



El impacto de la Covid-19 en los factores psicosociales en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid

Comisiones Obreras de Madrid

El impacto de la Covid-19 en los factores psicosociales en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid

PRIMERA EDICIÓN: diciembre de 2020

EDITA: CCOO DE MADRID

ELABORA: SECRETARÍA DE SALUD LABORAL DE CCOO DE MADRID

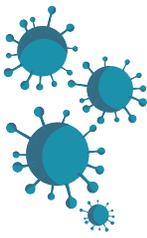
Depósito legal: M-31670-2020

V Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2017-2020)

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del V Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2017-2020) y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Índice

Presentación.....	5
Introducción.....	7
1. La covid-19 y sus consecuencias en el personal sanitario.....	9
2. Incidencia de la enfermedad en el personal sanitario.....	11
3. Algunos datos	13
4. Factores psicosociales, organización del trabajo, estrés y salud. Evaluación y planificación	19
5. Consulta y participación: un elemento fundamental para la prevención	27
6. Análisis de las evaluaciones de riesgos psicosociales y planificaciones de la actividad preventiva en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid	29
6.1 Metodología.....	29
6.2. Análisis de resultados y medidas preventivas.....	31
7. Análisis de las percepciones de los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario de la Comunidad de Madrid	51
8. Conclusiones generales	67
9. Propuestas.....	69
10. Anexo.....	77
11. Bibliografía	79



Presentación

Desde principios de los años 90, la práctica totalidad de los gobiernos han permitido y/o promovido la privatización de la gestión de los servicios públicos con la justificación de la reducción del gasto público y la mejora en la eficiencia en la prestación. De este modo se fueron extendiendo políticas que fomentaban la penetración del sector privado en los Servicios Públicos. Este escenario nos ha llevado a que Madrid sea la segunda Comunidad Autónoma con el gasto por habitante más bajo de España.

Esta situación ha supuesto, además de un daño al sistema sanitario, un deterioro de las condiciones laborales del personal a su servicio, habiendo provocado un aumento en el absentismo motivado por el estrés, unas excesivas cargas de trabajo y problemas de salud, no solo física sino también psicológica.

Aunque es evidente que no hay precedentes en la realidad que estamos atravesando, no es menos cierto que la debilidad de nuestro sistema sanitario ha agudizado de forma importante la capacidad de respuesta. La falta de recursos en la atención primaria, el cierre de camas hospitalarias, el recorte de plantillas, la debilidad de las estructuras de salud pública y la precariedad laboral de buena parte del personal sitúan a Madrid en una situación muy complicada. Lo vivido por los sanitarios y sanitarias en nuestro país, y en especial lo vivido en nuestra Comunidad Autónoma como consecuencia del aumento exponencial de la presión asistencial con unos recursos muy limitados, ha contribuido, sin duda, a agravar una situación que ya de antemano era mala.

Desde que el virus comenzase a saturar los hospitales y centros de atención primaria con pacientes que presentaban síntomas de Covid, nuestras y nuestros profesionales sanitarios han sufrido una sobrecarga de estrés y un enorme desgaste emocional. Desbordamiento en la demanda asistencial, exceso de horas de trabajo, falta de medios de protección, contagios, exposición al desconsuelo de las familias, un ingente número de fallecidos y dilemas éticos y morales, entre otros, han sido algunas de las situaciones a las que los sanitarios/as han tenido que enfrentarse a lo largo de varios meses, que les ha ocasionado un gran agotamiento, no solo físico, sino también psicológico.

En definitiva, la pandemia de la COVID-19 no ha hecho más que agravar y multiplicar la presencia de factores de riesgo psicosociales en las y los profesionales sanitarios.

Para CCOO es necesario reforzar de forma urgente el Sistema Público de Salud, no solo con el incremento las plantillas, sino devolviendo a los trabajadores y trabajadoras los derechos perdidos a través de todos estos años, porque la implicación y la vocación del personal sanitario ha quedado más que probada.

Pero no es solo la sanidad pública la que se encuentra en esta situación. La carga de trabajo en la sanidad privada es mayor que en la pública y los trabajadores y trabajadoras tienen salarios más bajos.

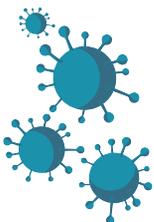
En la sanidad privada la pandemia ha acelerado las deserciones de profesionales, que aprovechan la demanda en los centros públicos, cuyas plantillas también estaban diezmadas y bajo mínimos. Era un secreto a voces. Desde CCOO lo comunicamos a los principales responsables de Recursos Humanos de las empresas mayoritarias del sector, los trabajadores/as de la sanidad privada de la Comunidad de Madrid no se sienten reconocidos ni valorados por las direcciones de sus centros.

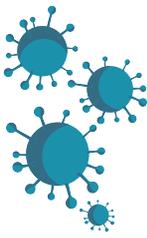
Desde CCOO de Madrid hemos elaborado esta guía para dar visibilidad a la situación de las y los profesionales sanitarios y el impacto de la pandemia en los factores psicosociales a los que están expuestos, pero también para reconocer su esfuerzo. El propósito, además, es contribuir a sensibilizar en la toma de medidas urgentes, tanto a nivel de prevención e intervención en el momento actual, como en la prevención de futuras situaciones. A pesar de que la sociedad está reconociendo a diario su valioso valor y trabajo, no nos podemos quedar sencillamente en el plano simbólico y es necesario que se adopten políticas de prevención e intervención adecuadas y urgentes que, sin duda, pasan por el reforzamiento del sistema público de salud y por la mejora de las condiciones laborales de todos sus profesionales.

Por último, quiero aprovechar la ocasión para agradecer a todos los delegados y delegadas de prevención que, como los que han participado en esta guía, trabajan de forma incansable para defender la salud y la vida de sus compañeros y compañeras, y que durante este difícil periodo han estado y siguen estando en primera línea enfrentando situaciones muy complicadas y también en muchas ocasiones improvisando a la espera de la actuación de las empresas y/o de las administraciones.

La realización de esta guía se enmarca dentro de las actuaciones que desde CCOO de Madrid realizamos en el marco del V Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid.

Carmen Mancheño Potenciano
Secretaria de Salud Laboral CCOO-Madrid





Introducción

El conjunto de la población ha sufrido la declaración de un estado de alarma, y el impacto de una serie de medidas muy duras, entre las que hay que destacar el confinamiento domiciliario a excepción de todos aquellas y aquellos trabajadores que estaban empleados en los denominados servicios esenciales, es decir todas aquellas actividades necesarias para el mantenimiento de las funciones sociales básicas, o lo que es lo mismo, todas aquellas actividades relacionadas con la salud, la seguridad, el bienestar social y el bienestar económico de las y los ciudadanos, así como con el funcionamiento de las instituciones y las Administraciones Públicas.

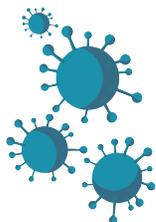
Si hay una actividad que ha jugado, y sigue jugando, un papel fundamental en esta crisis es la actividad sanitaria. La pandemia de la Covid-19 ha situado al sistema sanitario español en una situación de estrés y tensión sin precedentes. La falta de previsión de recursos (humanos y materiales) y de formación para afrontar este tipo de catástrofes, ha colocado al personal sanitario en una situación emocional muy delicada. Las consecuencias sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras del sector no sólo se circunscriben al ámbito de los contagios de la enfermedad de la covid-19, sino que se están manifestando también en la esfera psicosocial en forma de estrés, depresión y ansiedad generalizada.

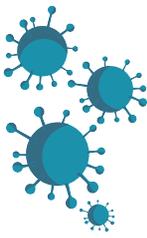
Efectivamente, el personal sanitario ha vivido una situación sin precedentes. La pandemia ha supuesto un aumento exponencial de la presión asistencial y por lo tanto de la carga de trabajo, con unos recursos sanitarios tanto humanos como materiales muy limitados, fruto de los recortes aplicados en los últimos años.

Para CCOO Madrid, la sanidad pública madrileña, profundamente deteriorada tras años de recortes y planes privatizadores, se ha mostrado incapaz de absorber la ingente presión asistencial provocada por el coronavirus. Desde nuestro punto de vista, una gestión sanitaria cuestionable por parte de los poderes públicos de nuestra Comunidad Autónoma nos ha conducido a una realidad muy complicada, que solo ha sido neutralizada por el empeño de miles de profesionales sanitarios

que, una vez más, están demostrando su implicación, buen hacer, compromiso y profesionalidad.

La amenaza de la covid-19 y de rebrotes continúa presente en nuestra Comunidad Autónoma, y las consecuencias de la saturación y la paralización de los procesos asistenciales pueden tener efectos impredecibles. Por tanto, la puesta en marcha de medidas y estrategias de refuerzo de nuestro Sistema Público Sanitario y el afianzamiento, ampliación de plantillas y mejora de sus condiciones laborales no se pueden hacer esperar más.





1. La covid-19 y sus consecuencias en el personal sanitario

Los coronavirus son una amplia familia de virus que normalmente sólo afectan a animales. Algunos tienen la capacidad de transmitirse de los animales a las personas. El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 es uno de estos tipos que puede afectar a las personas y provoca la enfermedad conocida como COVID-19.

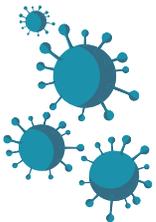
Este virus, desconocido anteriormente en la patología humana, se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan, ciudad de la provincia china de Hubei. Cada vez sabemos más de él, pero aún existen muchas cuestiones de la enfermedad que se desconocen y se siguen investigando.

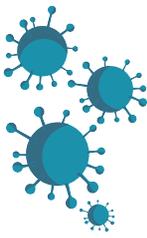
Desde los primeros casos detectados en Wuhan en diciembre de 2019 el avance del virus ha sido imparable. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación generada por el virus a nivel mundial como pandemia internacional, ya que el brote epidémico afectaba **a más de un continente** y los casos de cada país ya no eran importados, sino provocados por **transmisión comunitaria**.

A pesar de que todavía no conocemos realmente todas las consecuencias de este virus sobre la salud, sabemos que la mayor parte de las personas infectadas presentan síntomas leves, o directamente no presentan ningún síntoma. Los más comunes incluyen fiebre, tos seca y sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber síntomas digestivos como diarrea y dolor abdominal, aunque con el tiempo se están descubriendo nuevos síntomas.

La falta de olfato y gusto es otro de los síntomas referidos. En pacientes más graves, la infección puede causar neumonía, dificultad importante para respirar, fallo renal e incluso la muerte. Estos casos más graves se asocian a personas de más de 60 años y/o con patologías de enfermedades crónicas: del corazón e hipertensión arterial, diabetes, enfermedades del pulmón, cáncer o problemas de inmunidad.

Junto con las consecuencias para la salud “física” que produce el virus, también preocupan enormemente las consecuencias económicas y sociales para la ciudadanía. Pero poco se habla aún de la “otra pandemia” que podría seguir a ésta rápidamente: la de las enfermedades mentales y del comportamiento. En este sentido ya comienzan a describirse algunos efectos que están afectando especialmente al colectivo de sanitarios y sanitarias cuya causa son los altísimos niveles de estrés a los que han estado sometidos/as.





2. Incidencia de la enfermedad en el personal sanitario

Desde el inicio de la pandemia hasta el día 12 de noviembre, el número de profesionales sanitarios contagiados (confirmados a través de PCR) asciende, según los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, a un total de 79.771. Esta cifra supone que alrededor del 5,5 por ciento del total de contagiados pertenecen a este sector.

Del total de sanitarios contagiados en todo el país, 2.742 trabajadores y trabajadoras corresponden a la Comunidad de Madrid.

Según esta misma fuente, los trabajadores y las trabajadoras del sector sanitario fallecidos como consecuencia del virus en todo el país hasta el 5 de junio de 2020 ascienden a 63.



3. Algunos Datos

La prestigiosa revista científica *The Lancet* ya alertaba a principios de 2020 de los efectos psicológicos que la lucha contra la covid-19 estaba produciendo en los profesionales sanitarios chinos. La publicación, no solo alertaba del alto riesgo de infección al que estaban expuestos, sino que incidía en la tremenda sobrecarga de trabajo, los altos niveles de frustración e impotencia soportados, el agotamiento físico y mental, así como las dificultades para relacionarse adecuadamente con pacientes sometidos a altísimos niveles de ansiedad e incertidumbre.

En España, a pesar de que los datos aún se encuentran un tanto difusos, el número de sanitarios contagiados por COVID-19 es uno de los más altos en todo el mundo. Datos que hacen pensar que tanto a niveles personales, como de colectivo laboral, su salud se ha visto significativamente afectada.

En el estudio realizado por **Istas-CCOO** en colaboración con el grupo de investigación de riesgos psicosociales, organización del trabajo y salud de la Universidad Autónoma de Barcelona (**POWAH**), cuyo objetivo era conocer el impacto de la pandemia entre las personas asalariadas que a fecha de 14 de marzo tenían un trabajo, se ha puesto de manifiesto cómo los importantes cambios producidos en sus condiciones de empleo y de trabajo están teniendo y van a tener un impacto muy profundo en la salud de los trabajadores y las trabajadoras, no solamente por la pandemia vírica, sino por el deterioro de sus condiciones de trabajo.

En los resultados podemos comprobar cómo un porcentaje importante de los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario fueron a trabajar con síntomas de padecer la covid-19. De todas las ocupaciones analizadas fueron las sanitarias las más afectadas, con porcentajes que oscilan entre el 17,3 % de los médicos/as, pasando por el 23% de los enfermeros/as y auxiliares de geriatría, hasta el 25,7% de los y las auxiliares de enfermería.

También es el personal sanitario el que presenta los peores datos en relación con el trabajo, sin medidas de protección en el momento más duro de la pandemia. En este

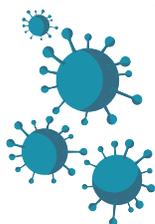
caso el 76,9 % de los médicos/as, el 77,5% de enfermeros/as y auxiliares de geriatría, así como el 87,5% de celadores/as trabajaron sin las medidas de protección.

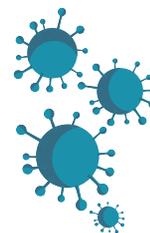
Robert Karasek formuló en 1979 el modelo Demanda–Control, que explica el estrés laboral en función del equilibrio entre las demandas psicológicas del trabajo y el nivel de control del trabajador sobre éstas. La situación más desfavorable en la que puede encontrarse un/a trabajador/a es la denominada “alta tensión”, es decir aquella en que la persona está expuesta a altas exigencias pero tiene bajo control sobre ellas. Existen altos niveles de exposición a alta tensión entre los y las sanitarias que oscilan entre el 32,6 % de los médicos/as y los/as auxiliares de enfermería con un 56,5%.

La percepción de la propia salud es un indicador muy fiable de mortalidad y morbilidad, utilización de servicios de salud, jubilación anticipada, desempleo, ausencia por enfermedad y un largo etcétera. Así, la percepción del estado de salud es un excelente indicador, fácil de obtener y de interpretar.

Un 36,7% de los trabajadores y las trabajadoras han puesto de manifiesto en este estudio que su estado de salud ha empeorado en relación al que tenían antes de que se decretara el estado de alarma. Entre las ocupaciones analizadas, los y las auxiliares de enfermería son las que más declaran haber sufrido un empeoramiento de su estado de salud general con un 51,8%, siendo los celadores/as los que en menor proporción manifiestan un empeoramiento en su estado general de salud con un 39,3% de trabajadores/as. En cualquier caso, los resultados para las personas trabajadoras de este sector son alarmantes.

La salud mental es uno de los aspectos más importantes de la salud de una persona, y para la mayoría de la gente es en sí un pilar central de la calidad de vida. Además, una mala salud mental puede ser el origen de una serie de consecuencias negativas para la salud, desde uso o abuso de productos medicinales hasta el suicidio, y, por supuesto, puede complicar, agravar e incluso ser el origen inmediato de enfermedades físicas. En el lugar de trabajo, la mala salud mental puede manifestarse en forma de muchas ausencias al trabajo, malas relaciones con compañeros y clientes, etc.





En este sentido, el personal sanitario también presenta una alta prevalencia en relación con problemas para conciliar el sueño. Un 46,9% de los médicos dice tener problemas de sueño, que asciende hasta un 55,2% entre los y las auxiliares de enfermería. El resto de ocupaciones sanitarias se mueven entre estas horquillas. El estudio ha comprobado un aumento significativo en el consumo de fármacos (analgésicos y opioides) en todas las ocupaciones sanitarias.

Es muy importante poner de manifiesto que si analizamos los resultados por sexo, las mujeres obtienen, con carácter general, peores resultados que los hombres.

En este sentido se manifiesta también el **estudio SaniCOVID-19** puesto en marcha por el Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de Seguridad de la Universidad Complutense de Madrid, con una muestra de **más de 1.600 sanitarios** pertenecientes a diferentes centros hospitalarios situados, mayoritariamente, en la Comunidad de Madrid. Este estudio evalúa el estrés post-traumático, la ansiedad y la depresión del personal sanitario durante la pandemia por COVID-19. Se analizan las asociaciones entre estas variables y otras: burnout, resiliencia, variables demográficas, relativas al puesto de trabajo y específicas sobre información de la covid-19. El estudio, de corte transversal, obtuvo datos válidos de 1.422 sanitarios.

Los resultados demuestran que el 56,6 por ciento de los sanitarios presentan síntomas compatibles con un posible trastorno de estrés postraumático, el 58,6 por ciento manifiestan un posible trastorno de ansiedad, siendo severo este trastorno de ansiedad en un 20,7 por ciento de esta población. El 46 por ciento aporta datos que apuntan a un posible trastorno depresivo. El 41,1 por ciento manifiesta sentirse emocionalmente agotados.

El perfil del sanitario con mayor grado de estrés postraumático es el de una sanitaria mujer, que trabaja en hospital, en la Comunidad de Madrid, que le preocupa

especialmente poder contagiar a sus familiares y piensa que tiene una muy alta probabilidad de contagiarse por covid-19.

Altas puntuaciones en cansancio emocional y despersonalización (variables medidas en burnout) son factores de riesgo psicosocial muy relevantes para la salud mental. Si bien la población laboral estudiada obtuvo puntuaciones muy elevadas en estas variables, que apuntaban a consecuencias aún más graves que las encontradas, otras características evaluadas, resiliencia y realización personal, actuaron como variables protectoras, disminuyendo las consecuencias negativas de la exposición.

Un estudio realizado **en la Comunidad de Madrid por la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO** revela que el 82% del personal de enfermería de la sanidad privada considera que el número de profesionales no es suficiente para desarrollar un trabajo de calidad durante su jornada laboral, que no está compensado entre los distintos turnos de trabajo (74%), que no se refuerza la unidad cuando es necesario (80%) y que dedica demasiado tiempo al trabajo administrativo (55%).

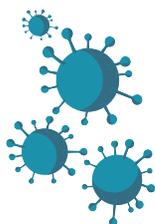
16

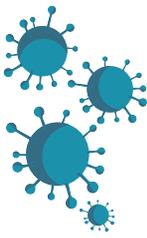
Los equipos de enfermería de hospitales y centros sanitarios privados ganan entre un 20% y un 25% menos que la enfermería de la sanidad pública y atienden a una media de cinco pacientes más en su jornada laboral. Una de las principales consecuencias de esta carga excesiva de trabajo es el elevado número de lesiones musculoesqueléticas y bajas por estrés laboral que soporta este colectivo.

El personal de enfermería reconoce estar sometido a estrés laboral en un 96 por ciento; sufrir violencia por parte de pacientes y familiares, un 70 por ciento, y en un 38% por parte de otros compañeros.

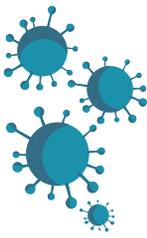
El 24% dice haber tenido bajas laborales relacionadas con el estrés en su trabajo. Un 57% han padecido lesiones musculoesqueléticas, y aseguran que no pueden desconectar del trabajo un 36%.

Los problemas organizativos afectan a su tiempo libre, sufriendo problemas de planificación el 54%, dificultad para disfrutar los permisos retribuidos el 44% y para la conciliación de su vida laboral y familiar el 47%.





Sienten una baja valoración por parte de la Dirección de Enfermería (70%) y la figura del supervisor (46%). Esta percepción se agrava a medida que aumenta el número de pacientes asignados. Piensan que su trabajo no es valorado por los pacientes y familiares (47%), ni por sus compañeros (48%).



4. Factores psicosociales, organización del trabajo, estrés y salud. Evaluar y planificar

En prevención de riesgos laborales denominamos factores psicosociales a aquellos factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) que son conocidas popularmente como “estrés” y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

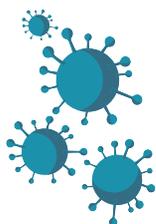
Sus mecanismos de acción tienen que ver con el desarrollo de la autoestima y la autoeficacia, ya que la actividad laboral promueve o dificulta que las personas ejerzan sus habilidades, experimenten control e interaccionen con las demás para realizar bien sus tareas, facilitando o dificultando la satisfacción de sus necesidades de bienestar.

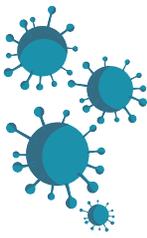
Figura 1. Organización del trabajo, factores psicosociales y salud



Como se observa en la figura 1, en términos de prevención de riesgos laborales los factores psicosociales representan la exposición (es decir: lo que habrá que identificar, localizar y medir en la evaluación de riesgos), la organización del trabajo el origen de ésta (es decir: sobre lo que habrá que actuar para eliminar, reducir o controlar estas exposiciones), y el estrés el precursor o antecesor del efecto (enfermedad o trastorno de salud) que se pretende y debe evitar.

La exposición laboral a factores psicosociales se ha identificado como una de las causas más relevantes de absentismo laboral por motivos de salud y se ha relacionado muy especialmente con problemas de salud altamente prevalentes como las enfermedades cardiovasculares, los trastornos de la salud mental y musculoes-





queléticos. La combinación de unas altas exigencias con un bajo nivel de control sobre el trabajo (alta tensión en la literatura científica), o con pocas compensaciones doblan el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, enfermedades que constituyen la principal causa de muerte en nuestro país.

También se han relacionado con otros muchos trastornos de la salud (como diversas alteraciones de base inmunitaria, gastrointestinales, dermatológicas y endocrinológicas) y con algunas conductas relacionadas con la salud como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y drogas y el sedentarismo.

Evaluar para intervenir

La práctica de la prevención ha puesto excesivamente el acento en la evaluación de riesgos, en numerosas ocasiones no acompañada de la aplicación de medidas preventivas. En los pocos casos en lo que se evalúan los riesgos psicosociales también sucede. Conocemos empresas que han identificado condiciones de trabajo que producen estrés, por ejemplo, estudios en el colectivo de personal sanitario o de enseñanza, pero son pocas las experiencias y prácticas de intervención sobre los riesgos identificados.

La evaluación de riesgos psicosociales constituyen un instrumento orientado a la prevención que identifica y localiza los riesgos psicosociales y facilita el diseño e implementación de medidas preventivas.

Como en el resto de riesgos laborales, tras la evaluación de riesgos psicosociales se debe realizar la planificación de la actividad preventiva, ya que el objetivo no es únicamente conocer, sino fundamentalmente eliminar o disminuir el riesgo.

¿Es obligatorio evaluar los riesgos psicosociales?

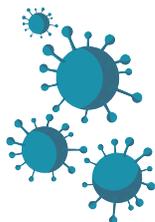
A nuestro juicio, las prácticas en seguridad y salud en el trabajo se han mostrado bastante insensibles hacia la salud psíquica de la población trabajadora, pero hay signos evidentes de cambios en los últimos años. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante LPRL), recoge el principio de adaptar el trabajo a la persona, teniendo en cuenta sus características físicas y psíquicas, y de atenuar el trabajo monótono y repetitivo y reducir los efectos del mismo sobre la salud. Con más claridad señala en el artículo 4.d que la organización y ordenación del trabajo son potenciales factores de riesgo para la salud de los trabajadores/as. Su objetivo principal es la prevención, integrando en la gestión de la empresa la mejora permanente de las condiciones de trabajo.

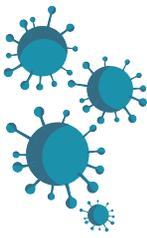
Se trata de evitar el daño provocado por el trabajo y que se promueva a la vez la salud de los trabajadores y las trabajadoras en un sentido amplio, no solo lo más evidente, como los accidentes laborales o el daño físico, sino haciendo una promoción integral de la salud física y mental.

22

En el artículo 4.2 de la Ley se establece que “*se entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo*”. El apartado 3º señala que “*se considerarán como daños derivados del trabajo las enfermedades patológicas o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo*”.

En el apartado 7º del mismo artículo se define como condición del trabajo “*cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación del riesgo para la seguridad y salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición...d) todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que está expuesto el trabajador...*”.





Nuestra experiencia nos dice que en la práctica suele ser complicado convencer a los responsables empresariales de la necesidad de realizar una evaluación de riesgos psicosociales. Usadas todas las vías de negociación posibles, y no habiendo conseguido realizar la evaluación para eliminar y/o reducir los riesgos psicosociales en la empresa, muchas veces no queda otra opción que presentar denuncia ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para que proceda a verificar los hechos denunciados y, en su caso, requerir la subsanación de las deficiencias detectadas.

¿Qué requisitos deben reunir los métodos de evaluación?

La LPRL determina los principios aplicables a la prevención de riesgos laborales (art. 15), y por lo tanto, también a la prevención de los riesgos psicosociales. Estos son riesgos que se derivan de la organización del trabajo (art. 4.7.d), los cuales deben ser evitados y, si no se pueden evitar, deben evaluarse y combatirse en origen.

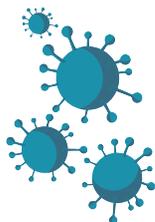
Finalmente, como sucede con el resto de riesgos, se antepondrán las medidas de protección colectiva frente a las de protección individual (arts. 15.a, 15.b, 15.c y 15.h). La finalidad de la evaluación de riesgos psicosociales es la de iniciar y estructurar un proceso, basado en un diálogo, de mejoras continuas de las condiciones de trabajo relativas a la organización del trabajo. Por lo tanto entendemos que no es una investigación de las situaciones de trabajo, ni tampoco es un instrumento de generación automática de soluciones.

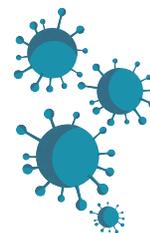
La evaluación debe tener una finalidad preventiva, es decir, el objeto es obtener información y utilizarla para adoptar medidas preventivas en origen (arts. 2.3 y 3.1 del Reglamento de los Servicios de Prevención-en adelante RSP- RD 39/1997). La

metodología que se utiliza para evaluar los riesgos psicosociales, tanto en lo que se refiere al contenido científico como al proceso de intervención, debe cumplir con los requisitos legales de evaluación de riesgos y planificación de la actividad preventiva. Dichos requisitos están regulados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Cualquier método de evaluación debe cumplir con los principales requerimientos legales:

- El proceso de intervención debería garantizar la participación de los agentes sociales en la empresa según se contempla en los arts. 14.1, 18.2, 33, 34.1, 36.1.c, 36.2.f, 36.4.4 de la LPRL, y los arts. 1.2, 3.2 y 5.1 del RSP.
- Incorporar el conocimiento científico existente (art. 5.1 del RSP).
- Evaluar condiciones de trabajo (art. 4.7 de la LPRL y art. 4.1 del RSP).
- Ofrecer criterios objetivos de valoración del riesgo (art. 5.1. del RSP).
- Localizar la exposición (art. 4.1. del RSP).
- Identificar y valorar el riesgo, dando cabida a la información recibida por los trabajadores/as (art. 5.1 del RSP).
- Permitir estimar la magnitud de los riesgos (arts. 3.1 y 8 del RSP).
- La triangulación de resultados, así como la validez y fiabilidad de la herramienta de identificación y medida deben proporcionar confianza (art. 5.2. del RSP).
- Facilitar la intervención en origen, su planificación y seguimiento.
- Priorizar la intervención en origen (art. 15 de la LPRL).
- El conjunto del proceso se debe realizar con finalidad preventiva (art. 2.b de la LPRL y arts. 2.2, 2.3, 3.1 y 8 del RSP)
- Facilitar la planificación de la actividad preventiva (arts. 2.b. de la LPRL y 9 del RSP).
- Facilitar la elaboración de los documentos de evaluación de riesgos y planificación de la actividad preventiva (arts. 21.1 de la LPRL y 7 del RSP).





En CCOO Madrid creemos que junto a los requisitos legales, científico-técnicos y operativos, cualquier método de evaluación de riesgos psicosociales debería garantizar y facilitar expresamente la participación de los representantes de los trabajadores/as y de los empresarios durante todo el proceso. Para ello es fundamental que concrete de forma clara y explícita los pasos y procedimientos para que dicha participación sea posible.

Después de la evaluación, planificación

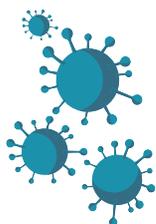
Para proponer medidas preventivas frente a los riesgos psicosociales es muy importante, por un lado, tener un buen informe de evaluación y, por otro, la discusión sobre el origen de las exposiciones detectadas. Ya sabemos que la evaluación de riesgos no es un fin en sí misma, sino un instrumento para la acción preventiva. Es el primer paso para una prevención eficaz, es decir, para conseguir unas condiciones de trabajo que garanticen nuestra salud. Nuestra experiencia nos indica que un buen informe de evaluación de riesgos psicosociales ha de contener una descripción de datos que nos señale:

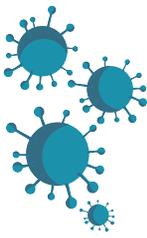
1. Qué riesgos son los que concentran un mayor número de trabajadores/ as expuestos a la situación más desfavorable para la salud en una empresa.
2. Cómo se concreta en la empresa esa exposición a los riesgos psicosociales.
3. Dónde se localiza (en qué puestos, en qué departamentos, secciones, turnos).

Para prevenir los riesgos psicosociales hay que combatirlos en su origen. Conviene adaptar el trabajo a la persona, tanto en lo relativo a la concepción de los propios puestos de trabajo como en lo que tiene que ver con la elección de equipos y métodos de trabajo.

Una vez evaluados los riesgos hay que intervenir, desarrollar las medidas necesarias para su eliminación o control.

Hay que identificar y sobre todo investigar las exposiciones detectadas, es decir, determinar qué características concretas de la organización del trabajo generan las exposiciones a los riesgos psicosociales y qué aspectos de las condiciones de trabajo hay que cambiar. Esta discusión es la base para el diseño posterior de las medidas preventivas.





5. Consulta y participación: un elemento fundamental para la prevención

En CCOO tenemos la plena convicción de que cualquier proceso de intervención preventiva tiene que contar con el conocimiento científico y técnico, y además para ser completo tiene que incluir el derivado de la experiencia de los trabajadores y trabajadoras; quien mejor conoce su trabajo y cómo cambiarlo es, sin duda, quien lo realiza.

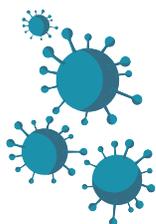
La participación no puede limitarse a la obtención de datos, sino que debe abarcar la interpretación de la información obtenida, la propuesta de medidas preventivas, su planificación, seguimiento y evaluación. Es decir, el método de evaluación y la consiguiente planificación de la actividad preventiva deben plantear procedimientos concretos de participación del empresario, de los trabajadores y trabajadoras y sus representantes en todo el proceso de intervención preventiva. No es aceptable que solamente los técnicos de prevención tengan la palabra o que los agentes sociales de la empresa solo puedan decir algo al principio o al final.

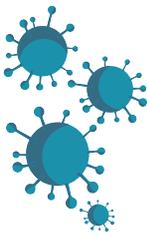
A nuestro juicio, a lo largo de todo el proceso preventivo se van tomando decisiones que condicionarán los resultados y las medidas preventivas adoptadas, y es necesario que los agentes sociales participen. Por todo ello, la participación de los trabajadores y trabajadoras, así como de sus representantes, es una necesidad metodológica, ya que tienen una parte del conocimiento derivado de la experiencia que no es sustituible y que es complementario al conocimiento técnico, conjuntamente con el de los directivos, además de un imperativo legal, ya que así lo establece la LPRL.

Si se pretende una prevención eficaz es un requerimiento operativo, es decir, es necesaria su implicación activa en el proceso. Aunque los directivos son los que tienen la capacidad última de decisión, son los trabajadores y trabajadoras y sus

representantes en materia de prevención los que tienen capacidad de acción en el marco de la empresa. La falta de participación en la evaluación de riesgos psicosociales conlleva un diagnóstico erróneo, lo que supone en la práctica que las propuestas de medidas preventivas sean inadecuadas e irrealizables. Por el contrario, la participación de los agentes sociales, representantes de los trabajadores y directivos a lo largo de todo el proceso, permite enriquecer el conocimiento de la realidad y facilita la toma de decisiones preventivas acertadas y aceptadas por la mayoría, constituyendo un elemento de indiscutible importancia para la eficacia y la factibilidad de las medidas preventivas.

Por todo ello, entendemos que la mejor fórmula para garantizar la participación efectiva de los agentes sociales es que la representación de los y las trabajadoras y de la dirección de la empresa participen en todas las fases del proceso de intervención a través de la creación del **grupo de trabajo**. Este es el encargado operativo de liderar, concretar y acordar las diferentes fases del proceso con el asesoramiento técnico del servicio de prevención, así como de otros técnicos, a propuesta de las partes.





6. Análisis de las evaluaciones de riesgos psicosociales y planificaciones de la actividad preventiva en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid

6.1. Metodología

El análisis de las evaluaciones de riesgos psicosociales y sus consiguientes planificaciones pretende conocer el estado de la prevención de estos riesgos en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid con carácter previo a la pandemia. Para ello hemos analizado una serie de evaluaciones de riesgos psicosociales en hospitales (tanto públicos como privados) y centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid, con el objeto de comprobar las metodologías utilizadas, los problemas psicosociales detectados y, por último, las medidas preventivas propuestas para su eliminación y/o control. Con todo ello se podrá vislumbrar el estado de la situación psicosocial de los y las empleadas del sector sanitario en nuestra Comunidad Autónoma.

Son dos las metodologías de evaluación de riesgos psicosociales que nos hemos encontrado en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Por un lado el método Ista 21- CopSoq del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de CCOO y por otro el Método FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

También hemos encontrado una evaluación de riesgos psicosociales cuya metodología no está expresamente recomendada por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, por lo que ha sido desestimada.

ISTAS 21-COPSOQ

Es una adaptación para la realidad española del cuestionario psicosocial de Copenhague que cumple escrupulosamente con todos y cada uno de los requisitos anteriormente señalados. Esta adaptación ha sido realizada por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) de CCOO.

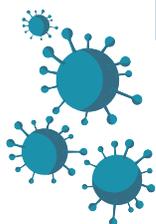
El cuestionario incluye 20 dimensiones psicosociales laborales, que cubren el mayor espectro posible de la diversidad de exposiciones psicosociales que pueden existir en el mundo del empleo actual, más la dimensión doble presencia. Es un instrumento internacional de origen danés y en estos momentos hay adaptaciones del método en España, Reino Unido, Bélgica, Alemania, Brasil, Países Bajos, Suecia, etc. Está diseñado para evaluar cualquier tipo de trabajo, y aunque la relevancia para la salud de todas y cada una de estas dimensiones entre las diferentes ocupaciones y sectores de actividad puede ser distinta, el uso de las mismas dimensiones e instrumentos de medida posibilita las comparaciones entre todas ellas.

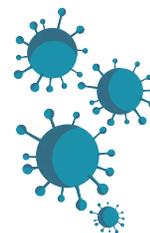
30

El método cuenta con dos versiones que se adecúan al tamaño de la empresa, institución o centro de trabajo: una para centros de 25 o más trabajadores, y otra para centros de menos de 25 trabajadores. (Existe una tercera versión, más exhaustiva, para su uso por personal investigador).

La versión media analiza 20 dimensiones: exigencias cuantitativas, ritmo de trabajo, exigencias emocionales, exigencias de esconder emociones, doble presencia, influencia, posibilidades de desarrollo, sentido del trabajo, apoyo social de los compañeros, apoyo social de superiores, calidad de liderazgo, sentimiento de grupo, previsibilidad, claridad de rol, conflicto de rol, reconocimiento, inseguridad sobre el empleo, inseguridad sobre las condiciones de trabajo, justicia y confianza vertical.

ISTAS 21 está recogido en la NTP 703 del INSST. El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales.





FPSICO

Por su parte, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo propone el método de evaluación de riesgos psicosociales FPSICO, cuya finalidad es facilitar una herramienta para la identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial. Por tanto, su objetivo es aportar información que permita el diagnóstico psicosocial de una empresa o de áreas parciales de la misma. El método ha sido concebido para obtener valoraciones grupales de trabajadores en situaciones relativamente homogéneas.

El método FPSICO ofrece información sobre nueve factores: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad/contenido, participación/supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño de rol, relaciones y apoyo social.

**El método FPSICO está recogido en la NTP 926 del INSST.
Factores psicosociales: metodología de evaluación.**

31

6.2. Análisis de resultados y medidas preventivas

Evaluaciones de riesgos realizadas con el método FPSICO

Con este método de evaluación de riesgos psicosociales hemos analizado un total de 24 evaluaciones. De ellas, en 9 casos no se ha realizado la planificación de la actividad preventiva, por lo que no se ha adoptado ninguna medida preventiva.

Conviene señalar que este método, a diferencia del ISTAS 21, no contempla ninguna fórmula o metodología específica de carácter participativo de los agentes sociales a lo largo del proceso. No obstante, con carácter general nuestros delega-

dos y delegadas de prevención plantean la necesidad de articular algún sistema de participación en el proceso, igual o similar al que recoge el ISTAS 21, mediante la creación de un grupo de trabajo.

Se ha llegado a algún tipo de acuerdo en este sentido en seis de las evaluaciones analizadas que son, por otro lado, las que presentan mayor grado de concreción en las medidas preventivas planteadas.

Para cada una de los factores psicosociales que analiza el método los resultados del análisis son los siguientes:

Tiempo de trabajo. Este factor hace referencia a distintos aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral a lo largo de la semana y de cada día de la semana. Evalúa el impacto del tiempo de trabajo desde la consideración de los periodos de descanso que permite la actividad, su cantidad y calidad y del efecto del tiempo de trabajo en la vida social.

Los resultados obtenidos para este factor son bastante negativos para los y las trabajadoras, ya que nos encontramos ante un sector en el que se suele trabajar los fines de semana y existe gran dificultad para conciliar la vida familiar y laboral, encontrándose la práctica totalidad de los centros analizados en los niveles de riesgo elevados y muy elevados.

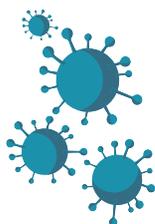
Hay cinco evaluaciones en las que existe planificación preventiva en las que, aun habiendo obtenido unos resultados negativos para esta dimensión, no se ha propuesto una sola medida preventiva.

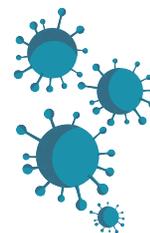
El tratamiento que se da a este factor psicosocial es de carácter genérico, por lo que son muy pocas las evaluaciones que desarrollan medidas preventivas concretas. Algunos ejemplos de medidas preventivas son los siguientes:

- Favorecer la conciliación.
- Solicitar y prestar ayudas a compañeros/as.

Algunas medidas interesantes:

- Realizar contrataciones temporales ante determinados picos de actividad.





- Dar participación al Comité de Empresa en la realización de calendarios, vacaciones, etc.

Otras medidas se ciñen al mero cumplimiento de la Ley:

- Comunicar los horarios con suficiente antelación para facilitar la vida laboral y familiar.

Autonomía. Este factor se refiere a aspectos de las condiciones de trabajo referentes a la capacidad y posibilidad individual del trabajador para gestionar y tomar decisiones, tanto sobre aspectos de la estructuración temporal de la actividad laboral como sobre cuestiones de procedimiento y organización del trabajo. El método recoge estos aspectos sobre los que se proyecta la autonomía en dos grandes bloques:

- **Autonomía temporal.** Se refiere a la libertad concedida al trabajador sobre la gestión de algunos aspectos de la organización temporal de la carga de trabajo y de los descansos.
- **Autonomía decisional.** La autonomía decisional hace referencia a la capacidad de un trabajador para influir en el desarrollo cotidiano de su trabajo, que se manifiesta en la posibilidad de tomar decisiones sobre las tareas a realizar, su distribución, la elección de procedimientos y métodos, la resolución de incidencias, etc.

En este apartado los resultados han sido relativamente favorables, si bien es cierto que el factor autonomía temporal se encuentra en peor situación que el factor autonomía decisional, ya que los trabajadores y las trabajadoras señalan dificultades para atender sus asuntos personales, así como para realizar pausas y marcar su propio ritmo de trabajo.

En este apartado no existe, para el conjunto de evaluaciones analizadas, una sola medida dirigida específicamente a favorecer la posibilidad de atender asuntos personales, para determinar el ritmo de trabajo o para intervenir en la organización de los turnos por los y las trabajadoras, a pesar de ser las cuestiones que, según los porcentajes de respuesta obtenidos, son más preocupantes.

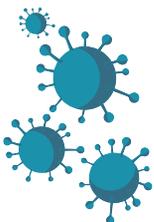
Aunque en los gráficos y tablas obtenidos en las evaluaciones se pueden apreciar claramente los resultados diferenciados para los dos bloques señalados anteriormente, en ningún caso se hace esta diferenciación en las propuestas de medidas preventivas que, o bien se mezclan con las propuestas realizadas para otras dimensiones, o bien se presentan como medidas generales sin atender al origen del problema, válidas para ambos bloques.

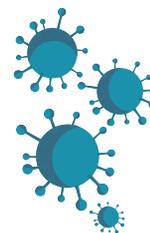
Así, hemos podido comprobar cómo en la inmensa mayoría de los casos las medidas propuestas se circunscriben a “divulgar, favorecer y potenciar, estudiar la forma de...y mejorar y fomentar” determinadas condiciones de trabajo, ya sean preexistentes o inexistentes hasta el momento, pero sin concretar ni protocolizar la manera de llevarlas a cabo. Se trata, en definitiva, de expresiones vacías de contenido que no llegan nunca a materializarse en acciones preventivas específicas.

Lo más cercano a medidas concretas que hemos podido encontrar se centran en la *“celebración de reuniones periódicas de seguimiento que favorezcan la comunicación entre los trabajadores/as y los superiores o para divulgar protocolos y procedimientos de trabajo que ya se vienen aplicando entre los empleados/as”*.

Carga de trabajo. Por carga de trabajo se entiende el nivel de demanda de trabajo a la que el trabajador ha de hacer frente, es decir, el grado de movilización requerido para resolver lo que exige la actividad laboral, con independencia de la naturaleza de la carga de trabajo (cognitiva o emocional). Se entiende que la carga de trabajo es elevada cuando hay mucha carga (componente cuantitativo) y es difícil (componente cualitativo). Este factor valora la carga de trabajo a partir de las siguientes cuestiones:

- **Presiones de tiempos.** La presión de tiempos se valora a partir de los tiempos asignados a las tareas, la velocidad que requiere la ejecución del trabajo y la necesidad de acelerar el ritmo de trabajo en momentos puntuales.
- **Esfuerzo de atención.** Con independencia de la naturaleza de la tarea, ésta requiere que se le preste una cierta atención. Ésta viene determinada tanto por la intensidad y el esfuerzo de atención requerida para procesar las informacio-





nes que se reciben en el curso de la actividad laboral y para elaborar respuestas adecuadas como por la constancia con que debe ser mantenido dicho esfuerzo. Los niveles de esfuerzo atencional pueden verse incrementados en situaciones en que se producen interrupciones frecuentes, cuando las consecuencias de las interrupciones son relevantes, cuando se requiere prestar atención a múltiples tareas en un mismo momento y cuando no existe previsibilidad en las tareas.

- **Cantidad y dificultad de la tarea.** La cantidad de trabajo a la que los trabajadores deben hacer frente y resolver diariamente es un elemento esencial de la carga de trabajo, así como la dificultad que supone para el trabajador el desempeño de las diferentes tareas.

Sin duda, este es uno de los problemas más recurrentes en las evaluaciones analizadas, sobre todo en aquellas variables que se ocupan de estudiar las presiones de tiempo.

Las medidas propuestas en este apartado son bastante inconcretas y de difícil aplicación si no se realiza un trabajo de desarrollo de las mismas.

Para este factor nos encontramos medidas dirigidas a *“desarrollar y dar a conocer procedimientos de trabajo que permitan establecer una jerarquización de las tareas en función de las prioridades con apoyo de los mandos o responsables”*. Este tipo de propuestas no sirven de nada si no se señala la forma de llegar al objetivo establecido a través, por ejemplo, de grupos de trabajo que desarrollen los procedimientos, con la participación de los trabajadores y trabajadoras. Por lo general este tipo de medidas queda en una simple declaración de intenciones que en pocas ocasiones llegan a materializarse.

Algunas medidas preventivas pretenden hacer recaer la responsabilidad de las consecuencias de una elevada carga de trabajo sobre los propios trabajadores y trabajadoras e intentan resolverlo con formación sobre gestión del estrés en vez de atacar las causas originarias del problema.

Demandas psicológicas. Las demandas psicológicas se refieren a la naturaleza de las distintas exigencias a las que se ha de hacer frente en el trabajo. Tales demandas suelen ser de naturaleza cognitiva y de naturaleza emocional.

Las exigencias cognitivas se definen según el grado de movilización y de esfuerzo intelectual al que debe hacer frente el trabajador en el desempeño de sus tareas (procesamiento de información del entorno o del sistema de trabajo a partir de conocimientos previos, actividades de memorización y recuperación de información de la memoria, de razonamiento y búsqueda de soluciones, etc.).

De esta forma, el sistema cognitivo se ve comprometido, en mayor o menor medida, en función de las exigencias del trabajo en cuanto a la demanda de manejo de información y conocimiento, demandas de planificación, toma de iniciativas, etc. Se producen exigencias emocionales en aquellas situaciones en las que el desempeño de la tarea conlleva un esfuerzo que afecta a las emociones que el trabajador puede sentir. Con carácter general, tal esfuerzo va dirigido a reprimir los sentimientos o emociones y a mantener la compostura para dar respuesta a las demandas del trabajo, por ejemplo, en el caso de trato con pacientes, clientes, etc. El esfuerzo de ocultación de emociones puede también, en ocasiones, ser realizado dentro del propio entorno de trabajo: hacia los superiores, subordinados, etc.

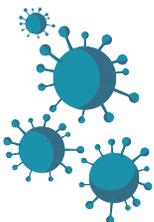
Las exigencias emocionales pueden derivarse también del nivel de implicación y compromiso con las situaciones emocionales que se derivan de las relaciones interpersonales que se producen en el trabajo y, de forma especial, de trabajos en que tal relación tiene un componente emocional importante (personal sanitario, docentes, servicios sociales, etc.).

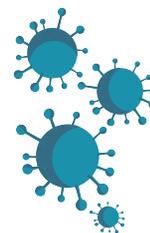
Otra fuente de exigencia emocional es la exposición a situaciones de alto impacto emocional, aun cuando no necesariamente exista contacto con clientes.

Obviamente nos encontramos ante un sector que, por sus peculiaridades, está muy expuesto a este tipo de demandas, tal y como hemos podido comprobar en los resultados de las evaluaciones de riesgos.

Para este factor psicosocial, algunas de las evaluaciones analizadas plantean medidas que se articulan en torno a la celebración de reuniones dirigidas a:

- Intercambio de opiniones e información con los mandos intermedios.





- Realizar un seguimiento de la actividad, incluyendo en el orden del día aspectos relativos a la toma de decisiones complejas.
- Mejorar la coordinación interestamental y por grupos profesionales para favorecer la cohesión de grupo.
- Favorecer las relaciones personales.

Otras medidas son de carácter formativo:

- Sesiones internas de formación con objeto de dar a conocer los procedimientos de actuación ante situaciones de maltrato o desamparo.
- Formación del trabajo en equipo y la eficiencia de la comunicación como requisito para una adecuada comunicación horizontal y vertical.

También se proponen algunas medidas basadas en la formación e información dirigida a los trabajadores y trabajadoras:

- Formación para el trabajo en equipo.
- Formación para dar a conocer los procedimientos de trabajo internos.
- Formación en técnicas de resolución de conflictos.
- Taller de entrenamiento de inteligencia emocional.

Y las menos son de tipo organizativo:

- Reorganizar las tareas alternando aquellas que suponen mayores niveles de exigencias con otras que conlleven un menor nivel de exigencias.
- Rotación de tareas cuando sea posible para alternar tareas muy exigentes con otras menos exigentes.
- Se recomienda la designación de responsables en aquellas áreas que no cuentan con uno.

En el caso de los sanitarios/as, las exigencias psicológicas están muy relacionadas con la naturaleza de las tareas y son imposibles de eliminar, por lo que requieren habilidades específicas que pueden y deben adquirirse. Además, puede reducirse el

tiempo de exposición (horas, número de pacientes, etc.). Son precisamente estas medidas de reducción de la exposición las que se echan en falta.

Variedad/contenido del trabajo. Este factor comprende la sensación de que el trabajo tiene un significado y utilidad en sí mismo, para el trabajador, en el conjunto de la empresa y para la sociedad en general, siendo, además, reconocido y apreciado y ofertando al trabajador un sentido más allá de las contraprestaciones económicas.

Este factor se evalúa mediante una serie de ítems que estudian en qué medida el trabajo está diseñado con tareas variadas y con sentido, y si se trata de un trabajo importante y goza del reconocimiento del entorno del trabajador.

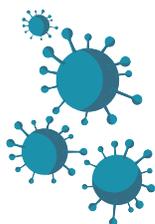
Este es el factor que, sin duda, se encuentra en la situación más favorable para la salud, puesto que los sanitarios y sanitarias gozan de un reconocimiento social incuestionable. Esta es la razón por la que en ninguna de las evaluaciones analizadas hay problemas con respecto a la variedad y contenido del trabajo. Hay evaluaciones en las que el 100 por cien de los trabajadores/as han contestado que este factor de riesgo no les supone ningún tipo de problema, por lo que en las evaluaciones que cuentan con planificación preventiva no se recoge ninguna medida.

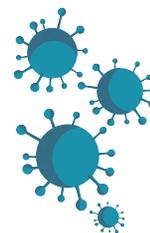
Participación/supervisión. Este factor recoge dos formas de las posibles dimensiones del control sobre el trabajo: el que ejerce el trabajador a través de su participación en diferentes aspectos del trabajo y el que ejerce la organización sobre el trabajador a través de la supervisión de sus quehaceres.

Así, la “participación” explora los distintos niveles de implicación, intervención y colaboración que el trabajador mantiene con distintos aspectos de su trabajo y de la organización.

La “supervisión” se refiere a la valoración que el trabajador hace del nivel de control que sus superiores inmediatos ejercen sobre aspectos diversos de la ejecución del trabajo.

La escasa participación de los trabajadores y trabajadoras queda patente en las evaluaciones de riesgos analizadas, sobre todo en las cuestiones relacionadas con la organización del trabajo. De la misma manera la supervisión ha mostrado unos resultados bastante desfavorables.





Para este factor, y una vez realizado el diagnóstico de situación que proporciona la evaluación de riesgos, las escasas evaluaciones que realizan algún tipo de propuestas de medidas preventivas se articulan alrededor de la creación de “grupos de mejora”, en los que los trabajadores y trabajadoras pueden proponer todo aquello que crean conveniente para mejorar la organización del trabajo. Otras iniciativas consisten en:

- Analizar los distintos medios que existen en los centros de trabajo para canalizar la información, tanto a nivel interno como externo.
- Instaurar reuniones periódicas de seguimiento y evaluación continua de los procesos, con el objeto de corregir desviaciones lo antes posible.
- Instalar buzones de sugerencias, tablones de anuncios, así como impulsar la utilización de la intranet para facilitar la información y divulgación.

A pesar de los resultados desfavorables, no hemos encontrado ninguna medida dirigida a paliar los problemas derivados de la deficiente supervisión reflejada en las evaluaciones.

Interés por el trabajador/compensación. El interés por el trabajador hace referencia al grado en que la empresa muestra una preocupación de carácter personal y a largo plazo por el trabajador. Estas cuestiones se manifiestan en la preocupación de la organización por la promoción, formación, desarrollo de carrera de sus trabajadores, por mantener informados a los trabajadores sobre tales cuestiones, así como por la percepción tanto de seguridad en el empleo como de la existencia de un equilibrio entre lo que el trabajador aporta y la compensación que por ello obtiene.

Para esta dimensión psicosocial los resultados de las evaluaciones están bastante polarizados; es decir, hay evaluaciones con unos resultados bastante favorables y otras con unos resultados muy negativos. Esta polarización pone de manifiesto que hay centros de trabajo que muestran preocupación de carácter personal a largo plazo por los y las trabajadoras y que éstos perciben esta preocupación.

En aquellas planificaciones en las que existe cierta concreción, las propuestas de medidas preventivas para este factor de riesgo se articulan, en propuestas que giran alrededor de las siguientes ideas:

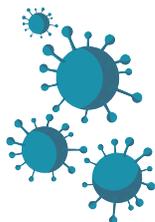
- El establecimiento de ayudas complementarias por hijos, transporte estudios, etc.
- Ofrecer incentivos a los trabajadores/as.
- Establecer algún sistema de compensación, ya sea en horas o en días libres, para compensar el exceso de jornada en momentos con picos de trabajo, lo cual supone un reconocimiento implícito de que se están prolongado jornadas sin ningún tipo de contrapartida.

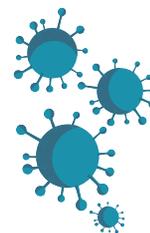
La mayoría de las planificaciones preventivas siguen proponiendo, también para este factor de riesgo, medidas muy genéricas, poco comprometidas y que requieren un desarrollo posterior que en pocas ocasiones llega a producirse. A modo de ejemplo podemos señalar las siguientes:

- Reconocer adecuadamente el trabajo realizado.
- Garantizar la transparencia y la igualdad de oportunidades.
- Estudiar la posibilidad de establecer planes de desarrollo profesional.

Desempeño de rol. Este factor considera los problemas que pueden derivarse de la definición de los cometidos de cada puesto de trabajo. Comprende tres aspectos fundamentales:

- La claridad de rol: ésta tiene que ver con la definición de funciones y responsabilidades (qué debe hacerse, cómo, cantidad de trabajo esperada, calidad del trabajo, tiempo asignado y responsabilidad del puesto).
- El conflicto de rol: hace referencia a las demandas incongruentes, incompatibles o contradictorias entre sí o que pudieran suponer un conflicto de carácter ético para el trabajador.
- La sobrecarga de rol: se refiere a la asignación de cometidos y responsabilidades que no forman parte de las funciones del puesto de trabajo pero que se añaden a ellas.





Existe la percepción generalizada de que el rol del personal médico es “curar” a los pacientes, mientras que el de los y las enfermeras se centra más en las tareas de “cuidado” de los pacientes, aunque en la práctica esto es más un estereotipo que una realidad.

La situación en la que se encuentra este factor psicosocial en las evaluaciones analizadas es bastante desfavorable.

Como para el resto de factores psicosociales analizados hasta el momento, la mayor parte de las medidas propuestas no son más que meras “declaraciones de intención”, aunque hemos encontrado algunas que si se desarrollaran adecuadamente podrían resultar interesantes. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- Definir, divulgar e informar claramente de las funciones, objetivos, competencias y responsabilidades de cada categoría profesional, así como de la divulgación efectiva de los protocolos y procedimientos de trabajo.
- Fomentar cauces de consulta para los profesionales que precisen asesoramiento ante situaciones de difícil manejo y/o difícil toma de decisiones (morales, legales y emocionales).
- Elaborar un protocolo de actuación ante situaciones de conflictos internos y un código de buenas prácticas.
- Elaboración y difusión de protocolos y procedimientos de trabajo (definidos y claros) entre los trabajadores y trabajadoras.

Relaciones y apoyo social. El factor relaciones y apoyo social se refiere a aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno de trabajo. Recoge este factor el concepto “apoyo social”, entendido como factor moderador del estrés, y que el método concreta estudiando la posibilidad de contar con apoyo instrumental o ayuda proveniente de otras personas del entorno de trabajo (jefes, compañeros,...) para poder realizar adecuadamente el trabajo, y la calidad de tales relaciones.

Igualmente, las relaciones entre personas pueden ser origen, con distinta frecuencia e intensidad, de situaciones conflictivas de distinta naturaleza (distintas

formas de violencia, conflictos personales,...), ante las cuales las organizaciones pueden o no haber adoptado ciertos protocolos de actuación.

La investigación psicosocial laboral, a través de numerosos estudios, ha subrayado la enorme importancia del conjunto de redes interpersonales, tanto para la protección como para la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores y trabajadoras.

Este es un factor bastante problemático en el conjunto de las evaluaciones analizadas. Una mala organización del trabajo aumenta el riesgo de que quiebren las redes sociales en la empresa, y por lo tanto que se reduzcan, e incluso que desaparezcan los elementos moderadores del estrés laboral.

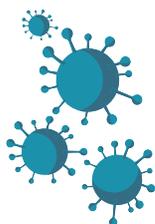
Con carácter general, los y las trabajadores perciben que el apoyo social que reciben de compañeros y compañeras y es bastante mayor que el que reciben de superiores jerárquicos.

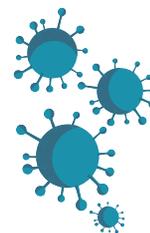
Hay una pequeña proporción de evaluaciones en las que hay algunos trabajadores y trabajadoras que creen están sometidas a violencia física y/o sexual, lo cual no deja de ser muy preocupante.

Si atendemos a las medidas propuestas podemos comprobar cómo la mayoría son demasiado generalistas y difícilmente aplicables, mientras que otras simplemente consisten en hacer recordatorios a la plantilla de procedimientos y protocolos existentes de distinta naturaleza.

Por el contrario, hay unas pocas medidas interesantes que consisten en revisar el papel de los mandos respecto a sus equipos de trabajo para garantizarles una adecuada:

- Asistencia material y técnica que cubra las necesidades de los y las trabajadoras.
- Cuidar las relaciones personales más allá de lo estrictamente formal.
- Garantizar el apoyo frente a otras instancias.
- Valorar y reconocer el trabajo realizado.





Evaluaciones realizadas con el método IstaS 21

Este método de evaluación, independientemente de sus características técnicas y científicas, introduce una novedad en el tratamiento de los riesgos psicosociales en la empresa. Esta novedad es la garantía de participación de los agentes sociales en la toma de decisiones durante todo el procedimiento de evaluación y planificación.

Aceptar la utilización del IstaS 21 supone, entre otras cosas, aceptar que son los agentes sociales los encargados de liderar el proceso, consensuando la mejor forma de llevarlo a término y, posteriormente, acordando las medidas preventivas necesarias para corregir los problemas detectados. Para conseguir estos objetivos el método introduce la obligatoriedad de crear un grupo de trabajo de carácter paritario, compuesto por los agentes sociales y asesorado por los técnicos de prevención. Este grupo es el encargado de liderar todo el proceso de intervención.

Evaluar con el método IstaS 21 requiere un esfuerzo de trabajo y compromiso que no todas las empresas están dispuestas a aceptar, ya que les suele resultar más cómodo trasladar a los técnicos sus responsabilidades en este ámbito. Una larga trayectoria de intervenciones en procesos de evaluación en las empresas nos ha puesto de manifiesto que con el FPSICO relajar y reducir las dinámicas de negociación y acuerdo es más sencillo.

La negociación facilita enormemente encontrar el origen de los problemas, y por lo tanto también la determinación de medidas preventivas concretas, aplicables y aceptadas por todos/as los trabajadores, ya que éstos también participan no únicamente a través de cuestionarios sino a través de técnicas cualitativas como los círculos de prevención.

Del total de las evaluaciones analizadas 4 se han llevado a cabo utilizando el método IstaS 21. Las dimensiones psicosociales analizadas por este método de evaluación son las siguientes:

Exigencias psicológicas del trabajo. Las exigencias psicológicas tienen una doble vertiente, la cuantitativa y el tipo de tarea. Desde el punto de vista cuantitativo

se refieren al volumen de trabajo en relación al tiempo disponible para hacerlo. Desde el punto de vista del tipo de tarea, las exigencias psicológicas son distintas en función de si se trabaja o no con y para personas, definiéndose las exigencias psicológicas de tipo emocional.

- **Exigencias psicológicas cuantitativas.** Son las exigencias psicológicas derivadas de la cantidad de trabajo.
- **Ritmo de trabajo.** Constituye la exigencia psicológica referida específicamente a la intensidad del trabajo, que se relaciona con la cantidad y el tiempo.
- **Exigencias de esconder emociones.** Son las exigencias para mantener una apariencia neutral independientemente del comportamiento de usuarios o clientes. También pueden tener que ver con la relación con superiores y compañeros de trabajo o con proveedores u otras personas ajenas a la empresa.
- **Exigencias psicológicas emocionales.** Son las exigencias para no involucrarnos en la situación emocional (o gestionar la transferencia de sentimientos) que se deriva de las relaciones interpersonales que implica el trabajo.

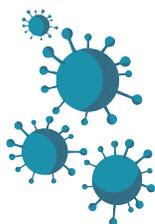
44

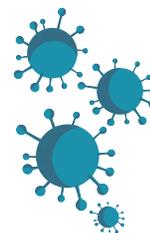
Conflicto trabajo-familia. La necesidad de responder a las demandas del trabajo asalariado y del trabajo doméstico-familiar puede afectar negativamente a la salud y el bienestar.

- **Doble presencia.** Son las exigencias sincrónicas, simultáneas, del ámbito laboral y del ámbito doméstico-familiar. Son altas cuando las exigencias laborales interfieren con las familiares.

Control sobre el trabajo. El concepto de control sobre el trabajo es central en relación a la salud y consiste en dos dimensiones: influencia (o autonomía) y desarrollo de habilidades.

- **Influencia.** Es el margen de autonomía en el día a día del trabajo, y también en relación a las tareas a realizar (el qué) y en la forma de desarrollarlo (el cómo).
- **Posibilidades de desarrollo.** Se refieren a las oportunidades que ofrece el trabajo para poner en práctica los conocimientos, las habilidades y la experiencia.





- **Sentido del trabajo.** Es la posibilidad de relacionar el trabajo con otros valores (utilidad, importancia social, aprendizaje... etc.).

Apoyo social y calidad de liderazgo. El apoyo social representa el aspecto funcional de las relaciones, mientras que el sentimiento de grupo representa su componente emocional.

- **Apoyo social de los compañeros.** Es recibir la ayuda necesaria, y cuando se necesita, por parte de compañeros y compañeras para realizar bien el trabajo.
- **Apoyo social de superiores.** Es recibir la ayuda necesaria, y cuando se necesita, por parte de los superiores para realizar bien el trabajo.
- **Calidad de liderazgo.** Se refiere a las características que tiene la gestión de equipos humanos que realizan los mandos inmediatos.
- **Sentimiento de grupo.** Es el sentimiento de formar parte del colectivo humano con el que trabajamos cada día.
- **Previsibilidad.** Disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo para poder realizar de forma correcta el trabajo y para adaptarse a los cambios.
- **Claridad de rol.** Es el conocimiento concreto sobre las tareas a realizar, objetivos, recursos a emplear, responsabilidades y margen de autonomía en el trabajo.
- **Conflicto de rol.** Son las exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo y las que puedan suponer conflictos de carácter profesional o ético.

Compensaciones del trabajo. La interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de compensaciones a largo plazo representa un riesgo para la salud.

- **Reconocimiento.** Se refiere a la valoración, respeto y trato justo por parte de la dirección en el trabajo.
- **Inseguridad sobre el empleo.** Es la preocupación por el futuro en relación a la ocupación.
- **Inseguridad sobre las condiciones de trabajo.** Es la preocupación por el futuro en relación a los cambios no deseados de condiciones de trabajo.

Capital Social. Conjunto de recursos colectivos que permiten a sus miembros solucionar entre todos la tarea clave de ésta.

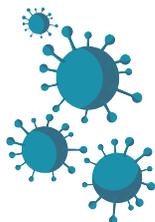
- **Justicia.** Se refiere a la medida en que las personas trabajadoras son tratadas con equidad en su trabajo.
- **Confianza vertical.** La confianza es la seguridad que se tiene de que dirección y trabajadores actuarán de manera adecuada o competente.

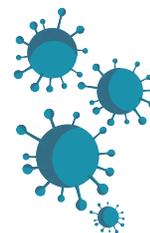
Las cuatro evaluaciones que se llevaron a cabo con el método Ista 21 se realizaron en el sector público, y como consecuencia de un requerimiento de la Inspección de Trabajo. Todas ellas fueron “paradas” una vez se obtuvieron los resultados. Por este motivo no podemos aportar medida preventiva alguna.

En los cuatro casos se siguen escrupulosamente los pasos establecidos en el manual del método y se constituyen grupos de trabajo en los que participan los agentes sociales. En éstos se adaptan los cuestionarios a la realidad de los centros y se diseña una campaña de información a los trabajadores y trabajadoras. Posteriormente se lleva a cabo el trabajo de campo y se realizan las evaluaciones de riesgos de forma presencial.

Las tasas de respuesta obtenidas están, en todos los casos, por encima del 60 por ciento establecidas por el método, llegando un centro a una participación del 90 por ciento.

La dimensión psicosocial que peores datos arroja en todos los casos es la que analiza las **exigencias emocionales** en todas sus vertientes, cuantitativas, cualitativas, y de esconder emociones. El **ritmo de trabajo**, junto con **la inseguridad sobre las condiciones de trabajo**, aparecen en todos los centros con niveles de exposición muy altos. También, aunque con niveles de exposición más bajos, constituyen un problema el **apoyo social**, tanto de superiores como de compañeros, pero especialmente de los primeros.





Conclusiones

La principal conclusión que sacamos del análisis de las evaluaciones de riesgos realizadas en el sector sanitario es que en aproximadamente la mitad de ellas no se ha realizado la consiguiente planificación preventiva. Obviamente, esto supone una vulneración del artículo 16 de la LPRL dedicado al plan de prevención de riesgos laborales, evaluación de los riesgos y planificación de la actividad preventiva, que establece:

“Si los resultados de la evaluación prevista en la letra a) pusieran de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario realizará aquellas actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar tales riesgos. Dichas actividades serán objeto de planificación por el empresario, incluyendo para cada actividad preventiva el plazo para llevarla a cabo, la designación de responsables y los recursos humanos y materiales necesarios para su ejecución”.

“El empresario deberá asegurarse de la efectiva ejecución de las actividades preventivas incluidas en la planificación, efectuando para ello un seguimiento continuo de la misma.”

Además, en gran parte de las evaluaciones en las que se han propuesto medidas preventivas, éstas son de carácter generalista. Prácticamente suponen declaraciones de intención que no modifican ninguna condición de trabajo concreta y no se presentan junto con un protocolo que desarrolle dicha medida. Esto contradice el artículo 15 de la LPRL, en el que se señalan los principios de la acción preventiva, y concretamente su apartado 1.c), que obliga a *“combatir los riesgos en su origen”*.

En este sentido son muy habituales las recomendaciones que, sin entrar a valorar el fondo de las cuestiones, recomiendan para solucionar todos los problemas, independientemente de su origen, medidas como *“mantener reuniones de equipo para favorecer las relaciones personales, favorecer la información al trabajador acerca de actividades formativas a las que pueda acceder y, favorecer en la medida de lo*

posible el acceso a las mismas o dar a conocer a los trabajadores el procedimiento de declaración de conflictos internos”.

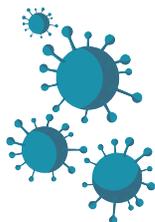
Otro problema que hemos identificado es que en aquellas evaluaciones en las que sí se han propuesto medidas preventivas, no en todas se presentan de forma que se puedan hacer corresponder con una dimensión psicosocial concreta, sino que para cada una de las unidades de análisis en las que se ha dividido el centro de trabajo, se propone una batería de medidas, pero no se clarifica qué problema resuelve cada una de ellas. Esto supone que se asignen medidas preventivas que no se corresponden con el problema psicosocial detectado.

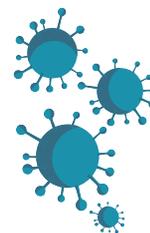
Existe una “extraña coincidencia” en las medidas propuestas por un mismo servicio de prevención ajeno para centros de trabajo distintos. En este sentido hay que señalar que para empresas distintas hay planificaciones muy similares, e incluso algunas coincidencias son literales.

También son muy frecuentes las medidas que intentan dar a entender que, aunque los resultados de la evaluación hayan sido negativos, la dirección del centro ya tenía conocimiento del problema y lleva tiempo trabajando en las cuestiones problemáticas. Así, se proponen medidas del tipo “*seguir celebrando reuniones periódicas...*” o “*continuar con la formación que se viene impartiendo...*”. A nuestro juicio, estas expresiones suponen una falta de reconocimiento de los problemas detectados en las evaluaciones.

Por otro lado hay varias evaluaciones en las que no se presentan ni los gráficos ni las tablas resultantes del proceso. Esta información es imprescindible para una adecuada interpretación de los resultados. Esta omisión de información supone una clara obstaculización del derecho de participación de los y las delegadas de prevención y de los propios trabajadores y trabajadoras, en tanto en cuanto imposibilita el análisis de datos y por lo tanto la posibilidad de proponer medidas preventivas orientadas al origen del problema.

Salvo excepciones, las planificaciones preventivas únicamente proponen medidas de carácter formativo e informativo, y no presentan ningún tipo de medidas de carácter estructural que modifiquen aspectos concretos de la organización del





trabajo. En este sentido se proponen cursos de risoterapia, motivación, liderazgo, resolución de conflictos, y mindfulness.

En la muestra analizada hay una evaluación cuya metodología no se corresponde con ninguna de las recomendadas por el INSST. Se trata de un método de origen desconocido y del que no hemos podido encontrar la base conceptual en la que se sustenta, no tiene carácter participativo o, lo que es lo mismo, no tiene en cuenta la experiencia de los trabajadores y trabajadoras. Además, tampoco sabemos si está validado, es decir si se ha comprobado que el método mide exactamente lo que dice medir, ni si es fiable, o lo que es lo mismo, si se ha comprobado su consistencia interna para saber si todas las preguntas que hace el método son relevantes. A efectos prácticos, no ha sido tenida en cuenta para el estudio.

Algunas evaluaciones hacen referencia a la realización de entrevistas individuales a los trabajadores y trabajadoras, si bien es cierto que en ninguna de ellas se ha aportado informe alguno de resultados. Tampoco hemos tenido posibilidad de conocer el contenido de las mismas ni en qué grado han sido valoradas por los Servicios de Prevención para elaborar las conclusiones y orientar la actividad preventiva.

En CCOO estamos convencidos de que las entrevistas individuales no permiten comprobar su validez o fiabilidad. Producen resultados difíciles de contrastar e interpretar y, generalmente, no presentan suficientes garantías de protección de la confidencialidad, con lo que no generan la confianza suficiente entre los trabajadores y las trabajadoras. Además, requieren del uso intensivo de recursos muy especializados, escasos y caros, que son inasumibles en la práctica para una gran mayoría de empresas. Por estas razones, no representan una opción válida o realista para la evaluación de riesgos.

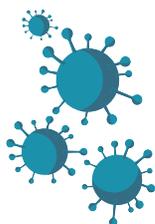
En cuanto a la participación de los y las trabajadoras en los procesos de evaluación hay que señalar que no en todos los casos es posible conocer la tasa de respuesta dado que, si bien se informa del número total de cuestionarios válidos recogidos, no siempre se ofrece información del número total de trabajadores y trabajadoras objeto de evaluación. Esto imposibilita conocer la tasa de respuesta y por lo tanto si los resultados pueden considerarse válidos.

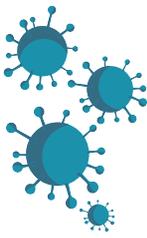
Además, en los casos en los que sí es posible conocer la tasa de respuesta, un número nada desdeñable de evaluaciones en las que, no habiéndose superado una tasa de respuesta del 50 por ciento -ya sea para todo el centro o para alguna/s unidades de análisis- los resultados se dan por buenos, a pesar de no haber conseguido la representatividad necesaria. Esta falta de representatividad invalida los resultados.

Como hemos señalado reiteradamente en CCOO entendemos que la prevención es un proceso social y técnico. La participación de los representantes de la dirección y de los trabajadores -delegados y delegadas de prevención-, con el asesoramiento de técnicos y técnicas de prevención, es de crucial importancia en la realización de la evaluación de riesgos psicosociales.

La participación supone, en primer lugar, que exista acuerdo entre los representantes de la dirección de la empresa y de la representación de los y las trabajadoras sobre la utilización del método de evaluación; en segundo lugar, que la representación de los y las trabajadoras y de la dirección de la empresa participarán en todas las fases del proceso de intervención a través de la creación del **grupo de trabajo**. Este grupo es el órgano encargado de liderar, concretar y acordar las diferentes fases del proceso con el asesoramiento técnico del servicio de prevención, así como de otros técnicos, a propuesta de las partes.

Únicamente en 11 de las evaluaciones de riesgo objeto de análisis se contempla la creación de un grupo de trabajo que lidere todo el proceso de evaluación y planificación.





7. Análisis de las percepciones de los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario de la Comunidad de Madrid

Metodología

Consideramos que el análisis de las evaluaciones de riesgos de carácter psicosocial realizado en el apartado anterior debía ser complementado mediante alguna técnica de investigación cualitativa que nos permitieran ver y en última instancia, poner de manifiesto las consecuencias que las condiciones de trabajo soportadas durante la pandemia han tenido sobre las condiciones de trabajo de los sanitarios/as.

Para ello hemos utilizado un cuestionario abierto (ANEXO), en el que los y las participantes han tenido la posibilidad de desarrollar ampliamente sus percepciones y opiniones sobre las cuestiones planteadas. Además, esta técnica nos ha permitido llegar a un mayor número de trabajadores y trabajadoras y por lo tanto a un mayor número de centros de trabajo.

El cuestionario se ha enviado por correo electrónico a 100 trabajadores y trabajadoras del sector sanitario de la Comunidad de Madrid. De ellos/as, han devuelto el cuestionario cumplimentado 82, por lo que la tasa de respuesta es del 82 por ciento.

El resultado, como podemos comprobar a continuación, evidencia el sufrimiento físico y mental de nuestros sanitarios y sanitarias en una crisis de salud sin precedentes en nuestro país. Este sufrimiento tiene su origen en la falta generalizada de recursos humanos y materiales, en la falta de equipos de protección individual y formación, de apoyo social en sus centros así como en la inseguridad, tanto en el empleo como en relación a sus condiciones de trabajo.

Las cuestiones que se han planteado a los y las sanitarias son las siguientes.

1. Afectación a la salud física y psíquica

El artículo 14 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de PRL, establece en su apartado segundo que: “En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo...”

Desde un **punto de vista físico**, el estado de salud de los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario se ha visto muy deteriorado. Casi todos/as manifiestan dolores de cabeza, contracturas musculares y articulares, cansancio y fatiga, así como molestias cervicales y lumbalgias.

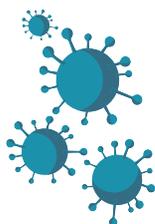
52

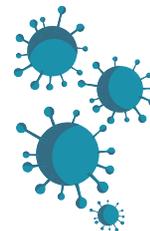
Otros/as manifiestan pérdida de peso, alteraciones cutáneas como lesiones papuloeritematosas, problemas con la tensión arterial, falta de aire, taquicardias, caída de pelo, náuseas, alteraciones digestivas y del ritmo intestinal, etc.

Desde el **punto de vista psicológico**, más de la mitad de los trabajadores y trabajadoras entrevistados manifiestan sentirse, aún a día de hoy, muy “tocados”. Los testimonios más duros ponen de manifiesto la crudeza de las situaciones vividas, especialmente las relacionadas con la muerte. Expresiones como “*moría tanta gente que no sabíamos dónde dejarlos*”, “*ver como fallecían de un día para otro*” o “*he visto fallecer a mucha gente*” son demasiado habituales en las respuestas.

El miedo al contagio es otro de los factores a los que se ha enfrentado el personal sanitario. La preocupación no solo es por su propia salud, sino por la salud de sus familiares. “*Miedo por contagiarme pero más miedo por contagiar a mi familia*”.

Otra constante en las respuestas es la preocupación y el miedo a que la situación se repita. Aunque las preguntas del cuestionario están planteadas pensando en los momentos más duros de la primera ola, son muchos los trabajadores y traba-





adoras que además de contestar lo que se les pide, manifiestan verdadero pánico a tener que enfrentarse nuevamente en un futuro a una situación similar a la anterior. Expresiones como *“tengo miedo a que esto vuelva a repetirse”*, *“tengo miedo a volver a estar en sitios donde hace unos meses la situación era muy crítica”* o *“no puedo evitar que se me haga un nudo de angustia de pensar en volver a vivir aquello”* también son demasiado frecuentes.

Son muchas las consecuencias psíquicas señaladas por los trabajadores y trabajadoras. Entre las que más se repiten podemos mencionar las siguientes:

- *Miedo/terror.*
- *Estrés/ansiedad.*
- *Ataques de ira/ rabia.*
- *Frustración/impotencia.*
- *Cambios de humor/dificultad para las relaciones sociales.*
- *Depresión/tendencia al desánimo/tristeza.*
- *Trastornos del sueño/ insomnio/pesadillas.*
- *Miedo al futuro/incertidumbre/preocupación/desesperanza.*
- *Bloqueo mental/pérdida de memoria/falta de concentración.*
- *Pena/ ganas de llorar.*

Un 11 por ciento de los entrevistados/as han reconocido haber tenido que requerir ayuda psicológica para superar los problemas generados en la primera ola de la pandemia.

Ante la pregunta de si creen que en la actualidad sufren estrés postraumático, 10 trabajadores/as han contestado que sí, puesto que consideran que su vida ha estado en peligro en los momentos más duros de la crisis sanitaria.

2. Formación

El artículo 19 de la LPRL determina que “en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de ésta, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo.

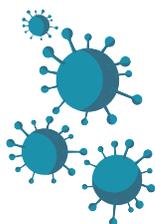
La formación deberá estar centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, adaptarse a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos y repetirse periódicamente, si fuera necesario”.

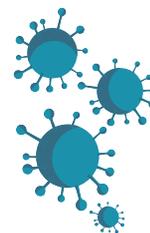
54

En relación con la formación, los y las trabajadoras piensan, casi unánimemente, que no estaban formados/as para hacer frente a una situación así. La mayor parte de las quejas se centran en la falta de formación para utilizar correctamente los equipos, especialmente los equipos de protección individual.

Varios meses después todavía son demasiado numerosos los trabajadores/as que manifiestan no haber realizado ningún tipo de formación específica para hacer frente a los nuevos repuntes del virus que se vienen sucediendo. Ante este escenario, hay personal que ha decidido formarse por su cuenta pagándolo de su propio bolsillo. También hay algunos trabajadores y trabajadoras que la única formación que han recibido a lo largo de todo este tiempo ha sido a través del sindicato.

Una parte importante de los y las sanitarias coinciden en que lo más parecido a una sesión formativa específica que han recibido fueron algunas fotocopias con una serie de instrucciones que, en algunos casos, entraban en contradicción directa con las órdenes que posteriormente recibían de sus superiores.





“Nadie estaba preparado para lo que se vivió, aprendimos a bofetadas”.

Por lo general, las demandas formativas giran en torno a la necesidad de tener a disposición unas *“pautas de actuación para los distintos tipos de pacientes con clínica sugestiva de COVID-19”*. En este sentido, la formación debería haber consistido en la elaboración de una serie de protocolos de actuación, claros y precisos, aplicados a cada actividad clínica concreta, siempre acompañados de una información teórica general para el conocimiento de vías de transmisión y niveles de riesgo, tanto para el trabajador, como para los pacientes, así como cualquier otro tipo de formación que les hubiera permitido hacer frente a emergencias de tipo biológico.

Pero no solo se demanda formación específica para hacer frente a las situaciones propias de su actividad sanitaria, sino que también requieren formación específica en materia de riesgos psicosociales, así como orientaciones claras en funciones organizativas.

En la situación de “caos” generalizado en la que han desarrollado su actividad han sido habituales los conflictos como consecuencia de la exposición a situaciones extremadamente delicadas. Estos conflictos no sólo se han producido con los pacientes y sus familiares, sino que también han surgido entre los propios trabajadores y trabajadoras. Esta es la razón por la que una de las peticiones más reiteradas es una formación en gestión de conflictos, acompañada de algunas técnicas de relajación.

“Necesitamos un curso de formación ante situaciones agresivas o violentas. Ha sido muy duro lidiar con la impotencia y la ira de los usuarios. Nos insultan y nos faltan al respeto”.

3. Recursos materiales y equipos de protección

La LPRL señala en su artículo 17 sobre equipos de trabajo y medios de protección que:

1. El empresario adoptará las medidas necesarias con el fin de que los equipos de trabajo sean adecuados para el trabajo que deba realizarse y convenientemente adaptados a tal efecto, de forma que garanticen la seguridad y la salud de los trabajadores al utilizarlos.

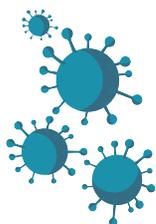
Cuando la utilización de un equipo de trabajo pueda presentar un riesgo específico para la seguridad y la salud de los trabajadores, el empresario adoptará las medidas necesarias con el fin de que:

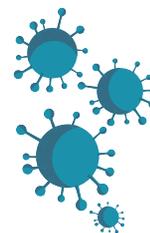
- a) La utilización del equipo de trabajo quede reservada a los encargados de dicha utilización.
- b) Los trabajos de reparación, transformación, mantenimiento o conservación sean realizados por los trabajadores específicamente capacitados para ello.

2. El empresario deberá proporcionar a sus trabajadores equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones y velar por el uso efectivo de los mismos cuando, por la naturaleza de los trabajos realizados, sean necesarios.

Los equipos de protección individual deberán utilizarse cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo.

Prácticamente el 100 por cien de los trabajadores y las trabajadoras entrevistados coinciden en señalar que durante los momentos más delicados de la crisis sani-





tariano no han tenido a su disposición los recursos materiales necesarios para atender adecuadamente a los pacientes, ni tampoco los equipos de protección necesarios para evitar el contagio.

“Al principio faltaban camas para aislamiento, en la actualidad estamos mal pero no tanto”.

“Aún en el día de hoy no disponemos ni tan siquiera de instalaciones adecuadas para luchar contra la pandemia, ni tan siquiera para poder descansar los profesionales, ya que en la misma habitación sin distancia de seguridad ninguna, duermen hasta cuatro personas y sin material adecuado de autoprotección”.

Entre los testimonios hemos podido comprobar que fue bastante normal tener que desinfectar gafas y pantallas antes de utilizarlas, ya que eran compartidas por varios trabajadores y trabajadoras. De igual forma tuvieron que utilizar una sola mascarilla durante un turno de trabajo y a veces durante dos o más jornadas, de la misma manera que tuvieron que improvisar batas y gorros de trabajo con bolsas de plástico y otros materiales plásticos.

“No ha habido suficientes recursos materiales. Los gorros, pantallas y mascarillas nos las facilitaron los compañeros y compañeras de Comisiones Obreras a través de voluntarios”.

“Yo he llegado a utilizar en la UCI el mismo mono una semana completa. Teníamos que pedirlo y no lo facilitaban en el momento. La supervisora valoraba el riesgo que podíamos tener cada una de nosotras...En fin, así pasó, que el 80 por ciento del servicio se contagió, y de ese 80 por ciento, el 30 por ciento no tuvo síntomas y no causó baja, por lo que fue repartiendo el virus por todo el hospital”.

En la actualidad no se ha solventado totalmente este problema, puesto que aún hay trabajadores/as que afirman que la puesta a disposición de los equipos de protección sigue siendo bastante cicatera. Ahora piensan que están más preparados, aunque este tema siempre viene marcado por el gasto que supone, por lo que siempre compran lo más barato. Además, denuncian la falta de información y participación en la elección de los equipos, puesto que no son consultados previamente cuando, por ejemplo, cambian la marca en alguno de ellos.

En las entrevistas hemos podido comprobar que aún hoy sigue habiendo en algunos centros sanitarios verdaderos problemas para el acceso a las mascarillas FFP2, ya que que esta queja se ha reflejado en varios cuestionarios.

En ocasiones, y ante la falta de respuesta por parte de los centros sanitarios, los y las trabajadoras llegan a tomar decisiones que conllevan un riesgo importante no solo para ellos sino para sus familiares, y trasladan el riesgo a sus hogares, como ha sucedido en algún caso con la ropa de trabajo.

“El servicio de lavandería es muy deficiente porque me han perdido tantas veces el uniforme que, ya harta, tuve que tomar la decisión de llevármelo a mi casa para lavarlo yo”.

Aunque en estos momentos no es lo normal, y no cabe duda de que la situación en relación con los equipos de protección ha mejorado mucho, sigue habiendo centros que no proporcionan a todos trabajadores equipos de protección.

“No me han dado mascarilla ni guantes desechables hasta finales de septiembre”.

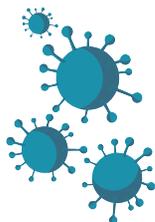
“Ni tuvimos ni tenemos suficiente material, aún hoy seguimos mendigando una simple mascarilla”.

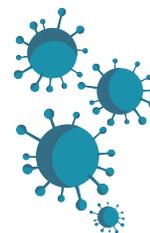
Aunque en general el acceso a los EPI's ha mejorado sustancialmente y no tiene nada que ver con el peor momento de la pandemia, algunos trabajadores y trabajadoras, se quejan de que los deben solicitar y esperar que los traigan, es decir que a día de hoy sigue habiendo personal que no tienen acceso directo a ellos y tienen que solicitarlos a los cargos intermedios con el riesgo que esto supone de sobre uso de los mismos.

“En el momento actual seguimos dependiendo del pedido de la supervisora”.

4. Recursos humanos

Es unánime la opinión de que las plantillas de trabajadores y trabajadoras durante los meses más álgidos de la pandemia eran escasas en todos los centros sanitarios. Los delegados y delegadas de prevención y de personal, ya venían denunciando





la escasez de personal en las plantillas antes de la pandemia, por lo que cuando estalló la crisis el sistema hizo aguas por todas partes.

En el apartado anterior hemos podido comprobar cómo la situación en relación con los recursos materiales y los equipos de protección ha mejorado desde el inicio de la crisis sanitaria hasta el momento actual -aunque no en todos los centros de trabajo por igual-, pero no parece haber sucedido lo mismo con la situación de los recursos humanos.

“Siempre estamos bajo mínimos de personal, y durante el momento más álgido rara vez nos han puesto algún compañero de más, con lo que supone estar trabajando sin quitarte el EPI durante 10 horas, con el calor y el agobio que ello genera, ya que ni había personal para relevar, ni EPIS suficientes para poder cambiarte en el caso de tener que salir”.

La gran mayoría de los trabajadores y trabajadoras que han participado en el estudio coinciden en señalar que no se ha mejorado en este aspecto, incluso una parte nada desdeñable señala que están peor que durante los momentos más críticos de la crisis sanitaria, puesto que hay muchos compañeros y compañeras de baja y no se están renovando contratos.

“Estábamos pocos y seguimos estando pocos. Estamos totalmente destrozados y agotados. Ahora estamos peor y aún en esta situación extrema siguen sin cubrir las bajas”.

Los sanitarios y sanitarias han demandado a lo largo de todos estos meses un refuerzo de las plantillas. Esta falta de personal conlleva que sigan viviendo en una situación de estrés permanente puesto que no saben si al final del día van a poder terminar o no la actividad que tenían prevista realizar. Aunque intentan optimizar el tiempo renunciando incluso a sus descansos, al final del día suelen verse obligados/as a ampliar su permanencia en el centro sanitario.

“Actualmente contamos con un refuerzo exiguo sin experiencia en atención primaria y a quien tenemos que formar, lo que duplica nuestro trabajo, nos resta eficacia y nos impide atender a los usuarios cuando más se necesita, que es en esta época del año que es la campaña de vacunación contra la gripe. Hay más

problemas en la segunda ola. Antes de la pandemia estaba mal dimensionada la plantilla y ahora mismo está mucho peor y no lo van a solucionar.”

A todo ello hay que sumar las bajas por enfermedad, permisos y excedencias y adaptaciones de puesto de trabajo a la que tienen derecho los y las trabajadoras, derechos que cuando se disfrutaban suponían una merma en la plantilla.

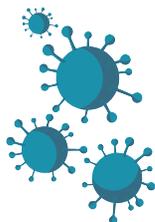
“En la actualidad en mi centro de salud faltan médicos de familia, han cerrado el turno de tarde. Hay problemas de incapacidad temporal, enfermos de covid, cuarentenas, otras enfermedades, excedencias, bajas por maternidad y hay tres médicos de familia que no pueden ver pacientes directamente porque les han adaptado el puesto de trabajo desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales por edad o patología”.

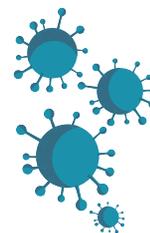
5. Inseguridad sobre el empleo y sobre las condiciones de trabajo

Entendemos por inseguridad sobre el empleo la preocupación por el futuro en relación a la ocupación, y tiene que ver con la estabilidad del empleo y las posibilidades de empleabilidad (o de encontrar otro empleo equivalente al actual en el caso de perder éste) en el mercado laboral de residencia.

La inseguridad sobre las condiciones de trabajo es la preocupación por el futuro en relación a los cambios no deseados de condiciones de trabajo fundamentales (como, por ejemplo, el puesto de trabajo, tareas, horario, salario...). Se relaciona con las amenazas de empeoramiento de estas condiciones de trabajo, especialmente valiosas que pueden originarse tanto en la situación actual como en la posibilidad de cambios en el futuro.

Por los datos de los que dispone CCOO Madrid, entendemos que por un lado la sanidad privada de la Comunidad de Madrid está perdiendo su activo más valioso que son sus trabajadores/as que, ante las condiciones precarias en las que trabajan y los salarios muy por debajo de lo que cobran sus compañeros y compañeras de la sanidad pública y de otros países de nuestro alrededor, están trasladándose hacia puestos que les permiten mejores condiciones y mayor oportunidad para su desarrollo profesional, personal y familiar. La pandemia de coronavirus ha acelerado la





fuga de profesionales, los cuales aprovechan la demanda en los centros públicos, cuyas plantillas también estaban diezmadas y bajo mínimos.

En cuanto a la sanidad pública, la Federación de Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública señala que las políticas destinadas a afrontar la crisis de 2008 introdujeron importantes recortes de personal y de presupuestos en atención primaria. Si a esto añadimos el déficit de equipamiento, la limitación de acceso a pruebas diagnósticas, la presión burocrática, un deficiente dimensionamiento de los equipos, hace que buena parte de la demanda acabe desbordando las consultas médicas. El abandono del modelo de Salud Comunitario y la marginación de las actividades de promoción, prevención y rehabilitación, crean una situación más que preocupante. Se suma una política laboral, que a nuestro entender está basada en **la precariedad y la inestabilidad**, que genera una gran frustración y malestar en el personal de los centros.

En opinión de CCOO Madrid, la Atención Primaria, que debería ser la puerta de entrada al sistema y responsabilizarse de gestionar los procesos asistenciales, está supeditada a unas gerencias deudoras de las necesidades hospitalarias y de las jefaturas de servicio de los hospitales, y carece de autonomía real para planificar y gestionar sus propios recursos. Tampoco tiene responsabilidad en la asistencia sanitaria de las personas que viven en las residencias de mayores, las cuales precisan mayor atención ya que parecen más enfermedades crónicas y degenerativas que el resto de la población.

En CCOO estamos plenamente convencidos de que este modelo de gestión tiene consecuencias muy negativas sobre la inseguridad del personal sanitario, tanto en el ámbito del empleo como en el de las condiciones de trabajo.

En relación con esta cuestión, no sólo es que a lo largo de estos meses no se haya mejorado la seguridad de trabajadores y trabajadoras, tanto en el ámbito del empleo como en el de sus condiciones de trabajo, sino que más bien al contrario, parece haber empeorado. Son muchos los testimonios que así lo aseveran.

“Estábamos mejor que ahora”.

“La plantilla era la habitual, no se reforzó. Muchos enfermaron y no se sustituyeron. Lo peor de todo es que ahora en plena segunda ola seguimos sin refuerzo”.

Los sanitarios y las sanitarias de la Comunidad de Madrid están convencidos de que la situación de saturación que sufren actualmente se debe a la falta de previsión y a que desde las Administraciones Públicas se ignoraron los avisos de que una segunda ola azotaría nuestro país después del verano.

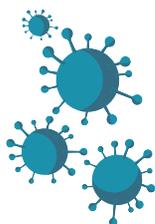
Algunos piensan que el momento de planificar la actividad debió haber coincidido con el descenso drástico en los contagios en la Comunidad de Madrid. Los sanitarios/as tenían la seguridad de que la cosa no iba a quedar ahí, y más pronto que tarde llegaría una segunda ola. Sin duda, ese hubiera sido el momento ideal para haber dotado suficientemente a la atención primaria, contratando más sanitarios y los rastreadores suficientes para controlar la expansión de virus. Ahora es complicado, el virus circula libremente y hay transmisión comunitaria.

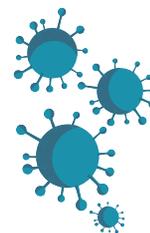
“Estábamos pocos y seguimos estando pocos. Estamos destrozados y agotados. La temporalidad sigue exactamente igual que antes, en cuanto a la carga de trabajo estamos bastante peor”.

62

“Esto sigue igual de precario. La carga de trabajo siempre ha sido excesiva, con contrataciones incluso por días, una conciliación familiar imposible ya que te llaman con pocas horas de antelación para ir a trabajar y si no puedes ir te amenazan con sacarte de la bolsa. Durante el peor momento nos han prohibido incluso pedir reducción de jornada para el cuidado de nuestros hijos, e incluso se nos ha denegado el permiso para llorar y velar a nuestros familiares fallecidos. Las libranzas son y siempre han sido pésimas, y casi nunca en fin de semana para poder disfrutar de la familia”.

“La situación no ha mejorado en absoluto, está bastante peor. En el verano no ha habido personal suficiente y por ejemplo las DUES no han podido, en la mayoría de los casos, ni disfrutar de sus vacaciones”.





6. El papel de los servicios de prevención durante la pandemia. Intervención en materia de riesgos psicosociales

El artículo 31.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que "se entenderá como servicio de prevención el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados".

Por lo tanto, un Servicio de Prevención no es más que la manera de organizar los recursos técnicos necesarios para llevar adelante las actividades preventivas en una empresa.

La crisis sanitaria producida por el nuevo coronavirus ha puesto sobre la mesa una cuestión que siempre hemos defendido desde CCOO, que la salud laboral es un elemento fundamental de la salud pública. Es precisamente por ello por lo que los servicios de prevención en los centros de trabajo deberían ser una pieza esencial que si fallan, hacen fallar todo el sistema. Es tal su importancia, sobre todo en estos momentos, que juegan un papel fundamental en los distintos procedimientos que han emitido tanto el Ministerio de Sanidad como el Ministerio de Trabajo para hacer frente a la pandemia en las empresas.

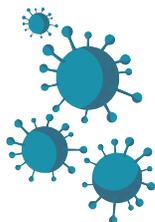
Lamentablemente, la práctica totalidad de las opiniones sobre el papel que han jugado los servicios de prevención durante la pandemia son muy desfavorables. Estas opiniones están dirigidas tanto a los servicios de prevención propios como a los ajenos. El análisis de los cuestionarios no permite apreciar diferencias significativas en la opinión que los trabajadores/as tienen de los servicios de prevención en función de la tipología de los mismos.

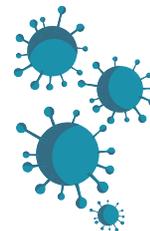
En este sentido, los trabajadores/as que han contestado al cuestionario, creen que el papel jugado por los servicios de prevención durante la pandemia ha sido:

- “Caótico”.
- “Ausente”.
- “Pésimo”.
- “Nulo”.
- “Tardío”.
- “Inexistente”.
- “Desaparecido”.
- “Regular”.
- “No han estado a la altura”.
- “Creo que no tenemos este servicio...”
- “El servicio de prevención no ha organizado absolutamente nada”.
- “La empresa contratada viene una vez al año”.
- “El servicio de prevención ni está ni se le espera”.

Se ha producido algún caso en que la representación legal de los trabajadores y trabajadoras en materia de prevención de riesgos laborales consiguió algún tipo de compromiso con el servicio de prevención del centro, para *“abordar la salud laboral en la nueva normalidad”*, pero la *“falta de unanimidad y criterio ha hecho que se hayan incumplido todos los compromisos acordados”*.

Tampoco, salvo alguna excepción, se han articulado intervenciones en relación con los riesgos psicosociales.





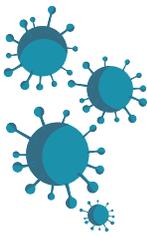
“Se ha creado una consulta post-covid que entre otras cosas se ocupa de estos problemas”.

“Pusieron en marcha un grupo de personal para ocuparse de los riesgos psicosociales, pero ya no funciona”.

“Hay alguna consulta psicológica, pero por lo que comentan los compañeros no funciona muy bien”.

El estrés -causado por la sobrecarga de trabajo, la exposición a exigencias emocionales descontroladas, el exceso de demandas, la falta de autonomía y de control sobre el trabajo y la falta de apoyo-, hubiera requerido una intervención psicosocial en profundidad y con carácter de urgencia para los y las sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma.

En ninguno de los centros analizados se ha iniciado, durante el tiempo de pandemia, una evaluación de riesgos psicosociales a pesar de que en varios centros ha sido solicitada por los delegados y delegadas de prevención.



8. Conclusiones generales

Las evaluaciones de riesgos analizadas junto con sus correspondientes planificaciones de la actividad preventiva nos dejan un panorama un tanto desolador en relación con la gestión y control de los riesgos psicosociales que se está realizando hasta ahora en nuestra Comunidad Autónoma.

Hemos podido comprobar la falta de rigor metodológico en un número importante de ellas, las cuales no responden a criterios mínimos de representatividad. Por otra parte, en algunos casos la información documental que se traslada a los delegados y delegadas de prevención es incompleta, lo que dificulta la actividad sindical.

También hemos constatado que no en todos los casos se ha realizado la planificación preventiva necesaria para eliminar o controlar los riesgos detectados en la evaluación. En aquellos casos en los que sí se ha realizado planificación es, por lo general, muy inconcreta ya que las propuestas preventivas son excesivamente generalistas e incluso, en algunos casos, meras declaraciones de intención que no vienen acompañadas de ningún procedimiento o protocolo que las desarrolle.

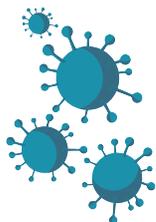
Se abusa en exceso de las medidas de carácter formativo e informativo, encontrándonos con planificaciones que únicamente proponen medidas de esta naturaleza. Por el contrario las medidas concretas dirigidas al origen del problema son muy escasas.

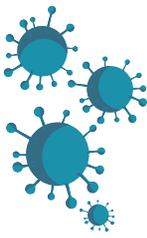
La propuesta en materia de participación a través de la creación de grupos de trabajo específicos impulsada por los y las delegadas de prevención sólo ha sido aceptada en aproximadamente un tercio de los casos. Si bien es cierto que esta exigencia no responde a ningún tipo de exigencia legal, en CCOO estamos convencidos de su eficacia en términos de mejora de las condiciones de trabajo.

Probablemente, si se hubiera realizado una adecuada gestión de los riesgos psicosociales con carácter previo a la pandemia en los centros sanitarios de nuestra Co-

munidad Autónoma, la situación de los trabajadores y trabajadoras hubiera sido algo más “llevadera” durante los momentos más difíciles de la misma.

No nos cabe duda que con una formación adecuada ante eventuales situaciones de emergencia, con los recursos materiales y los equipos de protección adecuados y con unas plantillas suficientemente dimensionadas, y con menos inseguridad en relación con su empleo y con sus condiciones de trabajo, la situación vivida durante estos meses no hubiera afectado, de la forma que lo ha hecho, a su salud, tanto física como psíquica.





9. Propuestas

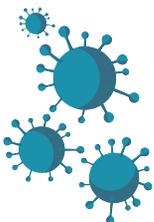
En CCOO Madrid pensamos que para mejorar la gestión y el control de los riesgos psicosociales en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid es necesario:

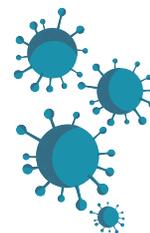
1. Evaluar los riesgos psicosociales con los métodos recomendados por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, dando prioridad a la utilización del método Ista 21 CoPsoQ.
2. Planificar la actividad preventiva. La evaluación de riesgos en sí misma es únicamente una herramienta para identificar los riesgos. Es imprescindible encontrar el origen de los riesgos y proponer medidas concretas para eliminarlos o reducirlos.
3. Garantizar, tanto en la evaluación como en la planificación, la participación de los delegados y las delegadas de prevención y de los propios trabajadores. Para ello es imprescindible acordar marcos formales y estables de negociación y diálogo que comprometan a ambas partes.
4. La intervención frente a los riesgos psicosociales implicará introducir cambios en la organización del trabajo.

Las medidas preventivas deben dirigirse a:

- a) Fomentar el apoyo entre las trabajadoras y los trabajadores entre ellos y con los superiores jerárquicos en la realización de las tareas, por ejemplo, potenciando el trabajo en equipo y la comunicación efectiva, eliminando el trabajo en condiciones de aislamiento social o de competitividad entre compañeros/as.
- b) Incrementar las oportunidades para aplicar los conocimientos y habilidades, así como potenciar el aprendizaje y el desarrollo de nuevas habilidades, por ejemplo, a través de la eliminación del trabajo estrictamente pautado, el enriquecimiento de tareas a través de la movilidad funcional ascendente o la recomposición de procesos que impliquen realizar tareas diversas y de mayor complejidad.

- c) Promocionar la autonomía de los trabajadores y trabajadoras en la realización de las tareas, por ejemplo, potenciando la participación efectiva en la toma de decisiones relacionadas con los métodos de trabajo, el orden de las tareas, la asignación de tareas, el ritmo, la cantidad de trabajo. Hay que acercar, tanto como sea posible, la ejecución al diseño de las tareas y a la planificación de todas las dimensiones del trabajo.
- d) Garantizar el respeto y el trato justo a las personas, proporcionando salarios justos, de acuerdo con las tareas efectivamente realizadas y cualificación del puesto de trabajo; asimismo garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades entre géneros y etnias.
- e) Fomentar la claridad y la transparencia organizativa, definiendo los puestos de trabajo, las tareas asignadas y el margen de autonomía.
- f) Garantizar la seguridad, proporcionando estabilidad en el empleo y en todas las condiciones de trabajo (jornada, sueldo, etc.), evitando los cambios de éstas contra la voluntad del trabajador/a.
- g) Proporcionar toda la información necesaria, adecuada y a tiempo para facilitar la realización de tareas y la adaptación a los cambios.
- h) Cambiar la cultura de mando y establecer procedimientos para gestionar personas de forma saludable.
- i) Facilitar la compatibilidad de la vida familiar, personal y laboral, por ejemplo, introduciendo medidas de flexibilidad horaria y de jornada de acuerdo con las necesidades derivadas del trabajo doméstico familiar y no solamente de la producción.
- j) Adecuar la cantidad de trabajo al tiempo que dura la jornada a través de una buena planificación como base de la asignación de tareas, contando con la plantilla necesaria para realizar el trabajo que recae en el centro y con la mejora de los procesos productivos o de servicio, evitando una estructura salarial demasiado centrada en la parte variable, sobre todo cuando el salario base es bajo.





- k) Es importante promocionar la autonomía de los trabajadores y trabajadoras, potenciando su participación directa en la toma de decisiones relacionadas con la realización de la propia tarea y las tareas de la sección o departamento. Se trata de establecer mecanismos para aumentar la autogestión en el contenido y en las condiciones de trabajo. Hay que conocer el origen los problemas y eso no lo explican los números.

Por otro lado, se ha puesto de manifiesto el sufrimiento de los y las sanitarias en la pandemia. La gran mayoría han manifestado tener secuelas, tanto físicas como psicológicas. En este sentido es urgente:

- a) Poner en marcha programas de asistencia al personal sanitario que lo requiera.
- b) Determinar las necesidades formativas de los sanitarios/as. Debería ser este colectivo el que las ponga de manifiesto. Son necesarios programas formativos tanto el ámbito clínico, de seguridad y salud e incluso formación para hacer frente a las situaciones conflictivas especialmente delicadas a las que se exponen.
- c) Garantizar la puesta a disposición del personal sanitario de los recursos materiales que sean necesarios. A día de hoy sigue habiendo quejas de falta de material.
- d) La falta de personal es, sin duda, uno de los problemas más relevantes en este sector. El importante grado de exposición a altas exigencias cuantitativas, junto con los altos ritmos de trabajo, reflejados en la inmensa mayoría de las evaluaciones de riesgo, así lo ponen de manifiesto. Esto queda ratificado por las opiniones vertidas en los cuestionarios sobre el dimensionamiento actual de las plantillas.
- e) Garantizar la estabilidad en el empleo, así como en las condiciones de trabajo.
- f) Los servicios de prevención deberían actuar, en cumplimiento del imperativo legal del artículo 31.2 de la LPRL, como verdaderos asesores, no solo de la empresa, sino también de los trabajadores y de sus representantes y órganos de representación especializados.

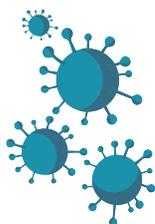
Desde nuestro punto de vista los servicios de prevención deberían asumir que la prevención es un proceso social y técnico (y no solo técnico), y dar voz a los que, en muchas ocasiones, conocen mejor que nadie a qué riesgos están expuestos y pueden aportar bastantes datos para solucionarlos.

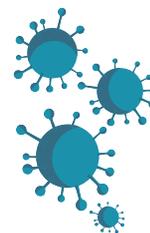
Desde la **Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO** se han elaborado una serie de **propuestas para la sanidad pública** cuya aplicación tendría enormes repercusiones en la mejora de los riesgos psicosociales en el sector.

Empleo

Dos objetivos son fundamentales; por un lado, incrementar las plantillas y, por otro, acabar con la excesiva temporalidad de estas.

- 1. Incrementar las plantillas en el Sistema Sanitario Público**, un 10% en Atención Especializada y un 20% en Atención Primaria. Durante esta pandemia se ha demostrado que las plantillas no estaban bien dimensionadas, máxime teniendo en cuenta que, de inmediato, se tendrá que volver a recuperar la normalidad atendiendo a todo lo no urgente que se ha dejado de atender durante toda la pandemia, período en el que se ha tenido que incrementar de forma exponencial las listas de espera quirúrgicas, pruebas diagnósticas, consultas externas, consultas en atención primaria, y evitar con ello un colapso del Sistema Sanitario Público.
- 2. Eliminar la tasa de reposición**, para permitir el incremento de las plantillas.
- 3. Prorrogar el II Acuerdo de empleadas y empleados públicos**, en lo que afecta a todas las plazas de estabilización que se acordaron, para evitar que estas plazas decaigan y firmar un nuevo acuerdo sobre un incremento de plazas a convocar.
- 4. Modificación del Estatuto Básico del Empleado Público**, con el objetivo de causalizar la contratación y evitar en un futuro que de nuevo se produzca un incremento indecente en el porcentaje de temporalidad, que en el sector sanitario ha llegado a rozar el 40%. Igualmente, habrá que acordar Ofertas Pú-





blicas de Empleo cada dos años, haciéndolas compatibles con un concurso de traslados abierto y permanente. Igualmente se deberá regular la indemnización para las empleadas y empleados públicos, en caso de cese, equiparándolos a los trabajadores y trabajadoras acogidas al Estatuto de los Trabajadores.

- 5. Aprobar el Real Decreto de homogeneización de baremos** que está acordado en el Ámbito de Negociación del Sistema Nacional de Salud, por unanimidad por parte de todos los sindicatos representativos, y que lleva más de dos años esperando su tramitación.
- 6. Incluir en el Estatuto Marco la figura de los puestos de difícil cobertura**, que permitan incentivar estos puestos. Incrementar a 10.000 plazas de residentes anuales (para todo el Estado), durante un período de 4 años, para cubrir las jubilaciones que se van a producir en este período.

Retribuciones y condiciones laborales

Recuperación de los derechos arrebatados a todo el personal de la sanidad pública: jornada laboral de 35 horas semanales para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, pagas extras al 100%, recuperación del 5% del salario, recuperar los fondos de acción social, fondos de formación para empleadas y empleados públicos, etc.

Clasificación profesional, carrera profesional, especialidades

Clasificación profesional. Se debe equiparar las competencias profesionales que hoy ejercen nuestros profesionales y nuestras profesionales a un nuevo modelo de clasificación profesional, reordenando funciones que son predemocráticas y adecuando el modelo de clasificación profesional a Europa. Una de las exigencias de CCOO es la culminación inmediata de la Disposición Transitoria del EBEP, porque no tiene mucho sentido que una disposición transitoria dure más de 12 años.

Carrera profesional. Se debe implantar el sistema de carrera profesional, para todas las categorías que trabajan en el sector sanitario de forma inmediata.

Especialidades. Se debe culminar las especialidades de enfermería, de forma inmediata, y permitiendo que aquellos y aquellas profesionales que hoy cumplirían los requisitos que impone la Ley, tengan una segunda oportunidad para la obtención del título de especialista por vía excepcional. Así mismo, se deben desarrollar las áreas de capacitación específica para el personal fisioterapeuta. Culminar la tramitación del Real Decreto sobre troncalidad, reconociendo la especialidad de urgencias.

Reconocimiento del Trabajo Social como personal sanitario.

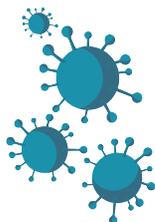
Investigación, innovación y nuevas tecnologías

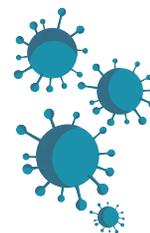
Investigación. Desde CCOO apostamos decididamente desde el sector público la investigación, con un incremento notable en la financiación pública, y reclamamos que el personal investigador forme parte de las plantillas de los hospitales públicos de toda España y se elimine la alta tasa de temporalidad en este colectivo.

Innovación y nuevas tecnologías. Desde CCOO reivindicamos un mayor compromiso desde el sector público y un aumento en la inversión, tanto en innovación como en nuevas tecnologías, y que esta inversión permita la dotación de material sanitario sin depender del mercado externo.

Prevención riesgos laborales

Actualización de las evaluaciones de riesgo específicas, exposición a agentes biológicos y a fármacos biopeligrosos.





Implantación de medidas colectivas adecuadas. La prevención de riesgos se ha demostrado como un eje central en los centros de trabajo, demostrando la escasa cultura preventiva de nuestras instituciones.

Formación e información continua. Es fundamental frente a los riesgos de exposición en un sector con alta rotación y temporalidad. Es imprescindible adecuar las plantillas de los distintos servicios frente al retorno de la actividad asistencial pospuesta por la crisis sanitaria y el refuerzo de personal para enfrentar una segunda oleada de Covid-19.

Asegurar un stock suficiente de EPIs para hacer frente a situaciones de crisis que puedan exponer a los y las trabajadoras de nuevo a un agente biológico nuevo.

Elaboración de protocolos comunes en la actuación de estos dispositivos.

Evaluaciones de riesgo psicosocial. Para intervenir en el origen
y no dar lugar al desarrollo del daño.

75

Reconocimiento como enfermedad profesional. A todos los profesionales que se hayan contagiado de la Covid-19.

Financiación

Para poder llevar a cabo todas estas medidas es imprescindible situar el gasto sanitario público en, al menos, el 7,2% del PIB, algo que CCOO viene reivindicando durante años. Ese incremento en la financiación debe estar acompañado de el gasto sanitario en Atención Primaria hasta el 25% del total del gasto sanitario, para conseguir acercar a la población los servicios sanitarios, y dar más capacidad resolutive a la Atención Primaria, y de este modo volver a retomar sus valores in-

trínsecos: educación para la salud, la prevención y la promoción valores olvidados que se han olvidado en esta última etapa.

En cuanto a Atención Primaria, entendemos desde CCOO que se debe potenciar todo lo relacionado con la Salud Pública, algo que no ha estado a la altura, por falta de medios, en esta pandemia.

Gasto farmacéutico

Uno de los datos que desde CCOO creemos francamente mejorable es el gasto farmacéutico, cuyas cifras de gasto superan con creces a los países de nuestro entorno. Se debe hacer una política de compras y de producción propia que rebaje ostensiblemente este gasto y permita reabrir el debate sobre el copago farmacéutico.

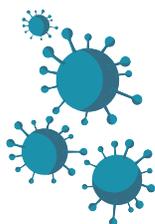
Dotación de medios. Se deben incrementar las camas hospitalarias públicas, y sobre todo las camas de UCIs, para evitar posibles colapsos ante un nuevo rebrote de virus.

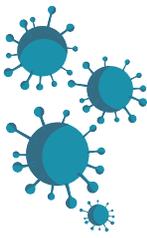
76

Decidida apuesta por lo público

Si algo nos ha dejado de bueno la pandemia ha sido la respuesta que ha dado nuestra Sanidad Pública. Para ello, se deben evitar en el futuro procesos de privatización del Sistema y se debe apostar claramente por la reversión de lo que se ha privatizado en el pasado, tanto hospitales como servicios concretos.

Para CCOO es ineludible la derogación de la Ley 15/97.





10. Anexo

CUESTIONARIO

1. ¿Consideras que la situación vivida durante los momentos duros de la pandemia ha afectado de forma significativa a tu estado de salud?

Desde el punto de vista físico: (Descríbelo)

Desde el punto de vista psíquico: (Descríbelo)

¿Crees que en la actualidad sufres estrés postraumático?

2. ¿Consideras que estabas suficientemente formado/a para abordar la situación extrema que se ha producido en vuestros centros sanitarios? En el caso de que la respuesta sea negativa, ¿habéis recibido dicha formación? Describe brevemente las necesidades formativas.

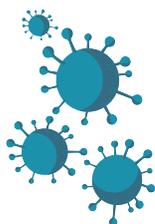
3. Consideras que contabas con los recursos materiales necesarios para hacer frente a la situación a la que has estado expuesto/a en el punto álgido de la pandemia? En el caso de que la respuesta sea negativa, ¿habéis recibido dichos recursos a lo largo de todo el tiempo en el que dura la pandemia?

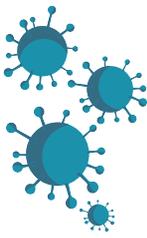
¿Habéis tenido los equipos de protección adecuados a vuestra disposición durante los momentos más duros de la crisis sanitaria? ¿Y en el momento actual?

4. ¿Piensas que en los momentos más graves de la pandemia la plantilla de tu centro de trabajo estaba bien dimensionada (con el personal suficiente)? En el caso de que la respuesta sea negativa ¿crees que se ha solventado esta situación?

5. Crees que la situación de inseguridad sobre el empleo (temporalidad, tipo de contrato, etc.) y sobre las condiciones de trabajo (carga de trabajo, jornada, descansos, conciliación, etc.) ha mejorado en relación a los momentos previos a la pandemia?

6. Tras la situación vivida, ¿cómo valoras el papel que ha jugado el servicio de prevención de tu empresa en todo este proceso? ¿Se está llevando a cabo alguna acción en materia de prevención de riesgos laborales? ¿Se ha realizado alguna intervención en el ámbito de los riesgos psicosociales? ¿Se han evaluado los riesgos psicosociales o se ha implementado algún tipo de medida preventiva?





11. Bibliografía

- Moncada S, Llorens C y Andrés R (Centro de Referencia en Organización del Trabajo y Salud-ISTAS), Moreno N (CCOO de Catalunya) y Molinero E (Departament d'Empresa i Ocupació, Generalitat de Catalunya): *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras* VERSIÓN MEDIA Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- *Propuestas CCOO post-covid-19. Una apuesta clara por una sanidad pública y un reconocimiento real al personal que trabaja en ella.* Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO .
- *FPSICO para evaluación de riesgos psicosociales.* Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Instituto Nacional de Seguridad y Salud.
- *Ley De Prevención De Riesgos Laborales* de 31/1995 de 8 de noviembre.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- www.istas.net
- Encuesta COTS “Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19” Facultad de Medicina y de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona e Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO).
- Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de la Seguridad UCM. SaniCovid-19: “Impacto emocional frente al trabajo por la pandemia del COVID-19 en Personal Sanitario”.

