

6. Álvarez Avello JM, Santos JA. Análisis de los aspectos bioéticos en los programas de donación en asistolia controlada. *Acta Bioethica*. 2014;1:9–21.

A. González-Castro^{a,b,*}, P. Escudero Acha^a e Y. Peñasco^a

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^b Presidente del Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e409@humv.es (A. González-Castro). Disponible en Internet el 11 de enero de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.10.005>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Riesgo de absentismo laboral en el personal sanitario ante una hipotética pandemia por gripe



Risk of absenteeism in health personnel during a hypothetical flu pandemic

Sra. Directora:

La declaración de una pandemia por gripe podría traer consigo, como consecuencia directa e inmediata, la ausencia de una parte significativa de los trabajadores sanitarios en sus puestos de trabajo, es decir, un elevado nivel de absentismo laboral con todos los daños colaterales que ello conlleva. Los estudios realizados al respecto estiman que ante una situación de alerta epidemiológica el porcentaje de trabajadores que podría abandonar su trabajo para protegerse a sí mismos y a sus familiares se situaría entre un 30 y 50%^{1,2}. Estos estudios proponen que para evitar que esto ocurra se deben aplicar todas las medidas necesarias, principalmente aquellas que tengan como objetivo garantizar a los profesionales la preparación necesaria para enfrentarse a una situación de estas características, así como las medidas de seguridad para sí mismos y sus familiares³⁻⁶.

Partiendo de lo anteriormente expuesto, este estudio persiguió como objetivo estimar la probabilidad de que los profesionales sanitarios acudan a sus puestos de trabajo bajo las circunstancias de una hipotética pandemia.

Con este objetivo, se decidió distribuir una encuesta, a una muestra aleatoria, personalmente, que incluía a profesionales sanitarios de cuidados intensivos y urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, y a los estudiantes del último curso del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sección Fuerteventura) de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

La muestra global ascendió a 277 personas (el 44% enfermeras y el 19% estudiantes). El instrumento de medida utilizado para valorar las actitudes de los encuestados ante una alerta epidemiológica fue la escala de medida publicada y validada por la profesora Heather Draper, tras obtener su permiso para la réplica de la misma⁷⁻¹⁰. La realización de las encuestas se realizó en el lugar de trabajo/estudio de los participantes, los cuales cumplimentaron la encuesta personalmente, garantizándoles su total anonimato. Para lograr la mayor tasa de respuesta posible, los miembros de equipo de investigación se responsabilizaron del trabajo de campo

acudiendo personalmente a los lugares de trabajo/estudio para incentivar a los trabajadores/estudiantes a cumplimentar el trabajo. Como paso previo, se solicitó la autorización de los responsables médicos y de enfermería de las unidades en las que se realizó el estudio, así como la colaboración de docentes universitarios para entrevistar a estos colectivos en sus horarios de trabajo/estudio.

En la [tabla 1](#) se recogió, además de los diferentes ítems que conforman la escala de medida utilizada, el porcentaje de entrevistados que habían declarado su predisposición, o no, a trabajar bajo las condiciones que describía cada ítem. A partir de estos resultados, se creó una nueva variable a partir de las respuestas afirmativas dadas por cada individuo entrevistado a los 12 ítems de la escala, dividiendo el número de respuestas afirmativas dadas por cada uno entre 12 y multiplicando el valor resultante por 100. Dicha variable representaba un proxy, es decir una aproximación a la variable objeto de análisis, que es la probabilidad de un profesional sanitario de acudir al trabajo ante una pandemia. La forma de operativizar esta probabilidad ha sido ya utilizada en el trabajo de Damery et al.⁸, en el que se señala que si bien esta probabilidad no puede ser considerada como un predictor del porcentaje del personal que puede acudir o no a sus puestos de trabajo en caso de pandemia al desconocer qué escenarios pueden tener lugar, sí debe ser considerada como un indicador de los factores que pueden aumentar o reducir la disposición del personal a trabajar en estas circunstancias, así como para identificar las intervenciones que pueden tener un impacto más significativo en la reducción de los niveles potenciales de absentismo laboral durante una pandemia.

Con esta nueva variable se realizó una segmentación de la muestra en 4 grupos: probabilidad muy baja de ir a trabajar (entre 0 y 25%), probabilidad baja (entre 26 y 50%), probabilidad media (entre 51 y 75%) y, finalmente, probabilidad alta (> 75%).

Los resultados obtenidos indican que el 40,4% presentan una probabilidad muy baja (entre 0 y 25%), el 39% una probabilidad baja (entre 26 y 50%), el 14,8% una probabilidad media (entre 51 y 75%) y, finalmente, solo el 5,8% una probabilidad alta (> 75%).

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que la probabilidad de absentismo laboral entre el personal sanitario analizado, en caso de una pandemia, podría ser muy elevada (94,2%) si consideramos a todos aquellos que no tenían una alta predisposición a trabajar en caso de pandemia, probabilidad que se reduce al 79,4% si tenemos en cuenta a los 2 primeros grupos. Este resultado revela la

Tabla 1 Predisposición de acudir a trabajar ante una pandemia de gripe

Ítems	Probable		No probable		No aplicable		No sé	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si hubiese un riesgo mayor de lo usual en infectarse en el trabajo y caer enfermo	161	58,1	47	17	6	2,2	57	20,6
Si hubiera un riesgo mayor de lo usual en infectar a su familia	77	27,8	116	41,9	11	4	68	24,5
Si se le pidiese que asumiera tareas adicionales para las cuales no ha sido entrenado/educado	47	17	157	56,7	12	4,3	57	20,6
Si se le pidiera que trabajara más horas	152	54,9	66	23,8	2	0,7	52	18,8
Si escuelas/guarderías u otras actividades escolares estuvieran interrumpidas	99	35,7	59	21,3	26	9,4	88	31,8
Si su pareja contrajese la enfermedad	108	39	72	26	30	10,8	63	22,7
Si sus hijos contrajeran la enfermedad	68	24,5	120	43,3	50	18,1	35	12,6
Si se le pidiera que trabajase en un hospital o centro sanitario diferente al habitual	122	44	65	23,5	6	2,2	79	28,5
Si hubiera restricciones de combustible con interrupción del transporte privado o público	68	24,5	72	26	11	4	121	43,7
Si tuviera que tomar decisiones sobre a quién no tratar/cuidar	82	29,6	56	20,2	15	5,4	119	43
Si tuviera que trabajar con voluntarios sin formación o con trabajadores ya retirados	119	43	95	34,3	5	1,8	54	19,5
Si sus amigos se estuvieran muriendo	122	44	66	23,8	7	2,5	77	27,8

necesidad de que las autoridades sanitarias actúen al respecto, ya que cualquier sistema sanitario podría ser incapaz de prestar sus servicios con esta probabilidad de absentismo. Es por lo que, para evitar situaciones de colapso del sistema por la ausencia de profesionales, se diseñen y ejecuten planes de contingencia *ad hoc* en los que estén implicados los distintos agentes del sistema sanitario. Obviamente, es fundamental llevar a cabo simulacros de entrenamiento periódicos, formando y motivando a los profesionales sanitarios, tanto en la atención como en la protección personal.

Además, se debe asegurar a los profesionales que van a disponer de todas las medidas de protección individual y el acceso prioritario a las vacunas y/o tratamientos necesarios. En este sentido, promocionar entre este colectivo la necesidad de vacunarse para evitar la transmisión de la enfermedad es una medida efectiva y necesaria, ya que los estudios recientes estiman que esta tasa de vacunación entre el personal sanitario es baja³⁻⁵. Esta situación ha propiciado que, incluso en determinados servicios sanitarios, se abogue por la obligatoriedad de la vacunación de los profesionales sanitarios como medida más efectiva para disminuir la transmisión de este tipo de enfermedades entre trabajadores y usuarios⁶. Esta primera medida, juntamente con el cumplimiento de las medidas higiénicas básicas, como es el lavado de manos, hace que los profesionales de la salud puedan convertirse en una barrera epidemiológica en la transmisión de agentes infecciosos.

Por otra parte, el apoyo de personal en formación, en este caso de estudiantes de enfermería, puede ser un elemento corrector de las ausencias que debe valorarse por sus repercusiones negativas, ya que, ante situaciones de colapso sanitario, utilizarlos si no tienen un mínimo entrenamiento en estas situaciones, puede convertirse en un elemento obsaculizador y no en un elemento facilitador.

Autoría

Los autores han colaborado en la concepción y diseño del manuscrito, la recogida de datos, el análisis e interpretación de los datos y, por último, en la redacción, revisión y aprobación del manuscrito remitido

Conflicto de intereses

No existe por parte de ninguno de los autores.

Bibliografía

1. Qureshi K, Gershon RRM, Sherman MF, Straub T, Gebbie E, McCollum M, et al. Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *J Urban Health*. 2005;82:378-88.
2. Balicer RD, Omer SB, Barnett DJ, Everly GS. Local public health workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health*. 2006;6:99.
3. Domínguez A, Godoy P, Castilla J, María Mayoral J, Soldevila N, Torner N, et al. Knowledge of and attitudes to influenza in unvaccinated primary care physicians and nurses. *Hum Vaccin Immunother*. 2014;10:2378-86.
4. Ozisik L, Tanriover MD, Altinel S, Unal S. Vaccinating health-care workers: Level of implementation, barriers and proposal for evidence-based policies in Turkey. *Hum Vaccin Immunother*. 2017;13:1198-206.
5. Tuckerman JL, Shrestha L, Collins JE, Marshall HS. Understanding motivators and barriers of hospital-based obstetric and pediatric health care worker influenza vaccination programs in Australia. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12:1-8.
6. Gruben V, Siemieniuk RA, McGeer A. Health care workers, mandatory influenza vaccination policies and the law. *CMAJ*. 2014;186:1076-80.

7. Draper H, Wilson S, Ives J, Gratus C, Greenfield S, Parry J, et al. Healthcare workers' attitudes towards working during pandemic influenza: a multi method study. *BMC Public Health*. 2008;8:192.
8. Damery S, Wilson S, Draper H, Gratus C, Greenfield S, Ives J, et al. Will the NHS continue to function in an influenza pandemic? A survey of healthcare workers in the West Midlands, UK. *BMC Public Health*. 2009;9:142.
9. Damery S, Draper H, Wilson S, Greenfield S, Ives J, Parry J, et al. Healthcare workers' perceptions of the duty to work during an influenza pandemic. *J Med Ethics*. 2010;36:12-8.
10. Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JI, et al. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2009;9:56.

B. Santana-López^a, Y.G. Santana-Padilla^b, J.D. Martín Santana^a y L. Santana-Cabrera^{b,*}

^a Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org (L. Santana-Cabrera).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.09.006>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Se realiza una adecuada interpretación del Real Decreto-Ley 5/2018, sobre protección de datos personales?



There are making an adequate interpretation of Royal Decree-Law 5/2018 about protection of personal data?

Sra. Directora:

EL Real Decreto-Ley 5/2018¹ (LOPD-2018) ha generado cambios en políticas de acceso de visitas a pacientes ingresados en hospitales que pueden afectar a la adecuación de sus cuidados.

Tres incidencias relacionadas con estos cambios son motivo para revisar la legislación sobre protección de datos.

Caso 1. Familiares de un paciente acuden a recepción para informarse del número de habitación. El administrativo informa: «debido a la nueva ley le está prohibido facilitar esta información». Acaban contactando por teléfono con el paciente. Acceden a la habitación sin informar a recepción y sin otros obstáculos.

Caso 2. Una amiga acompaña a una paciente para intervención de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Deja a la paciente y se va a aparcar el vehículo. Cuando llega a recepción, pregunta sobre su ubicación. En recepción le informan: «al no ser familiar no pueden informar de la ubicación. Hay que cumplir la nueva ley». Se esperó en la calle hasta que la paciente le llamó para que fuera a recogerla.

Caso 3. El médico de familia de una paciente en fase final de vida atendida en la unidad de paliativos solicita entrevista con el facultativo responsable para contrastar opiniones y evitar informaciones dispares. Tras 30 minutos de discusión «sobre el derecho a ser informado como médico de confianza», el médico hospitalario accedió a analizar y consensuar el tipo de información que se facilitaría.

Antes de la LOPD-2018¹, se hubiera dado el número de habitación; la amiga hubiera podido acceder a la sala de espera de CMA y la entrevista entre facultativos se habría realizado sin más.

El objetivo de la LOPD-2018, a la espera de aprobar el proyecto de ley orgánica, es «adecuar nuestro ordenamiento al reglamento europeo [...]»¹. Incluye 3 capítulos:

1. Inspección.
2. Régimen sancionador.
3. Procedimientos en caso de posible vulneración de la normativa.

La confusión puede venir según la interpretación de las leyes para aplicar sanciones¹⁻⁴. Pueden existir dudas de si la identificación de infracciones y su régimen sancionador se aplicará de acuerdo con el Reglamento⁴, o bien según la LOPD-1999², no adaptada.

¿Los cambios de actitud son debidos al miedo a la sanción, debido a un incumplimiento legislativo mantenido?

La solicitud de información sobre la ubicación de un paciente en el hospital está incluida en la definición de «tratamiento de datos personales»⁴.

El Art-18 de la Constitución-78⁵ hace referencia a garantizar el derecho a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. La LOPD-1999² recoge este principio. El Art-8 lo traslada a lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad.

Se deben tratar los datos de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado. Han de ser recogidos con fines determinados, explícitos y legítimos; adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario; y exactos, actualizados sin dilaciones⁴.

En los casos presentados, el tratamiento es lícito si «el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos»⁴ y si «el responsable es capaz de demostrar que aquel consintió el tratamiento de sus datos personales»⁴.

LOPD-1999²: «Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco: de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de estos y de los destinatarios de la información [...]». Así pues, no existen cambios en el espíritu de ambas leyes (española 1999 y europea 2016) ni en el R-1720/2007³. Desde 1999 es obligatorio que