

Guía

Prevención de riesgos psicosociales en el sector de **Sanidad:** **Atención especializada**

OBSERVATORIO
PERMANENTE

**RIESGOS
PSICOSOCIALES**



Guía

PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES
EN EL SECTOR SANIDAD: ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida o transmitida en forma alguna ni por medio alguno, electrónico o mecánico, incluidos fotocopias, grabación o por cualquier sistema de almacenado y recuperación de información, sin permiso escrito del editor.

Edita: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT
C/ Hortaleza, 88 (28004 Madrid)

Primera edición: Madrid, noviembre de 2008

Diseño gráfico y de cubierta: Liquid Concept, Comunicación y Diseño
Impresión: Da Vinci, S.A.

Depósito Legal:

Guía

Prevención de Riesgos Psicosociales en el sector **Sanidad:** **Atención Especializada**

OBSERVATORIO
PERMANENTE

RIESGOS

PSICOSOCIALES



Índice

I. INTRODUCCIÓN	7
II. CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL, OCUPACIONAL Y SOCIO DEMOGRÁFICA DEL SECTOR.....	11
III. MAPA DE RIESGOS EN SANIDAD ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	21
A. Riesgos generales	21
B. Riesgos psicosociales en el sector.....	25
B.1 Estrés laboral.....	34
B.2 Síndrome del quemado o burnout.....	37
B.3 Violencia en el trabajo	40
B.4 Acoso laboral	42
IV. RIESGOS REALES DEL SECTOR SEGÚN EL TRABAJO DEL OBSERVATORIO PERMANENTE DE RIESGOS PSICOSOCIALES	45
V. ACCIÓN PREVENTIVA: PROPUESTAS/SOLUCIONES.....	63
A. Marco de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. ¿Qué puede hacer el Delegado de Prevención?	63
B. Ejemplos de buenas prácticas	68
VI. ANEXOS	71
Anexo I: Jurisprudencia relacionada con los riesgos psicosociales.....	71

Anexo II: Acuerdo Marco europeo sobre estrés laboral	72
Anexo III: Acuerdo Marco europeo sobre acoso y violencia en el trabajo.....	77
Anexo IV: Bibliografía, normas, Notas Técnicas y enlaces de interés.....	80
Anexo V: Publicaciones del Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales.....	83



I. INTRODUCCIÓN

La defensa de la salud como derecho fundamental de los trabajadores, cualquiera que sea la empresa y sector, es un objetivo prioritario del sindicato. Aún hoy esta prioridad nos exige, lamentablemente, una intensa labor de lucha contra la “siniestralidad laboral”, viéndonos obligados a concentrar nuestros esfuerzos y recursos en evitar que los/as trabajadores/as pierdan su salud, entendida como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de accidente” (Definición de la OMS 1946).

Sin embargo, no podemos en modo alguno hacer caso omiso, o infravalorar, las indicaciones y compromisos que nos llegan de los Organismos Internacionales más prestigiosos en materia de salud laboral –UE, OIT, OMS–. Estas instituciones competentes y máximamente autorizadas, vienen insistiendo desde principios del Siglo XXI en la necesidad de adoptar nuevos enfoques en materia de prevención de riesgos profesionales y atender a “nuevos”, o más bien “emergentes” riesgos, hasta el

punto de situar como principales problemas de salud laboral la presencia creciente tanto de los “*riesgos ergonómicos*” cuanto de los “*riesgos psicosociales*”.

Estos riesgos profesionales emergentes no tienen la misma incidencia en todos los sectores de actividad. En este sentido, los más relevantes Informes y Documentos de esos Organismos evidencian que determinados sectores sufren con mayor intensidad el impacto de tales riesgos, destacando en especial el macro-sector de “Servicios”, hoy tendencialmente dominante en nuestro sistema económico, por dar empleo a un mayor número de personas que los tradicionales sectores industriales.

Pues bien, el sector de la sanidad, en este caso la Atención Especializada, aparece como uno de los más afectados, tanto por el estrés laboral, como por los fenómenos de violencia en el trabajo. Por lo que ha de realizarse una significativa concienciación y acción tanto de identificación de tales riesgos –medición o evaluación– como de acción preventiva –intervención–. A este respecto, numerosos factores tales como, los ritmos inten-

sos de trabajo, multiplicidad de tareas, inestabilidad laboral..., hacen que la incidencia y magnitud de estos... hacen que la incidencia y magnitud de estos... sean de gran relevancia.

En este contexto, los problemas suscitados van más allá de la “insatisfacción laboral”, pues se trata de realidades que afectan muy negativamente a la misma salud de los trabajadores del sector de Atención Especializada.

El riesgo laboral más importante que sufre el trabajador de Atención Especializada es el motivado por los condicionamientos psicosociales, íntimamente ligados a la organización y al tipo de relaciones que se establecen en ella, tanto entre compañeros como con superiores y pacientes. Estos riesgos producen altos índices de estrés motivados por la alta concentración intelectual que requiere el trabajo, unido al alto grado de incertidumbre, presión por parte de la propia organización y de los pacientes, así como de un permanente estado de falta de control de la situación y una satisfacción laboral escasa.

Según la OIT, casi una cuarta parte de todos los incidentes violentos en el trabajo se producen en el sector de la Sanidad y considera que “el acceso de las personas a una atención sanitaria de calidad, puede verse amenazado cuando los agentes de atención sanitaria trabajan bajo tensión a causa de la escasez de personal, unas retribuciones bajas, el trabajo por turnos, trayectos penosos hasta el lugar de trabajo y otras circunstancias que les vuelven particularmente vulnerables al estrés y a la violencia, haciendo incluso que muchos lleguen a aban-

donar la profesión por esos motivos”. La personalidad de los pacientes, la situación económica y social del país, y la organización y condiciones de trabajo son para este organismo los tres factores de riesgo de violencia más importantes, aunque los factores relacionados con la empresa son esenciales.

Esta Guía, la segunda elaborada, desde el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, para los trabajadores del sector de Sanidad, en este caso Atención Especializada, tras la publicación de la guía de “Prevención de riesgos psicosociales en el sector de Sanidad Atención Primaria”, pretende ser una nueva llamada de atención.

Los Organismos Internacionales no ocultan las dificultades para la prevención de los riesgos psicosociales. Ahora bien, sí evidencian de forma inequívoca que es posible una actividad de gestión en la empresa conducente a la reducción, o cuando menos al control, de los mismos, contando a día de hoy ya con una doctrina científica y un instrumental técnico razonablemente elaborados para intervenir eficazmente sobre ellos. En consecuencia, es opinión difundida, que comparte plenamente este sindicato, que la acción preventiva para evitar los efectos nocivos de los riesgos psicosociales no sólo es posible, sino que su marco adecuado, para la salud integral de los/as trabajadores/as, es el de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante LPRL).

Precisamente, en esta Dirección hemos avanzado ya, en el marco del Diálogo Social Europeo. Primero con la



incorporación al Acuerdo de Negociación Colectiva del Acuerdo Marco Comunitario sobre gestión del estrés relacionado con el trabajo.

Después, con la firma, el 26 de abril de 2007, de un Acuerdo Comunitario sobre otro gran riesgo psicosocial, las diversas formas de violencia en el trabajo, sobre todo la “psíquica”, que incluye el acoso.

Es en este contexto de renovación e intensificación del compromiso sindical con una aplicación efectiva e integral de la LPRL, en el que presentamos esta Guía. Con ella pretendemos:

Por un lado, realizar una llamada de atención para alertar —sin alarmar— sobre la gravedad del problema en el sector de Sanidad, provocando la concienciación sobre los mismos y la necesidad de proceder a su identificación.

Por otro, poner una herramienta útil a disposición de Delegados/as de Prevención, así como para los propios trabajadores/as, que les proporcione una información clara y actual sobre los riesgos psicosociales inherentes a su sector, y que les permita conocer y aplicar medidas para mejorar su salud laboral.



II. CARÁCTERIZACIÓN INSTITUCIONAL, OCUPACIONAL Y SOCIODEMOGRÁFICA DEL SECTOR

El sector objeto de estudio de esta Guía, la “Atención Especializada” en nuestro país, forma parte del Sistema Nacional de Salud –en adelante SNS–. Por consiguiente antes de centrarnos propiamente en el concepto de Atención Especializada, vamos a comentar brevemente qué es y cómo se estructura el SNS. El SNS es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración General del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, que integra todas las prestaciones y funciones sanitarias, que según la ley son responsabilidad de los poderes públicos.

El fundamento del SNS es que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral, conforme al artículo 43 de la Constitución Española (CE). En consecuencia, es evidente que viene experimentando, en todas las CCAA, una intensa y continuada “presión asistencial”, en paralelo al incremento continuo y a los cambios demográficos y culturales de la población asistida.

El SNS se caracteriza básicamente por los siguientes rasgos:

1. *Universalización de la atención sanitaria.*
2. *Accesibilidad y desconcentración.* Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentado la regionalización sanitaria, situando los diferentes servicios lo más cercanos posibles de donde vive y trabaja la población. Así reduciría la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.
3. *Descentralización.* Desde el 2002 se ha llevado a cabo distintos procesos para transferir la sanidad a las Comunidades Autónomas. De forma que cada una gestiona sus recursos sanitarios. Salvo en Ceuta y Melilla, donde sigue correspondiendo este cometido a la Administración General del Estado.
4. La base de la atención sanitaria es la *Atención Primaria como paso previo a la Atención Especializada*. La definición más común de Atención Primaria, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y social-

mente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

5. *Participación de la comunidad.* Los ciudadanos participen en la orientación y el control del funcionamiento del SNS, a través de los órganos de gestión local y regional.

El mencionado derecho constitucional, se puede ejercer a través de los criterios y **principios recogidos en la Ley 14/1986 de 25 de abril o Ley General de Sanidad.** Esta Ley, produce una importante reforma en el SNS, estructurándolo en dos niveles de asistencia: Primaria y Especializada. Además de recoger el tema tan sumamente importante de la coordinación sanitaria a nivel estatal, mediante instrumentos de colaboración y creando un órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del SNS, recogido posteriormente en la Ley 16/2003 de 28 de mayo sobre cohesión y calidad del SNS.

La Atención Primaria queda como centro del sistema sanitario, refiriéndola al centro de salud y al equipo de Atención Primaria. La **Atención Especializada** se presenta con todos los recursos de los especialistas de un área sanitaria, integrados en un servicio jerarquizado, con sede en el hospital, si bien con puntos de atención próximos a la población, convirtiéndose en consultas ex-

ternas hospitalarias. Este segundo nivel, Atención Especializada, cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste del SNS, a los que se accede por indicación de los facultativos de Atención Primaria. La Atención Primaria, hace referencia a programas de promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación. La Atención Especializada, complemento del anterior nivel, se realiza en hospitales y centros de especialidades con recursos técnicos adecuados. En ambos la asistencia sanitaria se lleva a cabo por equipos de profesionales multidisciplinares, con una profesionalidad de base común.

El concepto de Atención Especializada se encuentra en el anexo III, del Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

La Atención Especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras su conclusión, el paciente y su información clínica retornan al médico de Atención Primaria, quien al disponer del conjunto de datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global.



HOSPITALES 2005		
POR TITULARIDAD	Nº CENTROS	Nº CAMAS
Públicos civiles	293	103.592
Ministerio de Defensa	8	1.460
Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales	24	1.792
Privados benéficos	121	20.007
Privados no benéficos	333	31.075
TOTAL	779	157.926
<i>Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Catálogo Nacional de Hospitales</i>		

Otra clasificación de los hospitales, es por su **finalidad asistencial**, del Catálogo Nacional de Hospitales 2008, actualizado a 31 de Diciembre de 2007:

1. General	9. Oftálmico u O.R.L.
2. Quirúrgico	10. Traumatológico y/o Rehabilitación
3. Maternal	11. Rehabilitación psico-física
4. Infantil	12. Médico-quirúrgico
5. Materno-infantil	13. Geriátrica y/o Larga estancia
6. Psiquiátrico	14. Otros monográficos
7. Enfermedades del tórax	15. Leprológico o dermatológico
8. Oncológico	16. Otra Finalidad.

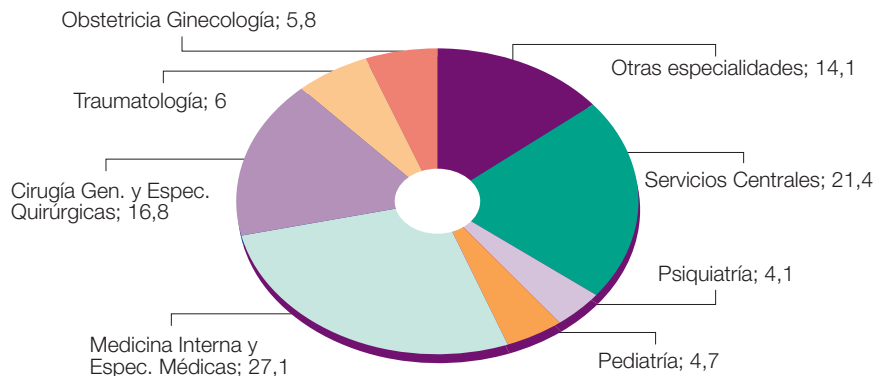
Para indicar un número de trabajadores de la forma más actual y real posible, nos hemos fijado en las Estadísticas de los Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, **ESCRI**, como parte del Plan Estadístico Nacional. Así a finales de Diciembre del 2006 en los hospitales y sus centros de especialidades, trabajan 466.865 profesionales vinculados mediante contrato, como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial. Esta cifra no incluye al personal en formación postgrado (MIR o médicos internos residentes, otros residentes...), de los cuales un 72% son mujeres. Tenemos que añadir a estas categorías 28.283 colaboradores habituales, de los que un 27% son mujeres.

El personal sanitario es el colectivo más numeroso dentro del personal vinculado, ya que con 339.378 efectivos, representa del total, el 72,7%. Respecto a las categorías, de cada 100 sanitarios, 21

son médicos 72.186; 39 personal de enfermería 133.725; y 37 auxiliares de enfermería 126.208. Aunque para esta Guía nos hemos centrado más dentro del personal sanitario en

médicos, ATS-DUES, y auxiliares, y en el personal no sanitario (asistentes sociales, celadores y personal de oficios...) en administrativos y auxiliares administrativos.

MÉDICOS POR GRUPOS DE ESPECIALIDADES 2006



Son Servicios Centrales: análisis clínicos, microbiología, radiodiagnósticos...

En cuanto a las **actividades** financiadas por el SNS, los trabajadores de Atención Especializada tienen que atender más de 3,8 millones de altas hospitalarias anua-

les, unos 60 millones de consultas, 18,3 millones de urgencias y más de 2,9 millones de intervenciones quirúrgicas. En concreto y para ver la magnitud de sus trabajos según últimos datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, obtuvimos lo siguiente:

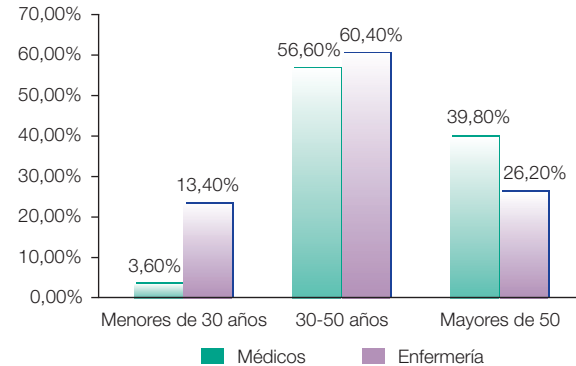


Altas (miles)	3.871,9
Altas por 1.000 habitantes	92,2
Consultas (miles)	60.078,0
Consultas por 1.000 habitantes	143,0
Urgencias (miles)	18.345,4
Urgencias por 1.000 habitantes	436,7
Actos quirúrgicos (miles)	2.928,8
Actos quirúrgicos por 1.000 habitantes	69,7
<i>Fuente: Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado en hospitales públicos y privados 2003</i>	

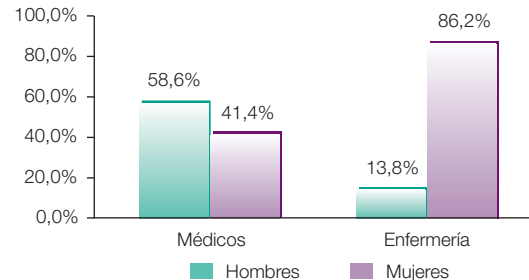
La progresiva **feminización** en la profesión médica y su mantenimiento en enfermería, supone un cambio sociológico y laboral que afecta al sector sanitario, ya que las condiciones de este tipo de trabajo se deben inclinar por la necesidad de adecuarse a mayores exigencias con la conciliación de la vida laboral y familiar.

Los datos cuantitativos en las variables de **sexo y edad**, en las dos categorías más representativas del personal sanitario de Atención Especializada según el último Informe del Ministerio de Sanidad, son:

ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR EDAD. 2006



ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR SEXO. 2006



Ambas estadísticas se elaboraron a partir de los datos aportados por las CCAA, 2006.

Para terminar este apartado y en enlazarlo con el siguiente, conviene indicar que **el conjunto de un hospital se compone de varios subsistemas** que interactúan entre sí. Los más importantes son:

Subsistema Asistencial áreas con función asistencial, es decir, profesionales que dan una atención di-

recta. Destacan dos áreas, consultorios externos para pacientes con problemas ambulatorios, que al ser cada vez más frecuentes suponen un mayor esfuerzo; y áreas de internación para pacientes que sí necesitan hospitalización.

Algunos ejemplos serían los siguientes:

Categoría profesional	Profesiones específicas
Profesiones de diagnóstico	Médicos
	Odontólogos
Profesiones de evaluación y tratamiento	Enfermeras/os titulados
	Farmacéuticos
	Ayudantes de médicos
	Terapeutas
	Optometristas
	Dietistas y técnicos en nutrición
Asesoramiento	Trabajadores sociales

Subsistema Administrativo-Contable. Formado por áreas como: admisión e ingreso de pacientes, otorgamiento de turnos para consultorios externos, recursos

humanos, auditoría, facturación... Por tanto, se incluye toda oficina que trabaje con el público en algún proceso o trámite de documentación.



Categoría profesional	Profesiones específicas
Servicios administrativos	Personal de facturación
	Trabajos administrativos en consultorios médicos
	Telefonistas
	Profesionales de tratamiento de la documentación

Subsistema Gerencial está compuesto por gerencias o Direcciones. Destaca la Gerencia Médica, porque organiza el funcionamiento global del hospital, sus políticas de prevención, diagnóstico, presupuesto...

Subsistema de Información. Soporta las redes de computadoras y programas diseñados especialmente

para el correcto funcionamiento de todas las áreas del hospital. Generalmente manejado por un Departamento o Gerencia de Sistemas de Información.

Subsistema Técnico. Son todas las dependencias que proveen bioingeniería, soporte y mantenimiento preventivo. Ejemplos:

Categoría profesional	Profesiones específicas
Técnicos sanitarios	Técnicos de servicios de urgencia
	Técnicos de radiología

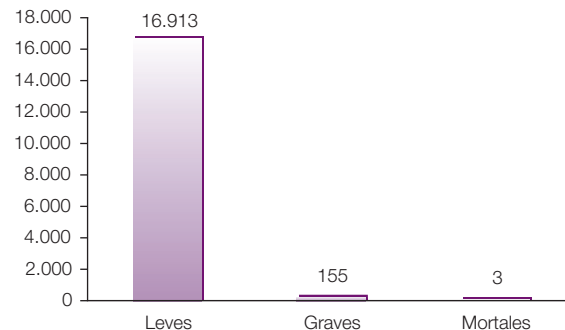
Subsistema de Docencia e Investigación. Algunos ejemplos son:

Categoría profesional	Profesiones específicas
Profesiones científicas	Científicos médicos
Personal de laboratorio	Técnicos de laboratorio

En éste subsistema, destaca la falta de protección absoluta de los alumnos de las facultades de odontología/ medicina, de escuelas de enfermería y otros centros; al no ser trabajadores en el sentido jurídico y técnico. Pero deberían ser considerados como trabajadores sanitarios, como lo recoge la OIT en su Enciclopedia, porque con frecuencia colaboran o ejecutan procedimientos invasivos, como la extracción de sangre o tareas de laboratorio con líquidos corporales.

En cuanto a la **siniestralidad** , según la información más actual que hemos encontrado tenemos un avance de datos cuantitativos sobre accidentes con baja en jornada de trabajo, clasificados según su gravedad. Antes conviene prevenir que dichos datos que exponemos en el gráfico siguiente están dentro del sector servicios y en concreto en la rama “Actividades sanitarias y veterinarias. Servicios Sociales”, sin diferenciar cuáles son realmente los que corresponden a los trabajadores objeto de estudio ni los de Atención Primaria y Especializada, porque son datos totales de dicha rama a la cual ambos colectivos pertenecen. El conjunto de estos accidentes es 17.071, que vienen distribuidos de la siguiente manera:

AT AVANCE ENERO-MAYO 2008



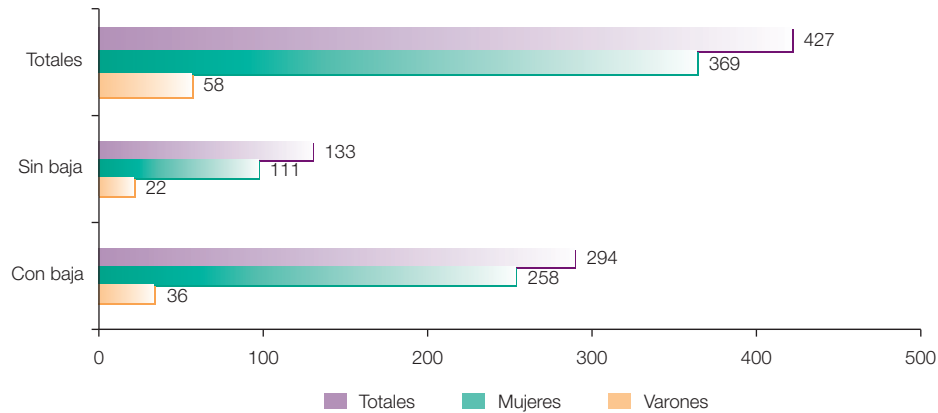
Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

En cuanto a las enfermedades profesionales, al ser la misma fuente hay que tener en cuenta la misma salvedad. Éstas vienen diferenciadas por sexo y en cada uno si son con o sin baja:

	CON BAJA	SIN BAJA	TOTALES
VARONES	36	22	58
MUJERES	258	111	369
TOTALES	294	133	427



EP ENERO-MAYO 2008



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales



III. MAPA DE RIESGOS EN SANIDAD ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A. RIESGOS GENERALES

Hablamos de “riesgos generales” para referirnos a los estudiados por las especialidades tradicionales de Seguridad, Higiene y Ergonomía que sirven para eliminarlos en origen, o si no es posible reducir sus consecuencias. Este enfoque tradicional se ha centrado principalmente en los riesgos causados por agentes químicos, físicos y biológicos; ya que su uso en los hospitales es una constante dentro de sus líneas de actuación. Sin embargo tal y como se ha justificado en la Introducción hay que realizar un mayor esfuerzo frente a los riesgos objeto de la presente Guía, los “psicosociales” y por esta razón sólo haremos una breve mención de los “riesgos generales”.

Respecto a estos “riesgos generales”, al igual que con los riesgos psicosociales como luego veremos, son riesgos laborales en los que los empresarios tienen la obligación primero de evitarlos y en caso de que no sea posible, deben reducir las consecuencias negativas para el

trabajador. Así las Administraciones Sanitarias como empleadoras, también deben cumplir esta obligación básica de proteger eficazmente a sus profesionales frente a todo riesgo que puedan tener en sus lugares de trabajo, en este caso en los hospitales; según la normativa básica de prevención, Ley 31/95, de 8 de Noviembre, LPRL y el Reglamento de Servicios de Prevención 39/97 (o RSP).

Desde los años 90, la asistencia especializada pública estructurada tradicionalmente en dos niveles, ambulatorio y hospitalario, ha pasado a una forma nueva de organización.

Unificando e integrando funcionalmente el hospital y sus centros de especialidades dependientes, en un único nivel de asistencia especializada. De esta manera los recursos materiales y humanos son comunes para los distintos centros de Atención Especializada, y en algunos casos de Atención Primaria del Área Sanitaria. Este pro-

ceso de organización en Atención Especializada se encuentra más o menos desarrollado según cada demarcación geográfica, pudiendo presentar características particulares diferentes según la Comunidad Autónoma.

Además un hospital puede estar constituido por un único centro hospitalario, o dos o más que se integren en el complejo hospitalario. Por tanto, un complejo hospitalario puede estar constituido por dos o más hospitales incluso distantes entre sí y uno o varios centros, por lo que habría que contar con la coordinación entre ellos para la gestión de los riesgos laborales, según RD 171/04 que desarrolla el artículo 24 de la LPRL.

Por todas estas realidades presentes en este sector sanitario, tan complejo y variable, hemos seleccionado ciertos “riesgos generales”, por no ser la materia de esta

Guía, según las especialidades preventivas recogidas en el RSP. Aunque, antes hay que recordar condorme a la LPRL, los siguientes conceptos básicos:

Factor de riesgo (causa) es todo elemento o circunstancia relacionada con el trabajo, relevante para producir o desarrollar un “riesgo” y que por tanto debe atenderse para su prevención.

Riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado “daño” derivado del trabajo.

Mientras que por **daño**, hemos de entender toda materialización del riesgo, es decir consecuencias negativas en la salud del trabajador –lesión, enfermedad, síndrome...–, porque se sigue el concepto amplio instaurado por la OMS (salud es el estado de bienestar completo físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de AT y EP).



RIESGOS DE LA ESPECIALIDAD DE SEGURIDAD

Causas	Riesgo	Consecuencias	Prevención
Suelos sucios, irregulares, recién fregados. Medicación u otros obstáculos por el suelo. Falta de iluminación. Escaleras sin elementos antideslizantes,...	Caídas resbalones y tropiezos	Traumatismos	Instalar suelos antideslizantes y de fácil limpieza. Advertir con carteles los suelos mojados. Mantener escaleras secas, libres de obstáculos...
Falta orden y limpieza. Inflamables y combustibles, oxígeno y gases anestésicos. Aparatos eléctricos portátiles defectuosos. Acumulación de electricidad estática Fallos en los sistemas de emergencias y evacuación...	Incendios y/o explosiones	Asfixia, quemaduras,...	Señalizar vías de evacuación y equipos contra incendios. Orden y limpieza. Información y formación. Normas internas ante emergencias. Mantenimiento de autoclaves...
Instalaciones eléctricas sin revisar. Operarios de mantenimiento sin elementos de protección como alfombras y guantes aislantes...	Contactos eléctricos	Principales: quemaduras, ... Secundarias: caídas, ...	Evitar sobrecarga del ladrón. Mantenimiento periódico de la puesta a tierra. Reglamentos de Alta y Baja tensión...
Falta orden y limpieza. Deficiencias en los espacios y utensilios de trabajo...	Choques golpes y cortes	Lesiones músculo-esqueléticas,...	Cerrar cajones y puertas. Guardar útiles cortantes tras su uso...
Máquinas de corte de huesos sin protección. Carecer de gafas de seguridad...	Proyecciones de fragmentos o partículas	Lesiones oculares y en la cara	Usar protecciones de partículas líquidas/sólidas. Usar pantallas o gafas de seguridad para ojos y cara...

RIESGOS DE LA ESPECIALIDAD DE HIGIENE

Causas	Riesgo	Consecuencias	Prevención
<p>Sierra sin extracción localizada de aire. Contacto con sangre sin protección. Omitir tratamientos de esterilización. Comer, beber o fumar en las instalaciones. No disponer de cabina de seguridad biológica...</p>	<p>Exposición a contaminantes biológicos</p>	<p>Alergias, trastornos respiratorios y en la piel, infecciones por pinchazos...</p>	<p>Limpieza y mantenimiento de filtros y conducciones del aire acondicionado. Usar equipos de protección individual (epis). Protocolos de vigilancia médica...</p>
<p>Inadecuado uso de productos químicos en general y cancerígenos en particular: óxido de etileno, formaldehído, anestésico, solventes orgánicos, citostáticos...</p>	<p>Exposición a agentes químicos</p>	<p>Alergias, trastornos respiratorios y en la piel, malformaciones congénitas, daños en diversos órganos...</p>	<p>Mantener los recipientes cerrados. Ventilar correctamente. Usar epis. Aplicar fichas de seguridad y normas de almacenaje...</p>
<p>Protecciones inadecuadas al tipo de radiación. Carecer de normas de emergencias. Falta supervisión. Carecer de pipetas mecánicas. Superficies de trabajo porosas o con fisuras. Administración sin guantes y con ropa de calle. Falta temporizador...</p>	<p>Exposición a radiaciones</p>	<p>Somáticas, genéticas, teratogénicas...</p>	<p>Revisar equipos por personal cualificado. Señalización de zonas de exposición. Controles dosimétricos mensuales al personal expuesto. Recipientes especiales para residuos radiactivos...</p>
<p>Deficiencias en maquinas. Material sin amortiguación...</p>	<p>Exposición al ruido</p>	<p>Pérdida auditiva, fatiga ...</p>	<p>Aislar o sustituir la fuente de ruido. Informar...</p>



RIESGOS DE LA ESPECIALIDAD DE ERGONOMÍA

Causas	Riesgo	Consecuencias	Prevención
Dimensiones para piernas insuficientes. Carecer de pausas. No informar/formar a los trabajadores...	Exposición a pantallas de visualización de datos (PVD)	Trastornos visuales, músculo esqueléticos, cefaleas, fatiga...	Aplicar RD 488/97 de PVD. Informar y formar a trabajadores...
Alto número de conversaciones simultáneas...	Disconfort acústico	Fatiga, efectos endocrinos/respiratorios...	Información y formación...
Permanecer la mayor parte de jornada de pie...	Fatiga física postural	Trastornos músculo-esqueléticos, cardiovasculares...	Informar/formar. Calzado ergonómico...
Deber manejar muy frecuentemente muchos pacientes sin medios auxiliares...	Manipulación manual de cargas (MMC)	Trastornos músculo-esqueléticos...	Cumplir RD 487/97 de MMC. Usar medios mecánicos...

B. RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL SECTOR

Los trabajadores de Atención Especializada, además de sufrir estos “riesgos generales”, cada vez acusan más otro tipo de riesgos de naturaleza psicosocial (síndrome del quemado, violencia laboral...) al dedicarse a actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabili-

tación y cuidados, promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedades. Porque son acciones complejas, que les exigen más contactos directos y constantes con otras personas que dependen de ellos física y emocionalmente. Esta situación con pacientes y/o

sus familiares, les diferencia de la relación que tienen otros profesionales de otros sectores con sus clientes.

Los riesgos psicosociales constituyen problemas en la salud física, psíquica y social de estos trabajadores. Hay innumerables factores que así lo demuestran relacionados con una mala gestión de la organización del trabajo, que dificulta las relaciones entre compañeros y departamentos. Además en este sector influye, los crecientes fenómenos de la inmigración y el envejecimiento de pacientes, y consecuentemente el aumento de sus exigencias mentales o cognitivas, ya que tienen que tomar decisiones que afectan al cuidado de los pacientes, la implicación emocional constante con los mismos, una estructura jerárquica en evolución, y además la variedad y complejidad de tareas. También afecta la aplicación cada vez más frecuente de las nuevas tecnologías (programas informáticos, nuevos equipos...), pero sin soporte formativo e informativo a los trabajadores por parte de sus empleadores.

Se añade que un hospital al ofrecer servicios sanitarios no puede cerrar nunca, obligando a que gran parte de su plantilla tenga que trabajar a turnos. En muchos hospitales existen presiones para reducir los costes, así la dotación del personal ha disminuido apreciablemente en los últimos años, dejando unos niveles elevados de estrés y un absentismo superior a la media.

Antes de tratar cada uno de los riesgos psicosociales que afectan a los trabajadores de este sector, vamos a empezar a explicar brevemente los factores psicosociales,

es decir las causas, empleando la clasificación de dos grandes áreas conectadas, principalmente los factores objetivos y por otro lado factores subjetivos. Esta clasificación “multi-causal” tiene la particularidad de ser abierta, dada la complejidad de la naturaleza psicosocial de los mismos, la enorme interrelación que guardan unos con otros y la difícil, pero no imposible tarea de relacionar la/s causa/s con el daño o daños psicosocial/es. La tipología que hemos seleccionado de estos dos grandes grupos, se corresponde con la utilizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (en adelante INSHT), para destacar los factores objetivos sobre los subjetivos:

FACTORES PSICOSOCIALES OBJETIVOS

► **Entorno ambiental.** Son factores que además de afectar a la seguridad de las personas en el trabajo, también deben estudiarse desde un enfoque psicosocial porque son capaces de alterar el confort y bienestar del trabajador:

- **Los espacios de trabajo** como serían los servicios, salas y zonas recorridas desde que se entra en el hospital hasta que se sale al final de la jornada (ascensores, vestuarios...). Por ejemplo si son reducidos pueden causar disconfort y estrés al trabajador, además de trastornos físicos, porque le obligan a adoptar durante un largo tiempo una misma postura, produciéndole mayor fatiga y consecuentemente mayor esfuerzo para conseguir su trabajo.



- **Calidad del aire.** En numerosos centros sanitarios se han detectado problemas con la calidad del aire en el interior de las instalaciones. Además la calidad del aire depende de ciertas variables como *la temperatura del aire, la temperatura relativa media, la humedad relativa y la velocidad del aire*. Con el término del confort térmico, nos referimos al balance térmico corporal, es decir que la temperatura del cuerpo humano debe mantenerse en torno a los 37° C, proporcionando un equilibrio entre la producción del calor corporal y la pérdida del mismo.

Si este principio no se consigue en las instalaciones del hospital, en este caso, estaríamos hablando del “edificio enfermo” y por tanto de disconfort para el trabajador.

Este disconfort es una de las posibles causas que desencadenan bajo rendimiento en el trabajo y estrés laboral, debido a la dificultad en la concentración para realizarlo. Esto subraya la enorme importancia de las decisiones relativas al proyecto y mantenimiento de edificios destinados a la asistencia sanitaria. Especial atención merecería este factor en áreas tales como: lavanderías, cocinas, cuartos de calderas, laboratorios, quirófanos...

- **El ruido.** En este caso no nos referimos tanto al ruido mecánico capaz de deteriorar la audición (más de 85 dBA) que recogimos dentro de los riesgos de

Higiene, sino al ruido producido por la degradación del entorno, el trabajo administrativo y la prestación de asistencia (65- 85 dBA) o por debajo, pero que pueden alterar las capacidades de concentración y elevar innecesariamente el esfuerzo que ya tienen que soportar los trabajadores, dificultando la relación entre los mismos o con sus pacientes e incluso el desarrollo de sus tareas.

- Una **iluminación** inadecuada además de incrementar la posibilidad de materializar los accidentes; también puede ser causa de insatisfacción, falta de rendimiento y estrés en el trabajador, además de trastornos visuales, porque le obliga a un mayor esfuerzo y concentración en su trabajo.

► **Concepción y contenido de las tareas.** Área que significa cómo es el trabajo y cómo se realiza temporalmente, para poder valorar la utilidad del mismo tanto por el propio trabajador como por la empresa y la sociedad en general. Este grupo engloba los siguientes factores objetivos:

- *Carga de trabajo* es el conjunto de esfuerzos que el trabajador tiene que realizar para desempeñar su trabajo. Según la proporción que más predomine, hablamos de carga física o **carga mental**. Ésta última es la que más nos interesa para la presente Guía. En ambas podemos hacer una subdivisión por sus aspectos cuantitativos (ejemplo número de pacientes a los que atender) y por su faceta cuali-

tativa en cuanto a complejidad, responsabilidades, repetitividad de las tareas... (ejemplo tensión producida por la utilización del equipo básico como: camas, carros para el servicio de comidas, equipo móvil de rayos x,...). Además hay que diferenciar sobrecarga, de la situación contraria o infra carga. La primera existe si los esfuerzos sobrepasan las capacidades del trabajador (ejemplos de capacidades: concentración, estar en alerta para tomar una decisión...).

Para **evaluar en los centros hospitalarios la carga mental**, podríamos usar los indicadores del INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo), que resumimos:

- Promedio diario de pacientes autónomos, semi dependientes y totalmente dependientes.
- En cada uno de estos tres tipos de pacientes, sus porcentajes por edad, hasta 12 años, de 12 a 65 y de 65 o más años.
- Promedio de pacientes crónicos y terminales.
- Durante el último año, porcentaje de pacientes fallecidos sobre el total de atendidos.
- Si el trabajo exige respuestas frecuentemente en situaciones críticas (alteración grave, riesgo de muerte...).
- Continuas interrupciones, por llamadas telefónicas, por los pacientes, por el funcionamiento de los equipos de trabajo...

- Especificar si se da con frecuencia algún tipo de agresión verbal por parte de los pacientes o familiares.
- Si existen habitualmente situaciones de inseguridad o incertidumbre por falta de información (administración de medicamentos, peticiones de los pacientes...).
- Si la comunicación relativa al trabajo entre compañeros/as de un mismo servicio o de diferentes servicios, presenta con frecuencia dificultades.
- Frecuentes demoras o faltas de coordinación entre varios servicios.
- Si el trabajo impide ausentarse momentáneamente.
- Si en las sesiones clínicas en general, participan exclusivamente los médicos.
- Las órdenes se suelen transmitir oralmente.
- Repetida atención simultánea a varias tareas.

En España hay distintas situaciones sociales que podemos afirmar que afectan a la carga de trabajo de los profesionales de Atención Especializada. Éstas serían: alto grado de envejecimiento de la población, comparativamente hablando con el que caracteriza a otros países europeos con similar desarrollo económico, fuerte inmigración, y aplicación cada vez mayor de las nuevas tecnologías. Todos estos factores suponen un gran esfuerzo por parte de los trabajadores de Atención Especializada ya sea del personal sanitario o del no sanitario.



- **Autonomía y ritmo de trabajo.** La **autonomía** en el trabajo se refiere a todas las posibilidades del trabajador, para decidir distintos aspectos que afecten en mayor o menor medida al desempeño de su trabajo. Dichos aspectos pueden estar relacionados con:
 - *La organización del trabajo* (normas, objetivos...)
 - *Realización de tareas* (métodos, orden...)
 - *Y/o con el tiempo de trabajo* (distribución de las pausas, horario, vacaciones, ritmo de trabajo...).
 Así por ejemplo, los administradores de los centros sanitarios deberían conceder autonomía al personal que se encuentre a su cargo, para elaborar estrategias tendentes a conciliar una carga de trabajo que no influya negativamente en la salud de los y las trabajadores/as, con la calidad de la asistencia sanitaria especializada que prestan.
- Entre los aspectos a decidir hemos nombrado, para que el trabajador pueda sentir que tiene cierto control sobre su trabajo, el **ritmo de trabajo**; es decir la velocidad, frecuencia, nivel de intensidad y atención en el desempeño de sus tareas con el fin de conseguir unos resultados. Normalmente la mayor parte de la jornada es programada con muy poca flexibilidad para el trabajador en los centros hospitalarios, situación que aumenta su fatiga y estrés, siendo esta continua presión del tiempo una de las principales causas de desmotivación para estos profesionales.

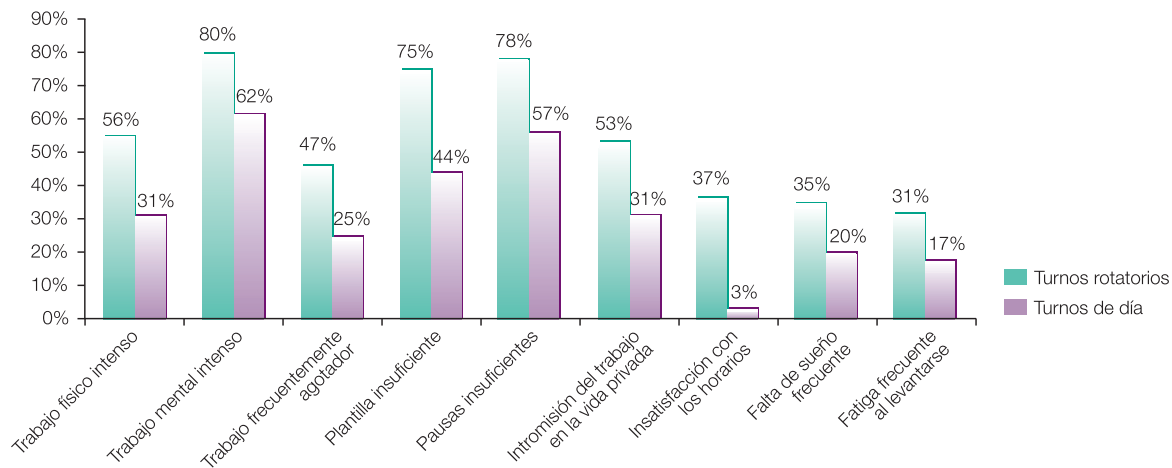
- ▶ **Organización del trabajo.** Dentro existen varios subfactores que vamos a explicar uno a uno. Pero antes y debido a su influencia dentro de la organización de trabajo queremos realizar una breve referencia a una queja patente por distintos medios de comunicación, que se gaste muy poco en el sector de sanidad. El despilfarro general sanitario aparece como consecuencia del sistema autonómico. Pero la correcta actuación en el gasto sanitario, no se encuentra sólo en la cantidad, sino que es fundamental gestionar bien dicho gasto, racionalizando la organización de la asistencia sanitaria y mediante nuevos mecanismos de regulación de la demanda sanitaria.
 - **Programación del trabajo.** Es una de las causas más relacionadas con los riesgos psicosociales, en general en cualquier sector, porque incluye el modo de distribuir el tiempo de trabajo y el control del horario de trabajo, ya sea en solitario, en grupo, por **turnos**... Esta gestión del tiempo de trabajo debe ser planificada, conforme a las opiniones de los trabajadores y/o de sus representantes, de forma que tenga en cuenta los posibles cambios en la organización: plantilla, competitividad, tamaño, actividad y ubicación de cada empresa, aumento de bajas... En este caso de Atención Especializada, y debido a que los servicios que prestan son permanentes, estamos hablando de trabajos en los que interactúan distintos grupos de personas de forma multi-

disciplinar y por turnos. Porque el trabajo a turnos se desarrolla por diferentes grupos de forma sucesiva, ya que cada uno cumple una jornada laboral distinta y entre todos abarcan de 16 a 24 horas. Estos grupos de trabajadores van desempeñando de forma periódica los mismos puestos de trabajo a un ritmo discontinuo o continuo, pero prestando

sus servicios a horas diferentes en un periodo determinado.

Los horarios de los trabajadores a turnos pueden presentar distintos problemas. Por ejemplo en el caso de las enfermeras, si relacionamos las quejas por el trabajo a turnos con la frecuencia de las mismas podríamos obtener los siguientes datos:

PROBLEMAS QUE AFECTAN A LAS ENFERMERAS SEGÚN SU TURNO





Así en este gráfico, podemos observar qué tipo de quejas existen respecto a este sub factor de turnos, en el sector estudiado y además los porcentajes de las quejas son considerablemente mayores en las enfermeras que rotaban entre los turnos, que en sus compañeras que sólo trabajan de día.

Numerosas investigaciones van demostrando cómo el trabajo que se realiza a turnos, influye sobre los tres ciclos o ritmos de nuestro organismo (biológico, social y laboral), produciendo en el trabajador posibles alteraciones tanto a nivel fisiológico como a nivel del comportamiento. Teniendo en cuenta las necesidades que implican los ritmos circadianos, aunque el periodo de rotación más usual es el que se distribuye semanalmente, se recomienda que sea dos días de noche, dos de tarde, dos de mañana, o periodos de rotación que varíen entre sí.

Especialmente negativo es el turno nocturno, el realizado desde las 22:00 horas a las 6:00 de la mañana. El Estatuto de los Trabajadores en su artículo 36 considera trabajador nocturno a aquel que dentro de esta franja horaria, tiene que trabajar no menos de tres horas diarias o como mínimo una tercera parte de su jornada anual. Decimos especialmente éste, porque impide al trabajador entrar en contacto con otras actividades y/o personas como ser humano, lo que le supone más probabilidad de que sufra aislamiento social, enfermedades de tipo depresivo, alcoholismo, ansiedad...

Resaltar que en los hospitales, dentro de sus actividades, se presta atención de urgencias a pacientes no ingresados durante las veinticuatro horas del día, y por tanto son muy comunes estas formas de organizar el tiempo de trabajo.

► **Estilos de mando.** Es uno de los principales factores objetivos de la organización del trabajo y por tanto una de las fuentes donde más se generan o potencian los problemas de naturaleza psicosocial ansiedad, estrés, depresión...

Según la *cultura de la organización* en cada empresa, es decir su *ideología* o principios para conseguir unos objetivos, se establece una modalidad de mando. Por ejemplo la privatización de los hospitales en unas CCAA más que en otras. Esta tendencia a privatizarlos desvirtúa cada vez más una comunicación transparente, y sólo persigue el propio interés, sin tener en cuenta la opinión de los trabajadores y/o sus representantes.

El estilo de mando puede ser variado ya que podemos hablar de un jefe que piense más en los trabajadores como personas o todo lo contrario, un estilo que imponga sus objetivos y modo de trabajar, o simplemente uno que pase de los conflictos que pueda haber entre sus trabajadores y no le importe cómo afectan éstos y las condiciones de trabajo a la salud y bienestar de cada uno de sus trabajadores. En grandes líneas estos tipos de mando son los siguientes:

- **Autoritario.** Son mandos imperativos que obligan ante todo y a su manera a perseguir sus propias finalidades o las que quiera conseguir la empresa, sin importarles la opinión o cualquier manifestación de los trabajadores que estén por debajo. Este jefe es arrogante con los trabajadores, impide toda manifestación o participación de los mismos y por tanto dificulta la comunicación entre ellos y con ellos.
 - **“Laissez faire”.** Es todo lo contrario al anterior ni impone ni pide porque simplemente pasa de actuar como tal jefe, en el sentido de que deja total libertad sin ejercer orden ni siquiera cuando sea necesario. Este término francés en castellano lo podríamos traducir como “dejar pasar y dejar hacer”. Lógicamente en cualquier tipo de trabajo es necesario que se establezca un orden una planificación u organización aunque sea mínima para conseguir unas metas (atención al público, servicio a los pacientes...). Pero tan perjudicial es para el trabajador imponer el qué el cómo y el cuándo y/o el dónde realizar las tareas, como dejar totalmente al arbitrio de cada uno estas pautas de actuación, respectivamente estamos hablando de un mando autoritario y del tipo de jefe de “dejar hacer, dejar pasar”. Como ejemplo podéis imaginaros una jefa del área de enfermería que no establezca ni siquiera un mínimo orden y/o unas líneas básicas de actuación incluso, ante situaciones de urgencia porque no quiere o no puede ejercer dichas habilidades, que al repercutir en la organización del trabajo, pueden afectar seriamente a la salud del trabajador como serían algunos síntomas o patologías relacionadas con el estrés, así el caso de enfermedades cardiovasculares debidas a la tensión y fatiga constante acumulada durante el tiempo de trabajo ante tanto desorden.
 - **Paternalista.** Este tipo de mando excede su papel protector sin permitir que los trabajadores opinen y/o actúen por ellos mismos. Situación que también dificulta la posible comunicación entre compañeros y/o con superiores e inferiores, porque la protección de este mando es tal que no deja a los trabajadores que participen intercambiando sus pareceres.
 - **Comunicativo o participativo.** Este estilo de mando es el ideal entre todos por varias razones como: no imponer su propia voluntad, sí tiene en cuenta la opinión de los demás, actúa de forma transparente, antes de intervenir consulta a los trabajadores, permitiendo y facilitando un intercambio real de comunicación entre toda la estructura jerárquica.
- **Definición de rol.** Es lógico pensar que para obtener unos buenos resultados en la organización del trabajo y evitar posibles tensiones dentro de la plantilla, a cada miembro se debe establecer de forma clara completa y sencilla el papel o papeles que desempeña en la misma.



De no ser así estaríamos hablando de que puede existir un conflicto de rol o una ambigüedad de rol.

Existe **conflicto de rol** cuando un trabajador recibe unas órdenes contradictorias e incompatibles totalmente entre sí, provocándole insatisfacción, inseguridad, además de tensiones entre las personas al no estar bien delimitadas sus funciones.

Pero también perjudica la otra situación, **ambigüedad de rol**. Es decir, cuando el trabajador no sabe qué hacer y/o ni cómo realizar sus tareas, porque nadie le ha dado ni siquiera unas mínimas pautas de cuáles son sus obligaciones, responsabilidades y límites para llevar a buen fin sus tareas.

- ▶ *La comunicación en la empresa y las relaciones interpersonales.* Ambos elementos como hemos dicho se desarrollan de una manera más saludable o menos para el trabajador, conforme al modelo de dirección que tenga la empresa. Las **relaciones en el trabajo** corren el riesgo de degradarse cuando el mando no permite o no facilita una comunicación fluida y un “feed-back” o retro-comunicación entre las partes (es decir permitir hablar al trabajador, respecto a cualquier condición que le pueda afectar, de forma que sus propuestas se lleven a la práctica).

Para que exista un buen clima laboral o buenas relaciones interpersonales es necesario que se establezcan dentro de la organización de la empresa unos canales de **comunicación** o vías formales (tuzón de quejas y

sugerencias, correos...) o informales es decir espontáneas por ejemplo reuniones para tratar unos aspectos puntuales. Es conveniente que esta fluidez de información y comunicación llegue a todos los niveles jerárquicos y que además de esta comunicación interna, también exista otra llamada externa para una buena coordinación de la empresa con personas ajenas a la misma, pero con las cuales se tiene que relacionar el trabajador, por ejemplo en este caso con los familiares de los pacientes, para evitar que su ausencia sea causa por ejemplo de agresiones psíquicas y/o físicas.

FACTORES PSICOSOCIALES SUBJETIVOS

Es importante resaltar que éstos dependen en gran medida de la organización y gestión de la empresa, incluido el estilo de mando; es decir como los factores subjetivos o características del trabajador, están bastante influidos por parte de los factores objetivos, los factores subjetivos deberán ser tenidos en cuenta por los factores de riesgo psicosocial predominantes, los factores objetivos.

La organización de la empresa no puede prescindir en la prevención de los riesgos laborales y por tanto también en la prevención de los psicosociales, del hecho siguiente y es que los individuos poseen unas características personales y sociales que les hacen responder de distinta manera a las exigencias de su trabajo.

El empresario debe considerar los factores subjetivos, para cumplir uno de los principios básicos de pre-

vección, el adaptar el puesto de trabajo al trabajador art.15.1d LPRL.

Tenemos la siguiente clasificación:

► **Características de la personalidad.**

Es el conjunto de características de un individuo que lo hacen único, su forma de pensar y actuar, su carácter y temperamento. Por ejemplo unas personas son más vulnerables que otras ante unos mismos factores psicosociales. Así un caso de grupo vulnerable sería el de los médicos residentes, porque se ven sometidos a un brutal cambio que consiste en el paso que deben dar desde el entorno de la facultad, al mundo profesional cargado de exigencias como el trato con sensibilidad implicado en el manejo de personas.

► **Variables individuales:** edad, sexo, raza...

► **Capacidades, experiencia y expectativas.** Es decir las destrezas, formación, necesidades... de cada trabajador como individuo.

► **Estado biológico:** condiciones físicas, hábitos de salud y estilos de vida.

► **Responsabilidades familiares, sociales y /o personales.** Como esta situación es una realidad social innegable y teniendo en cuenta la progresiva feminización de este sector, se exige un mayor cumplimiento por parte de los empresarios de la Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral, Ley 39/1999 de 5 de Noviembre.

Una vez que hemos visto los factores psicosociales o causas, podemos pasar al **catálogo de riesgos psico-**

sociales más ampliamente acordado de forma científica e internacional, para ver cómo podría afectar a los profesionales de Atención Especializada:

B.1. ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral es el resultado de un desequilibrio entre lo que la persona puede hacer (capacidades y habilidades del trabajador) y lo que le obligan a realizar (ambiente laboral que le exige unas determinadas demandas). Aunque como proceso biológico podría alentar a la persona a superar ese desajuste, donde sí tenemos que actuar es en la faceta que repercute negativamente en la salud y bienestar del trabajador. En otras palabras todo empleador debe detectar las causas, para llevar a cabo una intervención antes de que aparezcan las consecuencias perjudiciales en el trabajador.

Es paradójico constatar que estos trabajadores que por la propia naturaleza de su trabajo, contribuyen a proteger la vida y salud de los demás, todavía no se les haya facilitado en muchos casos el resolver convenientemente los problemas que afectan a su propia protección, es decir a su salud física, psíquica y social. Sin embargo cada vez tienen una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su equilibrio biológico y social. Alteraciones de las que surgen comportamientos (indiferencia, apatía, ansiedad, inseguridad,...), que provocan consecuencias fisiológicas (insomnio, fatiga, trastornos digestivos y cardio-



vasculares,...) y otras psicosociológicas (irritabilidad, cefaleas, obesidad, trastornos sexuales, hábitos de alcoholismo y drogadicción, que degeneran en violencia e incluso suicidios...).

Si el grado de tensión permite la adaptación y que el trabajador potencie sus propios recursos, es un nivel de

estrés positivo y saludable siempre que pueda controlar dichas exigencias. No obstante, cuando se llega a una tensión extrema se produce un bloqueo con síntomas perjudiciales para la salud del trabajador.

En cuanto a las **causas**, o estresores, cabe la siguiente clasificación con algunos ejemplos de este sector:

ESTRESORES DEL AMBIENTE FÍSICO

Radiaciones ionizantes (rayos X...)

Temperatura: cambios bruscos, insuficiente ventilación en los quirófanos...

Condiciones de iluminación inadecuadas: luz muy brillante o falta de iluminación adaptada a las tareas a realizar.

Ruido (ejemplo uso de las fresas en salas de cirugía dental)

Trabajos con contaminantes químicos tales como: anestésicos, antisépticos (óxido de etileno, formaldehído...), citotóxicos, medicamentos y preparados farmacéuticos, mercurio...

ESTRESORES RELACIONADOS CON LAS TAREAS

Alta implicación emocional.

Falta de autonomía para poder controlar sus tareas y resultados.

Ritmo de trabajo frecuentemente alto y mantenido así durante la mayor parte de la jornada...

ESTRESORES RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Falta definición de rol.

Excesiva rotación de los trabajos a turnos.

Gerencias autoritarias...

Como cualquier riesgo laboral, faltaría mencionar sus consecuencias o **daños** divididos en los siguientes tres niveles para destacar la sensibilización que se necesita desarrollar frente al estrés laboral:

DAÑOS FÍSICOS	DAÑOS PSICOLÓGICOS
Dolores de cabeza	Agresividad
Erupciones cutáneas	Ansiedad
Dorsalgias	Abuso de medicamentos
Coronariopatías	Bulimia
Trastornos endocrinos	Irritabilidad
Trastornos respiratorios	Problemas de concentración y memoria
Contractura muscular...	Trastornos del sueño
	Depresión...
DAÑOS SOCIALES	
Absentismo. Incapacidades laborales. Aislamiento social...	

De las **medidas preventivas** aparte del Acuerdo Marco Europeo de Octubre del 2004, incorporado en nuestro país por el correspondiente Acuerdo de Negociación Colectiva, cabría destacar entre otras para los trabajadores del presente sector:

- Una correcta distribución del personal, especialmente en cuanto al número de pacientes por trabajador.
- Así como una programación racional de los turnos de trabajo y de los períodos de descanso, de la manera más flexible posible.

- Estructura jerárquica que permita la participación de los trabajadores y/o sus representantes, que refuerce las relaciones personales entre las distintas áreas, como apoyo social que pueda tener un efecto amortiguador en el estrés laboral.
- Ordenación del tiempo de trabajo adecuada a las características de cada institución sanitaria (tamaño, zona geográfica...). Por ejemplo en esta línea lo recoge el Informe 2006 del Ministerio de Sanidad y Consumo, aplicación progresiva y no lineal sino según las diferencias reales, de la Directiva Europea 93/104 de 23 de Noviembre de 1993, que limita el tiempo de trabajo semanal a 48 horas y por tanto el número de guardias y el descanso entre jornadas con un mínimo de 12 horas.



B.2. SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT) O BURNOUT

Aunque no hay un único concepto exacto, sí existe un consenso en definir el burnout como “una respuesta o resultado de la exposición del trabajador a un proceso de estrés crónico”. Puede darse en cualquier profesión, pero se acepta ampliamente su prevalencia en unas más que en otras, porque presenta mayor incidencia en las profesiones que deben tener un contacto constante con otras personas: sanidad, servicios sociales, educación, hostelería,...

Además el burnout, se caracteriza por un progresivo desgaste profesional del trabajador, con los siguientes elementos:

- ▶ *Agotamiento emocional*, es decir encontrarse totalmente exhausto pero no tanto como fatiga física, sino a nivel de sentimientos con las personas a quienes deben atender.
- ▶ *Despersonalización*. El trabajador tiene sentimientos de frialdad y distanciamiento hacia todos los que le rodean.
- ▶ *Baja realización personal*. Sentimiento que consiste en percibir que uno no se desarrolla profesionalmente, es decir no ve cumplidas sus expectativas como trabajador.

Los trabajadores de Atención Especializada, como todo personal dedicado a la salud, deben emitir una res-

puesta emocional ya que trabajan con personas que sufren enfermedades crónicas, incapacidades, traumas agudos, enfermedades psiquiátricas o terminales. Al hablar de burnout hay que tener presentes dichas circunstancias; especialmente si además trabaja con una mala organización del trabajo por parte de sus empleadores, si los mandos son autoritarios o no existen unas buenas relaciones entre equipos y unidades de trabajo, el hecho de que en muchos hospitales los trabajadores se vean presionados para reducir los costes, que la dotación de personal se haya reducido en los últimos años al contrario que la demanda sanitaria...

Algunas de las **causas** del burnout en este sector, son:

- Deterioro de la posición social de los trabajadores.
- Discrepancias de objetivos entre las instituciones y los trabajadores.
- Recursos limitados, tanto humanos como materiales, en relación a las elevadas exigencias.
- Cambios en las expectativas sanitarias de la ciudadanía y por consiguiente también en las propias características de las tareas.
- Escasa retribución, respecto a las altas responsabilidades y a la excesiva jornada de trabajo.
- El poco reconocimiento social e institucional.

Este síndrome presenta el siguiente cuadro de **síntomas**:

A NIVEL EMOCIONAL

Fuerte sentimiento de impotencia, ansiedad, irritabilidad, depresión, impaciencia, irritabilidad, inseguridad... ya que desde el momento de levantarse, el trabajador se siente agotado emocionalmente. El trabajo no tiene fin y a pesar de que hace todo para cumplir con los compromisos, el trabajo nunca se termina. Lo que anteriormente era motivo de alegría ahora es frustración.

A NIVEL DE CONDUCTAS

Baja el rendimiento laboral. Insatisfacción o disconformidad con el puesto. Ausentarse del trabajo por cualquier razón en todo momento. Aislamiento total...

A NIVEL PSICOSOMÁTICO

Molestias múltiples: insomnio, dolor de cabeza, dolor de espalda, mareos, dolores musculares, trastornos digestivos, infecciones, manchas en la piel, trastornos respiratorios y circulatorios, variaciones en el peso...

Por consiguiente el burnout tiene distintas **consecuencias:**

PERSONALES

Además de un agotamiento físico lo más relevante es la sensación de haber fracasado totalmente en las expectativas que tenía profesionalmente y como persona dentro del papel que quería desempeñar en su actividad, a consecuencia de sentir que es incapaz o no encuentra apoyo para poder desconectar de sus tareas.



Daños físicos	Daños psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Dolores musculares • Dolores de espalda • Dolores de cabeza • Asma • Hipertensión • Urticarias • Taquicardias... 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de inferioridad • Frustración • Baja autoestima • Irritabilidad • Desamparo...
LABORALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta el nivel de absentismo • Más infracciones de normas • Disminuye la productividad • Mayor número de accidentes... 	
SOCIALES-FAMILIARES	
<p>Frente a las dificultades que encuentra, el trabajador que sufre burnout tiende a no querer o no poder relacionarse ni siquiera con familiares o amistades o en la sociedad. Pudiendo incrementarse los conflictos en su ámbito más personal.</p>	

Para **prevenir** el burnout, la empresa debe programar intervenciones a nivel de organización, a nivel interpersonal (entre los compañeros) y a nivel individual. De forma que se complementen unos a otros. Es decir, la prevención a nivel individual por sí sola, no ayuda a evi-

tar el burnout es necesario aplicar principalmente unas medidas que sean tanto a nivel grupal como a nivel organizacional.

Algunas técnicas que podremos utilizar a título personal serían: el trabajo de reestructuración cognitiva (que

consiste en tomar las situaciones problemáticas volver a evaluarlas y reestructurarlas para que dejen de ser difíciles), técnicas de control, de gestión del tiempo, de habilidades sociales, de relajación,...

El problema es que muchas veces la intervención se realiza cuando el burnout ya hace estragos en nuestra salud y sin embargo debería ser lo contrario, ya que prevenir requiere que la empresa programe unas medidas eficaces para evitar incluso los primeros síntomas.

Muchas veces los primeros en darse cuenta de la presencia del burnout son las personas que nos rodean, es muy difícil que si estamos afectados por este síndrome nos demos cuenta de ello, sobretodo cuando su proceso ya se encuentra muy avanzado. Es necesario recibir el apoyo de nuestros compañeros y que éste sea fomentado por la propia empresa (apoyo social). Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo puede ayudar a moderar el nivel de burnout, ya que juega un importante papel en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida en el trabajo.

Las principales medidas a nivel grupal y organizacional respectivamente son:

- **Potenciar las redes de comunicación tanto ascendente como descendente, mejorando la participación.**

- **Desarrollar programas de prevención de riesgos psicosociales.**
- **Promover el trabajo en equipo para mejorar el clima laboral.**
- **Establecer sistemas de mando/liderazgo más participativos y democráticos.**
- **Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.**
- **Definir de forma clara y precisa el sistema de roles de los trabajadores, evitando las ambigüedades y los conflictos de rol.**

- **Mejorar las relaciones interpersonales.**
- **Facilitar información/formación del burnout a los trabajadores.**
- **Fortalecer los vínculos sociales entre los grupos de trabajo.**

B.3. VIOLENCIA EN EL TRABAJO

Se considera violencia laboral, cualquier incidente en el que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido por otra persona en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo (Acuerdo Marco Europeo so-



bre la Violencia en el Trabajo). Estas situaciones pueden ser a su vez causas de procesos de estrés.

Hay que diferenciar tres **tipos de violencia** en función de las personas implicadas y la relación entre las mismas:

- I. Comportamientos violentos sin relación legítima, ni comercial ni de usuario, entre perpetrador y víctima. Ejemplo robo que pueda sufrir un trabajador en el laboratorio de un hospital.
- II. Ejercido por persona que sin mantener una relación profesional con la organización, participa de alguna manera en la misma. Por tanto la relación entre agresor y víctima sí tiene origen en la actividad profesional de éste. Ejemplo hecho violento perpetrado por los familiares de un paciente a un trabajador de Atención Especializada, mientras éste le presta sus servicios.
- III. Sí existe algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar por ejemplo un acto violento ejercido por el propio paciente a su médico o entre compañeros de un hospital.

Existe una gran variedad de **factores causantes de episodios violentos**, aunque algunos pueden incrementar más la probabilidad de que se produzcan actos violentos graves, es decir aquellos que sean los más significativos (los que se asocian al entorno de trabajo, al propio trabajo y a las características del perpetrador). Ejemplos de factores, algunos relacionados con este sector:

- Problemas de comunicación en la empresa.
- Trabajar sólo, en lugares aislados, o con escaso personal.
- Estilos de gestión autoritarios.
- Mal diseño ambiental en las salas de espera.
- Exceso de público, alterando a las familias y pacientes.
- Errores (en citas, diagnósticos, terapias...).
- Cambios en la organización del trabajo, sin consultar a trabajadores y/o sus representantes, o con mínimo nivel de participación.
- Falta de entrenamiento en detectar y abordar conflictos.
- Ausencia de medidas de seguridad.
- Pasillos o salas solitarias o poco iluminadas.
- Trabajo con enfermos mentales, drogadictos...
- Atención en domicilio, pisos tutelados, albergues, o a detenidos.
- Traslados de pacientes.
- Trabajar en zonas socialmente conflictivas.
- Situaciones generadoras de estrés en el trabajo.

Respecto a los **daños o consecuencias**, la violencia física es más visible porque suele producir un traumatismo, una lesión de forma inmediata. Mientras que la violencia psicológica, vaya o no acompañada de episodios de violencia física, suele prolongarse a lo largo del tiempo. Esta proyección temporal determina su gravedad y a la vez cierta invisibilidad de su evolución.

El daño psíquico y/o moral, es decir los daños producidos en los derechos de la persona, se va acentuando o consolidando porque cuanto más tiempo persista mayor será el daño, hasta el punto de que puede ser irreversible o fatal (suicidio).

En cuanto a su **prevención**, hay que tener presente el cuarto apartado del Acuerdo Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo de 26 de Abril del 2007. Además dentro del valor del diálogo social podemos apuntar el Repertorio de recomendaciones prácticas que estableció la OIT en el 2003 sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector servicios tanto públicos como privados y las medidas para combatirla. En breves líneas, trata de que se debe examinar la situación, registrar los actos violentos y aplicar unos sistemas preventivos. Entre las medidas podemos destacar:

- ✓ Los empleadores deben mejorar la formación de sus trabajadores como: capacidades para detectar, evaluar y resolver situaciones violentas; actitudes que propicien un entorno laboral positivo,...
- ✓ Formar al personal directivo y supervisores en: asesoramiento de trámites administrativos, explicaciones de la política de empresa, cómo velar por los datos confidenciales de los trabajadores,...
- ✓ Información sobre el trato desigual a hombres y mujeres, diversidad cultural y discriminación para generar sensibilidad.

- ✓ Optimizar la comunicación entre los trabajadores y éstos con la dirección mediante canales de información permanentes y otros especiales según los cambios organizativos.
- ✓ Intervención y control con respaldo de la dirección.
- ✓ Aplicar medidas sobre vigilancia de la salud.
- ✓ Comunicar el caso a los Delegados de Prevención, Comité de Seguridad y Salud, Servicio de Prevención, para evitar que la víctima se culpabilice, y trate de resolverlo con el apoyo de la empresa.
- ✓ Corregir deficiencias organizativas como: fomentar la definición clara de los puestos de trabajo, establecer sistemas de mando que garanticen el respeto y el trato justo.

B.4. ACOSO LABORAL

Es importante indicar que el acoso moral en el trabajo es un tipo de violencia psicológica extrema. El Acuerdo Marco Europeo sobre el Acoso y la Violencia en el Trabajo indica el **concepto de acoso moral en el entorno laboral** como "toda situación en la que un trabajador es sometido de forma reiterada, a conductas que tienen como resultado o finalidad vulnerar la dignidad del trabajador y crearle un entorno intimidatorio, ofensivo u hostil".

Independientemente de su frecuencia y el tiempo en el que se prolongue, se acuerda que esta forma de violen-



cia psicológica es un proceso continuo o reiterado con la finalidad de excluir al trabajador que sea sujeto víctima del mismo o degradar sus condiciones de trabajo, destruirle moralmente, intimidarle para que se vea obligado a aceptar determinadas exigencias,...

Actualmente se identifican las siguientes **modalidades de acoso**:

- **Acoso institucional.** Situación donde una persona es sometida a persecución, agravio o presión psíquica por uno o más miembros de su grupo, con la aquiescencia o complicidad del resto del grupo para conseguir un beneficio colectivo.
- **Acoso moral o psíquico (mobbing),** proceso en el que una o más personas crean un ambiente intimidatorio y/o humillante a otra, degradando progresivamente sus condiciones de trabajo, susceptible de lesionar o poner en peligro la integridad personal del trabajador (física, psíquica o moral), artículo 15 de nuestra Constitución.
- **Acoso discriminatorio.** Toda conducta no deseada en el lugar de trabajo o en conexión con el trabajo, vinculada a una discriminación registrada en el artículo 14 de la Constitución, ya sea por origen étnico o racial, orientación sexual, edad... Dicha conducta tiene como fin vulnerar la dignidad de la persona creándole un entorno intimidatorio, ofensivo, hostil o humillante.
- **Acoso sexual.** Art. 7.1 de la LO de Igualdad efectiva de las mujeres y los hombres “Sin perjuicio de lo estable-

cido en el Código Penal, a los efectos de esta Ley constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”.

- **Acoso por razón de sexo.** Art. 7.2 de la LO de Igualdad efectiva de las mujeres y los hombres “Constituye acoso por razón de sexo cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”.

Resumiendo algunas **consecuencias** del acoso laboral, tenemos:

- **A nivel físico:** trastornos funcionales, dolores...
- **A nivel psicológico:** ansiedad, impotencia, baja autoestima, problemas para concentrarse, cuadros depresivos, adicciones...
- **A nivel social:** afecta a sus relaciones familiares, desconfianza, agresividad, abandono de la organización...
- **A nivel de la organización:** el absentismo y la siniestralidad aumentan, la producción disminuye en términos cuantitativos y cualitativos, influye en los trabajos en equipo y en los sistemas de comunicación y por tanto también en el clima laboral,...

Algunas medidas para **prevenir** el acoso moral en el trabajo son:

- ▶ La empresa debe: evaluar las situaciones propensas al acoso, para adoptar las medidas, que puedan corregir las deficiencias en la organización, como: definir políticas anti acoso, informar y formar a trabajadores/representantes y mandos sobre conductas hostiles, incentivar la motivación de los trabajadores para crear un buen clima laboral.
- ▶ El trabajador debe comunicar el caso de acoso a los Delegados de Prevención, Servicio de Prevención, Comité de Seguridad y Salud e Inspección de Trabajo, solicitando la intervención de la empresa. Si fuese la propia víctima, además de comunicar el caso para no intentar solucionarlo por su cuenta, se debe evitar que se desvalorice o que tenga pensamientos de auto culpa.



IV. RIESGOS REALES DEL SECTOR SEGÚN EL TRABAJO DEL OBSERVATORIO PERMANENTE DE RIESGOS PSICOSOCIALES

El proyecto del Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (OPRPS), empezó a funcionar en el 2004 para comprobar, dentro de sus objetivos, el alcance de los riesgos psicosociales en los distintos sectores productivos de nuestro país. Así ha analizado sectores como: hostelería, enseñanza, textil, seguridad privada, sanidad... Respecto al sector sanidad, centró sus estudios en los trabajadores de Atención Primaria en el año 2005, ampliándose la muestra en el 2007 a los trabajadores de Atención Especializada. El trabajo que va recopilando el OPRPS se basa en distintas vías:

- Cuestionarios.
- Grupos de discusión.
- Entrevista en profundidad (si no es posible el grupo).

Estas técnicas que se pueden complementar entre sí, se llevan a cabo gracias a la colaboración de trabajadores y sus representantes del sector; por tanto aprovechamos esta ocasión para agradecerles su esfuerzo.

Respecto a los **CUESTIONARIOS** contestaron 413 trabajadores de Atención Especializada. El perfil de los mismos es:

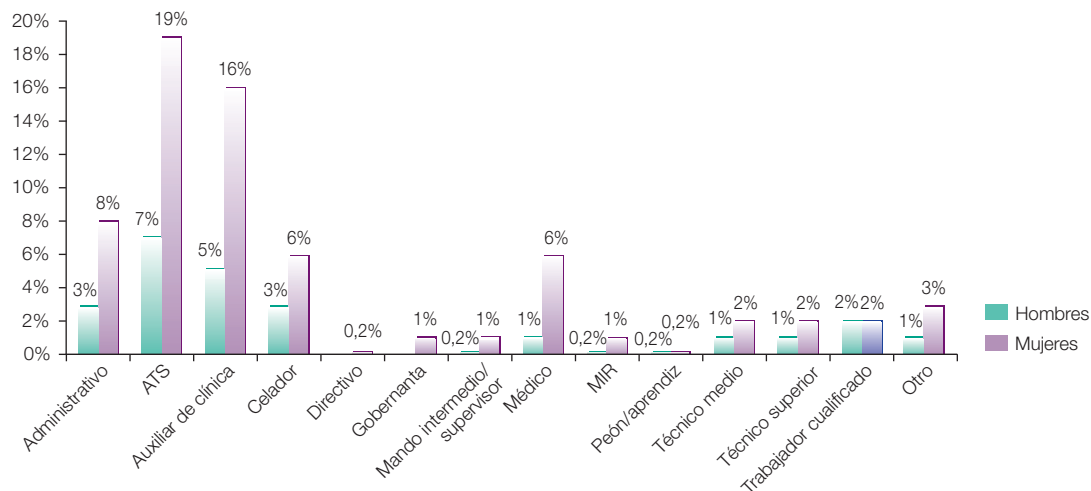
- 65% mujeres y 32% hombres, reflejan el proceso de feminización presente en este sector.
- 46% de 30- 45 años, 30% de 46-55.
- Categoría profesional el 27% es ATS, 21% auxiliar de clínica y 12% médicos.
- 46% en jornada continua, 40% a turnos y un 5% trabajo nocturno.
- 67% de los trabajadores que participaron tiene un contrato fijo a tiempo completo y un 81% realiza una jornada entre 35 y 40 horas a la semana.
- 76% con antigüedad de más de tres años.
- Aunque el 61% trabaja en sanidad pública, cada vez hay mayor tendencia a una privatización. En este caso el 39% contestó que trabajaba en centros privados.
- Según el puesto actual, trabajan en Planta un 56%, en Urgencias 26%, en Consultas 23%, en Quirófano 15% y 7% en Laboratorio.

Queremos destacar dentro de este perfil, que el **25% dice haber recibido formación en prevención de riesgos psicosociales y un 30% información**, porcentajes que se tendrían que mejorar por el valor que ambas ac-

ciones que se complementan entre sí, tienen como herramientas eficaces en las estrategias contra la lucha de los riesgos psicosociales.



CATEGORÍAS PROFESIONALES POR SEXO



En el análisis cuantitativo, utilizando la técnica de los cuestionarios, cuando hablemos de **nivel de riesgo alto**, queremos decir que estamos ante una situación donde el/la trabajador/a ya se encuentra ante un grave deterioro tanto físico como psicológico. Es decir, grave riesgo de padecer enfermedades relacionadas con los riesgos psicosociales, como serían enfermedades cardiovasculares

o respiratorias; además de sufrimiento psíquico y emocional, lesiones psíquicas -ansiedad, depresión-, claros sentimientos de despersonalización frente al trabajo... Situaciones ante las que debemos actuar inmediatamente con medidas correctoras, y así impedir que se produzcan consecuencias graves y/o irreversibles para la salud del trabajador.

Mientras que **nivel de riesgo medio**, es cuando se detectan en los/las trabajadores/as y/o en la organización, las primeras sospechas o indicios de situaciones de riesgo psicosocial: conatos de conductas violentas, ya sea violencia física, verbal, psicológica, sexual...; incrementan las bajas de corta duración, disminuye la motivación y/o rendimiento de los trabajadores,... Conductas o situaciones, ante las que hay que actuar con rapidez y decisión, implantando medidas preventivas y correctoras, para revertir estas conductas de riesgo y evitar así, que el trabajador sufra los efectos.

Centrándonos en los datos sobre los *factores psicosociales que aportaron los trabajadores de este sector*, tenemos la siguiente información para que también sirva como ayuda a empleadores, trabajadores y sus representantes a la hora de establecer estrategias contra los riesgos psicosociales:

► El 26% opina que trabaja en malas **condiciones ambientales** es decir iluminación inadecuada, molestias causadas por el ruido (material móvil, murmullo de ciertas salas de espera...), espacios de trabajo insuficientes o que obligan al **personal de enfermería** a realizar largos y numerosos desplazamientos,...

Las causas en general, pueden ser: que no se regule la temperatura según las habitaciones o servicios, porque no todos tienen las mismas necesidades térmicas; las instalaciones del hospital suelen quedarse obsoletas, ya que, por ejemplo los empleadores no con-

sideran necesario realizar un mantenimiento periódico de las infraestructuras de aire acondicionado,...

Todas estas situaciones suponen disconfort, mayor esfuerzo de concentración, y mayor fatiga al prestar los servicios de Atención Especializada.

De forma más específica y por orden según los trabajadores encuestados, tenemos que son inadecuadas las siguientes condiciones: (para el 50%) la temperatura, (38%) los espacios, (36%) el ruido, y la iluminación para el 27%.

► Es bastante alarmante, que un 81% de los encuestados opine que tiene una alta **carga de trabajo**. Según el área donde trabajan actualmente los participantes de este estudio, la carga de trabajo se distribuye de la siguiente manera: en los trabajadores de Planta (**médicos, ATS...**), un 82%; de los que trabajan en Urgencias (**médicos, ATS...**), un 39%; en Consultas (**ATS...**), 32%; en Laboratorio (**técnicos, ATS...**), el 9%; y en Quirófano (**médicos, ATS...**), 24%.

Para el **personal no sanitario** la información se obtuvo más bien de los grupos de discusión, cuyo resumen consta tras este análisis de los cuestionarios. Por citar un ejemplo simplemente destacar ahora brevemente, el caso de los/as **administrativos/as** que normalmente deben estar continuamente pendientes de la agenda de las consultas (cambios, citaciones nuevas...) y su trabajo apenas les deja tiempo para atender adecuadamente a las preguntas de usuarios/pacientes/familiares.



Los aspectos que pueden determinar este factor son muy numerosos, ya que en general, incluyen las capacidades que se exigen a los trabajadores, como serían: la inteligencia, mantener la atención, la memoria, el lenguaje, la percepción y solución de problemas, toma de decisiones y planificación del desarrollo de las mismas...

Además en este sector, los trabajadores en conjunto, aunque más bien unos más que otros, según sus funciones, son sometidos a un constante esfuerzo físico (traslado de pacientes y/o equipos), y además y de forma especial, deben soportar una gran carga mental tanto cuantitativa (cada vez existe una mayor población a la que atender) como cualitativa (se les exige mayores responsabilidades, ofrecer más calidad y con mayor rapidez), para dar respuesta a los altos ritmos de trabajo debidos a ciertos aspectos (urgencias, hechos imprevistos como emergencias o errores que atrasan más el desarrollo de las tareas tanto sanitarias como no sanitarias, el hecho de que entre toda la plantilla, especialmente el personal sanitario, debe reducir las elevadas listas de espera, tipo de población cada vez más heterogénea y exigente,...).

Tensiones que se ven incrementadas si no encuentran ningún tipo de apoyo social en la empresa, como no facilitar los recursos necesarios, o estilos de mando caracterizados por privarles de toda autonomía y sólo preocupados por una excesiva burocratización...

Además también les puede causar tensión o mayor fatiga, aspectos como que se interrumpa el trabajo con frecuencia por llamadas de pacientes, órdenes... así opina el 54%; y para el 30%, que por falta de información, se produzcan situaciones de incertidumbre o inseguridad, como sería durante la administración de medicamentos o ante peticiones de los pacientes y/o familiares de éstos.

Los **aspectos que más influyen en la carga mental**, son los siguientes según los trabajadores encuestados de este sector: (49%) opina que debe enfrentarse a trabajos con plazos ya ajustados; (58%) el que tengan que trabajar muy rápidamente la mayor parte de la jornada; (61%) el tener que trabajar manteniendo un alto nivel de atención habitualmente; el incremento del ritmo de trabajo (51%); y la cantidad de trabajo (64%). Así, podríamos comparar algunos de nuestros datos con, la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) para varios sectores de industria y servicios, publicada en el 2007 por el INSHT. Ésta indica que “las variables relacionadas con la carga mental obtienen elevados porcentajes de afectación. La realización de la tarea requiere en gran medida tener que tratar siempre o casi siempre directamente con personas (44,7%), mantener con la misma frecuencia un nivel de atención alto o muy alto (41%) o realizar tareas muy repetitivas y de corta duración (22,1%)”.

- ▶ Un 76% carece de **autonomía**, al encontrar dificultades para decidir cuándo realizar sus pausas y descansos durante la jornada laboral, al faltar la participación de los trabajadores y/o sus representantes en la planificación y organización de las tareas que desarrollan... No tienen la oportunidad de poder decidir cuándo empezar o terminar las tareas, ni disponen del tiempo necesario y suficiente para poder desempeñar su trabajo tal y como les dicta sus propios criterios profesionales, ni siquiera para poder asistir a reuniones de coordinación entre las áreas del hospital,...

Esta falta de autonomía de los trabajadores, trae como consecuencia una pérdida de control de su trabajo considerable, si tenemos en cuenta las altas responsabilidades que requiere el trabajo de Atención Especializada en la salud de los pacientes.

Aunque sea con un nivel de riesgo medio, pero al ser los porcentajes muy altos, se debe tener en cuenta que, los trabajadores de Atención Especializada que fueron **encuestados destacan que tienen grandes dificultades**: para decidir cuándo hacer más pausas/descansos, (54%); para elegir las vacaciones (48%), por dificultades que tienen los mandos, al planificar el tiempo de trabajo y turnos, además de los periodos críticos o de urgencias que no suelen ser previstos; y porque les falta autonomía para poder ordenar sus tareas (55%).

- ▶ Un 24% de los trabajadores que participaron en nuestro cuestionario, opina que existen incongruen-

cias en el sistema de **definición de rol/organización de trabajo**.

Así, por ejemplo en muchos hospitales existe personal no sanitario, como **administrativos/as que realizan tareas que no les son propias** (información facilitada en el grupo de discusión). También puede padecer incoherencias organizativas el personal sanitario, como serían **enfermeros/as que realmente no trabajan como tal, sino como técnicos en el Laboratorio de ciertos hospitales**. Estos desajustes de rol son más graves si además no se corresponden con las condiciones salariales del puesto que efectivamente desempeñan.

Según el 36%, que no se planifiquen las emergencias, puede alterar el desarrollo de sus tareas; aunque se prevean, el 35% considera que, éstas les supone una modificación o incluso un atraso en su trabajo normal, **por ejemplo a los trabajadores de Consulta** que ven cómo se acumulan sus tareas por dichas emergencias, ya **sean del personal sanitario** como enfermeros/as **o del no sanitario**, los correspondientes administrativos/as.

También, a menudo el trabajo se retrasa, porque deben esperar al realizado por otros departamentos o personas para el 34%; y el 30% no tiene la posibilidad de trabajar en lo que sabe hacer mejor. Además un 32% opina que durante la jornada, se producen cambios en las órdenes de trabajo. Para un 25% no parti-



cipan sólo los médicos en las sesiones y/o decisiones clínicas, pero para un 54% sí.

En este factor tan crucial para motivar a los trabajadores y mantener un buen clima laboral, va a jugar una función muy relevante el estilo de mando, a la hora de fomentar o amortiguar los efectos negativos que pueda tener para el trabajador, la correcta determinación de su papel dentro del funcionamiento de la empresa. Ya que el tipo de mando, puede hacer que se sienta parte activa, en vez de un mero número, sin libertad de decisión o sin unas meras pautas.

Al respecto, para los encuestados, sus opiniones no son atendidas por la Dirección y/o mandos, al planificar las tareas que deben realizar, concretamente para el 23% en el nivel que hemos denominado nivel de riesgo alto; que asciende al 56% si incluimos a los trabajadores que presentan un nivel de riesgo medio.

Además, reciben instrucciones incompatibles el 12% como nivel de riesgo alto, llegando a 62% al incluir a los trabajadores que representan el nivel medio; la Dirección de los hospitales y/o centros especializados, no les facilita información ni recursos necesarios para poder efectuar bien sus funciones, según el 8% en nivel de riesgo alto, que se incrementa hasta 47% en el nivel medio. Un 45%, no puede participar ni hacer sugerencias en su trabajo.

Aunque más de las tres cuartas partes de los encuestados, un 83%, opina que trabajar en equipo, sería la

mejor forma de llevar a buen fin su trabajo; el superior jerárquico no consigue que la gente trabaje en equipo según el 34%.

- ▶ Un 25% de los trabajadores, manifiesta que el **contenido de trabajo** es muy pobre o no le aporta apenas satisfacción personal o profesional. Los trabajadores sienten que los resultados de sus trabajos no sirven o no son suficientes, para proporcionar una Atención Especializada a la sociedad en general. No se les permite desarrollar sus conocimientos ni capacidades. También hay puestos, donde puede predominar la realización de tareas monótonas y repetitivas de corta duración. Generalmente, podríamos pensar que este hecho ocurre más en el **personal no sanitario**, interpretando que el contenido de su trabajo carece de estímulo y significado, sin que nadie les apoye en la idea de que su trabajo también es muy necesario en el hospital.

También destacar dentro de las preguntas de este factor, que el 6%, como nivel de riesgo alto, considera que su trabajo es estresante. Esta opinión asciende hasta el 67% si incluimos a los trabajadores que presentan un nivel de riesgo medio. Así como que realizan tareas repetitivas, el 25% nivel alto, que aumenta a 57% en el nivel medio.

- ▶ Un 34%, se “siente quemado en su trabajo” (sufre el **síndrome del burnout**), pero este porcentaje asciende al 51%, como nivel de riesgo medio. Esta sensación puede depender de: la alta carga de trabajo, la baja o

nula libertad de decisión, la mala organización de sus trabajos por no obtener ayuda de superiores, el ratio de pacientes que tiene que atender cada profesional en unos plazos de tiempo prefijados, sin tomar en consideración sus opiniones, la complejidad de su trabajo, la presión por las nuevas tecnologías, el constante contacto con los pacientes y/o sus familiares, la falta o pérdida del reconocimiento social de este sector...

El 17% de los trabajadores encuestados sufre con frecuencia ciertos **síntomas** relacionados con el trabajo (dormir mal, tener una continua fatiga, dolores de cabeza...); cantidad que asciende al 21%, si tenemos en cuenta el nivel de riesgo medio. Además, muchas veces no manifiestan dichos síntomas, por falta de comprensión de sus mandos y/o la Dirección, porque les supondría reconocer cierta debilidad, es decir que las causas principales de este síndrome, son las deficiencias organizativas.

El 75%, sí comprende a sus pacientes y/o usuarios, mientras que sólo un 6% dice que no. El 79% no ve a veces a los pacientes y/o usuarios, como si no fueran personas. El 76% no se preocupa de sus usuarios y/o pacientes, pero un 12 % sí.

El trabajo que hacen dista del que les hubiese gustado realizar para un 24%. Para el 47% su trabajo exige dar respuestas a situaciones críticas, tales como la muerte o alteraciones graves. **Lógicamente existen razones más patentes en el personal sanitario que en el no sanita-**

rio, a la hora de hablar de mayor probabilidad o no de sufrir el síndrome del burnout. Es decir el contacto con los pacientes y sus familiares, no es el mismo entre enfermeros, médicos o auxiliares que el que mantiene el personal no sanitario como serían administrativos, celadores,...

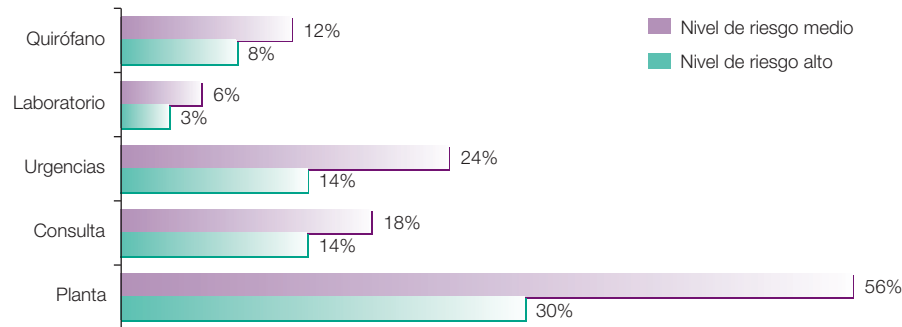
Así resumimos confirmando la opinión de estos trabajadores encuestados, que el burnout se debe principalmente a:

- Sobrecarga, por el número de horas de trabajo, cantidad de tareas, falta de pausas, ambientes físicos y sociales inadecuados (ejemplos: vivencias de primera mano de muertes de pacientes, falta de compañerismo propiciada por la organización).
- Falta de control sobre las propias tareas, contenidos del puesto carentes de sentido, baja participación en las decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos.
- Insuficiente reconocimiento, ambigüedad o conflicto de rol.
- Injustas condiciones económicas, falta de perspectivas de crecimiento laboral.
- No se construye un lugar de trabajo agradable, no existen espacios para el descanso, para las comidas y reuniones, donde se puedan tratar las dificultades incluidas las generadas en las relaciones interpersonales.
- Conflicto de valores, de la persona y de la organización.



De este estudio, también podemos obtener la siguiente información del burnout en función de dónde trabaja actualmente el trabajador encuestado:

BURNOUT SEGÚN PUESTOS DE TRABAJO:



Por tanto y refiriéndonos a los niveles de riesgo alto, **sufren más el burnout, los trabajadores de Planta**, concretamente el 30% de todos los encuestados que trabajan en Planta; después Urgencias y Consultas con el mismo porcentaje, un 14%; seguidos de los que trabajan en Quirófano 8%; y por último, en cuarto lugar, los trabajadores de Laboratorio 3%.

Hablando de un nivel de riesgo medio, pero también importante: vuelven a ocupar el primer lugar, aunque mucho más notoriamente, los trabajadores de Planta con el 56%; en segundo lugar sufren burnout los trabajadores de Urgencias el 24%; dato que aquí ya se separa de los que trabajan en Consultas un 18%; 12% en Quirófano; y en quinto lugar los de Laboratorio, 6%.

Son por tanto, cantidades contra las que hay que seguir luchando, porque no olvidemos que aunque seguimos con el análisis cuantitativo, nos referimos a la salud de estos/as trabajadores/as.

- Las **relaciones laborales** son insatisfactorias para un 53% de los trabajadores encuestados, porque: no existe una comunicación suficiente entre los mismos compañeros, con superiores y/o inferiores; los mandos no solucionan los conflictos, sean entre trabajadores, éstos con la organización o con terceros; dificultan las relaciones interpersonales, porque sólo piensan en la rapidez para atender a un mayor número de pacientes, sin tener en cuenta el apoyo que dichas relaciones puedan aportar a los trabajadores.

Los **problemas que más destacaron** fueron, para el 45% de nivel de riesgo alto, que no se les informa con suficiente antelación sobre temas que pueden afectar a su futuro.

Con nivel de riesgo medio, pero insistimos que también hay que tener en cuenta: no se siente parte de un grupo el 45%; no existe apoyo por parte de los compañeros 52%. Además un 57% tiene dificultades para ausentarse durante la jornada, ante necesidades familiares. El 69% no puede comunicarse directamente con su superior, por tanto se siente menos respaldado, más sólo y menos motivado.

También podríamos destacar como otro obstáculo a las relaciones laborales, que existen problemas de co-

municar información sobre el trabajo entre los distintos servicios para el 32%.

- Un 7% de los encuestados, opina que sus **condiciones de empleo** presentes y futuras son deficientes. La precariedad se puede mostrar por ejemplo, en los sueldos tan bajos, en relación a la complejidad y responsabilidad de su trabajo; además de las excesivas jornadas y la falta de promoción en los hospitales o centros de salud.

Todas estas condiciones han marcado entre otras consecuencias, patologías relacionadas con el estrés, o que muchos trabajadores hayan optado por seguir trabajando, pero en otros países que les ofrezcan unas mejores condiciones laborales. Otra consecuencia colateral de esta inestabilidad, es que la remuneración puede constituir el factor determinante para que el trabajador acepte o no el trabajo a turnos/nocturno.

De forma más concreta, los encuestados de este sector destacaron que sienten inseguridad ante la continuidad de su puesto (63%), el tipo de contrato de trabajo influye en su trabajo (79%), y su salario no se corresponde con las tareas que realiza (54%). Son porcentajes de nivel de riesgo alto. Distribución inadecuada de las siguientes condiciones: para un 14% el horario de trabajo, 40% las horas extraordinarias, 26% pausas, 32% guardias y urgencias y 30% respecto a descansos semanales.



- El 39% contesta que ha vivido en sus trabajos algún caso de **violencia laboral**, ya sea de forma directa como víctima, o indirectamente como testigo. Cada vez hay más casos de conductas violentas y/o abusivas hacia los trabajadores de este sector.

Especialmente existen mayores noticias de estos casos **contra el personal sanitario**, que respecto al no sanitario, ya que en general es lógico pensar que tienen mayores ocasiones de sufrir situaciones de violencia en el trabajo, sobre todo por tener un contacto más prolongado, constante y más personal con todo tipo de pacientes/familiares, y en circunstancias que pueden irritar considerablemente a los mismos (pacientes terminales, familiares de personas con enfermedades graves...). Así, se evidenciaría la falta de detección/intervención en los problemas de violencia en el trabajo

El 69%, riesgo medio, destaca que existen conflictos o tensiones entre los trabajadores, y que estas situaciones se deben a la descoordinación en las tareas. También hay que considerar, que donde trabajan se producen agresiones físicas según el 70%, y que es costumbre que se dirijan a los trabajadores con amenazas/intimidación para el 50%.

Los comportamientos violentos/agresivos en el centro de trabajo, son **ejercidos por**: usuarios/familiares de pacientes para el 45%, compañeros según el 13% y por sus superiores para un 12%.

En cuanto al **origen** de dichos comportamientos, el 36% cree que es por el hecho de tratar con personas bajo los efectos de sustancias tóxicas y/o patologías, 41% cree que es por trabajar con poco personal (cuestión también referida en los grupos de discusión de Atención Especializada, **tanto por los representantes del personal sanitario, como del no sanitario**), 34% cree que se deben a las largas esperas por el servicio, 33% por falta de medios, y un 37% estima que existen por falta de coordinación en el equipo.

Otros datos que también queremos destacar, para que las correspondientes organizaciones los mejoren, son los siguientes: que después de sufrir un comportamiento agresivo/violento, el 15% no se siente respaldado por sus compañeros, el centro y/o la dirección; el 62% dice que no existe sistema de alerta contra agresiones o ataques violentos; ni protocolo anti violencia en su correspondiente centro según el 71%; o en caso de existir el 10% considera que no es suficiente, como medida contra la violencia.

- Un 0,5%, contestaron que existe **acoso psicológico**, opinión que se incrementa al 14%, teniendo en cuenta el nivel de riesgo medio.

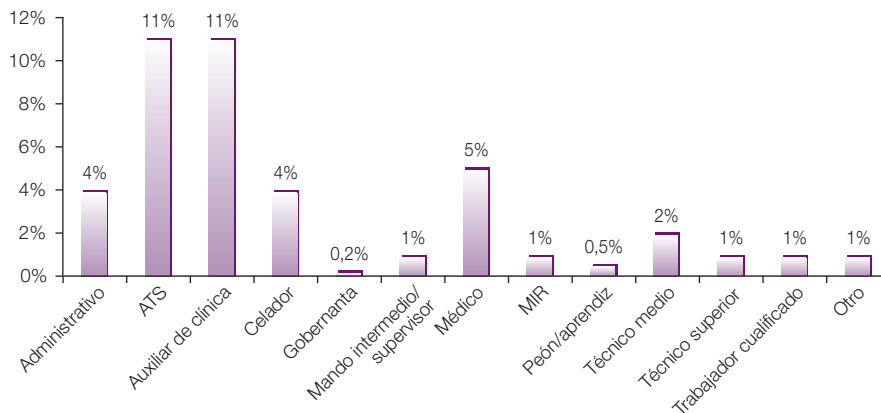
Dentro de los **comportamientos** de acoso psicológico, los encuestados priorizaron sus respuestas; de las que destacamos las más altas: que te griten y te hablen en voz alta (38%), te sobrecarguen con tareas

nuevas y diferentes (23%), te interrumpan cuando hables (21%), y te amenacen verbalmente (18%).

En caso de que se produzca una situación de acoso laboral, los trabajadores encuestados piensan que se

han de tomar las siguientes **medidas**: notificarlo al Delegado de Prevención (74%), a la empresa (63%), denunciar el caso a la Inspección de Trabajo (43%), abandonar la empresa (4%), y no hacer nada (2%).

ACOSO LABORAL SEGÚN CATEGORÍAS PROFESIONALES, NIVEL DE RIESGO ALTO



Por tanto podemos afirmar que **el acoso es algo más frecuente en el personal sanitario** que en el no sanitario. Además dentro del colectivo sanitario y según este estudio del OPRPS, podemos apreciar que el acoso la-

boral es mayor en ATS y auxiliares de clínica con un 11%, seguido de los médicos con el 5%. **En cuanto al personal no sanitario, destacan las categorías de celador y administrativo**, ambas con un 4%.

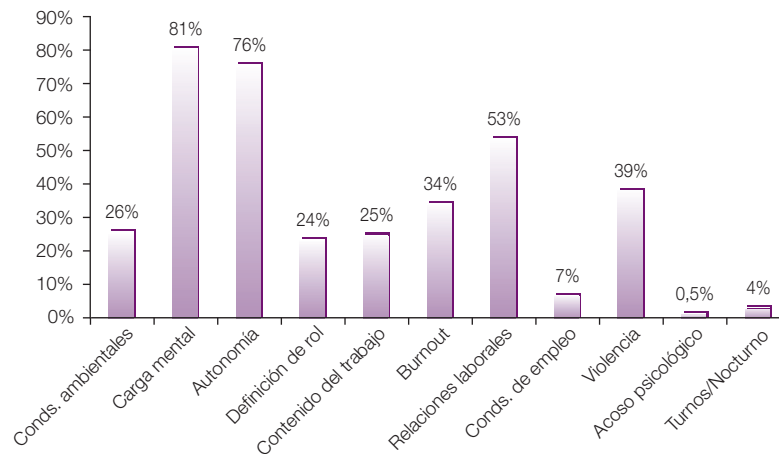


- El 4% de los encuestados, trabaja a **turnos** en condiciones inseguras. Algunas razones que podríamos indicar son: la empresa aplica un sistema de turnos sin la participación de los trabajadores; con continuos cambios sin apenas previo aviso; además especialmente el turno nocturno conlleva dificultades que se asocian a las responsabilidades familiares/sociales de trabajadores/as afectados/as.

El 27% de los trabajadores no considera adecuada la distribución de los turnos y el 13% opina que sí, aunque sea a veces.

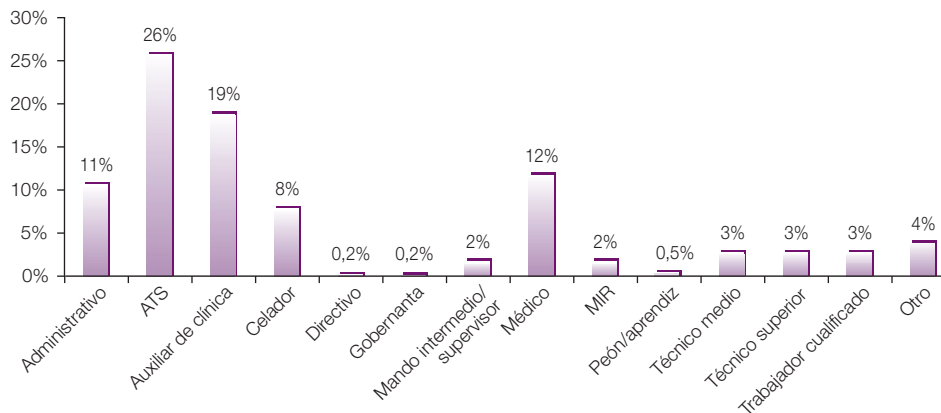
De forma más gráfica presentamos estos factores psicosociales que acabamos de analizar:

FACTORES PSICOSOCIALES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA



Respecto al **estrés laboral**, el gráfico del estudio del OPRPS, sería:

ESTRÉS LABORAL POR CATEGORÍA PROFESIONAL



Por tanto, según datos de los cuestionarios, el riesgo de estrés laboral entre las catorce categorías, **destaca en tres del personal sanitario**, primero ATS con 26%, seguido del 19% en auxiliares de clínica y el 12% de los médicos. **Después, el colectivo no sanitario**,

donde prevalece más en los puestos administrativos con un 11%, y 4 en los celadores el 8%. Otros resultados a resaltar, serían cuáles son las **situaciones** que les causan mayor tensión y estrés, o les supongan un problema en el desarrollo de sus trabajos.



Sus respuestas fueron: para el 19% la dificultad de trabajar con uno o más compañeros sobre otros servicios; *no conocer el manejo de un equipo*, el 29%; para el 33% el tener que pasar a otros servicios temporalmente, debido a la falta de plantilla; turnos y personal imprevisibles, el 34%; el 55% la *falta de personal* que cubra convenientemente el servicio; 42% por el tiempo dedicado a cada paciente ya que es insuficiente; 21% opina que es porque *el trabajo está afectando a sus relaciones familiares y personales*; el 38%, tener que pasar continuamente de una a otra tarea, sin tiempo suficiente; 41% señala dentro de las situaciones que les preguntamos, el hecho de *carecer de medios técnicos y/o humanos* para controlar las situaciones de emergencia; el 22%, la posibilidad de que los enfermos dispongan de herramientas cortantes o fármacos potencialmente peligrosos; 33% no poder calmar el dolor a un paciente; y el 31% tener que transmitir la muerte de un paciente a los familiares.

Junto a estas aportaciones cuantitativas, ofrecidas por los cuestionarios; también tenemos opiniones, sentimientos, experiencias y propuestas de otros compañeros que pudieron asistir a nuestro **GRUPO DE DISCUSIÓN**. Cuyas principales conclusiones son:

- ▶ La **ambigüedad de rol** incrementa la complejidad de su trabajo. Ya que en muchos casos, los trabajadores carecen de información/ formación: qué procedimientos aplicar, cuáles son sus responsabilidades, a quién acudir en caso de necesitar apoyo...

En otros casos indican que aunque sí existan instrucciones, son poco claras, no les especifican bien sus funciones, les falta información sobre el funcionamiento del hospital o centro de salud dependiente de éste,... Es decir tienen *informaciones o instrucciones que son incongruentes o contradictorias* entre sí (ya sean por la dirección o gerencia, o por otros compañeros, en forma verbal...). Esto supone un **conflicto de rol** para el trabajador afectado; y como en el hecho anterior, también puede crear tensiones entre los compañeros, implicados o no en una de las dos situaciones, ambigüedad y conflicto. Ejemplo que apuntaron, fueron las **disputas entre las competencias propias de enfermería y las de administración**.

- ▶ **Falta apoyo social**. Cada vez las Administraciones competentes se alejan más de las verdaderas preocupaciones de este sector. Además éstas carecen de criterios eficaces para valorar los riesgos psicosociales, y las gerencias prácticamente no les atienden.
- ▶ **El grupo manifestó que la nefasta organización del trabajo, es la causa principal de los conflictos, que en muchas ocasiones derivan en violencia física, o acoso psicológico; y también les origina tensiones, bajas, depresiones y estados de agotamiento total.**
- ▶ Otra consecuencia de la mala organización en el trabajo es la **gran falta de comunicación**, ascendente (la plantilla no puede contactar con las gerencias) descendente (éstas no se suelen relacionar con los traba-

jadores) y horizontal (entre los compañeros). En muchos casos se debe a que *las gerencias/ mandos intermedios fomentan la competitividad, sin tener en cuenta las relaciones humanas.*

- ▶ **Elevados ritmos e incrementos en la cantidad de trabajo.** Dentro del personal no sanitario, lo acusan más los/las **administrativos/as** porque son tratados **como “cajón de sastre”** y frecuentemente realizan *mucho trabajo y con poco personal.* La presión del ritmo no es constante en todos los puestos, por ejemplo no es lo mismo el administrativo en urgencias, que en consultas.
- ▶ Esta carga de trabajo aumenta más el malestar de los trabajadores de Atención Especializada, y se agudiza porque **los mandos no tienen en cuenta sus opiniones.** *Ni siquiera les dan días de libranza, ni vacaciones, ni periodos similares correspondientes, porque dicen que falta personal en los hospitales.*
- ▶ Sensación de **falta o pérdida de reconocimiento social**, a pesar de las **grandes responsabilidades** en la salud de los pacientes, unida a **presiones por todas las partes, especialmente por los jefes** (gobernantas “a dedo”, mandos intermedios...) y por la variedad de pacientes, con diferentes requerimientos, a los que tienen que someterse los trabajadores día a día; son especialmente los factores que **les hacen sentirse quemados en su trabajo y más si se sienten solos, ya que dicen que nadie les ayuda ante sus necesidades y problemas laborales.**

- ▶ **Estilo de mando mayoritariamente autoritario**, no escuchan a los trabajadores, les cortan totalmente su autonomía, **dejándoles frustrados**, porque se ven obligados a actuar de forma distinta a lo que les dicta su propio criterio. Las tensiones aumentan por la gran **falta de tiempo, y la competitividad impuesta por los mandos**, que les tratan como a un número en vez de como personas.
- ▶ Todas estas condiciones **influyen negativamente en el clima laboral**, que va desmotivando cada vez más a estos trabajadores, porque se ven forzados a dar una respuesta muy competitiva entre ellos, de forma continua, más exigente, compleja y variada. **Las relaciones sociales a todos los niveles profesionales**, lejos de fomentarse y facilitar el trabajo en equipo, se ven mermadas especialmente por los estilos de *mando que dificultan la participación de los trabajadores y/o sus representantes.*
- ▶ Confirmando nuestros cuestionarios, las **principales causas de la alta carga mental**, que las gerencias deberían cambiar o mejorar, son: falta de comunicación; mala organización, especialmente en turnos, a pesar de la sobrecarga de trabajo; mandos intermedios que sólo dicen cual es la plantilla; inexistencia de medidas de conciliación y de apoyo social; el empleador hace pensar al trabajador que el riesgo psicosocial es por su cuenta, y que debe buscar él sólo las técnicas y habilidades necesarias. El grupo de discusión



también destacó, la mala distribución tanto de los roles como del tiempo de trabajo, y la falta de autonomía según el jefe correspondiente.

- ▶ **Los celadores se quejaban del estrés, por falta del control del tiempo** para atender como quisieran a los usuarios (porque deben estar pendientes de los horarios del hospital, cambios de tiempos de consulta...), *situación que dicen que no suele ocurrir en los centros privados*. Para otros trabajadores, se debe a **exigencias de familiares y pacientes** especialmente los mayores que requieren una atención más frecuente y específica, y si no cuentan con el apoyo y recursos necesarios por los mandos intermedios y/o la gerencia. Además de la **falta de flexibilidad de turnos y del horario en general**, ya que dependen de los mandos.
- ▶ Opinan que existen **privatizaciones encubiertas**, porque las nuevas formas de gestión cada vez dan mayor o exclusiva prioridad a sus propios fines, anteponiendo criterios económicos a otros de índole moral o ética.
- ▶ El **ordenador es un arma de doble filo**, a veces ayuda, pero en otras ocasiones puede repercutir negativamente, porque por ejemplo mientras lo están aprendiendo sienten que se pierde bastante el flujo de comunicación, ya que se concentran en enfrentarse a conocimientos nuevos y con poca ayuda. Además **se usa para controlar e instrumentalizar a los trabajadores**.
- ▶ **Otra situación de estrés** muy acusada para algunos, es que hay **trabajadores interinos que van a ir a la calle por la remodelación de su hospital**. Cambio que lleva a los afectados a una pasividad mayor, que el resto de compañeros que permanecerán.
- ▶ Ante los **cambios organizativos, existe miedo y ansiedad** porque no siempre les avisan previamente, o no reciben suficiente información, o no se tienen en cuenta posibles reticencias de algunos trabajadores con cierta antigüedad, al no verse capacitados ni apoyados. Para otros miembros del grupo el problema de esta flexibilidad laboral que exige un nuevo perfil del trabajador, es que **muchas veces nadie les explica los cambios, y además deben apañarse los propios trabajadores sin ninguna ayuda por parte de la empresa** (como sería facilitar que los trabajadores nuevos tengan apoyo por parte de los fijos).
- ▶ **Existen diferencias entre los trabajadores. Los nuevos** no pueden proponer mejoras, porque o no son escuchados o tienen miedo a hablar o callan, porque ven que los jefes ante todo ya dan su respuesta negativa. Además **deben aprender por ellos mismos**, y por tanto en muchas ocasiones disponen de menos información, dejándoles cada vez más apartados del resto de los compañeros, sin ayuda por parte de nadie. Otras diferencias son por el tipo de contrato, **los estatutarios sí tienen problemas con los días libres y el turno nocturno, donde realizan excesivas horas, pero por miedo lo asumen, los laborales no**. De esta precariedad se aprovechan los mandos.

- ▶ Así, se crean **conflictos** entre distintas categorías. También por: la falta de gestión de tensiones en el hospital; los mandos no facilitan la comunicación en todas sus vertientes; órdenes contradictorias; **sistema ambiguo de comunicación y responsabilidades...** La gerencia y/o mandos, no hacen nada ante círculos cerrados que imponen sus criterios, y rechazan a los trabajadores que no los asuman. Se llegan a escuchar “expresiones que machacan, como eres un viejo, ya está para jubilarte o no vales para nada”.
- ▶ En numerosas ocasiones, estos hechos conflictivos degeneran en procesos de **agresiones físicas** sobre todo entre compañeros, **u otros tipos de violencia en el trabajo, especialmente el acoso psicológico aunque sea de forma solapada. Por estas causas ven que se producen bajas, depresiones... pero a veces tienen miedo a hablar, especialmente los trabajadores que no hayan sido contratados como fijos; aunque éstos también callan por miedo a que les cambien días de libranza, o de un sitio a otro más solitario...**
- ▶ El clima laboral está tan enrarecido que hasta nos comentan casos de **acoso, entre directores o entre éstos y los puestos de secretaría.**
- ▶ Acusan bastante la **falta de intervención frente a casos de violencia, sea física, verbal o psíquica** (ejemplo que dan los participantes es que los mandos no facilitan realizar las denuncias para que no se conozca la conflictividad real).

Se ejerce por los superiores, compañeros, pacientes o familiares; pero la mayoría percibe que más que desde los jefes de forma directa, *indirectamente éstos fomentan distintos casos de acoso laboral entre los propios trabajadores, porque como estamos viendo hasta ahora no cuidan bien el “clima laboral”.* Además dicen que el acoso se debe entre otras razones, al entorno feroz y creciente de competitividad perseguido por sus mandos.

- ▶ **Propuestas o peticiones en riesgos psicosociales, algunas son:** conocer las normas del estado y de cada CCAA, porque se sienten indefensos ante la legislación y la judicialización; sensibilizar más a los responsables de salud laboral; la gerencia y/o mandos intermedios deben realizar su papel protector de la salud y bienestar de todos sus trabajadores; las Administraciones Públicas se deberían interesar más, asesorándoles tanto jurídicamente como psicológicamente; que existan sistemas de arbitraje en todos los centros y hospitales para solucionar problemas de clima laboral; analizar cada caso de acoso, porque hay provocaciones que a veces son muy sutiles, o que algunos no son ciertos y perjudican bastante al trabajador identificado como acosador; eliminar la exclusión y arbitrariedad como forma de presión, para darse de baja o abandonar el puesto; los mandos deberían promover la concordia ante tantos clanes que se van formando; mayor vigilancia de la salud frente a las depresiones; instalar timbres para evitar y comunicar agresiones.



V. ACCIÓN PREVENTIVA: PROPUESTAS/SOLUCIONES

A. MARCO DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. ¿QUÉ PUEDE HACER EL DELEGADO DE PREVENCIÓN?

Con todas las explicaciones indicadas, incluidas las opiniones de los trabajadores afectados, hemos intentado que no quede ninguna duda de que verdaderamente el sector de Atención Especializada se encuentra en una situación con alta probabilidad de exposición de riesgos psicosociales. Por tanto, requiere también de nuestra atención y del esfuerzo de todos los agentes sociales implicados. Incluso más que en “los tradicionales riesgos” (Seguridad, Higiene y Ergonomía), debido a la acuciante falta de “sensibilidad o cultura preventiva”, que se encuentra más debilitada en los problemas de naturaleza psicosocial, porque se olvida el siguiente razonamiento que hemos reiterado, varias veces, en esta Guía:

La condición para desarrollar estos riesgos psicosociales, se relaciona fundamentalmente con las características de las organizaciones, más que con las características de las personas.

A pesar de las dificultades, hay que recordar que, cualquier riesgo psicosocial es un riesgo laboral, con las consiguientes obligaciones de todo empleador, **fundamentalmente evaluar el riesgo para planificar** unas medidas, que en primer lugar lo eviten, y en caso de que no sea posible, reduzcan las consecuencias en la salud física, psíquica y social del trabajador. Así, los argumen-

tos para prevenir los riesgos psicosociales se regulan también en la [LPRL, artículo 4](#), en sus siguientes apartados que facilitamos como parte de la justificación legal ante la pérdida de “cultura preventiva”:

1. “Se entenderá por “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.
2. Se entenderá como “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.
3. Se considerarán como “daños derivados del trabajo” las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

Sin olvidar que el [anexo VI](#) del Reglamento de los Servicios de Prevención, [RD 39/97](#), exige entre sus técnicas la Psicopsicología para la prevención de riesgos psicosociales; y en este argumento juegan un papel vital los “Principios Básicos de Prevención Laboral” del [artículo 15 de la LPRL](#), en los que destacamos lo siguiente:

- a. “Evitar los riesgos”.
 - b. “Evaluar los riesgos que no se puedan evitar”.
- Estos dos primeros principios sientan la base fundamental de toda prevención en el trabajo, incluidos los riesgos psicosociales.

- c. “Combatir los riesgos en su origen”.
Este principio significa que no hay que esperar que evolucionen los procesos de estrés, burnout, violencia laboral o mobbing, sino que hay que luchar con las **obligaciones básicas de todo empleador (evaluar, planificar medidas, vigilar la salud, formar e informar a los trabajadores) antes de que se produzcan los primeros síntomas.**

- d. “Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud”.

En muchos casos los empleadores anteponen sus propios objetivos a la realización de este principio, así la realidad dista mucho del contenido de esta base en prevención de riesgos laborales, ya que en numerosas ocasiones por ejemplo, el trabajador sufre distintos trastornos y patologías relacionadas con el estrés, porque se ve obligado a adaptarse él mismo o su equipo, al trabajo que se deba realizar; cuando debería ser lo contrario, especialmente en las tareas repetitivas y monótonas.

- e. “Tener en cuenta la evolución de la técnica”.
Lógicamente las actividades laborales sufren cambios en relación con la evolución de la tecnología. Aunque este hecho en principio sea para beneficiar la produc-



ción o los servicios en la empresa y facilitar el trabajo a la plantilla, muchas veces no se da el cambio con un previo aviso y mucho menos se prepara al trabajador ante el mismo. Por tanto el empleador debe cumplir con las herramientas básicas de formar e informar al trabajador, en todo lo que le puedan afectar los cambios y la evolución de la técnica.

- f. *“Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo”.*
- g. *“Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual”.*
- h. *“Dar las debidas instrucciones a los trabajadores”.*

En relación al Principio (e), la planificación de medidas tiene que coordinar la evolución de la técnica, la organización de trabajo (canales de comunicación eficaces, evitar la ambigüedad de rol estableciendo unas instrucciones mínimas y adecuadas para que los trabajadores puedan desempeñar sus tareas, potenciar las relaciones tanto ascendentes como descendentes y horizontales,...) y las condiciones de trabajo, incluidos los factores ambientales del trabajo que como vimos pueden afectar también a la salud del trabajador, produciéndole mayor fatiga mental o insatisfacción laboral, junto a síntomas físicos. Además en esta planificación hay que emplear **preferentemente medidas colectivas** y en caso de que no

sean posibles o insuficientes, se completarán con medidas individuales.

Antes de pasar a casos de medidas concretas, para este sector de Atención Especializada, es necesario hacer una referencia al *Marco Estratégico para la Mejora de la Sanidad en Atención Primaria en España 2007- 2012*; ya que aunque sea destinado a la Atención Primaria, también menciona a veces explícitamente a la Atención Especializada o se puede trasladar a dicho nivel asistencial. Por tanto, destacamos algunas estrategias con cierta relación a la prevención en riesgos psicosociales para los trabajadores de la presente Guía:

- Estimular cambios en las organizaciones tanto de Atención Primaria como Especializada que favorezcan la continuidad asistencial; mediante líneas de actuación como, promover un sistema de información válido que garantice la coordinación efectiva entre dichos niveles y que permita compartir los resultados claves.
- Es necesario potenciar la comunicación y la coordinación entre ambos niveles de asistencia sanitaria. Ejemplo de línea de actuación, sería crear circuitos de coordinación entre Atención Primaria y Especializada y **favorecer ámbitos de encuentro** que faciliten la relación formal e informal **entre profesionales** (sesiones clínicas, reuniones entre profesionales, grupos de mejora continua de la calidad, encuentros entre directivos de Atención Primaria y Especializada,...).

- También hay que esforzarse para estimular la gestión de procesos asistenciales integrados entre Atención Especializada y Atención Primaria; como línea de actuación, se impulsará el uso de indicadores comunes evaluables y comparables.
- Mejorar la **motivación** de los profesionales **y el clima laboral**. Aquí resaltamos las siguientes líneas de actuación:

- Incorporar en la carrera profesional el reconocimiento de los méritos, la implicación en las tareas y la mejora continua del desempeño profesional.
- Desarrollar la carrera profesional con criterios de coherencia entre las distintas CCAA, con participación activa de los profesionales.
- Promover la motivación por incentivos no económicos como: formación continua; mejorar las condiciones laborales y recursos, tanto materiales como de personas; mayor autonomía en la toma de decisiones; participación en la organización del trabajo, mediante grupos; facilitar el acceso a la tecnología; mayor flexibilidad en la composición de equipos...
- Impulsar objetivos de equipo comunes, clarificando las funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales.
- Potenciar la figura del director/coordinador de centro de salud, apoyando su papel de liderazgo “participativo”, dotándole de mayor capacidad en el manejo de los conflictos en el centro.
- Reforzar el clima organizacional, la cohesión, la motivación, la satisfacción y el sentido de pertenencia de los profesionales.
- Establecer programas específicos de apoyo, especialmente en centros conflictivos, que sufran amenazas o agresiones.



Al hablar de planificar medidas, nos referimos a que una vez identificado y valorado el riesgo psicosocial, hay que negociar unas medidas eficaces y realizar un control y seguimiento de las mismas para que se lleven a la práctica. *Ejemplos de medidas preventivas en el nivel prioritario o colectivo:*

- ▶ La **participación y consulta de los trabajadores o sus representantes**, en los aspectos que puedan influir en la salud de los trabajadores, incluidos los factores y medidas psicosociales.
- ▶ **Formación, información y promoción** profesional.
- ▶ **Canales de comunicación** para fomentar las relaciones interpersonales y la integración en los equipos de trabajo.
- ▶ Seleccionar y promover **estilos de mando que se caractericen por facilitar el diálogo** entre todos los implicados.
- ▶ **Documentar** la situación de forma correcta para un análisis y tratamiento de los resultados.
- ▶ **Implicar a toda la estructura jerárquica**, en la elaboración de políticas contra la violencia en el trabajo y el estrés laboral.
- ▶ Poner en práctica **protocolos para resolver los conflictos**, evitando su evolución a problemas de violencia o acoso laboral.

¿Qué puede aportar el Delegado de Prevención?

Dentro del marco de la LPRL, debemos reconocer el margen de actuación que tienen los/as Delegados/as de Prevención. Estos valiosos representantes de los trabajadores no sólo deben ser conscientes de las obligaciones preventivas existentes en esta materia, sino que deben ser instruidos para afrontar tal acción.

Les competen varias acciones en defensa de la salud física, psíquica y social de los trabajadores. Para este fin cuentan con facultades de actuación, y con garantías para que éstas resulten realmente viables.

Las quejas de los trabajadores en relación a situaciones de estrés laboral, burnout, violencia laboral o acoso en el trabajo, están creciendo tanto que los Delegados deben estar preparados para atenderlas del mejor modo posible. Pero, en cualquier caso, lo que primero debe hacer es exigir a la empresa, la evaluación de los riesgos psicosociales. Así cuenta con todo el apoyo de la LPRL, cuyo cumplimiento debe exigir, junto con la colaboración tanto de la Inspección de Trabajo y de Seguridad Social, como en su caso del Juez. Concretamente conforme al **artículo 36 de la LPRL** entre sus competencias están las siguientes:

- ✓ Colaborar con la empresa en la prevención, reforzada en la violencia laboral de género y las discriminaciones por razón de sexo.
- ✓ Promover la cooperación de los trabajadores para cumplir las normas.

- ✓ Proponer la adopción de medidas preventivas.
- ✓ Vigilar el cumplimiento normativo.
- ✓ Acompañar y presentar observaciones en las visitas de los técnicos e inspectores.
- ✓ Visitar los lugares de trabajo y comunicarse con los trabajadores.
- ✓ Ser informados por los empresarios, de los daños en salud laboral.

Para desarrollar sus funciones, en riesgos psicosociales, el Delegado de Prevención puede realizar investigaciones, para recopilar información sobre las condiciones de trabajo de sus compañeros. Se puede conseguir por ejemplo mediante las siguientes fases:

- Seguir un proceso de investigación, recopilando el mayor número de datos, contando con las informaciones que les ofrezcan los trabajadores, y con indi-

cadoreos objetivos como la siniestralidad y el absentismo. Así, podrá realizar: encuestas, entrevistas, grupos de discusión y escalas, análisis de datos preexistentes de carácter secundario. En esta fase, si el trabajador recibe tratamiento psicológico o psiquiátrico, se solicitará el correspondiente informe, respetándose, en todo momento, los derechos a la intimidad, dignidad y confidencialidad de su estado de salud.

Elaborar y analizar los datos y conclusiones, por ejemplo si es necesario profundizar en el análisis de la situación, o si existen factores psicosociales con efectos nocivos en la salud de las personas.

Terminada la fase de investigación y estudio, se podrá solicitar a la empresa que emprenda las actuaciones correspondientes, para proteger y garantizar la salud y bienestar de los trabajadores.

B. EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

Siguiendo el propósito de esta Guía, como herramienta de ayuda principalmente a los Delegados de Prevención; terminamos exponiendo algunos ejemplos de buenas prácticas para mejorar la prevención de los riesgos psicosociales en Atención Especializada. Para facilitar un mayor orden, los temas centrales están subrayados:

- ✓ La compañía de Seguro del Fuego y la Marina de St. Paul (EEUU), estudió unos *programas para prevenir el estrés en hospitales*, incluyendo aspectos como: educación del empleador y la administración en el estrés laboral; cambios en las políticas de hospital y en los procedimientos para reducir las fuentes organizativas



del estrés; y el establecimiento de programas de asistencia para el trabajador.

Los primeros **resultados**, fueron que la frecuencia de errores médicos disminuyó un 50%, después de que se implementaron las actividades de prevención en un hospital con 700 camas. En un segundo estudio en 22 hospitales que implantaron programas, se redujo un 70% el número de quejas por malas prácticas. Por el contrario, no hubo ninguna reducción en el número de demandas de un grupo concordado de 22 hospitales, que no se acogieron a las actividades para la prevención de estrés.

- ✓ *En un centro sanitario de Granada se elabora un trabajo premiado sobre las consecuencias nefastas del ruido en hospitales, el silencio es salud. Entre los argumentos indicados por una trabajadora afectada, resaltamos que el ruido les “provoca cambios fisiológicos y psicológicos como ansiedad, nerviosismo, estrés, dolor de cabeza, mareos, insomnio... los trabajadores desarrollan su trabajo con un sobreesfuerzo para ser más eficientes, sin importarles acabar la jornada con un exceso de fatiga”. “En general, existe una falta de concienciación por todos para conseguir un hospital silencioso, que proporcione un ambiente relajado y saludable...”.*
- ✓ Esta iniciativa presentada en la dirección del hospital, propone lanzar **campañas de sensibilización** en los hospitales para mentalizar sobre los beneficios del si-

lencio. **También ofrece recomendaciones** como: realizar diferentes carteles para hablar en tonos bajos, o salir de las habitaciones para conversar a través del móvil, adaptar aparatos sonoros de las habitaciones,...

- ✓ *Muchas CCAA elaboran protocolos específicos o registros de agresiones a trabajadores sanitarios. Así, el Informe anual del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2006 menciona:*

- *En Aragón, Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales.*
- *En Castilla y León, el Plan Integral de Seguridad del Personal de Instituciones de la Gerencia Regional de Salud.*
- *Plan de Prevención de Violencia Laboral, Servicio Gallego de Salud.*
- *El Plan para la Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de Salud.*

Dicho Informe, también indica otras buenas prácticas:

- *Las gerencias del Servicio Cántabro de Salud, desarrollaron la segunda encuesta que evalúa el clima laboral, en Octubre del 2006. La satisfacción general resultó mayor en Atención Primaria, que en Especializada. Pero en ambos niveles los factores psicosociales, más citados fueron: la percepción de falta de reconocimiento profesional, la falta de comunicación, la retribución y la formación. Siendo los **celadores** quienes mostraron más insatisfacción.*

- *En Galicia, encuesta para evaluar los factores de riesgo psicosocial, su repercusión sobre la salud, el estrés y la satisfacción.*
- *Los colegios médicos de Cataluña realizaron una encuesta de salud, pero exclusivamente para el personal facultativo.*
- ✓ Otro ejemplo es una *residencia de ancianos de Mallorca, que recibió un galardón europeo por su lucha contra los riesgos psicosociales y el estrés laboral*. Donde se estudió las necesidades de los trabajadores, para tomar medidas que mejoren sus condiciones de trabajo, horarios o tareas.
Entre los principales problemas detectados, está el relativo al envejecimiento de sus residentes y el incremento del nivel de dependencia de éstos. Causando a los trabajadores una presión o carga física y mental considerable, lo cual a su vez provocaba una alta tasa de absentismo por cuestiones de depresión o ansiedad. Además se daba un número elevado de pequeños accidentes y existía la opinión generalizada de que era necesario solucionar algunos problemas organizativos. Las consecuencias fisiológicas de este desajuste fueron, en este caso, las depresiones y los estados de ansiedad del personal, así como la supuesta falta de concentración que provocó el incremento del número de pequeños accidentes. *Este proyecto implantó algunas de las siguientes medidas: **augmentar el personal de enfermería y auxiliar***, las horas punta

de 7:30-11:30 y 17:30-21:30. Así reduce la carga de trabajo, mejora el sistema de turnos y la cobertura en caso de ausencias e imprevistos; **formar al personal** frente a fallecimientos, dolor y enfermedades terminales; especificar funciones de los **auxiliares de enfermería**, como dispensar medicinas, y asesorar en la administración de tratamiento.

- ✓ *El Plan de "Asistencia Segura" de un hospital holandés, para prevenir la violencia laboral, que consiguió disminuir la violencia física un 30% y la agresión verbal en 27%. Fue una de las veinte empresas galardonadas en la Semana Europea 2002, para aportar soluciones concretas a los riesgos psicosociales. Persigue introducir una política de **tolerancia cero** de agresión y violencia, por ejemplo mediante acuerdos alcanzados con la fiscalía y la policía local, con el fin de que se pueda incluso negar el acceso al hospital a los visitantes y/o pacientes agresivos.*
- ✓ *En el grupo de discusión que dedicamos a los trabajadores y representantes de Atención Especializada, se apuntó como posible práctica pionera para las posibles instituciones afectadas y desde un punto imparcial, al servicio de intermediación de un hospital de Barcelona.*



ANEXOS

ANEXO I. JURISPRUDENCIA RELACIONADA CON LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

La violencia que proviene de terceras personas es un riesgo profesional a prevenir en el marco de la LPRL

STS, 4ª (Sala Social), 20 de septiembre de 2007.

La violencia externa ejercida contra un/a trabajador/a, como por ejemplo la que proviene del alumnado o de los padres, es un riesgo profesional y, por tanto, existe el deber del empleador de poner todos los medios necesarios para prevenirlo o, en todo caso, evitar que se produzcan daños. Incluye la obligación de establecer –o mantener– servicios de seguridad privada en todas las circunstancias que así lo aconsejen.

La responsabilidad por conductas agresoras y/o acosadoras no es sólo del empleador, sino también de la persona directamente responsable de las mismas

STS, 4ª (Sala Social), 30 de enero de 2008.

Cuando un/a trabajador/a decida demandar por acoso a su empresa ha de incorporar en la demanda tanto al empleador –a la Administración educativa competente en su caso, para el sector de la Enseñanza– como al trabajador responsable directo de la agresión –compañero o compañera de trabajo–.

El estrés laboral está a menudo en la base de los infartos de trabajadores

STS, 1ª (Sala Civil), 1 de marzo de 2007.

El infarto que sufra un/a trabajador/a derivado de una situación de estrés laboral ha de considerarse como un accidente, en los términos del artículo 100 de la Ley del Contrato de Seguro, a los efectos de la responsabilidad de la compañía por el pago de las cantidades cubiertas por el seguro contratado.

El derecho a la salud está relacionado estrechamente con el derecho a la integridad personal, por lo que también las dolencias psíquicas derivadas de un acto empresarial pueden constituir una violación de derechos fundamentales.

STCO 62/2007, de 27 de marzo de 2007.

El estrés laboral es un riesgo profesional que debe ser gestionado en el marco de las obligaciones preventivas de la LPRL.

Sentencia TSJ Madrid, núm. 306/2007 de 11 abril.

Debemos insistir en que, detectado un problema de estrés o de depresión o ansiedad reactivo al trabajo, el empresario tiene obligación de identificarlo, analizando la organización, las condiciones de trabajo, el entorno y, por supuesto, los factores subjetivos, entre los que se encuentran las presiones emocionales y sociales a las que se pueda ver sometido el trabajador en el entorno laboral, su sentimiento de impotencia o incapacidad, de falta de apoyo etc.

ANEXO II. ACUERDO MARCO EUROPEO SOBRE ESTRÉS LABORAL

Firmado el 8 de octubre de 2004. Trata de proporcionar un marco a los empresarios y trabajadores para identificar, prevenir y tomar medidas necesarias en los problemas del estrés relacionados con el trabajo.

1. Introducción

El estrés ligado al trabajo ha sido reconocido a escala internacional, europea y nacional como una preocupación tanto para los empleadores como para los trabajadores.

Habiendo identificado la necesidad de una acción específica en este asunto y anticipando una consulta de la Comisión sobre el estrés, los interlocutores sociales europeos han incluido este tema en el programa de trabajo del Diálogo Social 2003 – 2005.

El estrés puede, potencialmente, afectar a cualquier lugar de trabajo y a cualquier trabajador, independientemente del tamaño de la empresa, de su ámbito de actividad o del tipo de contrato o relación laboral. En la prác-



tica, no todos los lugares de trabajo, ni todos los trabajadores están necesariamente afectados.

Tratar la cuestión del estrés ligado al trabajo puede conducir a una mayor eficacia y mejora de la salud y seguridad en el trabajo, con los correspondientes beneficios económicos y sociales para las empresas, los trabajadores y la sociedad en su conjunto. Es importante considerar la diversidad de la mano de obra cuando se tratan problemas de estrés ligado al trabajo.

2. Objetivo

El objetivo de este Acuerdo es incrementar la sensibilización y la comprensión de los empleadores, los trabajadores y de sus representantes acerca de la cuestión del estrés relacionado con el trabajo, atraer su atención respecto a los signos que pueden indicar los problemas de estrés ligado al trabajo. Así mismo, trata de proporcionar un marco a los empleadores y a los trabajadores para identificar y prevenir o manejar los problemas del estrés relacionados con el trabajo. No se trata de culpabilizar a los individuos respecto al estrés.

Reconociendo que el acoso y la violencia en el lugar de trabajo son factores potenciales de estrés y dado que el programa de trabajo 2003 – 2005 de los interlocutores sociales europeos prevé la posibilidad de una negociación específica sobre estas cuestiones, el presente Acuerdo no trata la violencia en el trabajo, ni el acoso, ni el estrés postraumático.

3. Descripción del estrés ligado al trabajo

El estrés es un estado que se acompaña de quejas o disfunciones físicas, psicológicas o sociales y que es resultado de la incapacidad de los individuos de estar a la altura de las exigencias o las expectativas puestas en ellos. No es, en sí mismo, una enfermedad, pero una exposición prolongada puede reducir la eficacia en el trabajo y causar problemas de salud.

El individuo es capaz de manejar la tensión a corto plazo, lo que debe ser considerado como positivo, pero tiene dificultades de resistir una exposición prolongada a una presión intensa. Cada individuo es diferente de otro, lo que hace que puedan reaccionar de manera distinta a situaciones similares, e incluso, un mismo individuo puede reaccionar de manera diferente ante una misma situación, en distintas etapas, situaciones o momentos de su vida.

El estrés laboral puede suponer un grave problema tanto para la organización como para el propio trabajador. Cuando hablamos de manifestaciones del estrés en el trabajo, es necesario incidir en que no todas las consecuencias del estrés, son exclusivas del estrés ligado al trabajo, pues pueden existir otros factores, fuera del entorno laboral, que influyan, o incrementen los efectos del estrés sobre la salud del trabajador, su comportamiento, y que disminuyan su capacidad para afrontar sus labores diarias en el trabajo.

No hay dudas a la hora de reconocer que no todas las manifestaciones del estrés, en el entorno laboral, pue-

dan tener como consecuencia única el estrés ligado al trabajo, ya que existen otras situaciones, susceptibles de generar estrés al individuo, que tienen su origen fuera del trabajo. Situaciones extra-laborales que pueden entrañar cambios de comportamiento y reducir su capacidad para afrontar las tareas diarias en el trabajo. Pero esto no justifica, en absoluto, que nos abandonemos a una visión individual del estrés, que lo entienda e intente explicarlo como un factor puramente personal, que dependa exclusivamente de la capacidad del trabajador para afrontar las diferentes situaciones que se le presentan en su vida diaria.

Es necesario afrontar el estrés en el trabajo con una visión de conjunto, evitando la tentación de achacar sus consecuencias y sus manifestaciones, únicamente a factores individuales, pues con ello excluimos y omitimos todos aquellos factores laborales que tienen su origen en el trabajo: contenido del trabajo, su organización, el entorno, la falta de comunicación,..., sobre los que el trabajador suele carecer de capacidad de control.

Factores sobre los que el empleador puede y debe proteger al trabajador, estableciendo las medidas preventivas y mecanismos de control, necesarios y oportunos. Una buena gestión y una adecuada organización del trabajo son la mejor manera de prevenir el estrés y sus consecuencias para la salud del trabajador (ansiedad, alteraciones del sueño, depresión,...) y para la empresa (absentismo, bajas, disminución del rendimiento,...).

4. Identificación de problemas del estrés relacionado con el trabajo

Dada la complejidad del fenómeno del estrés, el presente Acuerdo no pretende proporcionar una lista exhaustiva de indicadores de estrés potencial. Sin embargo, un alto nivel de absentismo, rotación personal, frecuentes conflictos o quejas de los trabajadores, constituyen signos que pueden indicar un problema de estrés ligado al trabajo.

La identificación de un problema de estrés vinculado al trabajo puede implicar un análisis de elementos tales como la organización del trabajo y los procesos (acuerdos de tiempo de trabajo, grado de autonomía, adecuación de las capacidades del trabajador a las necesidades del trabajo, cantidad de trabajo,...), las condiciones y entorno de trabajo (exposición a comportamientos abusivos, ruido, temperatura, sustancias peligrosas,...), la comunicación (incertidumbre respecto a lo que se espera en el trabajo, perspectivas de empleo, próximos cambios,...) así como factores subjetivos (presiones emocionales y sociales, sentimiento de no ser capaz de hacer frente a las situaciones, impresión de no ser apoyado,...).

Si se identifica un problema de estrés ligado al trabajo se deben tomar medidas para prevenirlo, eliminarlo o reducirlo. La determinación de las medidas adecuadas es responsabilidad del empleador. Estas medidas serán aplicadas con la participación y colaboración de los trabajadores y sus representantes.



5. Responsabilidades de los empleadores y de los trabajadores

Conforme a la Directiva marco 89/391, todos los empleadores tienen la obligación legal de proteger la seguridad y salud de los trabajadores. Esta obligación se aplica igualmente a los problemas de estrés ligados al trabajo en la medida en que presenten riesgo para la salud y seguridad. Todos los trabajadores tienen el deber general de respetar las medidas de protección delimitadas por el empleador.

Los problemas relativos al estrés relacionado con el trabajo pueden ser abordados en el marco de una evaluación general de los riesgos profesionales, mediante la definición de una política sobre el estrés diferenciada y/o mediante medidas específicas, que apunten a los factores de estrés identificados.

6. Prevenir, eliminar o reducir los problemas de estrés ligado al trabajo

Se pueden tomar diferentes medidas para prevenir, eliminar o reducir los problemas de estrés ligados al trabajo. Estas medidas pueden ser colectivas, individuales o ambas. Pueden ser introducidas en forma de medidas específicas que apunten a factores de estrés identificados o en el marco de una política anti-estrés de origen general que incluya medidas de prevención y de acción.

Si las competencias requeridas en la empresa son insuficientes, es posible recurrir a expertos exteriores con-

forme a la legislación europea, así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

Una vez establecidas, las medidas contra el estrés deberán ser revisadas periódicamente con el fin de evaluar su eficacia, comprobar si se utilizan de forma óptima los recursos y si todavía son adecuadas o necesarias. Estas medidas pueden incluir, por ejemplo:

Medidas de gestión y comunicación como, aclarar objetivos de la empresa y el papel de los trabajadores, asegurar un apoyo adecuado a los individuos y equipos, asegurar una buena adecuación, entre el nivel de responsabilidad y de control sobre su trabajo, mejorar la organización, los procesos, las condiciones y el entorno de trabajo.

Formar a la dirección y a los trabajadores, con el fin de llamar la atención acerca del estrés y su comprensión, sus posibles causas y la manera de hacerles frente y/o adaptarse a los cambios.

Facilitar información a los trabajadores y consultarles a éstos y a sus representantes, conforme a la legislación europea, así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

7. Aplicación y seguimiento

En el marco del artículo 139 del Tratado, este Acuerdo marco europeo voluntario compromete a los miembros de UNICE/UEPME, del CEEP y de la CES (y del comité de Enlace EUROCADRES/CEC) a desarrollarlo, conforme a los procedimientos y prácticas propias de los interlocutores sociales, en los Estados miembros y en los países del Espacio Económico Europeo.

Las partes signatarias invitan, asimismo, a sus organizaciones miembro, en los países candidatos, a aplicar este Acuerdo. Las organizaciones miembro informarán acerca del desarrollo de este Acuerdo al Comité de Diálogo Social. El desarrollo de este Acuerdo se llevará a cabo durante los tres años siguientes a la fecha del mismo.

Durante los tres primeros años, tras la firma del presente Acuerdo, el Comité de Diálogo Social presentará un cuadro anual resumiendo el desarrollo del mismo. Dicho Comité elaborará, en el cuarto año, un informe completo sobre las acciones de desarrollo adoptadas.

Las partes signatarias evaluarán y revisarán el acuerdo en cualquier momento, pasados cinco años tras la firma, si así lo solicitara una de las partes signatarias.

En el caso de cuestiones sobre el contenido del Acuerdo, las organizaciones miembros implicadas, podrán dirigirse, de forma conjunta o separadamente, a las partes signatarias, que responderán conjunta o separadamente.

En el desarrollo de este Acuerdo, los miembros de las organizaciones signatarias evitarán cargas innecesarias a las PYME.

El desarrollo de este Acuerdo no constituye una razón válida para reducir el nivel general de protección otorgada a los trabajadores en el campo del presente Acuerdo.

El presente Acuerdo no perjudica el derecho de los interlocutores sociales a concluir, en el nivel apropiado, incluido el europeo, acuerdos que lo adapten y/o completen de manera que tengan en cuenta las necesidades específicas de los interlocutores sociales implicados.



ANEXO III. ACUERDO MARCO EUROPEO SOBRE ACOSO Y LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO

1. Introducción

El respeto mutuo de la dignidad a todos los niveles en el lugar de trabajo es una de las características esenciales de las organizaciones exitosas. Por eso son inaceptables el acoso y la violencia, que BUSINESSEUROPE, la UEAPME, el CEEP y la CES (y el comité de enlace EURO-CADRES/CEE) condenan en todas sus formas. Consideran que va en interés mutuo de empresarios y trabajadores examinar esta cuestión, que puede tener graves consecuencias sociales y económicas.

Tanto el derecho de la UE, como el nacional establecen el deber de los patronos de proteger a los trabajadores contra el acoso y la violencia en el lugar de trabajo.

En el lugar de trabajo pueden presentarse diversas formas de acoso y de violencia, que pueden:

- Ser de carácter físico, psicológico o sexual.
- Constituir incidentes aislados o comportamientos más sistemáticos.

- Darse entre colegas, entre superiores y subordinados o provenir de terceros como clientes, usuarios, pacientes, alumnos,...
- Ir desde poco importantes de falta de respeto hasta actos más graves como infracciones penales que requieren la intervención de las autoridades públicas.

Los interlocutores sociales europeos reconocen que el acoso y la violencia pueden aparecer en cualquier lugar de trabajo y pueden afectar a cualquier trabajador, con independencia del tamaño de la empresa, el campo de actividad o el tipo de contrato o de relación de trabajo. Sin embargo, algunos grupos y sectores pueden tener más riesgo que otros. En la práctica no todos los lugares de trabajo, ni todos los trabajadores, se ven afectados.

El presente acuerdo trata las formas de acoso y violencia que se sitúan dentro del ámbito de competencia de los interlocutores sociales y corresponden a la descripción que se hace en la sección 3.

2. Objetivo

El presente acuerdo tiene por objetivo:

- **Aumentar la sensibilización y el entendimiento de patronos, trabajadores y sus representantes sobre lo que son el acoso y la violencia en el lugar de trabajo.**
- **Proporcionar a los patronos, los trabajadores y sus representantes a todos los niveles un pragmático para identificar, prevenir y hacer frente a los problemas de acoso y violencia en el trabajo.**

3. Descripción

El acoso y la violencia son la expresión de comportamientos inaceptables adoptados por una o más personas, y pueden tomar muy diversas formas, algunas más fácilmente identificables que otras. La exposición de las personas al acoso y a la violencia puede depender del entorno de trabajo.

Se da acoso cuando se maltrata a uno o más trabajadores o directivos varias veces y deliberadamente, se les

amenaza o se les humilla en situaciones vinculadas con el trabajo.

Se habla de violencia cuando se produce la agresión de uno o más trabajadores o directivos en situaciones vinculadas al trabajo.

El acoso y la violencia pueden provenir de uno o más directivos o trabajadores, con la finalidad o el efecto de perjudicar la dignidad de la víctima, dañar su salud o crearle un entorno de trabajo hostil.

4. Prevenir, identificar y hacer frente a las situaciones de acoso.

Aumentar la sensibilización de todo el personal y darle una formación apropiada puede hacer que disminuya la probabilidad de acoso y de violencia en el trabajo.

Las empresas deben redactar una declaración de que no tolerarán el acoso y la violencia. En esta declaración se especificarán los procedimientos a seguir en caso de incidentes. Entre estos procedimientos pueden figurar una fase informal en la que una persona en quién confían, tanto de la dirección como los trabajadores, ofrece ayuda y asesoramiento. Tal vez existan ya procedimientos adecuados para hacer frente al acoso y la violencia.

Un procedimiento es adecuado si tiene en cuenta, entre otros, los elementos siguientes:



- **Va en interés de todas las partes proceder con la discreción necesaria para proteger la dignidad e intimidad de todos.**
- **No debe revelarse ninguna información a partes no involucradas.**
- **Las denuncias deben investigarse y tratarse sin demoras injustificadas.**
- **Todas las partes implicadas deben ser escuchadas con imparcialidad y recibir un tratamiento justo.**
- **Las denuncias deben ir sustentadas por información detallada.**
- **Las acusaciones falsas no deben tolerarse y pueden dar lugar a acción disciplinaria.**
- **Una ayuda exterior puede resultar útil.**

Si se establece que ha tenido lugar acoso o violencia, se tomarán medidas apropiadas contra sus autores. Estas medidas irán de la sanción disciplinaria al despido.

Las víctimas recibirán apoyo y, si es preciso, ayuda para su reintegración.

En consulta con los trabajadores o sus representantes, los empresarios establecerán, revisarán y controlarán es-

tos procedimientos para velar por que sean efectivos tanto para evitar problemas como tratarlos cuando surjan.

En su caso, las disposiciones de este capítulo pueden aplicarse a caso de violencia exterior.

5. Aplicación y seguimiento

En el contexto del artículo 139 del Tratado, este acuerdo marco europeo autónomo compromete a los miembros de BUSINESSEUROPE, la UEAPME, el CEEP y la CES (y el comité de enlace EUROCADRES/CEC) para ejecutarlo según los procedimientos y prácticas propios de los interlocutores sociales de los Estados miembros y en los países del Espacio Económico Europeo.

Las partes firmantes invitan también a sus organizaciones miembros de los países candidatos a aplicar este acuerdo.

La aplicación de este acuerdo se llevará a cabo en el plazo de tres años a partir de la fecha de su firma.

Las organizaciones miembros notificarán la aplicación del presente acuerdo al Comité de Diálogo Social. En los tres primeros años tras la firma de este acuerdo, el Comité de Diálogo Social elaborará y adoptará cada año un cuadro sinóptico de cómo va avanzando la aplicación del acuerdo. Asimismo redactará un informe detallado sobre las medidas de aplicación que se hayan tomado, informe que los interlocutores europeos adoptarán en el cuarto año.

Las partes firmantes, a petición de una de ellas, evaluarán y revisarán el acuerdo una vez transcurridos cinco años desde su firma.

Si surgen preguntas sobre el contenido del presente acuerdo, las organizaciones miembros implicadas podrán conjuntamente o por separado, consultar a las partes firmantes que responderán conjuntamente o por separado.

Al aplicar el presente acuerdo, los miembros de las partes firmantes evitarán cargas innecesarias para las PYMES.

La aplicación del presente acuerdo no justificará reducción alguna del nivel general de protección del que gozan los trabajadores en el ámbito del presente acuerdo.

El presente acuerdo no prejuzga el derecho de los interlocutores sociales a celebrar convenios, al nivel apropiado, incluido el nivel europeo, que adapten o complementen sus disposiciones de una manera que tenga en cuenta las necesidades específicas de los interlocutores sociales afectados.

ANEXO IV. BIBLIOGRAFÍA, NORMAS, NOTAS TÉCNICAS Y ENLACES DE INTERÉS

BIBLIOGRAFÍA

- “Sistema Nacional de Salud”. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>
- “Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Año 2006” (Resumen). Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Instituto de Información Sanitaria.
- “Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos”. (Informe del SNS 2006). Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informe-Anual2006/aspectos.pdf>
- “El futuro de la sanidad en España” Circulo de Sanidad, 2004.
- J. Guasch Farrás y col. “Condiciones de Trabajo. Centros hospitalarios. Metodología de Autoevaluación” INSHT, 1992.
- “Enciclopedia de la OIT”. Volumen III Capítulo 97, enero 2001. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo3/97.pdf>



- “Informe del estudio de factores psicosociales en la sanidad asturiana” Oficina Técnica de Salud Laboral UGT Asturias 2006.
- D. Sagehomme “Por un trabajo mejor: Guía de análisis de las Condiciones de Trabajo en el medio hospitalario”. INSHT 1989.

NORMATIVA BÁSICA

- ▶ Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Prevención de Riesgos Laborales.
- ▶ Real Decreto (RD) 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención.
 - ▶ RD 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
 - ▶ RD 487/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a manipulación manual de cargas.
 - ▶ RD 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
 - ▶ RD 485/1997, 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
 - ▶ RD 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.

▶ Ley 54/2003, de 12 de diciembre. Prevención de Riesgos Laborales. Reforma del Marco Normativo de Prevención de Riesgos Laborales.

- ▶ RD 286/2006, de 10 de marzo, contra riesgos relacionados con la exposición al ruido.
- ▶ RD 604/2006, de 19 de mayo, que modifica el RD 39/97.
- ▶ RD 1299/06, 10 de noviembre, aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la Seguridad Social y establece criterios para su notificación y registro.
- ▶ LO 3/07, 22 marzo, igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- ▶ RD 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.

NORMATIVA ESPECÍFICA

- ORDEN de 24 de octubre de 1979, sobre protección anti-incendios en los establecimientos sanitarios. BOE 267 de 7 de noviembre.
- RD 1030/06 de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.
- RD 707/02, de 19 de julio, aprueba el Reglamento del procedimiento administrativo especial de actuación de la Inspección de Trabajo, para imponer medidas co-

rectoras de incumplimientos en riesgos laborales en la Administración General del Estado.

NOTAS TÉCNICAS PREVENTIVAS DEL INSHT

- NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral.
- NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo.
- NTP 438: Prevención del estrés: intervención sobre la organización.
- NTP 439: El apoyo social.
- NTP 445: Carga mental del trabajo: fatiga.
- NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos.
- NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo.
- NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo.
- NTP 534: Carga mental de trabajo: factores.
- NTP 659. Carga mental de trabajo: diseño de tareas
- NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación.
- NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención.

ENLACES DE INTERÉS

- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. <http://www.ugt.es/slaboral/observ/index.php>
- Federación Servicios Públicos <http://www.fspugt.es> y www.fspprevencion.net
- Centro Internacional de información sobre Seguridad y Salud en el trabajo <http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm>
- Organización Internacional del Trabajo <http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo <http://es.osha.europa.eu/>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) <http://www.insht.es/portal/site/Insht>
- Inspección de Trabajo y Seguridad Social <http://www.mtas.es/itss/web/index.html>



ANEXO IV. PUBLICACIONES DEL OBSERVATORIO PERMANENTE DE RIESGOS PSICOSOCIALES

GUÍAS PREVENCIÓN GENERALES



GUÍAS PREVENCIÓN SECTORIALES





TRÍPTICOS INFORMATIVOS

GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN EN RIESGOS PSICOSOCIALES

Se define a la acción llevada a cabo por los agentes afectados por el riesgo de enfermedad o accidente de trabajo, que consiste en aplicar el conjunto de procedimientos de prevención que permitan controlar y reducir los riesgos de la organización empresarial, que se derivan de los factores de riesgo psicosociales en todo su ámbito.

Una organización adecuada debe incorporar y desarrollar, a través de sus actividades, actividades, procedimientos y estrategias.

ORGANIZACIÓN PERMANENTE RIESGOS PSICOSOCIALES

JUST

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Procedimientos válidos de medida y valoración para obtener información y analizar las condiciones en las que efectivamente se trabaja.

ORGANIZACIÓN PERMANENTE RIESGOS PSICOSOCIALES

JUST

NEGOCIACIÓN Y PAUTAS DE ACTUACIÓN EN RIESGOS PSICOSOCIALES

ORGANIZACIÓN PERMANENTE RIESGOS PSICOSOCIALES

JUST

BOLETINES INFORMATIVOS RIESGOS PSICOSOCIALES



www.ugt.es



FINANCIADO POR:



FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES