

Guía

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

OBSERVATORIO
PERMANENTE
RIESGOS
PSICOSOCIALES



Guía

PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES
EN EL SECTOR SANIDAD: ATENCIÓN PRIMARIA

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, diciembre de 2007

Diseño gráfico y de cubierta: Paco Arnau

Imprime: Impresión Digital Da Vinci

Depósito Legal:

Guía

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

Índice

I. INTRODUCCIÓN	7
II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL SECTOR	11
2.1. Datos socioeconómicos y ocupacionales del sector	11
III. MAPA DE RIESGOS DEL SECTOR	19
3.1. Riesgos Generales que se producen en el sector	19
3.2. Riesgos Psicosociales presentes en el sector.	26
3.3. El cuadro actual de Riesgos Psicosociales	36
- Estrés laboral	37
- Síndrome del quemado (burnout)	39
- Violencia en el trabajo	41
IV. RIESGOS 'REALES' DEL SECTOR: RESULTADOS DEL OPRPS	47
Características de los trabajadores encuestados de Atención Primaria	47
Conclusión	63
V. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN	65
¿Qué puede hacer el Delegado de Prevención?	68
Ejemplo buenas prácticas	70

ANEXOS 73

Anexo I: Acuerdo marco europeo sobre el estrés laboral	73
Anexo II: Bibliografía	77
Notas técnicas del INSHT	77
Normas	78
Enlaces de interés	79
Anexo III: Publicaciones del Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales	80



I. INTRODUCCIÓN

La defensa de la salud como un derecho fundamental de los trabajadores, cualquiera que sea la empresa y sector en el que preste sus servicios a cambio de un salario, 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 la “salud física” y/o la vida en su actividad laboral.

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 incidencia y frecuencia crecientes tanto de los “*riesgos ergonómicos*” cuanto de los denominados “*riesgos psicosociales*”.

Cierto es que 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 Internacionales, 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 Primaria— 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 de trabajo intensos, multiplicidad de las tareas, inestabilidad laboral..., hacen que la incidencia y magnitud de estos riesgos sean de gran relevancia.

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 Primaria; el riesgo laboral más importante que sufre el médico de Atención Primaria es el motivado por los condicionamientos psicosociales, íntimamente ligados a la organización y al tipo de relaciones que 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 es-

tado 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 abandonar 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.

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, en cuanto que agentes de riesgo para la salud integral de los/as trabajadores/as, es el de la LPRL.

Precisamente, en esta dirección hemos avanzado ya, en el marco del Diálogo Social Europeo. Primero con la incorporación al *Acuerdo de Negociación Colectiva para 2007 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. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL SECTOR

2.1. DATOS SOCIOECONÓMICOS Y OCUPACIONALES DEL SECTOR

A llamada “Atención Primaria” en España forma parte del catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud —SNS en adelante—, facilitadas directamente por los diferentes Servicios Públicos de Salud, hoy en manos de las Comunidades Autónomas —CCAA en adelante—. Su financiación, en cuanto prestación no contributiva del Sistema de la Seguridad Social —artículo 38 LGSS—, corresponde ya íntegramente a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, sin perjuicio de las aportaciones que las CCAA realizan, en virtud de su autonomía financiera y de gobierno. Este modo de financiación por vía ya exclusivamente de impuestos es acorde con su entendimiento como un derecho universal, esto es, prestado a toda la ciudadanía, incluso a toda la población de un país, independientemente de su nacionalidad y de sus

rentas. Conviene tener en cuenta que no en todos los países de la UE la Sanidad se financia del mismo modo, aunque la financiación pública tiene una importancia decisiva en los gastos, variando desde el 56% en el caso de Grecia a casi el 84% en el Reino Unido.

El alcance de esta prestación se recoge en el Anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, dictado en desarrollo del artículo 7.1 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS. La Atención Primaria se entiende como el nivel básico e inicial de atención, que garantiza una atención global y continuada durante toda la vida de las personas que la precisan. Asimismo actúa como gestor y coordinador de todos los casos que exigen atención, regulando los “flujos de pacientes” hacia el entero SNS. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación

de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Este amplio catálogo de prestaciones se puede llevar a cabo tanto en consultas, servicios y centros de salud, cuanto en el domicilio del enfermo. Entre estas prestaciones se incluye el siempre conflictivo servicio de atención de urgencia las 24 horas. Asimismo se ofrecen otros servicios de apoyo: sondajes, rehabilitación básica, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos... También integra la prestación de atenciones y servicios específicos para determinados colectivos —mujer, infancia, adolescencia, adultos, tercera edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos—.

Esta asistencia es prestada por equipos multi- e interdisciplinares y con un enfoque “biopsicosocial”, integrados básicamente por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, así como fisioterapeutas y matronas, a los que hay que añadir la presencia de profesionales del trabajo social, y el personal administrativo. A ellos hay que sumar una serie de servicios de apoyo que se integran otros profesionales (tocoginecólogos, odontólogos, psiquiatras, psicólogos y farmacéuticos).

Para hacer frente a este ingente volumen de atenciones y servicios de Atención Primaria, que se caracteriza por una gran accesibilidad del paciente y por exigir una elevada capacidad de resolución técnica del profesional, el SNS cuenta con una extensa red de centros sanitarios. Las unidades asistenciales principales son los Centros

de Salud donde trabajan los referidos equipos multidisciplinarios.

En síntesis, aunque el personal del centro de salud puede variar en función de la localidad, en líneas generales encontraremos:

- ▶ Médicos de medicina general (de familia).
- ▶ Pediatras.
- ▶ Enfermeras/os.
- ▶ Auxiliar de enfermería.
- ▶ Trabajadores sociales.
- ▶ Auxiliar administrativo.
- ▶ Celador.

Dentro de la estructura sanitaria la ubicación de los recursos asistenciales responde a una planificación sobre demarcaciones demográficas delimitadas, las **Áreas de Salud**, que establece cada CA, teniendo en cuenta factores de diversa índole pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios de los usuarios. Las Áreas de Salud se subdividen a la vez, en Zonas Básicas de Salud que son el marco territorial de la Atención Primaria donde se desarrollan las actividades sanitarias de los centros de salud. Cada Área dispone de un hospital general como referente para la Atención Especializada.

Conviene evidenciar que tras el dilatado e intenso periodo de transferencias, que culminó en 2002, son las CCAA las AAPP responsables de la provisión y gestión



de la asistencia sanitaria en España, desapareciendo el anterior INSALUD. Hoy esta Entidad Gestora se ha transformado en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), pero sólo presta servicios de atención sanitaria de modo directo para las Ciudades de Ceuta y Melilla. No obstante, a la Administración General del Estado le co-

responde la muy importante labor de fijación de las Bases y la Coordinación del SNS, con vista sobre todo a garantizar la equidad asistencial en todas las partes del territorio español, de modo que se asegure una atención equivalente, lo que hoy es complicado por la autonomía de la que disponen las CCAA.

Competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria



Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

A raíz de todos estos procesos de cambio legal —sucesivas reformas desde 1984—, político, institucional —transferencia a las CCAA—, y también social, puede comprenderse que la Asistencia Sanitaria, pieza clave del SNS, experimentara una primera etapa de profundo desarrollo en la década de los años ochenta. Sin embargo, con posterioridad, desde mediados de la década de los años 90, ha sufrido un cierto estancamiento, caracterizado por la escasa creatividad, por la rutina de las tareas y por la preocupación por poner en marcha ciertas prestaciones de la cartera de servicios poco desarrolladas, así como por la conclusión de contratos programa. Pero los problemas, lejos de reducirse se han incrementado.

Así, de una parte, en este periodo ha empeorado la equidad en la distribución de recursos, se ha incrementado el gasto, ha aumentado la preocupación por la ineficiencia del sistema, se han detectado variaciones injustificadas en la actividad clínica y en sus costes unitarios, y se sigue incrementando la descoordinación entre niveles de Atención Primaria y Especializada. Por otra parte, las consultas de Atención Primaria están, por lo general, masificadas. La Atención Primaria atiende a más de 300 millones de consultas al año con una frecuencia de 7,4 consultas por habitante al año, suponiendo un porcentaje de atención superior en un 40% a la media europea. Naturalmente, esto sólo es posible reduciendo hasta el extremo el tiempo de atención —“oficialmente” situada en “10 minutos”—. Esta elevada presión asistencial tiene

como consecuencia que la mayor parte del tiempo se destine a consultas a demanda en detrimento de la actividad programada, de la atención domiciliaria y de las actividades no asistenciales sanitarias.

El SNS cuenta con 2.702 Centros de Salud. Además, en municipios pequeños se dispone de consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro:

CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

	TITULARIDAD	Nº CENTROS
Centros de Salud	Públicos	2.702
Hospitales	Públicos Civiles	293
	Ministerio de Defensa	8
	Mutuas de Accidentes de Trabajo y EEPP	24
	Privados Benéficos	121
	Privados no Benéficos	333

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicios.



Es evidente que si el número de profesionales hubiese crecido en proporción adecuada a la multiplicación de las expectativas de atención garantizadas promovidas en la ciudadanía, el problema de la siempre *creciente presión asistencial*, inherente a un Sistema universal, estaría al menos controlado. Pero no ha ocurrido así, más bien lo contrario. El número de profesionales no se ajusta a las necesidades y la falta de tiempo para atender a los pacientes determina un abuso de la prescripción. Ello supone un incremento del gasto que los poderes públicos, de momento, no parecen querer afrontar. En el caso de España y según datos del Informe de la OMS, el gasto total sanitario, que incorpora el gasto público y el privado, representa el 7,5% del PIB, porcentaje que se ha mantenido más o menos estable en los últimos años, pese a las nuevas aportaciones de la AGE en 2005. Este menor gasto hace de la Atención Primaria española la "cienta europea".

En cuanto al origen del gasto sanitario en España, el 71,4% es público, poniéndose de relieve un cierto descenso del porcentaje de gasto público -5,35% del PIB-

en el gasto total, lo que evidencia no sólo un crecimiento progresivo del gasto privado, coherente con el crecimiento económico de estos años, si no un descenso del público —con anterioridad era del 5,43%—, lo que es una anomalía pues si en todos los países el gasto público ha cedido terreno al gasto privado, nunca ha descendido su participación sobre el PIB, como sí ha ocurrido en España en 2004. El gasto sanitario público en España, en el año 2005, se estima en 50.053,25 millones de euros. Esto representa un 5,53% del PIB y un 15,19% del gasto de las Administraciones Públicas.

Por lo que refiere a los profesionales sanitarios, en España hay más de medio millón de personas tituladas que se encuentran inscritas en algún colegio profesional relacionado con la actividad sanitaria. El colectivo más numeroso corresponde a los profesionales de enfermería, colectivo mayoritariamente integrado por mujeres lo que exige, como se verá más adelante y en aplicación de la LO 3/2007 y por la Estrategia Española de Seguridad y Salud 2007-2012, un enfoque de género en la PRL.

PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS, 2004

	TOTAL	% MUJERES	COLEGIADOS / 1.000 hab.
Médicos	194.668	41,4	4,7
Enfermeros	225.487	81,6	5,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

RECURSOS HUMANOS EN EL SNS, 2003

RECURSOS HUMANOS	SNS	DISTRIBUCIÓN POR ÁMBITO ASISTENCIAL	
		ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
TOTAL RRHH	422.171	84.471	337.700
Médicos	83.726	29.428	54.298
Enfermeros	118.532	24.455	94.077
Otros	219.913	30.588	189.325

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

El personal que presta servicio en el SNS asciende a 422.171 –Instituto de Información Sanitaria– profesionales, de los cuales el 20% pertenecen a Atención Primaria y un 80% en Atención Especializada. En cuanto a los médicos

que trabajan en Atención Primaria el 82,2% son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y el 17,8% en Pediatría. Por su parte, La enfermería trabaja tanto en actividad programada como respondiendo a demanda de cuidados.



ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. 2003

Consultas al médico	309,6
% consultas al médico de familia	86,8
% consultas al pediatra	13,2
Consultas por habitante y año	7,4

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud Pública

A esta situación potencialmente explosiva de incremento de la presión asistencial y reducción, o cuanto menos estancamiento, del gasto público sanitario, se añade un cierto deterioro del número de profesionales sanitarios en nuestro país, por diversos motivos, entre otros la marcha a diferentes países del resto de la UE por ofrecer mejores condiciones. En este sentido, el número de profesionales sanitarios en Europa ha crecido de 13 a 15 millones de personas entre 1995 y 2002. En este sentido, la mayor tasa de médicos corresponde a Grecia (438/100.000 habitantes) seguido de Bélgica (386), Alemania (359). Se explica así que España, con una tasa de 303 ocupe un lugar poco privilegiado, aunque diste todavía del país europeo como menos facultativos en relación a su población, que es el Reino Unido con 179 profesionales. Pero debe

recordarse que esta situación del sistema sanitario británico, en otro tiempo uno de los de mayor calidad de todo el mundo, es consecuencia de nefastas políticas públicas de privatización del sistema. Además, en España, el porcentaje con respecto del total de médicos en ejercicio era del 35%, cuando en muchos de los países desarrollados se acerca al 50%.

En definitiva, muchos factores de diversa índole evidencian la multiplicación de amenazas para la calidad de nuestro Sistema Sanitario, considerados entre los mejores del mundo pese a todo —ocupaba en el año 2000 el séptimo lugar—. La preocupación por la contención del gasto público, entre otras razones por la presión hacia el crecimiento que deriva del progresivo envejecimiento de la población, el incremento de las expectativas de aten-

ción sanitaria a la ciudadanía, el aumento de la población atendida, entre otros factores, por la llegada de inmigrantes que, en general, presentan unas peores condiciones de salud que los españoles, y el deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales, son factores que dibujan un panorama preocupante. Además, se añade la

dificultad de mantener una formación continuada que haga frente al imparable crecimiento de los conocimientos médicos, la percepción de falta de apoyo social, y la falta de promoción interna, lo que contribuye a la multiplicación de los problemas de salud laboral de estos profesionales asociados a factores de riesgo psicosocial.



III. MAPA DE RIESGOS DEL SECTOR

3.1. RIESGOS GENERALES QUE SE PRODUCEN EN EL SECTOR

El enfoque tradicional que se ha dado a los riesgos laborales de los profesionales sanitarios ha sido desde la óptica hospitalaria siendo difícil encontrar recomendaciones para la Atención Primaria. Además se ha prestado más esfuerzo a conocer los riesgos laborales tradicionales de los trabajadores sanitarios, esto es, los causados por agentes biológicos, químicos y físicos.

Pero el referido desarrollo del modelo de la Atención Primaria que se produce desde la década de los 80, ha supuesto una transformación radical de las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.

En el anterior apartado hemos tenido la oportunidad de hacer referencia a las peculiares características que reúnen las condiciones de trabajo en el sector, y que sintetizamos como sigue:

- Los centros de trabajo, es decir, los centros de salud como unidad diferenciada dentro del sistema sanitario caracterizada por su ubicación rural o urbana, su dispersión geográfica y sus características físicas como centros sanitarios.
- Las actividades asistenciales que se desarrollan en Atención Primaria, caracterizada por su complejidad y unas cargas de trabajo crecientes debido al aumento de la demanda y con una carga psicológica derivada de la relación directa y continua con los pacientes.
- Un sistema de organización del trabajo basada en la concepción de un equipo multidisciplinar para afrontar la oferta de servicios.

Desde esta perspectiva, es oportuno subrayar que las Administraciones Sanitarias no sólo tienen responsabilidad en el ámbito de las políticas públicas de salud —implantación de sistemas de información adecuados para la elaboración de los mapas de riesgos y estudios epidemiológicos, desagregando los datos incluso atendiendo

al enfoque de género, según el nuevo artículo 27 LO 3/2007; coordinación con los servicios de prevención, según el artículo 29.1 RSP...—, sino que son ellas mismas empleadoras. Por tanto, son sujetos obligados a garantizar un protección eficaz contra todo tipo de riesgo que puedan sufrir sus profesionales en los lugares de trabajo, esto es, básicamente en los centros de salud, aunque también, como es obvio, en los demás lugares de prestación —ejemplo: asistencia domiciliaria—. Cosa distinta es que, por sus singularidades, tengan un amplio dispositivo de normas y estructuras organizativas en materia de PRL diferenciadas. Pero debe cumplir como todos la LPRL.

Por tanto, veremos cómo los principales riesgos que pueden padecer los profesionales sanitarios no son ya sólo de carácter biológico, sino también psicosocial, estos íntimamente ligados a la organización del trabajo y al tipo de relaciones que establecen en ella tanto entre compañeros como con superiores y pacientes. Estos factores de riesgo son potencialmente productores de 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 escasa satisfacción laboral. Asimismo, veremos como estos colectivos también se exponen a una mayor incidencia de actos de violencia, tanto externa —precedente de terceros—,

como interna, en este caso sobre todo de carácter psicológico. Resumiremos primero los riesgos tradicionales para luego afrontar los psicosociales específicamente.

RIESGOS DE SEGURIDAD:

► **Riesgo de caídas, resbalones y tropiezos** debido a:

- Suelos sucios, resbaladizos, irregulares o en mal estado.
- Iluminación insuficiente.
- Obstáculos en lugares de paso.
- Escaleras sin barandillas o mal acondicionado y/o no existencia de barandillas.
- Nula o escasa señalización.
- Calzado inadecuado.
- Falta de orden y limpieza.
- Aberturas en el suelo.
- Aberturas en paredes o tabiques siempre que su situación y/o dimensión suponga riesgo de caídas.
- Pisos o pasillos de las plataformas de trabajo resbaladizos o con obstáculos
- Suelos recién fregados.
- Cajas u otros obstáculos en los pasillos.
- Baldosas y/o moquetas rotas o desgastadas.

Para evitar este tipo de situaciones hay que:



- Instalar suelos antideslizantes y de fácil limpieza, y realizar un mantenimiento adecuado.
- Liberar de obstáculos las zonas de paso y las salidas de emergencia.
- Iluminar adecuadamente.
- Comprobar el buen estado de las protecciones.

► **Choques, golpes y atrapamientos** por la existencia de:

- Espacio de trabajo pequeño y/o
- Vías de paso inadecuadas.

Para evitarlo hay que:

- Tener una organización correcta del espacio de trabajo.
- Tener una iluminación adecuada en las vías de paso.
- Delimitar bien las zonas de circulación.

► **Riesgos eléctricos**, porque en la consulta o salas del centro puede haber:

- Instalaciones eléctricas defectuosas, maquinaria dañada.
- Transformadores en mal estado.
- Accesorios eléctricos.

- Falta de toma de tierra.
- Humedad.
- Falta de aislamiento.

Para impedir este riesgo:

- Alejar cables y conexiones de las zonas de trabajo.
- Mantener en buen estado, cables, enchufes y aparatos eléctricos.
- No usar los aparatos con las manos mojadas.
- No sobrecargar los circuitos y los enchufes con ladrones.

► **Riesgo de incendio:** un incendio se puede producir en el centro de salud por:

- Presencia de materiales inflamables, sustancias combustibles y fuentes de calor.
- Sistemas de detección del fuego y alarmas en mal estado.
- Mal estado de las instalaciones y aparatos eléctricos.
- Vías de evacuación obstruidas.

Para eludir un incendio hay que:

- Almacenar los productos inflamables y combustibles aislados y alejados de las zonas de trabajo.

- Dotar el lugar de trabajo de sistemas de detección de incendios.
- Formación e información de todos los trabajadores y realización de simulacros.
- Mantener las salidas de emergencias libres y bien señalizadas.

RIESGOS DE HIGIENE

El objetivo de la Higiene Industrial es el de prevenir las enfermedades profesionales debidas a contaminantes ambientales derivados del trabajo. Hablamos de:

- ▶ **Exposición a contaminantes químicos:** actividades con manipulación de productos químicos como medicamentos, analgésicos, citostáticos y antisépticos.
- ▶ **Exposición a contaminantes biológicos:** los agentes biológicos son seres vivos microscópicos de naturaleza diversa (bacterias, virus, hongos y parásitos) que pueden estar presentes en determinados puestos de trabajo siendo capaces de producir efectos adversos para la salud de los trabajadores.

Las vías de entrada pueden ser: por contacto dérmico, heridas o pinchazos, ingestión o, por inhalación; se clasifican en función del riesgo de infección en cuatro grupos:

- Grupo 1: agente biológico que difícilmente puede causar enfermedad en el hombre.
- Grupo 2: agente biológico que en circunstancias propicias puede causar enfermedad en el hombre pero que no se propaga a la colectividad.
- Grupo 3: agente biológico patógeno que puede causar enfermedad grave en el hombre.
- Grupo 4: agente biológico patógeno que causa enfermedad grave en el hombre y es probable que se propague a la colectividad.

Los riesgos biológicos constituyen uno de los principales riesgos del colectivo sanitario, aunque podría decirse que afectan en mayor medida a los médicos que trabajan en hospitales que a los de los centros de salud, no obstante podría mencionarse los de una enfermedad que ha tenido un relativo auge en nuestro país, la tuberculosis como uno de los riesgos más importantes a los que podría estar expuesto el médico de familia; suponen un riesgo de infección, principalmente por VIH, hepatitis B y C que se transmiten por contacto con sangre o fluidos orgánicos. El personal sanitario puede infectarse mediante el contacto con fluidos corporales y también transmitir dichas infecciones a los pacientes. Destacan los accidentes cuyo mecanismo de producción es el pinchazo.

Entre 1994 y 2000 se produjeron 139 accidentes con productos biológicos, de los cuales el 57,6% corresponden al personal sanitario de AP del Insalud y un 14,4% a



personal sanitario de otras instituciones distintas del Insa-lud. El mayor riesgo biológico se lo llevaría el personal de enfermería a través de la vía parental así por ejemplo, según estudio llevado a cabo en el personal de enfermería de Atención Primaria en Barcelona, el accidente biológico más frecuente es el pinchazo (78% de los casos).

► **Ruido:** El ruido es uno de los contaminantes principales en el medio laboral. El trabajador expuesto a ambientes ruidosos nota los primeros días que oye menos a la salida del trabajo, este fenómeno que se llama disminución temporal de la capacidad auditiva produce fatiga en el oído recuperándolo cuando cesa el ruido.

El ruido además de deteriorar el aparato auditivo cuando es de intensidad elevada y siempre dependiendo del tiempo de exposición, puede tener otras repercusiones sobre la salud:

- Efectos respiratorios: aumento de la frecuencia respiratoria.
- Efectos cardiovasculares: aumento de la incidencia de trastornos como la hipertensión arterial...
- Efectos digestivos: aumento de la incidencia de úlceras, acidez...
- Efectos visuales: alteraciones de la agudeza visual y del campo visual.

- Efectos endocrinos: modificaciones en el normal funcionamiento de las glándulas como la hipófisis, tiroides, suprarrenales, etc...

Además de trastornos fisiológicos hay otros de índole psicológica que pueden provocar modificaciones del carácter o comportamiento, agresividad, ansiedad, irritabilidad, inquietud y pérdida de memoria inmediata. De especial importancia es el efecto que el ruido tiene de disminuir el grado de atención y aumento del tiempo de reacción con lo que se favorece el aumento de los errores. Por ello:

- Los trabajadores deben conocer los niveles de ruido a que están expuestos en su puesto de trabajo conforme lo establecido por el RD 286/2006.
- Aislamiento o sustitución de la fuente de ruido, aislamiento del entorno, protección.
- Instalación de sistemas de amortiguadores.

► **Ambiente luminoso.** La iluminación tiene una influencia importante sobre el rendimiento, la salud y el bienestar psicológico.

Una iluminación inadecuada que no permite percibir de manera correcta los estímulos visuales además de consecuencias negativas para la visión, puede traer otras secuelas ya que hace la tarea más difícil. Una

iluminación deficiente aumenta la fatiga visual e incrementa los errores. La iluminación de las ventanas y del local no puede incidir sobre las pantallas pues repercute en la calidad del trabajo.

De manera que, para que la actividad laboral se pueda llevar a cabo de una manera correcta es necesaria que la visión e iluminación sea adecuada. Esta adecuación implica unas condiciones óptimas para ejecutar eficazmente el trabajo, sin fatiga, por tanto, la iluminación del puesto de trabajo tiene por objeto:

- Favorecer al máximo la percepción de la información visual utilizada para el trabajo.
- Asegurar un nivel adecuado para la buena ejecución de la tarea.
- Procurar el mayor confort visual posible, lo que implica la existencia de un contraste adecuado en el entorno de la tarea a realizar, la ausencia de deslumbramientos tanto de la propia fuente luminosa como de las superficies del entorno de trabajo y, que el color de la fuente de luz sea el adecuado a la tarea que se realiza.

En la iluminación influyen diversos factores que han de ser tenidos en cuenta en el diseño del puesto de trabajo:

- Adaptación: es el proceso que interviene cuando el ojo se ajusta a la luminosidad y al color de campo.
- Acomodación: es un ajuste focal espontáneo.
- Agudeza Visual: capacidad para distinguir objetos y detalles situados muy próximos.

Para evitar los riesgos derivados de una mala **iluminación**:

- Asegurarse que la iluminación general del local sea suficiente para el trabajo que se está realizando.
- Evitar reflejo o deslumbramientos.
- Establecer pausas cortas y frecuentes.

► **Ambiente térmico:** las condiciones de temperatura y humedad del ambiente causan en las personas un conjunto de sensaciones y efectos que van desde una ligera incomodidad hasta daños graves.

- *Estrés térmico:* cuando el calor cedido por el organismo al medio ambiente es inferior a la suma del calor producido por el metabolismo, el cuerpo humano tiende a aumentar su temperatura. El estrés térmico produce:
 - Calambres por calor: espasmo de los músculos que producen dolor.



- Síncope calórico: desmayo producido por la falta de aclimatación a altas temperaturas.
- Trastornos de la piel: erupciones cutáneas que se presentan en lugares húmedos y con altas temperaturas.
- Agotamiento por calor: sudoración, aceleración del pulso, dolor de cabeza...
- *Estrés por frío*: cuando el calor perdido por el cuerpo es superior al calor producido por el metabolismo el organismo tiende a enfriarse. Como consecuencia de la hipotermia:
 - Malestar general.
 - Disminución de la destreza manual.
 - Comportamiento extravagante: la hipotermia de la sangre que riega el cerebro.

Para conseguir un ambiente térmico aceptable se pueden seguir las siguientes recomendaciones:

- Estudio de las condiciones ambientales, de la actividad física y de la ropa de trabajo.
- Utilizar ropa de trabajo adecuada que permita la transpiración.
- Comprobar que los sistemas de refrigeración funcionan correctamente.
- Apantallamiento de los focos de calor, ventilación y refrigeración del aire.

- Actuar sobre el foco de calor.
- Actuar sobre el ambiente térmico: dotar al local de ventilación general.
- Actuar sobre el individuo.

RIESGOS DE ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA

El objetivo de la Ergonomía y Psicosociología es el de adecuar el puesto de trabajo y su entorno físico / mental / social a las características y capacidades del trabajador, se trata por tanto, no sólo se trata de evitar efectos negativos sobre la salud sino de mejorar las condiciones de trabajo e incidir en el equilibrio de la persona, considerada como una totalidad, con el entorno que le rodea.

► **Condiciones Ambientales** (iluminación, ruido, temperatura).

► **Carga de trabajo:**

- Carga Física: producida por:
 - Esfuerzos físicos.
 - Postura de trabajo: trabajar sentado o de pie.
 - Movimiento y manipulación de cargas.
- Carga mental: derivada de:
 - Exigencias del trabajo.

- Organización del trabajo: de ella depende la generación de factores psicosociales y se vincula a:
 - Jornada de trabajo.
 - Ritmos de trabajo.
 - Estilo de mando.
 - Comunicación.
 - Participación.
 - Identificación con la tarea.
 - Estabilidad en el empleo.

Para prevenir estos riesgos podemos:

- No estar mucho tiempo en la misma posición, sea sentado o de pie, para evitar la fatiga muscular.
- Aprovechar pequeños descansos durante la realización de la tarea para relajarse.
- Efectuar suaves movimientos de estiramientos de los músculos.
- Utilizar calzado y ropa cómoda.
- Si la máquina con la que se trabaja tiene pedales, intentar cambiar de pie de vez en cuando.
- Evitar giros y torsiones de cuerpo.
- Determinar cuáles son las distancias óptimas para conseguir un confort postural adecuado realizando con menor esfuerzo los diferentes movimientos de manipulación.

3.2. RIESGOS PSICOSOCIALES PRESENTES EN EL SECTOR

CONCEPTO DE RIESGOS PSICOSOCIALES

Los factores psicosociales que se encuentran en el medio ambiente de trabajo son numerosos y de diferente naturaleza. Comprenden aspectos del medio físico, de la organización del trabajo, y métodos de trabajo, así como la calidad de las relaciones en la empresa.

Los factores psicosociales son complejos, dado que no sólo están conformados por diversas variables del entorno laboral, sino que además representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador por lo que se habla de “multicausalidad abierta”.

El trabajo está lleno de exigencias que nos pueden afectar y dañar nuestra salud, así podemos encontrar:

- *Exigencias cuantitativas*: es la relación entre la cantidad o valoración del trabajo y el tiempo disponible para hacerlo. De tal modo que, altas exigencias cuantitativas pueden producir estrés y fatiga.
- *Exigencias cognitivas y/o emocionales*: las exigencias cognitivas en el trabajo tratan sobre la toma de decisiones, tener nuevas ideas, memoria y controlar muchas cosas a la vez.



Las exigencias emocionales son aquellas que afectan a nuestros sentimientos, sobre todo cuando requieren de nuestra capacidad para entender la situación de otras personas que también tienen emociones y sentimientos que pueden transferirnos. Estas exigencias son la base del *Burnout*, son causas de ansiedad y fatiga psíquica.

Sin pretender ser exhaustivos, vamos a limitarnos a enunciar aquellos aspectos psicosociales relativos a la organización del trabajo que pueden ser desencadenantes de estrés, de este modo, podemos decir que los factores de riesgo psicosocial se pueden clasificar básicamente en dos grandes áreas:

► El ambiente o “entorno objetivo” —dimensión colectiva—.

Este grupo de factores o desencadenantes de riesgos psicosociales se subdivide en:

- relativos al ambiente físico o material de trabajo,
- relativos a la organización,
- respecto al contenido de las tareas.

► Las condiciones subjetivas —dimensión individual—.

Son aquellos factores que van generando o no peligros concretos para la salud del trabajador según la percepción que éste tenga de ellos y de sus capacidades para hacerles frente. Esta percepción, que llamamos entorno subjetivo o psicológico, está influida:

- Por las características de la persona y
- Por sus relaciones interpersonales.

FACTORES OBJETIVOS

► **Factores ambientales:** los factores ambientales del entorno tienen su origen fuera de la zona de trabajo de un individuo y pueden influir en el confort y bienestar de los trabajadores cuyos espacios de trabajo están situados dentro de una zona concreta. Aunque también los hemos visto como factores de riesgo de la seguridad, hemos de tenerlos en cuenta desde el punto de vista psicosocial porque suponen un disconfort y pueden alterar el bienestar psicológico del trabajador e influir en su estado de salud:

- **ILUMINACIÓN:** tienen una influencia importante sobre el rendimiento, la salud y el bienestar psicológico. Una iluminación inadecuada que no permite percibir de manera correcta los estímulos visuales además de consecuencias negativas para la visión puede producir otros efectos ya que hace la tarea más difícil. Se produce un nivel de frustración y tensión.
- **RUIDO:** El ruido a niveles más bajos de los que producen daños auditivos puede provocar otra serie de problemas ya que incide negativamente sobre:

- Nivel de satisfacción.
- La productividad.
- La vulnerabilidad a los accidentes y errores.
- Interfiere en la actividad mental provocando:
 - **FATIGA**
 - **IRRITABILIDAD**
 - **DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN**
- **TEMPERATURA:** otro factor importante de estrés, debido a su influencia sobre el bienestar y el confort de la persona. El exceso de calor produce somnolencia, aumentando el esfuerzo para mantener la vigilancia y afectando negativamente a las tareas que requieran de vigilancia. Al mismo tiempo, en condiciones de baja temperatura disminuye la destreza manual.
- **ESPACIO DE TRABAJO:** si el espacio de trabajo es reducido y el trabajador se ve obligado a mantener una misma postura durante un largo periodo de tiempo, además de trastornos físicos, puede generar estrés.

► **Contenido de las tareas: condiciones y sistemas de trabajo**

Otro conjunto de factores o causas que hay que tener en cuenta para identificar la probabilidad de que se produzcan riesgos de origen psicosocial es el relativo

al **contenido de la tarea o prestación de servicios de cada trabajador**. Hace referencia tanto a las condiciones específicas de trabajo que marcan la prestación de servicios del trabajador, como al grado en que tales tareas responden a las expectativas, intereses y derechos de éste.

- **CARGA DE TRABAJO:** Esfuerzo que hay que realizar para desarrollar una actividad laboral. Toda tarea requiere un esfuerzo tanto físico como psíquico en diferente proporción según el puesto de trabajo. Cuando estos esfuerzos sobrepasan la capacidad del trabajador se puede producir sobrecarga, desgaste y fatiga con consecuencias negativas para la salud y para la seguridad.

Debemos tener en cuenta la **Carga mental:** la cantidad de esfuerzo mental que debe realizar el trabajador para hacer frente a las demandas de su trabajo. Este proceso exige un estado de atención (capacidad de “estar alerta”) y de concentración (capacidad de permanecer pendiente de una actividad o un conjunto de ellas, durante un periodo de tiempo).

Aquí debemos distinguir entre:

- **Infracarga o subcarga:** aquella situación en que las capacidades del trabajador exceden en gran me-



dida los requerimientos de la tarea a realizar, es decir poca cantidad de trabajo o tareas simples en relación con las capacidades del trabajador.

- Sobrecarga: Exceso de carga de trabajo o de demandas intelectuales que superan las capacidades o conocimientos del trabajador.

En el estudio de la carga mental deben considerarse los siguientes factores:

- Cantidad y complejidad de la información que debe tratarse.
 - Cantidad de tiempo de que se dispone para elaborar la respuesta (ritmo de trabajo) y la cantidad de tiempo durante el cual debe mantenerse la acción (posibilidad de hacer pausas o alternar con otro tipo de tareas).
 - Aspectos fisiológicos: capacidad de respuesta de cada persona que depende de una serie de características como la edad, sexo, actitud hacia la tarea, personalidad, etc.
- **AUTONOMÍA:** es la posibilidad de decidir sobre aspectos referentes a las tareas y a la conducta que debe seguirse a lo largo de la jornada laboral. Puede darse sobre aspectos que se refieren a la realización de la tarea (orden de la tarea, métodos, etc...), al tiempo de trabajo (ritmos, pausas, horarios, vaca-

ciones...) o a la organización del trabajo (objetivos, normas...).

Cuando el ritmo y el método de trabajo vienen impuestos, así como las herramientas y el orden de las tareas, el trabajador tiene poco control y altas exigencias que derivan en una presión intensa, factor desencadenante de estrés, pero también puede ser un incidente que provoque conflictos derivados en situaciones de acoso. Esto explica enfermedades relacionadas con la tensión nerviosa, debido a factores como tareas repetitivas, ritmo impuesto, y poca capacidad de decisión. La autonomía temporal se refiere a la posibilidad del trabajador de acelerar o retrasar su tiempo de trabajo sin perturbar la producción, así como la posibilidad de abandonar su puesto sin afectar, por ello, la producción.

La autonomía ocupacional se refiere a que el trabajador pueda organizar su trabajo y modificar el orden de las operaciones a fin de lograr una mayor acomodación en su forma de trabajar, aumentar el rendimiento y retrasar la aparición de la fatiga.

- **PRESIÓN DEL TIEMPO DE TRABAJO y/o RITMOS DE TRABAJO:** Por ritmo se entiende la frecuencia y la velocidad de movimientos de trabajo necesario para lograr el resultado deseado. El objetivo último del establecimiento de un ritmo determinado de trabajo es el aumento de la producción, por lo que el

trabajador puede verse sometido, además de a ese ritmo, a presiones grupales jerárquicas. Los trabajadores sometidos a ritmos elevados de trabajo muestran además de fatiga, un descenso de la autoestima, y desarrollo de nerviosismo. La posible repercusión que tengan los errores mientras se realiza la tarea, puede determinar la aparición de diversas alteraciones en el trabajador.

- **MONOTONÍA/REPETITIVIDAD:** La monotonía y repetitividad dependen de: número de operaciones de que conste la tarea, y, número de veces que la tarea se realiza durante la jornada de trabajo. Se ha establecido una relación entre el trabajo monótono y rutinario efectuado en un ambiente poco estimulante propio de la producción en masa y determinadas tareas de oficina, y, diferentes afecciones orgánicas, trastornos fisiológicos y otras enfermedades.
- **JORNADA A TURNOS Y/O NOCTURNO:** El trabajo a turnos supone una ordenación del trabajo distinta a la “normal” en otros sectores: se habla de trabajo a turnos cuando el trabajo es desarrollado por diferentes grupos sucesivos cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral, de manera que se abarca un total de entre 16-24 horas de trabajo diarias. Es decir, “el trabajo a turnos” es la forma de organización del trabajo en equipo conforme a la cual los tra-

bajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo según un cierto ritmo. Este ritmo puede ser continuo o discontinuo, pero en todo caso implica para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios a horas diferentes en un periodo determinado.

El trabajo nocturno es el que tiene lugar entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana, y se considera trabajador nocturno al que invierte no menos de 3 horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario

El tipo más común de turnos es el rotatorio, en donde el periodo de rotación más común es el semanal, pero atendiendo a las necesidades relacionadas con los ritmos circadianos, se tiende a recomendar periodos de rotación más rápidos, como los de 2 días de noche, 2 días de tarde, 2 días de mañana, o incluso periodos de rotación variable. La dimensión rotatoria del trabajo a turnos y/o el carácter de nocturnidad de este tipo de trabajo evidencian ya los muchos inconvenientes de estas formas de organización y prestación del trabajo, por cuanto que provocan desajustes en los principales ritmos o ciclos de nuestro organismo:

- el biológico,
- el laboral,
- el socio-familiar.



Por eso, junto a las propiamente biológicas, se detectan importantes alteraciones en las personas que trabajan a turnos/ nocturno, que inciden significativamente en una mayor vulnerabilidad a los riesgos psicosociales.

Así sucedería respecto de las disfunciones del sueño como una amplia gama de “disfunciones psicosomáticas”. Se trata en este último caso de todos aquellos fenómenos que, sin llegar ser patológicos, forman parte de los deterioros personales, tales como fatiga, dolores de cabeza, irritabilidad, apatía.....De ahí, que en estos colectivos también se detecte una mayor incidencia de un tercer grupo de riesgos psicosociales, como las “adicciones”, que mezcla factores laborales y factores estrictamente personales o extra-laborales.

- CONDUCTAS VIOLENTAS Y/O ABUSIVAS. Entendemos violencia como todo incidente en el que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido por otra persona en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo. Hay que diferenciar varios tipos de violencia:

– *Violencia de tipo I*: quienes llevan a cabo comportamientos violentos no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima

– *Violencia de tipo II*: existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. Normalmente se produce mientras se ofrece el servicio.

– *Violencia de tipo III*: el comportamiento violento tiene algún tipo de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto. Lo más habitual es que en este tipo de violencia, el objetivo de la acción violenta fijado por el agresor sea un compañero o un superior.

Entendemos por Abuso toda acción que se aparte de una conducta razonable e implique el uso indebido de la fuerza física o psicológica. Cabe citar:

- Abuso verbal: incluidas palabrotas e insultos.
- Lenguaje corporal agresivo que exprese intimidación, desprecio o desdén.
- Acoso: incluido *mobbing*, *bullying* —en centros escolares—, novatadas, intimidación, así como acoso sexual y/o racial.

Como ya se advirtió, estas situaciones son causantes de estrés o “estresores”. Pero también son resultado de situaciones o ambientes que, por no atender adecuadamente al control de los factores de riesgo, resultan estresantes y/u hostiles.

► **Aspectos de la organización de trabajo, incluidos los modelos de gestión**

La **estructura o contexto de la organización** abarca aquellos factores que, no siendo propios del contenido de las tareas del trabajador, influyen directamente sobre la misma. A este respecto, la estructura y la forma de actuar de una organización incide en la salud de los trabajadores, bien por implicar reconocimiento y motivación para éstos bien por significar todo lo contrario —deterioro de las condiciones de vida y de trabajo, excesiva presión, ausencia de recompensas...—.

Atendiendo a estas variables el clima laboral creado puede ser favorable u hostil, promoviendo el primero el referido equilibrio biopsicosocial —salud— y quebrándolo el segundo.

Entre los factores que forman parte de este grupo cabe destacar en estos momentos:

- **ESTILOS DE MANDO Y DIRECCIÓN:** las buenas relaciones entre los miembros de un equipo de trabajo es un elemento primordial de la salud personal y de la organización, en especial, por lo que respecta a las relaciones entre superiores y subordinados. El tipo de jerarquías utilizado en un grupo de trabajo tiene una influencia decisiva en el buen funcionamiento del mismo.

Hay “modelos de dirección” que favorecen la presencia de factores de riesgo psicosocial como por ejemplo:

- **Estilo autocrático:** se basa en el principio de autoridad: el jefe manda y debe ser obedecido.
- **Estilo paternalista:** Emplea métodos de control muy generales y suaves, y no deja vías de participación.
- **Estilo “laissez faire”:** Este tipo de jefe, se abstiene de guiar, no da ningún tipo de consignas, deja que el grupo siga sus propias inclinaciones. Para evitar las situaciones conflictivas el jefe no asume ningún tipo de autoridad ni control...

Mientras que otros, en cambio, los neutralizan o amortiguan como:

- **Estilo democrático:** en este tipo de mando se valora tanto la tarea como el individuo. El jefe, antes de tomar una decisión, consulta con el grupo. En cambio, tiende a reducir la probabilidad de que se produzcan riesgos de carácter psicosocial, o al menos facilitar su control, el modelo de dirección basado en la transparencia de situaciones y en la comunicación entre los trabajadores y la dirección empresarial. En este tipo de



liderazgo se valora tanto la tarea como al individuo. El jefe cuenta con los trabajadores para conseguir los objetivos.

- **DEFINICIÓN DE ROL/ ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO:** bajo el término “rol” se agrupa el conjunto de comportamientos que se espera de un trabajador. El proceso de definición de rol de un trabajador, debe realizarse de tal manera que tenga claro cuál es el suyo. Es evaluado a partir de:
 - Ambigüedad del rol: se produce cuando el trabajador no tiene claro como realizar sus tareas y cuando se le da una inadecuada información sobre su rol en la organización.
 - Conflictividad del rol: se produce cuando hay demandas, exigencias en el trabajo, que son entre si incongruentes o incompatibles para realizarlo. Esto provoca insatisfacción, disminución de la implicación con el trabajo y deterioro del rendimiento, así como con sensaciones de temor y procesos de estrés.

La **organización del trabajo** se mide a través de: supervisión / participación: define el grado de autonomía decisional del trabajador, es decir, el grado de distribución del poder de decisión entre el traba-

jador y la dirección en lo relativo a aspectos relacionados con el desempeño del trabajo.

- **COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES:** La comunicación y la red de relaciones en el trabajo son elementos básicos para el ser humano. A través de ellos se desarrolla la faceta de ser social y puede, conjuntamente con otras personas llevar a cabo proyectos y desarrollos complicados. En cualquier sistema de trabajo es necesario conocer que aspectos pueden llegar a dificultarla o impedir la. El tipo de instrumentos o herramientas utilizados para realizar el trabajo es un factor que, en ciertos casos, puede impedir la comunicación.
 - En toda organización existen dos tipos de comunicación:
 - *Formal:* aquella que es dada por la propia organización.
 - *Informal:* aquella que surge de manera espontánea.

Pero los factores de riesgo psicosocial no se producen sólo por la ausencia de adecuadas formas de resolver los conflictos entre los trabajadores, entre sí y entre éstos y la dirección, sino también en relación a terceras personas con quienes se relacionan los empleados. Ello se origina básicamente

- en aquellos puestos y empresas en los que se mantiene una relación continuada con clientes y usuarios del servicio —servicios de salud, educación, banca, hostelería...—. Este factor incide de diverso modo en la salud de los trabajadores, porque bien puede provocarles sobrecarga emocional —servicios en los que se asuma con intensidad situaciones de debilidad y vulnerabilidad, o tragedias, de personas—, bien porque puede desencadenar fuentes de agresión física y/o psíquica de tales personas.
- **MODELO DE RELACIONES LABORALES DE UNA EMPRESA:** la opción acogida por cada empresa para afrontar los cambios producidos en el mundo del trabajo tiene incidencia en el clima socio-laboral que se “respira” en la misma. En este sentido, será importante conocer que presencia hay en ese medio laboral de circunstancias tales como:
 - Tasa de temporalidad en el conjunto de la empresa.
 - Niveles de externalización de relaciones de trabajo.
 - Tamaño de las empresas.
 - Grado de flexibilidad y/o precariedad en la gestión.
 - Expectativas de carrera profesional.
 - **CONDICIONES DE EMPLEO:** hace referencia al grado en que la empresa muestra una preocupación de carácter personal y a largo plazo, o por el contrario, si la consideración que tiene por el trabajador es meramente instrumental. La inseguridad en el empleo, se interpreta como un estresor que es traducido por el trabajador como una amenaza y actúa en consecuencia.
 - **INTIMIDACIÓN:** es el trato desfavorable que reiteradamente recibe una persona por parte de otra/s y que puede considerarse como una costumbre inaceptable, es decir, intimidación es toda clase de comportamiento que atemoriza, ofende, degrada o humilla a un trabajador.
 - La intimidación sigue un patrón de conducta, que se caracteriza por el abuso aplicado por trabajadores o compañeros de trabajo, que puede variar desde lo imperceptible hasta lo más evidente como:
 - Gritos, insultos, abusos, palabras ofensivas, comentarios inaceptables sobre la apariencia de la persona.
 - Menosprecio o críticas constantes.
 - Aislar a los trabajadores de interacción normal por razones de trabajo.
 - Denigrar el rendimiento de trabajo, ocultar inten-



cionalmente información y material relacionado con el trabajo.

FACTORES SUBJETIVOS

Aunque todos los trabajadores estén expuestos a los mismos o análogos factores objetivos —ambientales, organizativos, condiciones de la tarea...— no todos ellos los percibirán o interpretarán del mismo modo. Así, lo que para unos es entendido como situaciones perturbadoras, para otros supone situaciones de relativa “normalidad”. La presión laboral derivada de los ritmos y condiciones de trabajo significará, pues, en unos casos una situación de malestar creciente mientras que para otros será algo indeseado pero inherente al actual modo de trabajar. En definitiva, una misma presión objetiva puede generar diferentes reacciones.

Esta reacción, y el consiguiente estado psicosocial que pueda generar ante su prolongación, dependerá de diferentes factores a su vez, entre los que cabe destacar:

- Características de personalidad de cada uno de los trabajadores, revelándose unas más proclives que otras a efectos de la generación de desajustes psicosociales.
- Variables individuales de carácter personal —edad, sexo, formación...—.

- Experiencia vital y trayectoria, personal y profesional, de cada trabajador, así como expectativas individuales.
- Estados biológicos y hábitos de consumo y estilos de vida.
- Responsabilidades familiares.

Conviene tener en cuenta igualmente que un mismo trabajador puede tener diferentes capacidades de afrontamiento de estas situaciones peligrosas para su salud. No ya sólo cada contexto organizativo sino cada momento por el que atraviesa la vida del trabajador es relevante, pues la variación de circunstancias personales, profesionales y sociales hace variar también su percepción y capacidad de respuesta ante la misma carga de trabajo.

LA DIMENSIÓN SOCIAL: EL ENTORNO RELACIONAL EXTERNO

No podemos cerrar este capítulo referido a los factores presentes en los centros de trabajo, generadores de riesgos, sin hablar de la dimensión estrictamente “social” del problema o al amplio y variado marco de relaciones y situaciones sociales que condicionan la vida personal y profesional de un trabajador. Entre estos factores aquí merecen especial mención:

- a) El *ambiente social* —por ejemplo la existencia o no de entornos externos a la empresa amenazantes, como la “presión terrorista”—.
- b) La “*carga familiar*”. El trabajo reproductivo tiene tanta dimensión social como el productivo pero no cuenta como éste. Asimismo es asumido de forma claramente desigual socialmente, al ser masivamente las mujeres las que siguen realizándolo. Por lo tanto, no estamos ante un factor únicamente individual —carga familiar libremente elegida—, ni tampoco estrictamente laboral, sino ante un factor netamente social, de ahí que sea necesario conciliar medidas laborales y otras públicas —como por ejemplo la introducción de instrumentos de liberación de tiempo de trabajo reproductivo para las mujeres...—.

Todos estos factores reaccionan entre sí y repercuten en el clima socio-laboral de la empresa y sobre la **Salud** tanto física como mental de los trabajadores.

3.3. EL CUADRO ACTUAL DE RIESGOS PSICOSOCIALES

Conforme a los artículos 4 y 15.1 d) y g) de la LPRL por riesgo psicosocial habría que entender

“Cualquier posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño en su salud física o psíquica derivado bien de la inadaptación de los puestos, métodos y procesos de trabajo a las competencias del trabajador —artículo 15.1 d) LPRL— bien como consecuencia de la influencia negativa de la organización y condiciones de trabajo, así como de las relaciones sociales en la empresa y de cualquier otro ‘factor ambiental’ del trabajo —letra g)—”.

Si atendemos a este amplio y genérico criterio legal es posible afirmar, que no existe un catálogo cerrado y excluyente de riesgos que puedan tener como origen lo psicosocial; por eso, junto a los que hoy se tienen por tales, podríamos ir incluyendo, progresivamente, otros riesgos profesionales calificables como “psicosociales” conforme a los avances científicos y el progreso social.

Así puede entenderse, por ejemplo, con el tema de las conocidas “adicciones” —alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, adicción al trabajo...—, a las que se presta cada vez más atención desde el punto de vista de la salud, no sólo pública sino también laboral.



No obstante, a día de hoy se considera que forman parte de este catálogo de riesgos psicosociales los siguientes:

► **Estrés Laboral**

- Estrés ocupacional ordinario o “común”.
- Estrés de profesión o síndrome de desgaste profesional (síndrome de *burnout*).
- Tecnoestrés o estrés derivado de la influencia de las nuevas tecnologías de la información.
- Estrés post-traumático cuando se liga a factores laborales.

► **Violencia en el Trabajo**

- Violencia física.
- Actos de violencia psíquica —insultos, ofensas...—.
- Procesos de acoso laboral.
 - Acoso moral.
 - Acoso sexual.
 - Acoso discriminatorio.
- Violencia de terceros relacionada con la prestación de servicios —presión terrorista, violencia de padres de alumnos, agresiones de usuarios de Servicios de Salud...—.

En esta Guía no pretendemos adentrarnos en profundidad en la delimitación de lo que ha de entenderse por cada uno de ellos, así como en el análisis de factores causantes y consecuencias que deriva de su no prevención sino que nos limitaremos a ofrecer una información global y de conjunto, por tanto no pormenorizada, de todos estos aspectos.

Por lo que concierne a lo que ha de entenderse por cada uno de estos riesgos cumple con recordar que:

ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral es un estado de desajuste causado por la falta de respuesta adecuada del trabajador a su entorno en un tiempo razonable, derivándose del mismo sufrimiento y deterioro de la salud del trabajador. El estrés, como proceso biológico, es inevitable. Pero lo que sí es evitable es su proyección negativa para la persona del trabajador, lo que tiene lugar cuando la presión o tensiones que sufre el trabajador resultan excesivas y se repiten en el tiempo o se prolonga en demasía. Por lo tanto, como en todo riesgo psicosocial, es necesario distinguir claramente entre los factores que lo provocan o desencadenan —estresores— y las consecuencias que derivan de la no atención o prevención de aquéllos —daños a la salud—.

ESTRESORES		
DEL MEDIO AMBIENTE FÍSICO	DE LA TAREA	DE LA ORGANIZACIÓN
Iluminación, Ruido, Temperatura, Trabajo en ambientes contaminados...	Carga mental de trabajo, Control sobre la tarea, Ritmos de trabajo...	Conflicto y ambigüedad de rol, Jornada de trabajo, Relaciones personales, Estabilidad laboral...

CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS		
FÍSICAS	PSICOLÓGICAS	PARA LA EMPRESA
Trastornos: <ul style="list-style-type: none"> • gastrointestinales, • cardiovasculares, • respiratorios, • endocrinos, • musculares, • dermatológicos, • sexuales, etc... 	Alteraciones del sistema nervioso. Trastornos del sueño. Depresión. Ansiedad. Trastornos: <ul style="list-style-type: none"> • afectivos, • de la personalidad... 	Deterioro del medio ambiente de trabajo, Bajas, Absentismo, Incapacidades laborales, Accidentes...

Por tanto, cuando hablamos de estrés nos referimos al estado físico y psíquico generado por elementos agresivos externos y que produce alteraciones orgánicas y anímicas en el trabajador. Al existir una inadaptación entre las exigencias y la capacidad de respuesta del trabajador aparece en éste miedo, inseguridad, ansiedad...

En este sentido, algunas acciones a realizar para prevenir y/o reducir los niveles de estrés son:

- Organizar las tareas de la mejor forma posible teniendo en cuenta las pausas.



- Mejorar el tiempo de trabajo mediante actuaciones como:
 - Establecer objetivos y prioridades.
 - Dejar márgenes de tiempos para imprevistos.
 - Anticipar tareas para evitar posteriores aglomeraciones.
 - No prolongar en exceso la jornada habitual de trabajo y compensarla con descanso adicional.
- Asegurar una adecuación entre el nivel de responsabilidad del trabajador y de control sobre su trabajo.
- Formación e información para adquirir los conocimientos, las capacidades, y las habilidades necesarias para desempeñar las tareas correctamente.
- Mejorar los niveles de comunicación para que se facilite la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y en el desarrollo de su trabajo.
- Individualmente, desarrollar técnicas de afrontamiento de estrés a través de técnicas de relajación...

SÍNDROME DEL QUEMADO ('BURNOUT')

No existe una definición exacta del síndrome, pero sí hay un consenso en considerar este síndrome como una respuesta o resultado de la exposición del trabajador a un proceso de estrés laboral crónico. Aunque puede darse en cualquier profesión se acepta ampliamente su prevalencia en unas más que en otras, pues presenta mayor incidencia en las profesiones que tienen un continuo contacto con

usuarios (profesionales de la educación, sanitarios, servicios sociales, administraciones públicas, hostelería...).

Este síndrome de quemarse por el trabajo —SQT— se caracteriza por un progresivo desgaste profesional del trabajador en el que se aprecian tres elementos:

- Baja realización personal en el trabajo, bien por la dificultad o imposibilidad de poner en práctica sus conocimientos bien por el brusco contraste de la realidad con sus ideas al respecto.
- Despersonalización en el ejercicio de su actividad de prestación de servicios, cuando estos requieren un especial trato “personal” o “humano” —servicios a personas—.
- Agotamiento emocional o fatiga.

Por tanto, como podemos ver, este síndrome no aparece de forma brusca sino que es la fase final de un proceso que se identifica con unos signos previos como por ejemplo, la sensación de disconformidad al puesto de trabajo, carecer de recursos para afrontar las exigencias, etc. Como consecuencia de ello, el trabajador tiende a aumentar su esfuerzo y la sensación de estrés va incrementándose apareciendo signos de irritación, tensión, agotamiento, ansiedad y depresión. De este modo, el trabajador ve como disminuye su capacidad de concentración y de razonamiento.

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL 'BURNOUT'

PSICOSOMÁTICOS

EMOCIONALES

CONDUCTUALES

Fatiga crónica

Dolores de cabeza, musculares, etc...

Insomnio

Pérdida de peso

Úlceras y trastornos gastrointestinales

Irritabilidad

Ansiedad

Depresión

Frustración

Impaciencia

Desorientación

Absentismo

Distanciamiento en relaciones interpersonales

Tonos de voz alto (gritos frecuentes)

Largos periodos de baja

Incremento de conflictos con los compañeros

Disminución de la calidad del servicio prestado

Consecuencias del 'burnout'

► Personales: por lo general el agotamiento emocional va acompañado de un agotamiento físico, de un cansancio físico y una sensación de "no poder enfrentarse a un nuevo día".

Este cansancio proviene de la tensión, debido a que el trabajador no puede desconectar, no duerme bien lo que conlleva una debilidad que produce alteraciones físicas como trastornos gastrointestinales, dolor de espalda y musculares, tensiones de cuello y dolores de cabeza...

La salud mental también se ve afectada, se producen ciertos mecanismos cognitivos-actitudinales como puede

ser la reducción de la autoestima de tal modo, que los trabajadores afectados de burnout suelen ser personas con tendencia a autoculparse, a tener actitudes negativas hacia sí mismos y hacia su trabajo, apareciendo sentimientos de inferioridad e incomprensión acompañados de pérdida de confianza.

► Familiares: los efectos del burnout no se reducen al ámbito del trabajo sino que van más allá y también afecta al ámbito de lo personal, ya que la persona afectada suele estar tensa, con falta de energía para afrontar los problemas pudiendo incrementarse los conflictos con la familia.



► **Laborales:** se produce una tendencia a tratar problemas y no a tratar con personas mostrando una insensibilidad ante las dificultades de los demás. Otra consecuencia es el absentismo que se manifiesta en:

- Permanecer poco tiempo en el puesto de trabajo.
- Alargar las pausas.
- Aprovechar las bajas por enfermedad.
- Intentos de cambiar de trabajo y/o de actividad.

Para prevenir hay que intervenir tanto en la persona como en el entorno que le rodea, así:

A nivel individual:

- Desarrollar conductas que eliminen la fuente de estrés.
- Estrategias de asertividad: adoptar una actitud positiva ante el trabajo.
- Desconectar —en la medida de lo posible— del trabajo fuera de la jornada laboral.
- Tomar pequeños descansos durante la jornada laboral.
- Marcarse objetivos reales y fáciles de conseguir.
- Practicar técnicas de relajación.

A nivel grupal:

- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo en el trabajo.
- Facilitar información y formación.

A nivel organizacional:

- Desarrollo de programas de prevención en riesgos psicosociales.
- Potenciar la comunicación tanto ascendente como descendente.
- Reestructuración y rediseño de los puestos de trabajo.
- Establecer de manera precisa y clara el sistema de roles.
- Delimitar los estilos de mando y liderazgo.
- Proporcionar el trabajo cooperativo.

VIOLENCIA EN EL TRABAJO

Si difícil es definir el estrés laboral todavía lo es más definir la “violencia en el trabajo”, entendida como factor relacionado con el estrés, sea la violencia “externa” —procedente de terceras personas— sea la interna —procedente de los compañeros, directivos o ambiente laboral—. La OMS la define como:

“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”

La Comisión Europea propone entender por tal todos los *“incidentes en los que se abusa, amenaza o ataca a las personas, en circunstancias relacionadas con su trabajo, que implican una amenaza explícita o implícita a su seguridad, bienestar y salud”*.

En nuestro país, la NTP 489 del INSHT, establece que la violencia en el lugar de trabajo comprende:

- Agresiones físicas.
- Conductas, físicas o verbales, amenazantes y/o intimidadoras.
- Ataques o agresiones de carácter psíquico, ya sean puntuales —violencia psíquica— ya reiterados o sistemáticos —acoso—.

La violencia en el trabajo, pues, se contempla desde dos ámbitos:

- ▶ Interno: cuando se produce entre los trabajadores y empresarios.
- ▶ Externo: cuando las agresiones físicas, psíquicas o

verbales se producen con personas relacionadas con la actividad de la organización pero no forman parte de ella.

Entre los factores más proclives a que se generen comportamientos violentos podemos citar:

- La falta de cultura organizativa preventiva al no identificar los casos de intimidación como problemas serios.
- Cambios bruscos en la organización de trabajo sin consultar a los trabajadores.
- Empleos precarios.
- Escasas o pobres relaciones entre directivos y trabajadores.
- Mínimo nivel de participación en la toma de decisiones.
- Las situaciones generadoras de estrés laboral.

No cabe duda de que hoy en día y en los países más desarrollados es la violencia psíquica la que adquiere una creciente importancia. La violencia psicológica es un conjunto de comportamientos a través de los cuales se produce una forma de agresión. Puede ser intencionada o no intencionada, es decir, el agresor puede tener conciencia de que está haciendo daño a su víctima o no tenerla.

La violencia física es más visible porque suele producir un traumatismo, una lesión de forma inmediata. En cam-



bio, la violencia psicológica, vaya o no acompañada de violencia física, suele actuar a lo largo del tiempo, aunque también cabe admitir episodios súbitos de violencia psíquica. Esta usual proyección en el tiempo determina su gravedad, al tiempo que una cierta invisibilidad.

La amenaza es una forma de agresión psicológica.

El daño psíquico y/o moral —a los derechos de la persona— se va acentuando y consolidando hasta tal punto que, cuanto más tiempo persista mayor será el daño, hasta hacerse a veces o irreversible o fatal —suicidio—.

En definitiva, del mismo modo que el maltrato psíquico —además del maltrato físico— está cada vez más presente en la vida social, también lo está en la vida de nuestras organizaciones de trabajo, públicas y privadas, incluso en las de puro carácter social —ONG's—. Pero entre las formas más difundidas de maltrato psíquico está el denominado “acoso moral en el trabajo” —conocido como *mobbing*—.

Aunque a día de hoy no se dispone de un concepto legal de Acoso Moral en el Trabajo —AMT—, si bien se puede obtener tanto de la NTP 476/1998 del INSHT como de centenares de sentencias judiciales dictadas sobre este asunto.

Donde sí existe pleno acuerdo es en exigir que se trate de un *proceso continuo o reiterado*, al margen de cuál sea su frecuencia y el tiempo en que se prolongue. Si bien

esta forma de violencia psíquica suele representar una estrategia para conseguir la “autoexclusión” del trabajador víctima, ya provocando que abandone el puesto de trabajo de forma “voluntaria” —en “silencio”—, ya que se aisle del grupo, también pueden encontrarse otras motivaciones —utilizar a la víctima de “chivo expiatorio”, degradar sus condiciones de trabajo, destruirla moralmente, intimidarla para que acepte determinadas exigencias...—.

No obstante, el Acuerdo Comunitario sobre acoso y violencia, de 26 abril 2007 define Acoso Moral como *“toda situación en la que un trabajador es sometido, de forma reiterada, a conductas que tienen como resultado o por finalidad vulnerar la dignidad del trabajador y crearle un entorno intimidatorio, ofensivo u hostil”*.

Así, con carácter general el Acoso Moral en el Trabajo es *toda conducta negativa entre compañeros de trabajo, o entre superiores y subordinados, como consecuencia de la cual la persona contra la que se ejerce, de forma reiterada, es ofendida, humillada e intimidada en su ambiente laboral por otra u otras*.

Podemos distinguir varios tipos de acoso, atendiendo al derecho fundamental que es primariamente ofendido o lesionado:

► **Acoso discriminatorio:** toda conducta no deseada, en el lugar de trabajo o en conexión con el trabajo, vinculada a cualquier circunstancia personal —origen étnico o racial de una persona, orientación sexual, edad...— que

tiene como propósito o como efecto vulnerar la dignidad de la persona y crearle un entorno intimidatorio, hostil, humillante o degradante.

▶ **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 ofensivo¹.

▶ **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 ofensivo².

▶ **Acoso Moral o Acoso Psíquico —'mobbing'—:** proceso por el que una persona o varias crean un ambiente intimidatorio y/o humillante a otra, mediante la degradación progresiva de sus condiciones de trabajo, susceptible de lesionar o poner en peligro la integridad personal —física, psíquica y moral— del trabajador reconocida en el artículo 15 Constitución Española.

▶ **Acoso Institucional:** se aplica a situaciones grupales en las que un sujeto es sometido a persecución, agravio o presión psíquica por uno o varios miembros del grupo al que pertenece, con la complicidad o aquiescencia del resto del grupo por obtener un beneficio colectivo.



CONSECUENCIAS DEL ACOSO MORAL

A NIVEL PSICOLÓGICO

- Ansiedad.
- Sentimientos de impotencia, fracaso y frustración.
- Baja autoestima.
- Distorsiones cognitivas.
- Problemas para concentrarse y dirigir la atención.
- Comportamientos sustitutivos: drogodependencias, así como otro tipo de adicciones.
- Cuadros depresivos.
- Trastornos paranoides.
- Conductas suicidas.

A NIVEL FÍSICO

- Dolores.
- Trastornos funcionales.
- Trastornos orgánicos.

A NIVEL SOCIAL

- Susceptibilidad e hipersensibilidad a las críticas.
- Desconfianza.
- Conductas de aislamiento, evitación y retraimientos.
- Agresividad, hostilidad, ira, rencor.
- Deseos de venganza.
- Pérdida de apoyo social. En la medida en que la persona sea capaz de mantener sus redes de apoyo, su salud se verá menos afectada.
- Abandono de la organización. A veces, la situación del mercado laboral o la edad de la víctima contribuye a que permanezca en el puesto de trabajo, por lo que su salud se verá más deteriorada.

A NIVEL ORGANIZACIONAL

Se ve afectado:

- El desarrollo del trabajo: cantidad y calidad.
- El trabajo en grupo.
- Los circuitos de información y comunicación.
- Aumento de absentismo.
- Pérdida de fuerza en el trabajo.
- El clima social, en la medida en que no se establecen relaciones interpersonales positivas, se pierde cohesión y colaboración entre los empleados.
- El número de accidentes laborales: existe una relación entre el clima laboral y el incremento de accidentes de trabajo (negligencias, descuidos).

Nadie tiene que soportar abusos, calumnias ni acosos de ningún tipo

PARA LA FAMILIA

Tener a una persona en casa que está amargada, desmotivada, con algún trastorno psiquiátrico o con alguna adicción, puede ocasionar que los familiares también se vean afectados con:

- Alteraciones del sueño,
- Alteraciones del apetito...

PARA LA SOCIEDAD

- Pérdida de fuerza de trabajo.
- Aumento de bajas laborales y por tanto, del gasto económico social.

PARA LA ORGANIZACIÓN

- Aumento del absentismo.
- Reducción de la calidad del trabajo.
- Disminución de la producción.

PARA PREVENIR UNA SITUACIÓN DE ACOSO MORAL EN EL TRABAJO...

LA EMPRESA DEBE:

- Evaluar e identificar las situaciones propensas a Acoso.
- Adoptar medidas para corregir las deficiencias de la organización como:
 - Fomentar el apoyo entre los trabajadores.
 - Fomentar la definición clara de puestos.
 - Garantizar el respeto y trato justo.
- Definir políticas antiacoso.
- Informar y formar tanto a trabajadores como a mandos en la identificación de conductas hostiles.
- Definición de tareas y funciones del lugar de trabajo y de las condiciones del mismo
- Planificación y diseño de las relaciones sociales en la empresa
- Formación de los mandos en habilidades directivas
- Incentivar la motivación para las buenas relaciones laborales

EL TRABAJADOR DEBE:

- Comunicar la situación a:
 - Compañeros de confianza,
 - Delegados de Prevención,
 - Comité de Seguridad y Salud,
 - Servicio de Prevención.
- Solicitar la intervención de la empresa.
- Comunicarlo a la Inspección de Trabajo.

EN CASO DE SER VÍCTIMA:

- Es necesario socializar el tema. Sobre todo *no* intentar arreglar el problema uno *solo*.
- Hay que evitar luchar *solo*, dado que además de comportar problemas de salud puede dar la sensación de ser uno mismo el problema.
- Está *prohibido* sentirse culpable de ser el origen o la razón de estar sufriendo una situación de acoso.
- Hay que evitar los pensamientos culpabilizadores y de desvalorización.

IDENTIFICACIÓN AMT:

- Evaluación de riesgos psicosociales.
- Vigilancia de la salud.
- Aumento del absentismo sin razón.
- Clima laboral enrarecido.



IV. RIESGOS “REALES” DEL SECTOR: RESULTADOS DEL OPRPS

UNO de los objetivos primordiales del **Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales**, era comprobar el alcance de los riesgos psicosociales en los distintos sectores productivos y cuáles de este tipo de riesgos, era más relevante en cada actividad; apoyando o refutando las diferentes investigaciones y estudios aparecidos hasta el momento y que establecían la emergencia de estos nuevos riesgos en la actividad terciaria.

Es decir, hasta el momento, se había planteado que la aparición de riesgos psicosociales y en consecuencia el daño en la salud de los trabajadores era mayor en aquellas actividades “intelectuales” mientras que las actividades puramente productivas no se veían afectadas.

Por ese motivo, las actuaciones del Observatorio estaban encaminadas y comprometidas a analizar sectores diferenciados por su actividad laboral y por sus características sociodemográficas.

La mayoría de las investigaciones y estudios colocan a los trabajadores de la sanidad como hemos visto, como una de las actividades más proclives a sufrir Estrés en todas sus modalidades, incluyendo el Síndrome de quemado, el inconveniente es que estos estudios se basan principalmente en el ámbito hospitalario. Por esta razón, en su primera “andadura” el OPRPS centró sus investigaciones en el personal de Atención Primaria y en donde hemos comprobado realmente a qué riesgos de carácter psicosocial se enfrentan los trabajadores de Sanidad.

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJADORES ENCUESTADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria se fundamenta en el trabajo en equipo. Las diferentes disciplinas que lo integran proporcionan una visión multidisciplinar y biopsicosocial de la atención al ciudadano. Por eso, en muchos de los servi-

cios prestados desde el equipo de Atención Primaria, es necesaria la participación conjunta y complementaria de varios profesionales para proporcionar una atención más efectiva y de mayor calidad.

Las funciones y responsabilidades asistenciales más clínicas recaen sobre el profesional médico. Enfermería ha asumido un papel más importante en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, la visita domiciliaria y las actividades de promoción y prevención, así como la realización de técnicas. No obstante, existen propuestas que promueven una mayor implicación de la enfermería en la actividad asistencial (primeras consultas, prescripción de determinados medicamentos) y en la coordinación de los recursos asistenciales (gestión de casos) sobre todo en atención domiciliaria. Los trabajadores sociales de Atención Primaria asumen un papel relevante en el ámbito de la coordinación socio-sanitaria.

La evolución de las necesidades de salud de la población, los avances científico-técnicos y los cambios en los sistemas formativos y del nivel competencial de los profesionales, hace que la distribución de responsabilidades y funciones asistenciales sea necesariamente flexible y adaptable a estas circunstancias.

Los profesionales de los servicios administrativos, al estar en contacto directo con el usuario, son un elemento de capital importancia por su papel ante los ciudadanos y ante la propia organización interna.

Al inicio de la reforma de la Atención Primaria, se requería definir las nuevas funciones, dotar de personal y adecuar la formación de los servicios administrativos. Inicialmente, no todos los centros disponían de personal no sanitario de apoyo, sobre todo en el ámbito rural.

El grado de desarrollo de las unidades administrativas de atención al usuario en los centros de salud es muy heterogéneo. La propia evolución de la tecnología y de los requerimientos sociales, han hecho que disminuyan las actividades más o menos mecánicas a favor de funciones que requieren una mayor especialización. En los consultorios pequeños hay menos personal de apoyo, lo cual se puede paliar en parte mediante la tecnología que dote al centro de conexión “on line” y a través de modelos organizativos desde la cabecera de los centros de salud. No obstante, los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que trabajan solos en consultorios, muchas veces han de asumir estas tareas.

Aunque sería difícil definir una unidad administrativa de atención al usuario “tipo” que fuera válida para todo el territorio, se pueden diferenciar los servicios que desde ella se prestan en dos áreas funcionales, según a quien vayan dirigidas. Así, existirían servicios dirigidos al “cliente” externo (los ciudadanos), una oficina de usuarios, y otros servicios dirigidos al “cliente” interno (los trabajadores del equipo, las unidades de apoyo y las estructuras directivas de gestión), una oficina de centro (antiguamente concebida como una secretaría).



Otro factor que debemos tener en cuenta es si la actividad sanitaria se realiza en un centro urbano o en un centro rural. Es difícil definir lo que se entiende por medio rural en cuanto a entorno de trabajo de la Atención Primaria. Existen una gran variedad de circunstancias geográficas, demográficas y sociales que pueden definir el “entorno rural”. Desde el punto de vista de los servicios de Atención Primaria, se puede entender el medio rural como aquel caracterizado por:

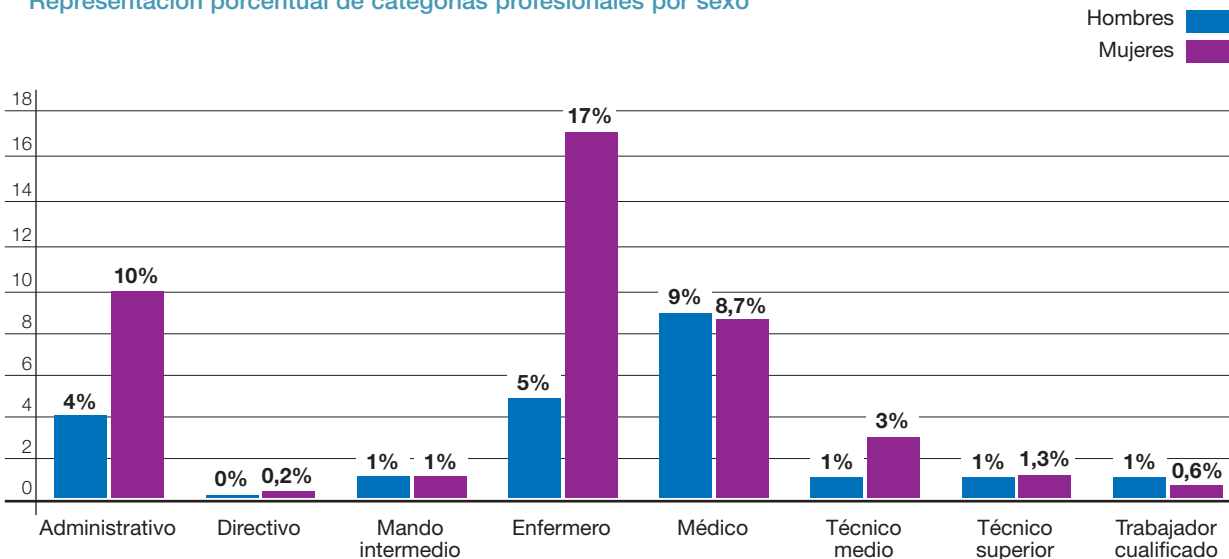
- Entorno bien delimitado con población inferior a 2.000 habitantes, aunque en algunos contextos se amplía hasta 5.000 habitantes.
- Organización en consultorios con equipos de profesionales pequeños, no superando habitualmente los dos médicos y dos enfermeras, siendo habitual la ausencia de apoyo administrativo.
- Cierta grado de aislamiento y dificultad de acceso a los recursos especializados, y en ocasiones también a los de primaria.
- Actividad económica de la población ligada al sector primario (agricultura, ganadería o pesca).

Las especificidades de la Atención Primaria en el medio rural son de diverso orden, pudiendo sistematizarlas en diversos apartados:

- Organización de los Equipos. El modelo de organización está condicionado por la dispersión de los profesionales en consultorios.
- Los puntos de contacto entre los profesionales pasan a ser las reuniones de equipo, las actividades de formación y la realización de guardias.
- Las Unidades administrativas de atención al usuario. El modelo de consultorio dificulta el apoyo administrativo de presencia física, siendo esta actividad asumida por los propios profesionales sanitarios o por celadores conductores.
- Equipamientos y herramientas de apoyo. El nivel de resolución en el medio rural de atención primaria debe ser alto.
- La formación continuada y las actividades de docencia e investigación. La dispersión geográfica y el aislamiento profesional pueden limitar el acceso a las actividades de formación e investigación, aunque esto ha mejorado con la utilización de las nuevas tecnologías.

En este sentido, la investigación realizada por el **Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales**, de más de 2000 trabajadores encuestados, 623 pertenecían al sector de atención primaria, representados en diferentes funciones y edades, mostrando de este modo, el mapa de riesgos a los que se enfrentan los trabajadores.

Representación porcentual de categorías profesionales por sexo



Los riesgos a los que están más expuestos los trabajadores sanitarios son los psicosociales, íntimamente ligados a la organización del trabajo y al tipo de relaciones que establecen en ella tanto entre compañeros como con superiores y pacientes.

Estos riesgos producen elevados índices de estrés motivados por la alta concentración intelectual que re-

quiere 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 escasa satisfacción laboral.

Las exigencias a las que se ve sometido tanto el médico de Atención Primaria como el resto de personal —sobre todo personal de enfermería— son cada vez



mayores, hay que cumplir cada vez con una cartera de servicios mayor, con más prestaciones pero con los mismos recursos, también se pide cada vez más calidad y las demandas de los pacientes son mayores, piden más información y ser tratados como personas y no como números. Ante esto, el médico no tiene mecanismos para ir soltando toda la presión a la que es sometido por lo que se va acumulando y derivando a estados de burnout y desmotivación, fenómenos que ya incluso comienzan a observarse en MIR (Médico Interno Residente).

Estos riesgos psicosociales son difíciles de medir, y en consecuencia también difíciles de incluir en las evaluaciones de riesgo, que habitualmente se limitan en los centros de salud a considerar los factores físicos como la luz, la temperatura, el mobiliario, etc... Pero no la presión con la que se trabaja. Las evaluaciones quedan centradas en los riesgos ergonómicos, químicos y biológicos pero dejan a un lado los psicosociales que pueden desencadenar otros como los accidentes "in itinere" fruto del cansancio y la presión emocional con la que se puede salir de la consulta al finalizar la jornada laboral.

Los problemas con el manejo del trabajo diario en la consulta, a veces, convierte al profesional en el blanco de hostilidades, al considerar al médico como servidor público o personal de servicio al que se paga, de hecho un 33% de los trabajadores de Atención Primaria consideran que su trabajo no tiene buena imagen social.

Con carácter general, los trabajadores de la Atención Primaria realizan su trabajo en un ambiente en donde se conjugan una serie de factores que pueden desencadenar en la manifestación de un riesgo. Así hemos encontrado que:

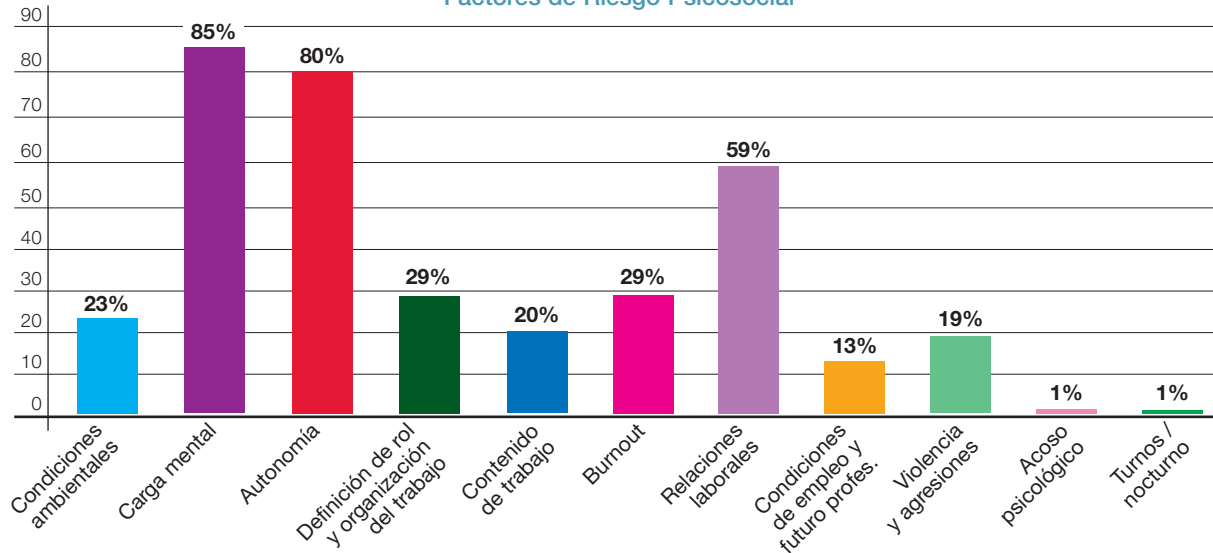
- **Sólo el 15% ha recibido formación de riesgos psicosociales y el 21% información de los mismos.** Estos resultados deberían mejorarse para que repercutan positivamente en la salud (física, psíquica y social) de los trabajadores. Ambas actividades, formación e información, se complementan como obligaciones legales de todo empresario respecto a sus trabajadores, además de ser herramientas esenciales en la gestión de la prevención de riesgos laborales, incluidos los psicosociales (estrés ocupacional, acoso laboral...).
- El 23% realiza su trabajo en unas **condiciones ambientales** inseguras (temperatura, ruido,...).
- El 85% de los trabajadores presenta una alta **carga mental**, a consecuencia, entre otras razones, de realizar trabajos con altos ritmos de trabajo, con alta responsabilidad ya sea cuantitativamente hablando por el número de pacientes a atender, tener que cumplir objetivos del propio centro de trabajo y de la Administración, trabajo constante y con tensión, incluso sin formación suficiente y con equipos obsoletos.
- El 80% carece de **autonomía en su trabajo**, por tener que trabajar con un organigrama que no les permite

organizar sus tareas según sus propios criterios profesionales o por no recibir apoyo social (por superiores y/o la Administración), para llevarlos acabo, carecer de tiempo suficiente para tomar sus propias decisiones en cada caso.

- El 29% no tiene bien establecido sus responsabilidades y funciones lo que dificulta la comunicación entre los mismos trabajadores y/ o con sus superiores y pacientes, creando dificultades en la **organización del trabajo**.
- El 20% desempeña un trabajo carente de **contenido**. Debido a los ritmos de trabajo elevados, falta de motivación...
- El 29% dice **sentirse “quemado con su trabajo”**. Los trabajadores llegan a tener un estrés crónico, caracterizado por una pérdida de preocupación por todas las personas con las que trabaja y hacia los propios pacientes. Este agotamiento profesional, es más patente en estos trabajadores, al pertenecer a un sector donde existe lógicamente una mayor implicación de la carga emocional, por el contacto personal al atender a personas en su quehacer diario.
- El 59% piensa que sus **relaciones laborales** no son buenas, por lo que la Dirección, debería procurar y mantener un buen clima laboral entre sus trabajadores, para evitar que influya en la salud de los mismos. Por ejemplo facilitando distintos canales de intercambio de información entre varios profesionales de forma que encuentren un apoyo social de sus compañeros al participar en un grupos de trabajo.
- El 13% encuentra dificultades para desarrollar su **carrera profesional**. Porque a la propia Dirección no le interesa, o bien porque carece de formación para dicha promoción.
- El 19% sufre **violencia o agresiones en su lugar de trabajo** (amenazas implícitas o explícitas hacia su bienestar y salud). Tanto por parte de usuarios con insultos como procedentes de sus compañeros o superiores.
- El 1% considera que sufre **acoso psicológico** en su trabajo, conductas violentas de forma reiterada.
- El 1% de los trabajadores, que realizan **turnos**, lo hace en condiciones inseguras para su salud. Especialmente el turno nocturno afectando negativamente en su salud física, psíquica y social.



Factores de Riesgo Psicosocial



Actualmente el medio laboral es frío y hostil, primando lo económico sobre lo humano provocando en el profesional:

- Sobrecarga laboral.
- Trabajo de escasa calidad y poca significación.
- Escasa recompensa.
- Poca promoción profesional.
- Intenso choque de valores entre lo humano y lo económico.

Otros factores de riesgo serían la dificultad de mantener una formación continuada que haga frente al imparable crecimiento de los conocimientos médicos, la percepción de falta de apoyo social, la falta de promoción interna e inseguridad en el trabajo.

Así, los factores organizativos más influyentes para desencadenar estrés son:

► **Condiciones de trabajo:** la sanidad supone estar al día, el rápido desarrollo del trabajo y asumir altos grados de responsabilidad puede derivar en ansiedad y estrés.

► **Carga mental:** el trabajo sanitario supone trabajar con unos tiempos muy marcados de atención a pacientes, visitas, burocracia, etc, que genera tensión. Así, el 25% de las enfermeras se ven obligados a trabajar con plazos y fechas muy ajustados, lo mismo le ocurre al 20% de los médicos y al 15% del personal administrativo. El 28% de los/as enfermeras/os tiene una excesiva carga de trabajo a lo largo de la jornada y el 18% del personal administrativo.

El 25% del personal de enfermería y el 22% de los médicos han visto aumentar la carga y ritmo de trabajo en los últimos meses, circunstancia que también ha afectado a los trabajadores de laboratorios, y personal catalogado como técnicos medios. De tal modo, que todos los trabajadores, aunque especialmente el personal sanitario presenta una alta carga mental que se traduce en fatiga y tensión generando un nivel de estrés y burnout.

► **Autonomía:** la “libertad” para poder decidir sobre el modo de hacer nuestro trabajo, o, cuando tomar las pausas, vacaciones, etc, son variables importantes a la hora de realizar la tarea. En este sentido, encontramos que el 23% del personal de enfermería carece de autonomía, el 21% de los médicos y un 15% del personal administra-

tivo. Falta de autonomía que se traduce en: no poder decidir cuando hacer un descanso (25% de los enfermeros/as); no tener tiempo para llevar el trabajo al día (18% de los médicos); no poder decidir sobre el orden en que realizar las tareas (23% de enfermeros/as); no tener la opción de cambiar de tarea a lo largo de la jornada (24% enfermeros/as).

Además, el 23% del personal sanitario, no tiene libertad para recetar los medicamentos que crean más convenientes al tratamiento viéndose obligados a recetar genéricos, bajo las órdenes de una política; teniendo repercusiones en caso contrario, en el 13% de los casos.

► **Falta de participación en el proceso del trabajo:** la ambigüedad de rol, la inadecuación del volumen de trabajo y el personal existente repercuten sobre la tarea ocasionando sobrecarga que facilita la aparición de estrés.

En nuestro trabajo, hemos comprobado que el 17% de los enfermeros y el 15% del personal administrativo reciben instrucciones incompatibles entre sí a la hora de realizar el trabajo lo que dificulta el mismo, y genera tensión al no saber exactamente qué hacer.

Además pare el 10% de los enfermeros la tarea que realizan carece de sentido y de interés, lo mismo sienten el 9% de los administrativos. El 21% de los enfermeros nos han dicho que no se tiene en cuenta su opinión a la hora de planificar el trabajo, la misma queja manifiestan el 20% de los médicos.



► **Horario de trabajo:** exceso de jornadas en días alternos, guardias de localización, además el hecho de ser mujer que asume la doble jornada extra de fuera del entorno laboral para la atención familiar que produce sobrecarga de trabajo, agotamiento y estrés afectando a la salud. El 7% del personal de enfermería tiene una jornada semanal de más de 40 horas y el 5% de los médicos.

► **Contenido de trabajo:** la percepción de variedad en el trabajo, de autonomía y de aplicación y desarrollo de las propias habilidades y aptitudes, influyen en la satisfacción con el trabajo y por tanto en nuestro bienestar.

La motivación de los trabajadores tiene que ver con la variedad, el sentimiento de autonomía personal y la identidad con la tarea. Entre las condiciones que favorecen una mayor motivación de los trabajadores hay que señalar: percepción del puesto como significativo, útil e importante; percepción de que la ejecución del trabajo depende de uno mismo, de la propia iniciativa; y conocimiento de los resultados del propio trabajo. En la percepción de utilidad e importancia del trabajo influyen las capacidades y habilidades necesarias para su desempeño, la realización de unidades de trabajo completas y la importancia de las tareas realizadas.

En este sentido hemos de señalar que el 12% de los administrativos consideran que realizan un trabajo poco o nada interesante y un 11% de las/os enfermeras/os.

► **Trabajo en equipo y Relaciones Laborales:** en general, en el ámbito sanitario existe una estructura rígida y autoritaria, el papel social del médico tradicional es una de las condiciones que dificultan el trabajo en equipo para la adecuada división estructurada del equipo.

Un clima laboral deficiente e insano predomina en los centros de salud así lo manifiestan un 17% de los enfermeros, y un 22% de los médicos. Concretamente hemos de destacar:

- El 16,2% de los médicos no reciben apoyo de sus superiores o compañeros; el poco apoyo social es motivo de queja continua de las enfermeras. El apoyo social consiste en la provisión a un individuo de afecto, comprensión, afirmación y ayuda por parte de otros cercanos al entorno laboral.
- El 14% de los enfermeros no pueden comunicarse con sus superiores directamente y lo mismo le pasa al 9% de los administrativos.

► **Condiciones de empleo y futuro:**

La pérdida de empleo y la inseguridad ante los contratos, la falta de reconocimiento y recompensa, y el sentimiento de infravaloración son circunstancias estresantes que pueden repercutir sobre el trabajo y en consecuencia sobre la salud de los trabajadores. El personal de enfermería es quien más inseguridad e inestabilidad sienten así el 10% de los enfermeros dicen que su trabajo está

condicionado por el tipo de contrato que tienen; para el 12% el salario que reciben no está en consonancia con las tareas que tienen que realizar.

► **Violencia:** en los últimos años se está produciendo un aumento de las agresiones físicas y psíquicas por parte de algunos usuarios del sistema sanitario hacia los médicos; los profesionales son intimidados por individuos que le exigen al médico que haga actividades de dudosa legalidad, viéndose amenazados si no las realizan.

La violencia se asocia a desconfianza, falta de comunicación asistencial e incompetencia, y se asocia a una menor gratificación laboral y mayor temor a la desmotivación.

Según la Organización Internacional del Trabajo de todos los trabajadores son los de las administraciones públicas el colectivo que sufre mayor porcentaje de amenazas en el trabajo (12%) y los profesionales de la salud son los que concentran mayores actos violentos (24%) por encima de los trabajadores de educación, seguridad...

Los datos en relación con la violencia hacia los médicos de Atención Primaria son escasos y variables. Los abusos verbales son los más frecuentes seguidos de las amenazas y la agresiones físicas.

Aunque son escasos los estudios sobre violencia en Atención Primaria, nosotros podemos aportar datos que nos van a hacer reflexionar. El 60% del personal sanitario ha sido objeto de comportamientos violentos y/o agresiones, siendo las causas principales:

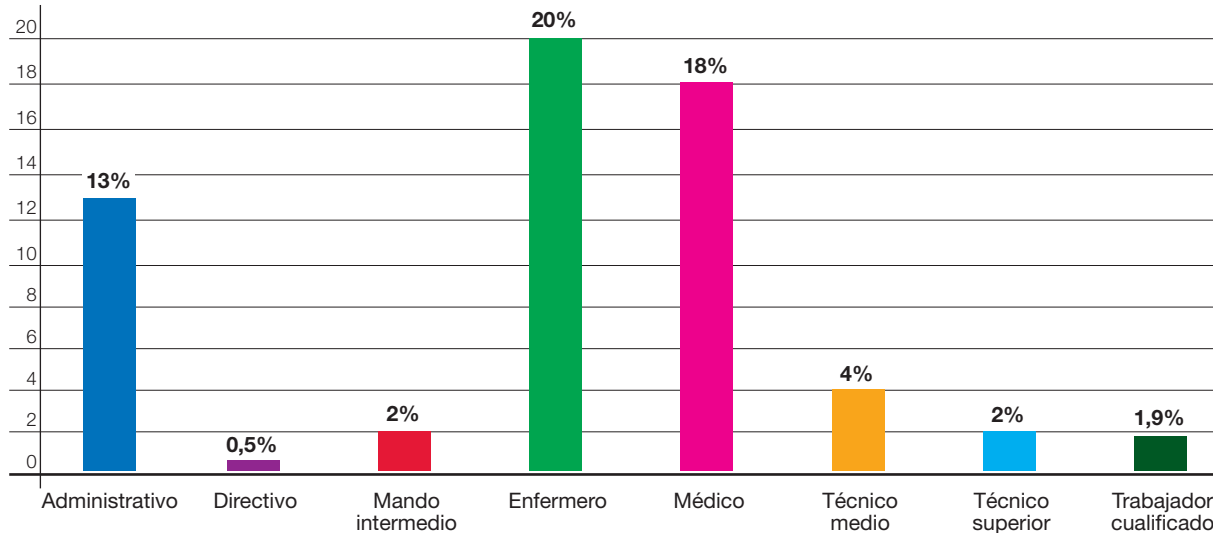
- La lista de espera para el 60% de los profesionales.
- El 56% de los profesionales considera que se debe a la falta de medios personales en el centro de salud.
- Para el 53% la falta de información sobre los derechos de los trabajadores sanitarios de tal modo, que los pacientes tienen demandas que se escapan del médico como por ejemplo recetar determinados medicamentos, o dar una baja cuando no es justificable...
- Un 48% lo atribuye al trabajo en solitario.

Un 32% de los profesionales sanitarios que han sido objeto de comportamientos violentos, no ha recibido ningún tipo de apoyo por parte de los compañeros, ni de los superiores.

En el 68% de los casos, no existe en el centro de salud un sistema de alerta en caso de agresiones, y en el 71% de los casos carecen de un protocolo antiviolencia, además el 60% de los encuestados considera que la existencia de un protocolo no es una medida suficiente si no existen otras medidas de reforzamiento, todo esto unido al hecho de que en el 77% de los casos ni siquiera existe personal encargado y entrenado para controlar los posibles conflictos hace que nos encontremos con centros de salud donde la violencia y las agresiones están al orden del día lo que hace que los trabajadores, en especial, el personal sanitario acudan a su trabajo con miedo y tensión.



Violencia y agresiones



Como podemos ver, es el personal de enfermería y los médicos quienes más comportamientos violentos y agresiones han sufrido, procediendo por parte de los usuarios para el 59% de los trabajadores, por parte de los compañeros para un 6% de los trabajadores y el 1% ha sido objeto de comportamientos violentos por parte de superiores. Y esto se debe porque, la consulta es un lugar en

donde el profesional es presionado, manipulado e instigado a prescribir, emitir informes, propuestas de incapacidad laboral o a intervenir en ámbitos ajenos a lo terapéutico. A veces la consulta convierte al profesional en blanco de hostilidades ya que es un objetivo fácil sobre el que desplazar agresiones que resultan más difíciles de ejercer sobre otras figuras de autoridad.

► **Organización de trabajo:** el 53% del personal sanitario considera que el tiempo que tiene para dedicar a los pacientes es insuficiente.

Un 69% de los médicos y personal de enfermería dice que no se ha previsto en la planificación del trabajo la posibilidad de acontecimientos inesperados, y en consecuencia el 68% de los trabajadores no sabe como ha de actuar ante acontecimientos inesperados.

En un 82% de los casos el personal cambia voluntariamente de puesto y/o centro de trabajo, lo que nos indica unas malas condiciones de trabajo que “obliga” a los trabajadores a permutar.

Por tanto, como hemos visto, la sobrecarga de trabajo, la falta de cooperación de los enfermos y de sus familiares, la ausencia de control sobre el propio trabajo, la deshumanización del propio trabajo, la carencia de soporte ambiental, la inexistencia de factores motivacionales en el sistema de gestión de la salud, la pérdida de tiempo en tareas burocráticas o administrativas, la ambigüedad en funciones, la escasa participación en las decisiones importantes, la inexistencia de autonomía suficiente para alcanzar un grado de autorrealización y una compensación económica insuficiente, conducen a una fuerte disminución de la satisfacción laboral, a la aparición de una sintomatología que conlleva un Síndrome de Burnout, de Acoso y, en definitiva a un incremento del Estrés.

► **ESTRÉS:** el 56% del personal sanitario, presenta un riesgo alto de estrés, frente al 30% del personal no sanitario.

La asistencia sanitaria hoy en día constituye una empresa de servicios y en este contexto, el médico y enfermero/a choca continuamente con la perspectiva de la ética tradicional, así, el médico se ve profundamente decepcionado porque realiza su trabajo en un medio desconocido para él: el mundo de la gestión.

Las consultas triviales también son fuentes de estrés, si son frecuentes inciden negativamente en el ánimo y autoestima del profesional, en el sentido de que algunas partes de la población confunden el papel del médico, y lo ven como un “servicio público” al que pagan y que tiene que satisfacer sus deseos.

De este modo, se encuentra entre el mundo de los valores —dedicación, comunicación, comprensión, responsabilidad, respeto por la dignidad del paciente, solidaridad, ayuda, etc...— y el de los hechos —gastos, número de pacientes, medicamentos, tratamientos, intervenciones, altas, etc.— el clínico también suele sufrir directamente las consecuencias de la lista de espera: broncas, protestas, insultos, exabruptos, amenazas, denuncias, etc...

Todo esto se traduce en una importante desmotivación del médico que acaba disminuyendo la calidad asistencial y lesionando los intereses del enfermo. Estas circunstancias psicosociales nos llevan a una pérdida signi-

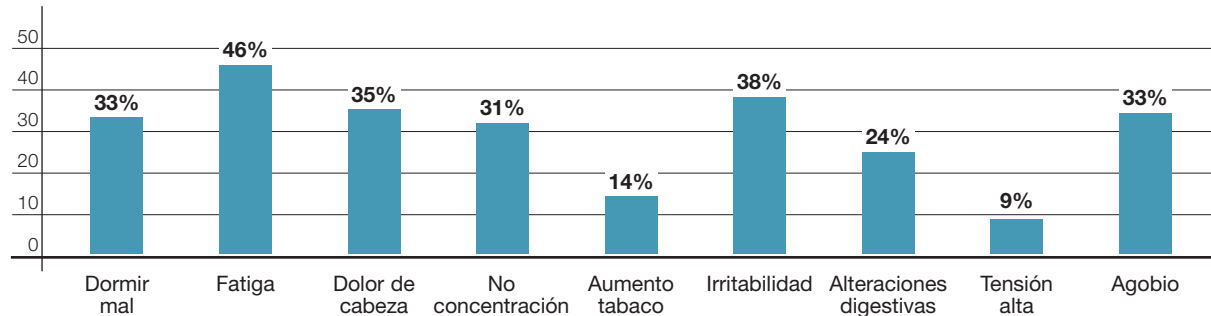


ficativa en cuanto a la percepción de la autoestima, generándose un sentimiento de desvalorización y desaliento que definen la depresión neurogénica y el agotamiento psicofísico.

También hay que señalar que, muchos médicos, frente al estrés, no consiguen desconectar, reaccionan con un comportamiento inadecuado y peligroso para su salud, como es la neurosis de adicción al trabajo. El llamado “*workaholism*” que se refiere a aquellos profesionales que dedican más tiempo al trabajo del que exigen determinadas actuaciones; un médico que considera el trabajo como el punto central de su vida en el que domina una

personalidad obsesiva compulsiva, preocupado por controlar el ambiente. En todos estos médicos, el agotamiento es progresivo, y el resultado final desde el punto de vista psíquico fatal.

Más del 20% de los médicos encuestados reconoce haber sufrido estrés exagerado que se traduce en trastornos de ansiedad, y en conducta adictivas y de grave deterioro de su personalidad como por ejemplo, conflictos interpersonales, irritabilidad, impulsividad..., así, un 10% de los médicos y un 11% del personal de enfermería, ha manifestado algún síntoma físico relacionado con el trabajo. siendo los principales daños:



Podemos encontrar dos tipos de factores estresantes que afectan a las enfermeras:

- Relacionados con el paciente: órdenes médicas poco claras en relación al estado de salud del paciente, temor a familiares...
- Relativos a las condiciones laborales: escasez de tiempo, problemas de espacio físico, ruidos ambientales, problemas de rol, salarios bajos en relación con otras profesiones, falta de participación en el equipo de trabajo, inexistencia de promoción profesional, falta de información y formación, falta de apoyo por parte de superiores.

La enfermería es una profesión estresante con prevalencia alta de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, insatisfacción laboral, y frecuentes cambios en el puesto de trabajo pues además del esfuerzo físico y mental implica también esfuerzo emocional.

A los profesionales de enfermería se les exige estar preparados técnica, científica y psicológicamente de forma continua, para dar la respuesta adecuada en el momento preciso; lo que supone un estado de alerta en conocimientos científicos y técnicos motivados por la necesidad de asumir de inmediato determinadas decisiones, informaciones complejas y di-

ferentes, sin patrón de respuesta porque cada paciente es un mundo diferente y que puede conllevar ansiedad y tensión.

El médico trabaja con los aspectos emocionales más intensos del ser humano no pudiendo ni debiendo ser totalmente ajeno a los mismos, por ello, es fácil que sometido a este nivel de estrés de forma crónica, termine abocado a un estado extenuante tanto físico como emocionalmente.

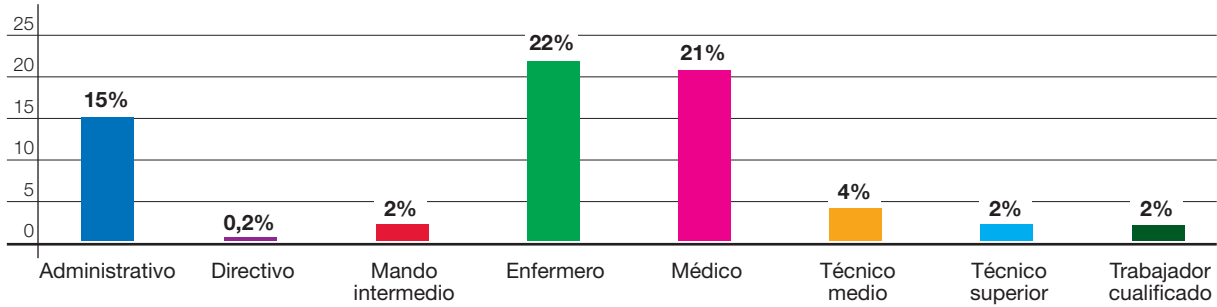
► **‘BURNOUT’ O SÍNDROME DE QUEMADO:** El SQT tiene una doble etiología, por un lado los procesos de intercambio social que tienen lugar constantemente en el trabajo clínico (pacientes, compañeros, familias, estructuras burocráticas...) por otro lado, el SQT tiene que ver con los procesos de afiliación y la comparación social.

En el primer proceso la incertidumbre, la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa, cómo debe actuar, la percepción de la equidad: el equilibrio entre lo que las personas dan y lo que reciben, y la falta de control: posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales, son tres variables psicológicas suficientemente importantes como para producir un desequilibrio en el **yo** facultativo.

Todo esto puede producir conductas de inhibición, regresión y empobrecimiento de la personalidad.



Riesgo de 'burnout'



La mayoría de los trabajadores de sanidad presentan un alto riesgo de sufrir Burnout, así lo manifiesta el 22% del personal de enfermería, el 21% de los médicos, el 15% del personal de administración así como un 4% de los técnicos medios. Sin embargo, atendiendo a las variables que llevan al desarrollo de este síndrome es donde encontramos diferencias por categorías.

¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?

A los médicos les cuesta más olvidar los problemas del trabajo seguramente, porque muchos se ven obligados a tener que llevarse trabajo a casa.

¿Te sientes emocionalmente desgastado por tu trabajo?

Los médicos se sienten más “desgastados emocionalmente” que otros trabajadores de Atención Primaria. Los pacientes dirigen hacia el médico sentimientos y afectos diversos que puede suponer una fuerte sobrecarga emo-

cional con el riesgo de “agotamiento” dado que, a la larga, las demandas emocionales son imposibles de satisfacer y el profesional requiere de unas capacidades para manejarlas para las que no está preparado, ni advertido durante su formación.

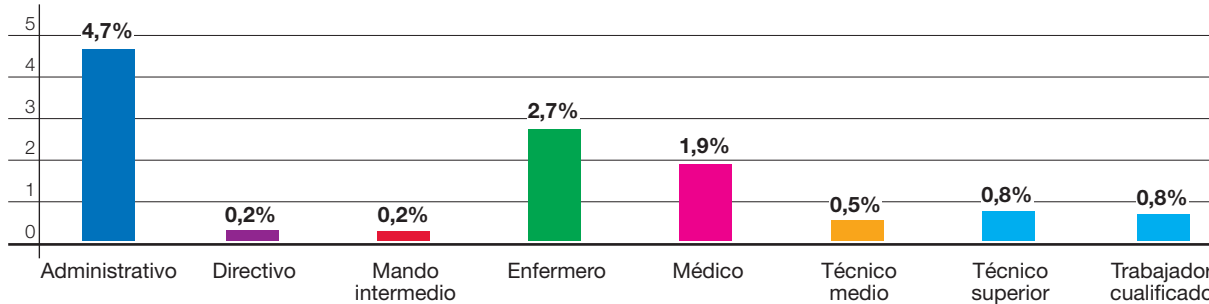
¿Tú trabajo requiere que escondas tus emociones?

El trabajo diario consiste en una sucesión de encuentros breves, en los que la interacción es muy ágil y los contenidos variados lo que requiere una gran atención, concentración, autocontrol emocional y capacidad para organizar el tiempo por parte del profesional que puede ser difícil de conseguir.

► **ACOSO LABORAL O MOBBING:** El mobbing, se da con menor frecuencia entre los médicos de Atención Primaria que en los médicos de Atención Especializada donde se produce con mayor asiduidad por envidias.



Posibilidad de sufrir acoso



Los trabajadores que presentan un riesgo alto de sufrir acoso son los administrativos (5%), seguidos del personal de enfermería (3%), y esto se debe a que el acoso laboral es una desviación psicológica que tiene su origen en la propia organización del centro. Se trata de organizaciones sumamente burocratizadas, despersonalizadas que se alejan de los principios básicos reguladores de la eficacia individual y grupal.

El carácter cerrado o autosuficiente de este tipo de organizaciones y el miedo al desempleo juega, con otros factores, un papel esencial para crear un caldo de cultivo que permite finalmente la práctica de este tipo de conductas de hostilidad, acoso, o aislamiento por parte de los jefes o por sus propios compañeros.

CONCLUSIÓN

La investigación ha aportado hasta hoy, una amplia evidencia sobre los efectos de la salud y el bienestar de los factores laborales de naturaleza psicosocial. Estamos hablando básicamente del bajo control sobre el contenido de las tareas, las altas exigencias psicológicas o el bajo apoyo social por parte de compañeros y/o superiores.

El nuevo concepto de trabajo implica como inevitable la aparición de otros riesgos que, junto a las Enfermedades Profesionales y Accidentes de Trabajo de tipo traumático vienen provocando otra forma distinta de enfermedades, relacionadas de modo directo con la organización de tra-

bajo que tiene su modo de expresión en procesos psicológicos. El trabajo demanda más de lo que puedes dar y proporciona menos de lo que necesitas, por lo que se produce un importante desajuste trabajo-persona. Como hemos podido comprobar, tanto por los cuestionarios como por los grupos de discusión, la sobrecarga de trabajo, la falta de cooperación de los enfermos y de sus familiares, la ausencia de control sobre el propio trabajo, la deshumanización del propio trabajo, la carencia de soporte ambiental, la inexistencia de factores motivacionales en el sistema de gestión de la salud, la pérdida de tiempo en tareas burocráticas o administrativas, la ambigüedad en funciones, la escasa participación en las decisiones importantes, la inexistencia de autonomía suficiente para alcanzar un grado de autorrealización y una compensación económica insuficiente, conducen a un aumento del estrés percibido por los trabajadores de atención primaria y a una fuerte disminución de la satisfacción laboral y en consecuencia a una disminución de la salud tanto física como mental.

La exposición a los factores de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo está pues íntimamente ligado con diversos efectos contrarios a la salud, como patologías

mentales, enfermedades cardiovasculares o trastornos musculares.

Las investigaciones realizadas han demostrado con claridad que la exposición a determinados riesgos psicosociales en el lugar de trabajo produce una disminución en el bienestar psicológico.

Es la patología cardiovascular la que se evidencia como una de las más importantes causas de mortalidad en los países industrializados pues la tensión de origen laboral constituye un factor de riesgo de enfermedades del corazón. Las investigaciones han llegado a la conclusión de que aquellos trabajadores con escaso apoyo social y altas demandas presentan mayor riesgo de prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Existe también la relación entre factores psicosociales con trastornos musculoesqueléticos, señalando que la presión de tiempo o la elevada carga de trabajo producen un aumento de los síntomas y enfermedades de este tipo junto con otros elementos como la monotonía en el trabajo.

Lo anterior indica que los factores psicosociales aumentan los síntomas de estrés y producen un aumento de la sobrecarga estática de los músculos.



V. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

A prevención de riesgos laborales de los trabajadores sanitarios no se puede limitar a la Seguridad, Higiene o Medicina del Trabajo, debe evaluar los factores psicosociales por su repercusión sobre la salud.

Las instituciones sanitarias son ambientes con unas características laborales muy específicas debido a las peculiares circunstancias que se dan en ellos. Gran número de trabajadores, trabajo exigente altamente jerarquizado, contacto directo con el usuario, las instituciones sanitarias se caracterizan por una elevada demanda y unas altas expectativas por parte de los usuarios, además, existen otros aspectos como: adopción de muchas decisiones trascendentes rodeadas por la incertidumbre, el contraste entre el trabajo en equipo y la toma de decisiones individuales, la jerarquización que tiene como consecuencia el desequilibrio entre las exigencias del trabajo y la capacidad de decisión.

Todas estas características colocan a los trabajadores del sector de la salud en una situación de alta probabilidad de exposición a riesgos psicosociales.

De este modo hay que “medir”, “cuantificar” con la mayor fiabilidad posible los riesgos psicosociales, siempre teniendo en cuenta sus dificultades ya que estamos ante problemas eminentemente cualitativos, no sólo cuantitativos.

Tratar riesgos psicosociales no puede hacerse solo desde una perspectiva individual, sino que es necesario profundizar en esos riesgos desde una óptica global como problema colectivo. Ya que las consecuencias de los riesgos psicosociales para la empresa determinan un aumento de los conflictos interpersonales, de las bajas laborales, del empobrecimiento de las relaciones entre los trabajadores y del clima laboral.

No en vano, la protección de la salud de los trabajadores dentro de nuestro derecho va más allá de la que suponen las patologías de carácter meramente físicos, como lo revela el Art. 4.3 PRL que otorga el carácter de daños derivados del trabajo a las “enfermedades, patologías y lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

También el artículo 15, al exponer los principios de la acción preventiva dota de especial importancia a la

obligación preferente de las acciones de prevención primaria, lo que en el caso de factores psicosociales significa procurar la adaptación del trabajo a la persona en particular, y concretamente a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y reducir los efectos del mismo sobre la salud. Así el apartado 15.1 g) "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".

Ahora bien, es necesario adoptar soluciones también eficaces, con el actual marco legislativo y el espacio abierto a la negociación colectiva.

Como cualquier otro riesgo, la prevención comienza con la **Evaluación de Riesgos** que debe incluir también los riesgos psicosociales y continuar con la **Planificación**.

Cuando se habla de intervenir en una empresa para mejorar las condiciones de trabajo, uno de los aspectos cruciales que se plantea es la intervención sobre la dirección.

Cualquier intervención psicosocial requiere la existencia de una buena **comunicación** que permita el diálogo entre las partes así como que el estilo de mando predominante sea democrático para que no frene ni prohíba la comunicación. Tanto la comunicación como el estilo de mando son la base en la que se fundamenta la participación.

Desde el punto de vista de la persona, la **participación** implica obtener un mayor control de las condiciones de trabajo y también la posibilidad de desarrollar capaci-

dades que la propia tarea requiere. Un elemento esencial de la prevención es la **formación y la información** a los/as trabajadores.

Como cualquier otro factor de riesgo en el trabajo, el acoso debe ser objeto de estudio en la **evaluación de riesgos** que el empresario está legalmente obligado a realizar, y es precisamente éste, el instrumento fundamental que va a permitir enfocar el problema desde un punto de vista preventivo, ya que permitirá al empresario tomar las medidas adecuadas para garantizar la salud de los trabajadores.

Los datos necesarios para una correcta documentación y diagnóstico de la situación, encaminados, además a un tratamiento adecuado son los siguientes:

- Análisis sociolaboral.
- Análisis en profundidad del puesto de trabajo actual.
- Descripción cronológica del curso traumático de los acontecimientos habidos en los pasados años.
- Empleo de cuestionarios.
- Cumplimiento de la definición de mobbing en sus aspectos de frecuencia, temporalidad e incorrección de la acción sufrida.
- Detención de los distintos tipos de adicciones.

Las acciones incluidas en los programas de intervención psicosocial implican la reestructuración de la organización y de las tareas de trabajo y el establecimiento de



procesos tendentes a la participación de los trabajadores en todas las fases.

En cuanto al diseño del trabajo, la prevención debería atender a la deficiencia en el mismo. Los trabajos bien diseñados, con un nivel adecuado de demandas que no incurrir en cargas, con alto contenido de control sobre el propio trabajo y gran amplitud de decisión reducen la posibilidad de permitir que se genere estrés.

Este esquema no quedaría completo si no se añaden, dentro de este nivel:

- El diseño de la tarea.
- El diseño de las relaciones sociales y la integración en el grupo humano.
- La evaluación de riesgos.
- El análisis de los puestos de trabajo y el conocimiento, al menos, de las posibilidades de los trabajadores de que se aumente el control del trabajo y se puedan diseñar, con mayor propiedad, planes de formación.
- Planes de formación y reuniones formativas sobre el propio trabajo y los aspectos que la conciernen más estrechamente, sobre todo si tiene riesgo de violencia.
- La definición y cuidado del clima laboral, sobre todo en lo que a variables de relación se refiere.
- La supervisión y tutela del empresario, desde el punto de vista de la mera revisión de políticas y resultados, así como del análisis de incidentes.

No sólo basta con proveer de entrenamiento a la línea intermedia de la estructura, la probabilidad de que se produzca cambios se incrementa si:

- Se practica un nuevo estilo de gestión-liderazgo desde los niveles más altos de la gestión.
- El establecimiento previo de la política preventiva y concretamente en materia de violencia, junto con la implicación real de la alta dirección en la materia, contribuirán al cambio cultural encaminado, entre otros aspectos, al de la resolución constructiva de conflictos.
- Establecimiento de una política o protocolo de actuación en materia de estrés y acoso laboral, dará como resultado la fijación de unos principios generales de conducta en la organización, un programa de actividades (informativas y formativas) destinadas a poner en practica estos principios y, establecimiento interno de gestión de quejas y conflictos en el seno de la organización que asegure la imparcialidad y justicia de las resoluciones y evite represalias.
- Los nuevos estilos de liderazgo se aprenden en el trabajo, en situaciones reales y no tanto en talleres de trabajo fuera de la organización.
- Mejora de los sistemas de comunicación ascendente, horizontal y descendente.
- Sistemas escritos y aprobados por distintos estamentos.

- Establecimiento de sistemas de moderación y arbitrio en función de las distintas fases del modelo de resolución de conflictos.
- Comprobación de la agilidad y eficiencia de dichos sistemas.

En las propuestas de las distintas medidas que se pueden tomar para evitar el mobbing, pueden diferenciarse tres niveles de actuación en función de la fase de conflicto en la que se apliquen. Así pueden distinguirse medidas preventivas, medidas de intervención en las fases más tempranas, intervención en las fases intermedias y apoyo a las víctimas en las últimas fases.

La prevención solamente se refiere a aquellas medidas que se pueden aplicar antes de que se pueda detectar cualquier signo del proceso de mobbing. Una vez producidos tales signos, se trataría ya de medidas de intervención propiamente dichas.

Las medidas de prevención irán dirigidas a las cuatro causas potenciales más importantes de mobbing: las deficiencias en el diseño del trabajo, las deficiencias en el liderazgo, la posición social de las víctimas y los bajo estándares morales de la organización.

Lo que hay que tratar de evitar es que se pase de la fase de conflicto, fase donde las alteraciones van a ser menores, a la fase de mobbing propiamente dicha ya que existen argumentos para dudar de la reversibilidad de los efectos psicósomáticos que esta fase puede tener en los individuos.

¿QUÉ PUEDE HACER EL DELEGADO DE PREVENCIÓN?

La Ley en su artículo 36 ya establece las funciones que tiene el Delegado de Prevención en esta materia, y, dado que los riesgos psicosociales, como hemos establecido ya, hay que tratarlos como un riesgo más, se ha de actuar de la misma manera.

Por lo tanto, entre otras competencias el Delegado de Prevención debe y puede:

- Colaborar con la dirección de la empresa en la mejora de la acción preventiva.
- Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales.
- Ser consultados por el empresario (...).
- Ejercer una labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales...”
- Acompañar a los técnicos en las evaluaciones de carácter preventivo del medio ambiente de trabajo, así como, en los términos previstos en el artículo 40 de esta Ley, a los Inspectores de Trabajo y Seguridad Social en las visitas y verificaciones que realicen en los centros de trabajo para comprobar el cumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales, pudiendo formular ante ellos las observaciones que estimen oportunas.



- Tener acceso, (...) a la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo que sean necesarias para el ejercicio de sus funciones y, en particular (...)
- Ser informados por el empresario sobre los daños producidos en la salud de los trabajadores una vez que aquél hubiese tenido conocimiento de ellos, pudiendo presentarse, aún fuera de su jornada laboral, en el lugar de los hechos para conocer las circunstancias de los mismos.
- Recibir del empresario las informaciones obtenidas por éste procedentes de las personas u órganos encargados de las actividades de protección y prevención en la empresa, así como de los organismos competentes para la seguridad y la salud de los trabajadores (...)
- Realizar visitas a los lugares de trabajo para ejercer una labor de vigilancia y control del estado de las condiciones de trabajo, pudiendo, a tal fin, acceder a cualquier zona de los mismos y comunicarse durante la jornada con los trabajadores, de manera que no se altere el normal desarrollo del proceso productivo.
- Recabar del empresario la adopción de medidas de carácter preventivo y para la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, pudiendo a tal fin efectuar propuestas al empresario, así como al Comité de Seguridad y Salud para su discusión en el mismo.

En el desarrollo de estas funciones y en materia de riesgos psicosociales el Delegado de Prevención puede realizar investigaciones ya que es importante recopilar información sobre las condiciones de trabajo de sus compañeros.

Se puede hacer por ejemplo mediante dos fases:

- ▶ Recopilación de datos sobre la situación: a través de la realización de encuestas, entrevistas personales, grupos de discusión y escalas, además del análisis de datos preexistentes de carácter secundario
- ▶ Elaboración y análisis de dichos datos: en donde se establecerán las conclusiones como por ejemplo si es necesario profundizar en el análisis de la situación, o, si existen factores psicosociales que producen efectos nocivos para las personas.

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

Las acciones de intervención para luchar contra los riesgos psicosociales pasan necesariamente por una labor de mejora en la organización, y en el ambiente psicosocial del lugar de trabajo, con miras a reducir la tensión cotidiana, implicando en muchas ocasiones el incremento de la participación y motivación en el trabajo.

EJEMPLO DE BUENAS PRÁCTICAS

Presentamos un ejemplo de Buenas Prácticas del Gobierno de Canarias sobre un plan que han desarrollado en materia de prevención de agresiones para trabajadores sanitarios.

El SCS pone en marcha el Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores de la red pública de centros sanitarios

El Plan recoge la elaboración de un mapa de riesgos y medidas específicas para prevenir y reducir situaciones de conflicto entre usuarios y trabajadores del SCS, así como para mejorar los mecanismos de información y atención a los ciudadanos Según datos de la OMS, casi el 25 por ciento de todos los incidentes con violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario. La calidad de la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos no sólo está relacionada con las infraestructuras y los medios materiales disponibles. El componente humano es esencial, y por esta razón, lograr el mejor ambiente laboral posible es vital para contribuir a un clima de cordialidad y respeto que es indispensable para prestar un buen servicio. Con esta intención se ha puesto en marcha el Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud (SCS), una iniciativa que la Consejería de Sanidad del Gobierno ha sacado ade-

lante a través de la Dirección General de Recursos Humanos con el objetivo de establecer un sistema de prevención, protección y actuación que permita optimizar el uso de los recursos técnicos y humanos disponibles.

Los profesionales de los servicios sanitarios figuran entre los que soportan un mayor riesgo de sufrir agresiones o situaciones de violencia. Así lo reflejan los datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS). En ellos se muestra que casi un 25% de todos los incidentes de violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario. El nuevo Plan de Prevención de Agresiones que ha puesto en marcha el SCS trata así de evitar y reducir al mínimo las situaciones de conflicto que entorpecen el buen funcionamiento de la red pública de centros sanitarios, y lo hace en cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y de la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud de Canarias que reconoce el derecho de los trabajadores a recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Mejora de la comunicación y atención

Muchas situaciones conflictivas se pueden evitar con sencillas técnicas de comunicación. Por esta razón, el Plan recoge la necesidad de crear programas concretos de formación de los trabajadores sobre habilidades generales en la comunicación con los usuarios. En este



sentido se hace especial hincapié en la mejora de los sistemas de información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos, el procedimiento que deben seguir para acceder a los centros sanitarios y el catálogo de prestaciones básicas a las que tienen derecho.

Además, el Plan contempla la mejora de la señalización informativa en los centros sanitarios. Otro de los pilares en los que se apoya la prevención de situaciones conflictivas está en reducir los tiempos de espera. En este sentido se plantean medidas para mejorar el acceso telefónico de los usuarios, optimizar los tiempos de consulta, así como potenciar las agendas de calidad y crear un protocolo de actuación consensuado en cada uno de los centros para atender a los pacientes urgentes y a los que acuden sin cita previa.

También se presta especial atención a la detección y tratamiento de posibles problemas de dependencias, enfermedades mentales, actitudes de intolerancia o mala praxis continuada por parte del personal, con la finalidad de corregirlos.

Protocolos de atención y medios materiales en los centros

El Plan recoge un protocolo con pautas concretas tanto para trabajadores como para la Dirección del centro correspondiente. En este sentido, se establece que las respectivas Gerencias deben crear mecanismos de comuni-

cación con las fuerzas del orden público para fomentar actuaciones conjuntas en materia de prevención de agresiones. Se recomienda, además, que la atención de los pacientes con comportamientos previos inadecuados se preste en compañía de otro profesional.

Dentro del protocolo para la atención a un paciente conflictivo o irritado se recoge la necesidad de mantener siempre el equilibrio emocional y no responder a provocaciones verbales. Se trata de empatizar con los sentimientos del usuario y de intentar reconducir la situación buscando puntos de acuerdo. Cuando se trate de un incidente que indique una situación potencialmente peligrosa el protocolo establece la intervención de los servicios de seguridad del centro y si persiste la situación violenta, la de las fuerzas públicas. Todo incidente o agresión debe comunicarse al responsable del centro, al gerente de Atención Primaria o al director-gerente del hospital donde se produzca, que debe atender al profesional agredido.

Con el Plan también se ha creado la Hoja de Registro de Agresiones que se remite a la Unidad de Prevención de la Gerencia correspondiente y al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales cuando se produce un incidente con violencia. El personal del SCS afectado por una situación de este tipo dispone de un servicio de apoyo psicológico y asesoramiento jurídico, en caso de que la situación producida pudiera dar lugar a acciones judiciales posteriores. Para los centros con elevada

conflictividad el Plan contempla la introducción de una serie de medidas materiales de seguridad, como dispositivos de alarma interna de incidencias, videocámaras en espacios comunes (según lo establece la legislación vigente), así como sistemas de comunicación directa con la Dirección del centro y las fuerzas de seguridad y mamparas blindadas para servicios especiales de atención a pacientes con problemas psiquiátricos.

Evaluación y creación de un mapa de riesgos

El Plan establece que el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SCS desarrolle una serie de medidas concretas, entre las que se encuentra la evaluación de riesgos de cada uno de los puestos de trabajo, prestando especial atención a las medidas de seguridad que tiene el centro ante situaciones conflictivas. Se trata de comprobar que el personal tiene a su disposición el protocolo de actuación ante agresiones y que utiliza las hojas de registro de incidentes.

Las nuevas medidas de prevención y seguridad que se pongan en marcha en cada uno de los centros sanitarios tendrán un seguimiento para conocer de forma concreta las incidencias derivadas de su implantación. En este sentido, el Plan contempla la elaboración de un mapa de riesgo sobre agresiones, para el que se contrastará con los datos recogidos en el registro informático en el que se incluirán los detalles de cada uno de los incidentes violentos que se produzcan. Además del mapa de riesgos, el Plan contempla la creación de una comisión de expertos que, con carácter trimestral, dará cuenta de sus actividades al Comité de Seguridad y Salud del SCS. Dentro de las medidas de seguimiento también se encuentra la elaboración de criterios de evaluación y supervisión periódica de información, así como la revisión continua de las medidas adoptadas en cada centro y la celebración de reuniones periódicas con el personal directivo de los centros para examinar la efectividad de las acciones que se hayan llevado a cabo.



ANEXOS

Anexo I **Acuerdo marco europeo sobre el estrés laboral**

El acuerdo fue firmado el día 8 de octubre de 2004, el objetivo de este acuerdo es proporcionar un marco a los empresarios y trabajadores para identificar y prevenir y tomar las medidas necesarias con respecto a los problemas del estrés relacionados con el trabajo.

ACUERDO MARCO SOBRE EL ESTRÉS LIGADO AL 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 práctica, 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 de la 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.

El objetivo de este Acuerdo es proporcionar un marco a los empleadores y a los trabajadores para identificar y

prevenir o manejar los problemas del estrés relacionado 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 y el estrés postraumático.

3. DESCRIPCIÓN DEL ESTRÉS Y 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.

El individuo es capaz de manejar la tensión a corto plazo, lo que puede ser considerado como positivo, pero tiene dificultades en resistir una exposición prolongada a una presión intensa. Además, individuos diferentes pueden reaccionar de manera distinta a situaciones similares y un mismo individuo puede reaccionar de manera diferente a una misma situación en momentos diferentes de su vida.

El estrés no es una enfermedad, pero una exposición prolongada al estrés puede reducir la eficacia en el trabajo y causar problemas de salud.

El estrés originado fuera del entorno de trabajo puede entrañar cambios de comportamiento y reducir la eficacia en el trabajo. No todas las manifestaciones de estrés en el trabajo pueden ser consideradas como estrés ligado al trabajo. El estrés ligado al trabajo puede ser provocado por diferentes factores tales como el contenido del trabajo, su organización, su entorno, la falta de comunicación, etc.

4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE 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, de rotación de personal, de 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 ligado 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 etc.), las condiciones y el entorno de trabajo (exposición a comportamientos abusivos, ruido, temperatura, sustancias peligrosas, etc.), la comunicación (incertidumbre respecto a lo que se espera



en el trabajo, perspectivas de empleo, próximos cambios, etc.) así como factores subjetivos (presiones emocionales y sociales, sentimiento de no ser capaz de hacer frente, impresión de no ser apoyado, etc.).

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/o de 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 la salud de los trabajadores. Esta obligación se aplica igualmente a los problemas de estrés ligado al trabajo en la medida en que presenten un riesgo para la salud y la seguridad. Todos los trabajadores tienen el deber general de respetar las medidas de protección definidas por el empleador.

Los problemas relativos al estrés ligado al 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 ligado 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 antiestrés de orden general que incluya medidas de prevención y de acción.

Si las competencias requeridas en la empresa son insuficientes, es posible recurrir a expertos exteriores, conforme 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 tales como aclarar los objetivos de la empresa, así como el papel de los trabajadores individuales, asegurar un apoyo adecuado de la gestión a los individuos y a los 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 hacerle frente y/o de adaptarse al cambio,
- la información y la consulta de los trabajadores y/o de 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/UEAPME, 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.

El desarrollo de este Acuerdo se llevará a cabo durante los tres años siguientes a la fecha de firma del mismo.

Las organizaciones miembro informarán acerca del desarrollo de este Acuerdo al Comité de Diálogo Social. Durante los tres primeros años tras la firma del presente Acuerdo, el Comité de Diálogo Social preparará un cuadro anual resumiendo el desarrollo del Acuerdo. El Comité de Diálogo Social elaborará, en el cuarto año, un informe completo sobre las acciones de desarrollo tomadas.

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 caso de cuestiones sobre el contenido del Acuerdo, las organizaciones miembro implicadas, podrán dirigirse 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 II

Bibliografía

- ◆ Cobos, J. y col., “Accidentabilidad laboral con productos biológicos en profesionales sanitarios de atención primaria en Guadalajara (1994-2000)”. En *Revista Salud Ambient* 2001; 1(2): 87-91.
- ◆ Jansá, J. M., “Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en la salud pública”, en *Gaceta Sanitaria* 206; 20: 10-4, en www.doyma.es
- ◆ Palomo, I., “La investigación y la evolución reciente de la atención primaria”. *Gaceta Sanitaria* ISSN 0213-9111. Versión impresa en www.cielo.isciii.es. 2002
- ◆ Puig-Junoy, J., López-Casasnovas, G., Ortún, V., *¿Más recursos para la salud?*. Barcelona: Masson-Salvat, 2004
- ◆ “El sistema sanitario español en el nuevo entorno europeo”, en www.elmedicointeractivo.com.
- ◆ S. Minué. “Situación actual y futuro de la Atención Primaria”, cap 19, en: *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*, Informe Sespas 2002.
- ◆ “Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria”. Organización Médica Colegial, marzo 2003, en: www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/atencionprimaria.pdf
- ◆ *Informe Cisneros sobre Violencia en el entorno laboral. Presentación de los resultados preliminares del mobbing en los profesionales de enfermería*. SATSE-Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, 2002.
- ◆ Circular 5/90: “Organización de las actividades de enfermería en Atención Primaria”. Subdirección General del INSALUD.

NOTAS TÉCNICAS 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 de 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.

NORMAS

- ◆ Ley 31/1995, de 8 de noviembre. Prevención de Riesgos Laborales.
- ◆ Ley 54/2003, de 12 de diciembre. Prevención de Riesgos Laborales. Reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales
- ◆ Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención.
- ◆ RD 604/2006, por el que se modifica el RD 39/1997.
- ◆ RD 2267/2004, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de seguridad contra incendios en los establecimientos industriales.
- ◆ RD 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido.
- ◆ RD 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- ◆ RD 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la Manipulación Manual de Cargas
- ◆ RD 1215/1997, de 18 de julio, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los Equipos de Trabajo.
- ◆ Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo
- ◆ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- ◆ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- ◆ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- ◆ Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- ◆ Real Decreto 1753/1998, de 31/7/1998, MÉDICO ESPECIALISTA en MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA: acceso excepcional al título y ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud.
- ◆ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.



ENLACES DE INTERÉS

- ▶ Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales
<http://www.ugt.es/slaboral/observ/index.php>
- ▶ Federación Servicios Públicos
<http://www.fspugt.es>
- ▶ Centro Internacional de Información sobre Seguridad y Salud en el Trabajo
<http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm>
- ▶ Organización Internacional del Trabajo (OIT)
<http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm>
- ▶ Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo
<http://osha.eu.int/OSHA>
- ▶ Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo
<http://www.eurofound.eu.int/>
- ▶ Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)
<http://www.mtas.es/insht/index.htm>
- ▶ Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST)
<http://www.mtas.es/insht/cnsst/index.htm>
- ▶ Inspección de Trabajo y Seguridad Social
<http://www.mtas.es/itss/index.html>

Anexo III: Publicaciones del Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales



www.ugt.es



FINANCIADO POR:



**FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES**