder Si a la preguntas f y g y NO a la pregunta h)
- j) ¿Cuáles son las necesidades actuales del equipo de prevención?

9.12. Entrevista médico de medicina de trabajo

- a) Sexo
- b) ¿Cuál es su formación académica?
- c) ¿Cuál es su especialidad?
- d) ¿Cuántos años de antigüedad tiene en esta entidad?
- e) ¿Cuántos años de experiencia tiene en este ámbito?
- f) ¿Conoce usted la existencia de terapia ocupacional? En caso afirmativo ¿qué entiende que es la T.O.?
- g) ¿Considera que el TO podría encajar en el equipo de rehabilitación? ¿Por qué?
- h) ¿Actualmente tiene un TO en su equipo? ¿Por qué?
- i) ¿En un futuro tiene previsto la incorporación de un TO? (esta pregunta se realizará en el supuesto caso de responder SI a la preguntas f y g y NO a la pregunta h)
- j) ¿Cuáles son las necesidades actuales del equipo rehabilitador?

9.13. Apéndice de abreviaturas

Las abreviaturas que se han utilizado en el presente trabajo de investigación ordenadas en orden alfabético:

AMAT	Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo
ASPREM	Asociación de Sociedades de Prevención de las Mutuas de Accidente de Trabajo
AT	Accidente de Trabajo
ATS/DUE	Ayudante técnico sanitario/ Diplomado Universitario en Enfermería
CEICG	Comité de Ética de Investigación Clínica de Galicia
CEUDC	Comité de Ética de la Universidad de A Coruña
EP	Enfermedad Profesional
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
ISSGA	Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral
IT	Incapacidad Temporal
MATEPSS	Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social
MCSS	Mutua Colaboradora con la Seguridad Social
MESS	Ministerio de Empleo y Seguridad Social
OM	Orden Ministerial
PRL	Prevención de Riesgos Laborales
RD	Real Decreto
SL	Sociedad Limitada
SPA	Servicio de Prevención Ajeno
SPRL	Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
TO	Terapia Ocupacional /Terapeuta Ocupacional