

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ASOCIADAS A LAS ER PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO

estudios



VII Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales
de la Comunidad de Madrid (2025-2028)

**GRADO DE CUMPLIMIENTO
DE LAS MEDIDAS
PREVENTIVAS ASOCIADAS
A LAS ER PSICOSOCIALES
EN EL SECTOR SANITARIO**

estudios

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ASOCIADAS
A LAS ER PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO**

PRIMERA EDICIÓN: DICIEMBRE DE 2025

EDITA: CCOO DE MADRID

ELABORA: SECRETARÍA DE SALUD LABORAL DE CCOO DE MADRID

**COLABORA: INSTITUTO REGIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD
EN EL TRABAJO DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

DEPÓSITO LEGAL: M-27923-2025

**VII PLAN DIRECTOR DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2025-2028)**

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en la elaboración de este material en el marco del VII Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2025-2028 y no se hace responsable de los contenidos del mismo ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. El material elaborado recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
Introducción.....	9
CAPÍTULO 1. EL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID	9
Organización institucional del sistema sanitario.....	10
Red Sanitaria Única de Utilización Pública (RSUUP)	11
CAPÍTULO 2. INCIDENCIA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN ESPAÑA.....	15
CAPÍTULO 3. RIESGOS PSICOSOCIALES	21
CAPÍTULO 4. LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO	27
Trabajo a turnos y nocturno	30
Violencia en el Trabajo.....	31
Burnout	33
Mobbing	34
El servicio de intermediación de riesgos psicosociales de la Comunidad de Madrid (SIRP).....	37
Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE).....	40
CAPÍTULO 5. RIESGOS PSICOSOCIALES Y SU NORMATIVA DE APLICACIÓN.....	41
A. Constitución.....	41
B. Marco legal	42
C. Normativa europea	44
D. Acuerdos marco europeos	45

CAPÍTULO 6. EL ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS	47
Consecuencias del estrés	48
Especial atención a las personas trabajadoras en las unidades de salud mental	53
Consecuencias del estrés para las organizaciones.....	54
Consecuencias del estrés para el ámbito privado	56
 CAPÍTULO 7. LAS MUJERES EN EL SECTOR SANITARIO. UN SECTOR MUY FEMINIZADO	 57
 CAPÍTULO 8. GESTIÓN PARTICIPATIVA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES	 61
1. Por qué y para qué gestionar participativamente los riesgos psicosociales.....	61
2. Papel de las personas trabajadoras, sus representantes y la participación	62
3. Evaluación de riesgos psicosociales y método CoPsoQ-Istas 21	65
 CAPÍTULO 9. RESULTADOS DEL ESTUDIO	 71
Justificación y contexto del estudio	71
Objetivos del estudio	72
Metodología.....	73
Resultados.....	75
 CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES	 103
Muestra y Alcance del Estudio.....	103
Estado de las Evaluaciones de Riesgos Psicosociales	103
Proposición y aplicación de métodos.....	104
Constitución de grupos de trabajo paritarios.....	104
Participación en fases técnicas claves	104
Tasas de participación en la cumplimentación.....	104
Técnicas cualitativas complementarias	105
Difusión de Resultados y Comunicación	105
Realización de planificación de medidas preventivas.....	105
Efectividad percibida de las medidas	106
Seguimiento y mecanismos de verificación.....	106
Tipología de medidas propuestas	106

Tiempo de trabajo para la participación.....	107
Formato de cumplimentación.....	107
Conclusión.....	107
CAPÍTULO 11. PROPUESTAS.....	109
A. Calidad metodológica.....	109
B. Participación	110
C. Medidas de intervención el origen	110
D. Cultura preventiva	111
ANEXO 1	113
Cuestionario.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	121

PRESENTACIÓN

Los riesgos psicosociales son una dimensión presente en cualquier entorno laboral. Hacen referencia a condiciones de trabajo relacionadas con la organización, el contenido, la ejecución de las tareas, las relaciones interpersonales y el contexto en el que se desarrolla el trabajo.

No se trata de una problemática nueva ni exclusiva de un sector. Cualquier actividad que requiera coordinación, cumplimiento de plazos, toma de decisiones o interacción con otras personas genera dinámicas que pueden afectar al bienestar de quienes la desempeñan.

El sector sanitario presenta condiciones particulares. Los hospitales y centros de salud son entornos con exigencias emocionales intensas, urgencias frecuentes, responsabilidades críticas y coordinación constante entre múltiples profesionales. Se parte de la premisa de que los problemas existen, están documentados, y afectan tanto la salud de los y las profesionales como a la calidad y la sostenibilidad de la asistencia. La pregunta técnica no es “¿hay problema?”, sino “¿cómo lo estamos abordando hoy y qué podría hacerse mejor?”

El propósito de este diagnóstico es abrir un espacio de acción conjunta. Se trata de reconocer dónde estamos, qué funciona y qué necesita mejorarse.

La mejora en riesgos psicosociales es gradual y sostenible cuando se construye sobre información compartida, reconocimiento mutuo

de los desafíos y compromiso colectivo con soluciones. Eso requiere que quienes tienen un papel —administración, profesionales, representantes— sientan que sus preocupaciones se escuchen y que son parte activa de la solución.

La salud mental y el bienestar de los profesionales sanitarios afecta directamente a la calidad de la asistencia y a la viabilidad del sistema. Mejorar las condiciones de trabajo no es solo un derecho; es también una inversión en la calidad del servicio que reciben los pacientes.

Eso es responsabilidad de todas y todos.

Carlos Giménez Caminero

Secretario de Salud Laboral de CCOO de Madrid

CAPÍTULO 1. EL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Introducción

El sector sanitario se configura como el conjunto coordinado de recursos, normas, medios organizativos y acciones orientadas a garantizar el derecho a la protección de la salud de la población, integrando tanto recursos públicos como privados cuando se incorporan a las redes de utilización pública. Este marco se articula en España a través del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, que desarrollan su propia ordenación sanitaria para organizar territorial y funcionalmente la asistencia.

En el plano estatal, el Ministerio de Sanidad ejerce funciones de planificación estratégica, coordinación general del Sistema Nacional de Salud y gestión de servicios comunes (cartera común, sistemas de información, salud digital), conforme a su estructura orgánica básica actualizada por la normativa más reciente. En el plano autonómico, cada comunidad autónoma dispone de su propio servicio de salud, que actúa como ente gestor de la sanidad pública en su territorio y desarrolla la organización interna y territorial de los dispositivos asistenciales.

La sanidad en la Comunidad de Madrid se estructura a través de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública. El sector público es responsable de garantizar acceso a servicios sanitarios a todos los residentes. Proporciona servicios directamente a través de centros

de salud y hospitales públicos, y también puede contratar servicios con proveedores privados. Existe, asimismo, un sector privado de sanidad que funciona de manera independiente en la región¹. El sistema atiende a más de 7 millones de personas con acceso a la sanidad pública².

Organización institucional del sistema sanitario

A. Consejería de Sanidad

Es el órgano político y administrativo que dirige la política sanitaria en la región. Define las estrategias globales en materia de salud pública, planificación sanitaria, ordenación de los recursos y evaluación del sistema. También se encarga de³:

- ✗ La promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- ✗ La gestión de alertas sanitarias, vacunaciones y campañas de salud.
- ✗ La regulación de centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados.

La Consejería se estructura en cuatro Direcciones Generales dependientes de la Viceconsejería de Sanidad⁴:

- ✗ Dirección General de Salud Pública: competencia en vigilancia epidemiológica, promoción de salud y prevención.
- ✗ Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria: regulación y supervisión de centros.
- ✗ Dirección General de Investigación y Docencia: coordinación de actividades investigadoras y docentes.
- ✗ Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente: calidad asistencial y derechos de pacientes.

¹ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

² Memoria del Servicio Madrileño de Salud, 2024.

³ Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

⁴ Decreto 245/2023 por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.

B. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Es el organismo encargado de ejecutar las políticas sanitarias públicas a nivel regional⁵. Fue creado en 2001 mediante el traspaso de funciones y servicios del INSALUD a la Comunidad de Madrid.

Entre sus principales funciones están⁶:

- ✗ Gestionar los centros de atención primaria, atención hospitalaria y servicios de urgencia.
- ✗ Contratar y coordinar al personal sanitario.
- ✗ Supervisar la calidad asistencial.
- ✗ Establecer convenios con centros concertados o privados si es necesario.
- ✗ Integrar tecnologías de la información y sistemas de historia clínica electrónica.

C. Agencia de Contratación Sanitaria

La Agencia de Contratación Sanitaria es un organismo especializado creado recientemente. Se encarga de supervisar el gasto sanitario, controlar los contratos y garantizar que las compras de servicios y medicamentos sean eficientes⁷.

Red Sanitaria Única de Utilización Pública (RSUUP)

Cómo funciona

La RSUUP es el marco regulatorio que ordena cómo se estructura la sanidad en Madrid. Bajo este marco, el sector público proporciona los servicios sanitarios directamente y puede también contratar con proveedores privados⁸.

⁵ Real Decreto 1479/2001 sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

⁶ Decreto 246/2023 por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud.

⁷ Decreto 265/2023 por el que se establece la estructura directiva de la Agencia de Contratación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

⁸ Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

La red opera bajo cinco principios fundamentales: universalidad (cobertura para todos), equidad (acceso en igualdad), integralidad (atención completa), financiación pública (con impuestos), y participación ciudadana.

Prestación de servicios: estructura y niveles

El sistema está estructurado en dos grandes niveles asistenciales, que trabajan de forma complementaria:

- a) Atención Primaria. Es el primer nivel de acceso al sistema sanitario. Está formada por más de 430 centros de salud y consultorios locales repartidos por toda la región.
- b) Atención Especializada u Hospitalaria. Constituye el segundo nivel de atención. Atiende casos que requieren especialistas, cirugía, hospitalización o servicios de urgencia. Generalmente los pacientes llegan derivados desde atención primaria⁹.

La atención especializada se proporciona a través de 34 centros hospitalarios públicos¹⁰.

Clasificación de los hospitales¹¹

Los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid pueden clasificarse de la siguiente manera:

- ✗ **Hospitales de gran complejidad:** son grandes centros de referencia que ofrecen prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Tecnológicamente están altamente equipados y suelen estar vinculados a la investigación y a la docencia universitaria. Es el caso del Hospital Universitario La Paz.
- ✗ **Hospitales de complejidad intermedia:** son hospitales “de área” o generales. Cubren la mayoría de las urgencias y patologías comunes, pero derivan los casos muy complejos a los de gran complejidad. Atienden consultas externas, urgencias, hospitalización y cirugías comunes. Por ejemplo, el Hospital Universitario Infanta Leonor.

⁹ Ley 14/1986 General de la Sanidad.

¹⁰ Memoria del Servicio Madrileño de Salud, 2024.

¹¹ Hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud (página web Comunidad de Madrid).

- ✗ **Hospitales de complejidad baja:** atienden urgencias básicas, cirugía ambulatoria de bajo riesgo, hospitalización para procesos médicos y quirúrgicos simples. Son hospitales de referencia local para los municipios cercanos. Por ejemplo el Infanta Elena de Valdemoro.
- ✗ **Hospitales de apoyo:** son de media y larga estancia y sirve para descargar otros hospitales. Para personas que han superado una fase crítica de una enfermedad pero necesitan recuperación, cuidados paliativos o atención geriátrica antes de volver a casa. Por ejemplo el Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.
- ✗ **Hospitales monográficos:** están especializados en una rama específica de la medicina. Por ejemplo, el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

En relación con su función docente muchos hospitales madrileños son **hospitales universitarios**: Esto significa que están vinculados a universidades públicas o privadas y colaboran en la formación del personal médico, de enfermería y de otro personal sanitario, así como en la investigación biomédica. Casi todos los hospitales de gran complejidad son universitarios.

La red hospitalaria se organiza como un área sanitaria única, estructurada en siete direcciones asistenciales cuyo objetivo es dar cobertura a la atención primaria y evitar desplazamientos innecesarios para recibir atención especializada.

La ciudad de Madrid concentra la mayoría de los hospitales de alta complejidad, mientras que los hospitales comarcales atienden las zonas periféricas y los municipios del cinturón metropolitano y del norte, sur, este y oeste de la región. Cada hospital se integra dentro de una dirección asistencial, que coordina la atención con los centros de atención primaria, los servicios de urgencias y los recursos sociosanitarios.

Los trabajadores y las trabajadoras

La dotación de efectivos de los centros asistenciales de Servicio Madrileño de Salud superó los 80.000 profesionales según los últimos datos publicados por la Consejería de Sanidad. Estas personas trabajadoras están clasificadas en diferentes perfiles profesionales

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ASOCIADAS A LAS ER
PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO**

1. El sistema sanitario de la Comunidad de Madrid

y distribuidos en áreas asistenciales, centros de salud, hospitales, servicios de emergencias, salud mental y administración sanitaria¹².

En el siguiente cuadro podemos ver el número de trabajadores y trabajadoras que prestan sus servicios en los hospitales públicos de nuestra comunidad.

Tabla 1. Categorías profesionales por ámbito y género

Categoría profesional	Hombres	Mujeres	Total
Personal Directivo	100	140	240
Personal Sanitario Formación Universitaria	6.892	24.921	31.813
Personal Sanitario Formación Profesional	1.875	15.136	17.011
Personal Gestión y Servicios	4.445	9.356	13.801
TOTAL	13.312	49.553	62.865

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Servicio Madrileño de Salud. Datos a 31 de julio de 2025.

El acceso a la contratación en el SERMAS se rige por los principios de igualdad, capacidad, mérito y publicidad, a través de OPE, Bolsas de Empleo y convocatorias singulares.

¹² Memoria SERMAS 2024

CAPÍTULO 2. INCIDENCIA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN ESPAÑA

Según los datos de exposición a riesgos psicosociales para España, de la **Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2021 (EWCS 2021)**¹³, las exigencias del trabajo y su intensidad muestran resultados significativos. La mitad de las personas trabajan a gran velocidad (49,9%) y con plazos muy ajustados (49,2%). Además, 7 de cada 10 personas trabajadoras necesitan aprender cosas nuevas en sus puestos de trabajo (69,8%).

La autonomía en el trabajo hace referencia a aspectos de las condiciones de trabajo relacionados con la capacidad y posibilidad individual de cada persona para gestionar y tomar decisiones sobre el desempeño de su trabajo. Esta se estructura en dos grandes bloques: autonomía temporal y autonomía decisional.

Casi un tercio de las personas encuestadas no tiene autonomía sobre sus tareas. Un 26,7% no puede establecer el orden de sus tareas, el 32,8% no puede elegir el método de trabajo y el 30% no puede determinar la velocidad o el ritmo con el que trabaja. Hombres y mujeres no difieren significativamente en este aspecto, distribuyéndose los porcentajes de forma muy homogénea. Sin embargo, por tipo de contrato, las personas con contratación temporal sí presentan peores indicadores de autonomía: el 40,5% no puede establecer el orden de sus tareas, el 45% no puede elegir el

¹³ Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2021.

método de trabajo y el 40,1% no puede determinar la velocidad o el ritmo con el que trabaja.

Las exigencias emocionales se producen en aquellas situaciones en las que el desempeño de la tarea conlleva un esfuerzo emocional, generalmente 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 del trato con pacientes, clientela, etc.

En cuanto a las exigencias emocionales, el 66,5% ha respondido que habitualmente debe tratar directamente con personas que no son empleadas de donde trabaja (clientela, alumnado, pacientes, etc.). Por otra parte, casi 2 de cada 10 personas (18,4%) consideran que su trabajo implica enfrentarse a situaciones con repercusión emocional.

El apoyo social en el trabajo se refiere a aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en los entornos de trabajo, entendido como factor moderador del estrés, y se basa en la posibilidad de contar con apoyo instrumental o ayuda proveniente de otras personas del entorno de trabajo para poder realizar adecuadamente el trabajo.

El sentimiento de apoyo por parte de compañeras y compañeros de trabajo o de personas con un cargo superior obtiene buenos resultados con frecuencias de 84% y 73,4%, respectivamente. No obstante, hasta un 11% de la muestra encuestada afirma que nunca o casi nunca recibe este apoyo de sus superiores o superiores.

Un adecuado clima de trabajo, tanto en sentido horizontal (entre compañeras y compañeros), como en sentido vertical (entre personas trabajadoras y dirección), es importante para tener bienestar en el trabajo.

En general, el clima social de trabajo es percibido como positivo. El 66,9% de la población encuestada está plenamente de acuerdo en que la cooperación horizontal es la apropiada. Sin embargo, existe una asimetría en cuanto a la confianza: el 63,3% de las personas encuestadas está en total desacuerdo con que la dirección confíe en que los empleadas y empleados realizan bien su trabajo, mientras que solo el 37,6% está de acuerdo en que las empleadas y empleados confían en la dirección.

2. Incidencia de los riesgos psicosociales en España

En cuanto a la promoción profesional, la posibilidad de conseguir un ascenso lo consideran improbable el 25% de la población trabajadora encuestada. Los grupos con menores perspectivas de conseguir un ascenso son: las mujeres (27,3%), las personas de 51 años o más (29,9%), las personas con jornada parcial y las que tienen contrato temporal, con porcentajes del 30,4 y 30,2%, respectivamente.

La violencia, el acoso y la discriminación en el trabajo suponen un problema significativo. El 12,8% de las mujeres y el 10,8% de los hombres consideran que son objeto de discriminación en el trabajo. A medida que aumenta el nivel de estudios, disminuye el porcentaje de personas que se considera objeto de discriminación.

Ante la pregunta de si han sido objeto de ofensas verbales y amenazas, el 6,6% de las personas encuestadas manifiesta haber sido sometido a ofensas verbales o amenazas, y el 0,3% a atención sexual no deseada. Con relación a las conductas violentas, el 8,5% de las mujeres las sufre, frente al 4,8% de los hombres (diferencia estadísticamente significativa). Todas las víctimas de atención sexual no deseada fueron mujeres.

El 3,1% de las personas entrevistadas indica haber sufrido abuso, acoso o violencia. Las mujeres lo padecen en mayor proporción que los hombres (3,9% mujeres; 2,4% hombres), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

En cuanto a la organización del tiempo de trabajo y conciliación, el 36,7% de las personas respondió que su horario se adapta muy bien a los compromisos sociales y familiares, pero el 7,7% considera que su horario se adapta mal. La mala adaptación del horario de trabajo es más frecuente entre los hombres (8,7%), en la población con contrato temporal (9,3%) y en las personas trabajadoras autónomas (9,3%).

En cuanto al equilibrio trabajo-vida privada, con cierta frecuencia las personas trabajan en su tiempo libre para cumplir con las exigencias del trabajo. El 5,4% de las personas encuestadas respondió que lo hace todos los días, el 13,4% varias veces a la semana, el 16,7% varias veces al mes, el 25,3% con menos frecuencia y el 38% nunca.

Por otra parte, la imposibilidad de desconexión del trabajo se manifiesta en que más de una cuarta parte de las personas trabajadoras (28,2%) dice sentirse demasiado cansada después de trabajar como para encargarse de las tareas del hogar, y el 39%

sigue preocupada por su trabajo cuando no está trabajando. Estas circunstancias se presentan con mayor frecuencia en las mujeres y en las personas trabajadoras autónomas.

Atendiendo a los datos de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS), Niedhammer, Sultan-Taïeb, Parent-Thirion y Chastang, publicaron en la revista *International Archives of Occupational and Environmental Health*¹⁴, en 2022, un estudio en el que España presenta elevadas exposiciones a riesgos psicosociales del trabajo en comparación con otros 34 países europeos¹⁵. En concreto, España era el sexto con mayor exposición a alta tensión –la combinación de altas exigencias y bajo control (33,68%), y el segundo con peores niveles de inseguridad laboral (25,51%); la combinación altas exigencias y bajas compensaciones abarcaba al 13,86% de la población asalariada.

El **PANEL OTS**¹⁶ es un estudio longitudinal coordinado por el grupo de investigación en riesgos psicosociales, organización del trabajo y salud (POWAH) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), con la participación del Instituto de Estudios del Trabajo (IET) de la misma institución y de ISTAS - Fundación 1º Mayo de Comisiones Obreras. Su objetivo principal es conocer cómo la organización del trabajo afecta a la salud de la población asalariada residente en España.

Entre los resultados más relevantes respecto a la exposición a riesgos psicosociales, se observa que el 45,8% de los trabajadores y trabajadoras está expuesto a la situación más desfavorable para la salud de exigencias cuantitativas en el trabajo, el 34,2% a un elevado ritmo de trabajo, el 48,4% a exigencias emocionales en el trabajo y el 62,6% a conflicto trabajo-vida.

En relación con el control, el reconocimiento y el apoyo social, el 38,8% de los trabajadores y trabajadoras están expuestos a la situación más desfavorable para la salud en relación con la falta de influencia sobre las decisiones que afectan a su trabajo, y el 48,8% con la falta de posibilidades de desarrollo. El 72,2% de la muestra

¹⁴ Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe (Niedhammer et al), 2022.

¹⁵ Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Grupo de trabajo de riesgos psicosociales y salud mental, 2024.

¹⁶ Panel OTS. Informe General. Organización del Trabajo y Salud. 2024.

se encuentra en la situación de exposición más desfavorable para la salud respecto a la falta de reconocimiento en el trabajo, mientras que el 68,9% manifiesta una falta de apoyo social de sus compañeras o compañeros y el 66,5% de sus superiores y superiores.

Según el **Informe Salud mental y Trabajo del INSST¹⁷ (2023)**, basado en el Módulo especial de la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2020, hasta un 32% de la población encuestada refiere estar expuesta a presión de tiempo o sobrecarga de trabajo, factor que además se identifica como perjudicial para la salud mental. El siguiente factor ligado a la salud mental más identificado es el trato difícil con la clientela, pacientes, alumnado u otras personas usuarias, al que está expuesto el 16% de la población ocupada encuestada.

Las actividades más expuestas a factores laborales que pueden afectar a la salud mental fueron: Transporte y almacenamiento; Actividades financieras y de seguros; Administración pública y Actividades sanitarias y de servicios sociales.

¹⁷ El Informe de Salud Mental y Trabajo, del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), es un documento que recopila datos para diagnosticar la situación actual y proponer estrategias de intervención en la salud mental en el ámbito laboral, analizando factores como los riesgos psicosociales, su impacto en la población trabajadora y la necesidad de un sistema de vigilancia.

CAPÍTULO 3. RIESGOS PSICOSOCIALES

Los riesgos psicosociales han sido definidos por la Organización Internacional del Trabajo (1986) como “las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores través de sus percepciones y experiencias”¹⁸.

En la literatura científica, Cox & Griffiths (1995) los describen como “aquellos aspectos del trabajo, de la organización y de la gestión del trabajo, así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores”¹⁹.

Para el INSST, el concepto de factores de riesgo psicosocial hace referencia a “condiciones de trabajo relacionadas con la organización del trabajo, el contenido y la ejecución de las tareas y con las relaciones interpersonales y los contextos en los que se desarrolla el trabajo, que se materializan de manera inadecuada o deficiente (por diseño, por configuración, dimensionamiento y/o implantación), y que, cuando están presentes, aumentan la probabilidad de que se generen consecuencias negativas para la seguridad y la salud de los trabajadores y las trabajadoras”²⁰.

¹⁸ *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo*. Una visión general. INSST. 2019.

¹⁹ *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. INSST. 2010.

²⁰ *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. INSST. 2022.

Además de diferir en su naturaleza y mecanismos de acción, la exposición a factores de riesgo tiene, en la práctica, diversos orígenes, un hecho de gran importancia para la prevención. El origen de las exposiciones a los factores psicosociales debe buscarse en los contenidos y la organización del trabajo.

Por tanto, representan condiciones de trabajo que se relacionan con cuestiones como: cuánto trabajo hay que realizar, en qué plazos, a qué velocidad, qué nivel de conocimiento o destrezas se requiere para realizarlo, qué tipo de relaciones sociales existe entre los trabajadores y trabajadoras y los mandos, etc. Cuando estas condiciones de trabajo están diseñadas o implantadas de manera inadecuada o deficiente se convierten en factores de riesgo psicosocial y tendrán el potencial de afectar negativamente a la seguridad de los trabajadores y trabajadoras, a su salud física, cognitiva, emocional y/o social²¹.

Para analizar las relaciones entre la salud y los factores psicosociales resulta fundamental centrarse en los contenidos específicos de las actividades y tareas y en sus condiciones de realización (exigencias psicológicas que comportan, margen de autonomía que permiten, relaciones sociales que condicionan, compensaciones que ofrecen a cambio, posibilidades de aprendizaje y de desarrollo de habilidades que propician, perspectivas de promoción, estabilidad del empleo...). Se debe poner el énfasis en cómo se hacen las cosas y no solamente qué cosas se hacen.

El ambiente psicosocial no es más que el abanico socioestructural de oportunidades disponibles para la persona, para que esta pueda satisfacer sus necesidades de bienestar, productividad y auto experiencia positiva, promocionando el desarrollo de la autoestima y la autoeficacia²².

Un ambiente psicosocial que promueve la autoeficacia capacita a las personas para ejercer sus habilidades y para experimentar control. Un ambiente psicosocial que promueva la autoestima capacita a las personas para interactuar con las demás y para recibir el refuerzo adecuado para realizar bien sus tareas, beneficiando así la salud y el bienestar. Por el contrario, situaciones que limitan la autoeficiencia y la autoestima producen efectos negativos en la salud y el bienestar.

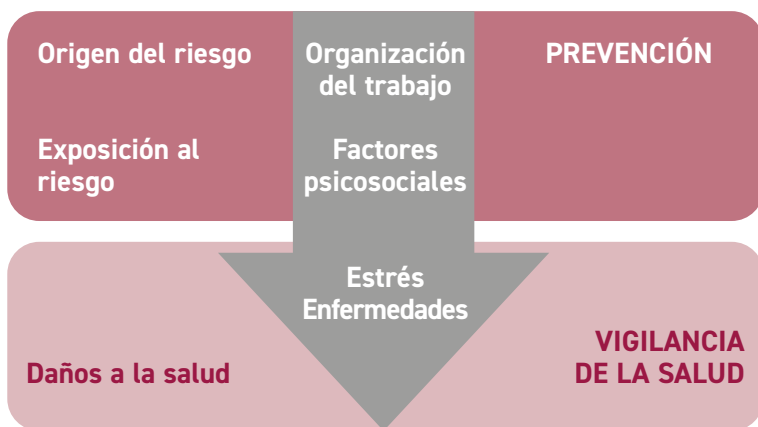
²¹ Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales. INSSST. 2022.

²² Manual del método CoPsoQ-Istas 21 para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales.

Los factores de riesgo psicosocial derivan de las condiciones de trabajo y su organización, y actúan a través de mecanismos fisiológicos y cognitivos cuyo resultado visible es el estrés. En términos de prevención de riesgos laborales:

- ✗ Los factores psicosociales representan la exposición, que debe identificarse y evaluarse.
- ✗ La organización del trabajo constituye el origen de esa exposición, sobre el cual se debe intervenir.
- ✗ El estrés actúa como precursor del efecto, es decir, de la enfermedad o el trastorno que pueda producirse y que se pretende evitar.

Figura 1. Prevención y vigilancia



Fuente: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).

En la actualidad coexisten diferentes clasificaciones más o menos homogéneas de factores de riesgo psicosocial, respecto a las cuales existe un consenso científico y técnico amplio y razonable basado en modelos teóricos con evidencia empírica, básicamente el Modelo demanda-control-apoyo social (Karasek. R., 1979; Johnson J. et al. (1989) y el Modelo esfuerzo-recompensa (Siegrist J., 1996).

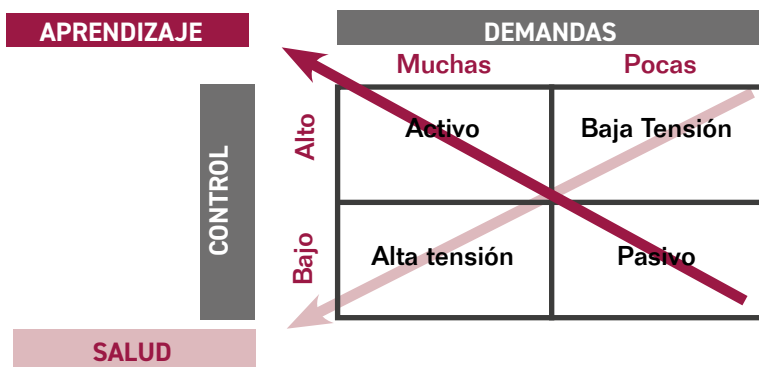
Modelo demanda-control²³

En este modelo, lo que se llama “control” se refiere a tener autonomía en el trabajo y la oportunidad de desarrollar las propias habilidades. Las exigencias psicológicas se refieren a la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible. El modelo demanda-control define cuatro grandes grupos de ocupaciones, que podemos apreciar en el siguiente esquema.

Figura 2. Modelo demanda-control

MODELO DEMANDA-CONTROL

R. Karasek, T. Theorell



Fuente: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).

Este modelo define cuatro grandes grupos de ocupaciones en función de los niveles de demandas psicológicas y control: activas (alta demanda, alto control), pasivas (baja demanda, bajo control), de baja tensión (baja demanda, alto control) y de alta tensión (alta demanda, bajo control). La situación más negativa para la salud se caracteriza por unas altas exigencias psicológicas y un bajo control (alta tensión).

El "control" es la dimensión que se ha demostrado más importante con relación a la salud, cuando se considera la exposición a los riesgos psicosociales.

Johnson y Hall introdujeron el apoyo social como tercera dimensión. El apoyo social hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros y compañeras como con mandos superiores. Actúa como modificador del efecto de la alta tensión, de tal forma que el riesgo de alta tensión aumentaría en situaciones de bajo apoyo social.

²³ NTP 603; Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control- apoyo social.

Modelo esfuerzo-recompensa

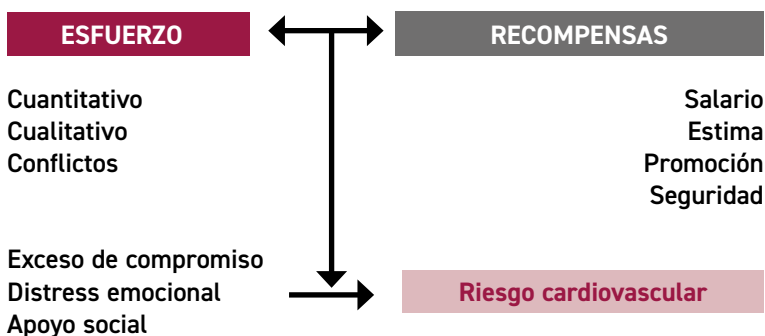
El modelo esfuerzo-recompensa, formulado por Siegrist (1996), explica el estrés laboral y sus efectos sobre la salud en función de las posibilidades que tienen las personas de gobernar su propio futuro o, dicho de otra forma, de las recompensas a largo plazo. La falta de recompensas en este modelo incluye la amenaza de despido y desempleo, la precariedad en el empleo, las degradaciones de categoría laboral y la falta de expectativas de promoción, entre otros aspectos.

Desde el punto de vista de la organización del trabajo, la interacción entre altas demandas (esfuerzo) y bajas recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud.

Figura 3. Modelo esfuerzo-recompensa

MODELO ESFUERZO-RECOMPENSA

J. Siegrist



Fuente: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).

Según lo expuesto, los riesgos psicosociales pueden estar presentes en la práctica totalidad de las ocupaciones, en las que se somete a la persona trabajadora a unas demandas a las que no puede ajustarse. Por lo tanto, los riesgos psicosociales tienen su origen en la organización del trabajo y no en las características de la personalidad de quienes se ven afectados, por lo que las actuaciones deben dirigirse hacia su origen, es decir, hacia aquellos elementos de las condiciones de trabajo y de su organización que resultan perjudiciales para la salud.

3. Riesgos psicosociales

Las investigaciones sobre estos factores han demostrado que el exceso de exigencias psicológicas, la falta de influencia y de desarrollo en el trabajo, la falta de apoyo social y calidad de liderazgo y las escasas compensaciones pueden ser nocivas para la salud, independientemente de la personalidad de las personas trabajadoras o de sus circunstancias personales o familiares.

CAPÍTULO 4. LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Los riesgos psicosociales y sus consecuencias sobre la salud tienen una importancia significativa en el ámbito laboral. Los factores psicosociales mantienen una relación intrínseca con la organización del trabajo, ya que una organización del trabajo deficiente incrementa el riesgo de desarrollar problemas de salud como depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, trastornos digestivos, fatiga y otros efectos adversos²⁴.

El estrés laboral, el síndrome de desgaste ocupacional (burnout)²⁵ y el acoso laboral (mobbing) constituyen manifestaciones concretas de la exposición a riesgos psicosociales. No son únicamente los factores tangibles, como los equipos de trabajo y las sustancias químicas, físicas o biológicas, los que causan problemas en el lugar de trabajo; los factores intangibles como duración de la jornada laboral, su distribución, el ritmo, la adecuación a las necesidades del trabajo, la formación, la información, las formas de apoyo social, la cohesión entre personas trabajadoras, también juegan un papel importante en el contexto de factores de riesgo laboral²⁶.

De igual forma, la relación entre la organización del trabajo y la salud no es tan visible como la que existe con otros factores de ries-

²⁴ *Efectos en la salud de los riesgos psicosociales*. Una visión general. INSST. 2018.

²⁵ OMS (2022). CIE-11, Código QD85: *Síndrome de desgaste ocupacional*. Clasificación oficial de la Organización Mundial de la Salud.

²⁶ *Factores y Riesgos Psicosociales*. INSST (2010).

go inherentes a maquinarias, lugares de trabajo, agentes químicos, físicos o biológicos. Sin embargo, respecto a las consecuencias de los riesgos psicosociales sobre la salud, en algunos contextos se han considerado los daños a la salud como un problema individual (basado en la personalidad de las personas) y no como un problema que tiene su origen en la organización del trabajo.

La literatura científica disponible proporciona fundamentos teóricos²⁷ más que suficientes para demostrar que la interacción entre las oportunidades y demandas ambientales, y las necesidades, habilidades y expectativas individuales pueden provocar daños a la salud, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración de la exposición al riesgo.

El trabajo de las personas que prestan sus servicios en el ámbito sanitario puede conllevar la exposición a factores de riesgo psicosocial vinculados a actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y de cuidados, así como a la promoción de la salud, la educación y la prevención de enfermedades.

Las personas trabajadoras del sector sanitario están expuestas a altas exigencias psicológicas²⁸, es decir, a demandas de carácter emocional, cognitivo y relacional que pueden ser de distintos tipos:

- ✗ **Cognitivas:** implican estar en constante aprendizaje, tomando decisiones rápidas y complejas.
- ✗ **Emocionales:** resultan de la necesidad de enfrentarse a situaciones estresantes relacionadas con la vida, la muerte, el dolor y el sufrimiento de las personas.
- ✗ **Cuantitativas:** la cantidad de personas a atender en relación con el personal disponible provoca sobrecarga de trabajo y la necesidad de realizar las tareas a ritmo acelerado.
- ✗ **Exigencias de esconder emociones:** deben gestionar y regular sus propias emociones frente a las personas usuarias, manteniendo la empatía profesional mientras protegen la privacidad y la confidencialidad de la información que manejan.

²⁷ Modelo Demanda-Control-Apoyo Social. R. Karasek,

²⁸ Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Málaga. 2014.

Según el informe *Impacto de la pandemia por COVID-19* elaborado por el Ministerio de Trabajo y Economía Social, que estudia la situación de riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios, la exposición en estos centros de trabajo a acontecimientos traumáticos derivados de la situación de crisis por la pandemia de COVID-19, que han dado lugar a efectos negativos sobre la salud física y psíquica del personal sanitario. En concreto, destacan la sobrecarga, el tiempo y ritmo de trabajo, las mayores exigencias cognitivas y emocionales, y los conflictos de rol derivados de la toma de decisiones de vital importancia como los factores de riesgo psicosociales con mayor impacto en el bienestar mental de los sanitarios²⁹.

Además de las exigencias psicológicas, las personas trabajadoras de centros hospitalarios podrían estar expuestas a los siguientes factores de riesgo³⁰:

- ✗ **Falta de control sobre los tiempos de trabajo:** dificultades para decidir cuándo descansar, tomar vacaciones o atender asuntos familiares, especialmente considerando la aparición continuada de emergencias impredecibles.
- ✗ **Inseguridad laboral y percepción de inestabilidad en el empleo:** percepción de inestabilidad, acompañada de movilidad funcional y geográfica, cambios frecuentes de horarios y variabilidad en las condiciones de trabajo.
- ✗ **Conflictos de rol:** enfrentar exigencias contradictorias derivadas de decisiones de sus superiores que no siempre comparten, la necesidad de tomar decisiones sobre tratamientos que pueden suponer un dilema ético y lidiar con expectativas diferentes de pacientes, familiares y compañeras y compañeros de profesión.
- ✗ **Falta de reconocimiento** por parte de superiores, familiares y pacientes.
- ✗ **Falta de previsibilidad:** la ausencia de la información necesaria, adecuada y a tiempo para adaptarse a los cambios organizacionales.

²⁹ *Salud Mental y trabajo. Evolución 1981-2023 y propuestas preventivas en el entorno laboral.* Informes, estudios e investigación 2024. Ministerio de Sanidad.

³⁰ *Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalario.* Universidad de Santiago de Compostela. Pablo Martín Lancharro. 2011.

- ✗ **Falta de apoyo social:** la falta de ayuda adecuada de superiores jerárquicos o de compañeras y compañeros para llevar a cabo el trabajo.
- ✗ **Liderazgo deficiente:** la presencia de mandos, personas responsables o coordinadoras, con capacidades limitadas para gestionar adecuadamente los equipos de trabajo.
- ✗ **Doble presencia:** exposición simultánea a demandas laborales y responsabilidades familiares y domésticas, limitando el tiempo y energía disponibles para cada ámbito.

Trabajo a Turnos y Nocturno

La duración y distribución del tiempo de trabajo representa uno de los aspectos relevantes de las condiciones de trabajo, con repercusiones en la vida laboral y familiar diaria de las personas trabajadoras³¹. Las necesidades de asistencia continua en los centros hospitalarios hacen que el trabajo a turnos y nocturno deba ser aspecto central en la prevención de riesgos laborales en dichas instituciones.

En algunos contextos donde las dotaciones de personal son limitadas se programan jornadas prolongadas para garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria. En los centros hospitalarios, la distribución de turnos de trabajo puede variar e incluir turnos fijos, rotatorios, jornadas de 12 horas fijas o rotatorias, guardias de 24 horas y otras modalidades adaptadas a las necesidades de cada servicio.

El trabajo a turnos y nocturno altera los ritmos circadianos, es decir, los ciclos biológicos que regulan el ciclo sueño-vigilia, la producción de hormonas y el metabolismo. Esta desadaptación **incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias (40%)**³² y ha sido clasificado por la IARC como **“probablemente cancerígeno en humanos” (2A)**³³.

³¹ Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, *Los efectos del trabajo por turnos en la salud*. 2022.

³² Acute night shift work is associated with increased blood pressure." *Journal Citation*, 2025.

³³ La IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer) ha clasificado el trabajo en turnos de noche como "probable carcinógeno para los humanos" (Grupo 2A). Esto significa que existe evidencia suficiente en modelos experimentales y evidencia limitada en humanos que sugiere una asociación entre el trabajo en turnos de noche y el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer.

Tabla 2. Consecuencias del trabajo a turnos y nocturno

Sociales y familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Menor contacto con familia y amistades por diferencias de horarios. - Dificultades para compatibilizar ocio. - Reducción de relaciones sociales y laborales por fatiga.
Salud física	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatías). - Alteraciones gastrointestinales (úlceras, gastritis, estreñimiento). - Mayor riesgo cancerígeno (grupo 2A IARC). - Complicaciones reproductivas (abortos, partos prematuros).
Salud mental y sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del sueño e insomnio. - Fatiga crónica. - Problemas mentales (ansiedad, depresión).
Hábitos y laborales	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento consumo tabaco, alcohol, somníferos. - Reducción rendimiento y calidad tareas. - Incremento accidentes laborales. - Mayor insatisfacción laboral.

Fuente: Elaboración propia.

Violencia en el Trabajo

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe mundial de 2002 sobre violencia y salud, define la «violencia ocupacional» como aquella que está constituida por incidentes en los cuales los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.

Factores que incrementan el riesgo de violencia ocupacional incluyen trabajar en solitario, deficiencia en diseño de puestos, presión asistencial elevada, formación insuficiente en protocolos de seguridad y atención al público. Se clasifica en violencia interna (entre miembros de la organización) y externa (pacientes, familiares, acompañantes) contra personal sanitario, pudiendo ser física, psicológica o social.

Existe violencia percibida como inherente al desempeño profesional, normalizada tanto por personas trabajadoras como usuarias,

frecuentemente invisibilizada, pero que afecta a la salud mental. Puede repercutir negativamente en la prestación de los servicios sanitarios, deteriorar la calidad de los cuidados y contribuir a patologías psicológicas, conductas adictivas y al abandono profesional.

En este sentido, un informe elaborado por la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO)³⁴, tras analizar más de 1.800 encuestas realizadas a personal de enfermería, revela que más del 76% de las personas encuestadas han sufrido agresiones verbales, físicas o psíquicas por parte de pacientes o familiares. Asimismo, el estudio documenta que el 65% de las enfermeras encuestadas no sienten reconocida su labor y su capacitación por parte de las personas usuarias de los servicios de salud donde trabajan.

El Ministerio de Sanidad constituyó en 2018 el *Grupo de Trabajo Técnico para el análisis y estudio de las agresiones a los profesionales del SNS*, con participación de representantes de todas las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Este grupo realiza informes anuales que analizan la extensión del problema a nivel nacional, permiten identificar tendencias y posibles soluciones, generan sensibilización poblacional sobre la importancia del respeto a los profesionales sanitarios y fundamentan la necesidad de medidas preventivas.

En los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid la violencia laboral se aborda mediante protocolos de prevención y actuación, creación de comisiones hospitalarias, y promoción de la formación y sensibilización del personal³⁵.

Normativa aplicable

- ✗ **Resolución 92/2019, de 1 de marzo**, Dirección General del SERMAS, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.
- ✗ **Resolución de 26 de septiembre de 2017**, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se

³⁴ *Estudio sobre las condiciones laborales del personal de enfermería. Categoría enfermera/o*. Editado por la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO. Abril de 2025.

³⁵ Resolución 92/2019. Dirección General SERMAS. Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en Trabajo.

aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

- X Resolución de 28 de diciembre de 2023**, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se modifica el Protocolo de Prevención y Actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

Se han constituido comisiones hospitalarias contra la violencia en prácticamente la totalidad de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid cuyo cometido es coordinar actuaciones para prevención, detección precoz e intervención asistencial ante la violencia en el ámbito sanitario. Estas comisiones asesoran al organismo responsable de la atención hospitalaria, aprueban el plan de trabajo anual y determinan las necesidades de formación específica.

Burnout

Según la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), el desgaste laboral entre los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario no deja de crecer, situándose en cifras que ya se pueden considerar preocupantes, al superar el 25% de afectación³⁶.

Maslach (1976) define el síndrome de burnout como exclusivo de las profesiones de ayuda. Más tarde, junto con Jackson (1986), redefine el síndrome como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”, extendiendo el fenómeno a otras profesiones que no son consideradas de ayuda.

Es importante destacar que esta patología no se origina por deficiencias en la personalidad individual, sino por la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo. No obstante, en ocasiones, puede haber una tendencia a naturalizar la carga psíquica, asumiéndola como un componente inherente al puesto; esta percepción conlleva el riesgo de interpretar, erróneamente,

³⁶ Informe bienal SESPAS. Mayo de 2024. *El “burnout” entre el personal sanitario: una epidemia.*

que el daño a la salud proviene de una supuesta falta de aptitud o resistencia individual.

La realidad es que se trata de una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. Las consecuencias de esta interacción son lo que se denomina “síndrome de estar quemado por el trabajo” o “síndrome de burnout”. Lo que diferencia y caracteriza a este síndrome es que el daño se produce por una exposición a riesgos psicosociales en los entornos de demandas de servicio humano; es decir, donde se exige expresar emociones socialmente deseables y ocultar el resto de las emociones.

Las personas trabajadoras se encuentran descontentas consigo mismas e insatisfechas con los resultados laborales, presentan sentimientos de vacío y baja tolerancia a la frustración, así como síntomas físicos típicos del estrés como cansancio, malestar general, insomnio y alteraciones gastrointestinales.

Se consideraría, por tanto, como una respuesta al estrés laboral crónico, que suele presentarse generalmente en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios, y más concretamente en los profesionales de la salud.

El origen del síndrome de estar quemado en el trabajo se sitúa en las demandas de interacción del entorno laboral, fundamentalmente con las personas usuarias de la organización. Cuando estas demandas son excesivas y conllevan una tensión emocional, se dan las condiciones para que las fuentes de estrés provoquen, en las personas trabajadoras, una serie de respuestas que constituyen los síntomas de este síndrome.

Mobbing

El mobbing, o acoso psicológico en el trabajo, es el fenómeno según el cual una persona se convierte en blanco o diana del grupo al que pertenece, siendo sometida por este o por alguno de sus miembros-generalmente con la permisividad del resto- a una persecución que puede provocar importantes trastornos en su salud, tanto física como psíquica y social, siendo necesaria en muchos casos la asistencia médica y psicológica.

Probablemente, de entre todas las definiciones existentes hasta el momento, la más interesante sea la que en la década de los 80 del siglo pasado realizó Heinz Leymann, que define el mobbing como “el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente -al menos una vez por semana- y durante un tiempo prolongado -más de seis meses- sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo³⁷”.

Para Leymann, el acoso psicológico en la vida laboral conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética, que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada a base de acciones de hostigamiento frecuentes y persistentes.

Como consecuencia de la alta frecuencia y larga duración de estas conductas hostiles, tal maltrato se traduce en un enorme suplicio psicológico, psicosomático y social. La definición excluye los conflictos puntuales y temporales y focaliza un punto en el tiempo, donde la situación psicológica comienza a traducirse, psiquiátrica o psicodinámicamente, en condiciones patológicas. En otras palabras, la distinción entre “conflicto” y “psicoterror” no se centra en qué se hace, o cómo se hace, sino en la frecuencia y duración de lo que se hace³⁸.

Cuando la prevención falla, la empresa debe tener previstas las medidas oportunas para dar respuesta a las situaciones de posible acoso psicológico que puedan producirse.

Probablemente, el protocolo contra el acoso psicológico en el trabajo sea la medida de intervención más utilizada para la resolución interna de conflictos. Estos protocolos no son en sí mismos una medida de carácter preventiva, sino que nos encontramos ante una medida reactiva, en tanto en cuanto se aplica cuando ha fallado la prevención, si bien es cierto que esta medida puede tener

³⁷ Heinz Leymann: “The definition of mobbing at Workplaces”. *The Mobbing Encyclopaedia*.

³⁸ *European journal of work and organization al psychology*, 1996. Contenido y desarrollo del acoso grupal/moral (“mobbing”) en el trabajo. Traducción de Francisco Fuertes, profesor de Psicología de las Organizaciones.

ciertos efectos preventivos puesto que puede servir como elemento disuasorio que retraiga a los sujetos de la empresa de practicar conductas ofensivas³⁹.

PROTOCOLO GENERAL DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A TODOS LOS TIPOS DE ACOSO EN EL TRABAJO EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y LOS ORGANISMOS PÚBLICOS VINCULADOS O DEPENDIENTES DE ELLA

Con la publicación del Acuerdo de 09 de mayo de 2017 del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba expresa y formalmente el Acuerdo de 19 de abril de 2017 adoptado por la Mesa General de Negociación de los empleados públicos, la Administración de la Comunidad de Madrid se dotó de un protocolo general de prevención y actuación frente a todos los tipos de acoso en el trabajo y de un Protocolo General de prevención y actuación frente a todos los tipos de violencia en el trabajo⁴⁰.

El Protocolo General de prevención y actuación frente a todos los tipos de acoso en el trabajo se configura como el instrumento general de actuación de la Comunidad de Madrid frente a todas las situaciones de acoso que se puedan producir en el entorno laboral de su administración pública, ya se trate de acoso psicológico, acoso sexual, acoso por razón de sexo o de orientación sexual y acoso discriminatorio, manifestando formalmente su compromiso de adoptar una política de tolerancia cero con respecto a situaciones o manifestaciones de acoso.

Con el fin de asegurar que todos los empleados públicos disfruten de un entorno de trabajo en el que la dignidad de la persona sea respetada y su salud no se vea afectada, cada consejería y organismo debe declarar formalmente, por escrito, que rechaza todo tipo de conducta que sea constitutiva de acoso, en todas sus formas y modalidades, sin importar quién sea la víctima o quién acosa ni su rango jerárquico. Asimismo, debe comprometerse a establecer una

³⁹ Criterio Técnico 69/2009 sobre las actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de acoso y violencia en el trabajo.

⁴⁰ El Protocolo de Prevención y Actuación frente al acoso en la Administración de la Comunidad de Madrid se aplica a todas las personas que presten servicios en la Administración y sus organismos vinculados o dependientes, independientemente de la naturaleza jurídica de su relación laboral, y quedan excluidas de su ámbito de aplicación las empresas externas contratadas.

cultura organizativa en normas y valores que prevengan el acoso, declarando como principio básico el derecho de los empleados públicos a recibir un trato respetuoso y digno y recordando que los mismos, de producirse, podrán ser calificados de falta muy grave.

Entre los elementos más relevantes de dicho protocolo hay que señalar la creación de un Comité Asesor, así como el establecimiento de las medidas de prevención necesarias frente a los distintos tipos de acoso en el entorno laboral. El acuerdo establece que el Comité Asesor estará formado por una persona representante de la administración, personal técnico del servicio de prevención, un delegado o delegada de prevención o representante de los empleados/as públicos y una persona experta designada al efecto.

Además, el acuerdo recoge también la obligación de que los Servicios de Prevención realicen la evaluación de los riesgos psicosociales, asesorando a las Consejerías y Organismos en la elaboración de la planificación de actuaciones preventivas que resulten necesarias, en la que se indicarán los plazos, responsables y actuaciones concretas necesarios para minimizar los riesgos detectados.

El servicio de intermediación de riesgos psicosociales de la Comunidad de Madrid (SIRP)⁴¹

En el año 2002, la Asamblea de Madrid adoptó, el 17 de abril, la Resolución 1/2002 por la que se constituyó una Comisión de Trabajo en el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo, formada por personal técnico del mismo, representantes de los agentes sociales y profesionales relevantes en la materia, con el objetivo de: analizar, estudiar y dimensionar el acoso moral en el trabajo en la Comunidad de Madrid, así como las consecuencias derivadas del mismo.

El 16 de septiembre de 2005, mediante la Orden 3453/2005, se convoca la provisión de puestos de trabajo para su incorporación en el Servicio de Intermediación en Riesgos Psicosociales del Organismo Autónomo Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. El 20 de abril de 2006, mediante resolución 15/2006, la Asamblea de Madrid formula la propuesta de un Plan de Actuación en materia

⁴¹ *Prevención de los riesgos psicosociales. Intermediación en riesgos psicosociales. Prevención Práctica.* Consejería de Economía, Empleo y Hacienda de la Comunidad de Madrid. 2017.

de riesgos psicosociales que permita una orientación, actuación y evaluación cercana y directa de los riesgos emergentes en la Comunidad de Madrid.

¿Qué hace el SIRP?

El Servicio de Intermediación en Riesgos Psicosociales (SIRP) es un servicio de mediación y asesoramiento especializado en riesgos psicosociales laborales. Actúa como intermediario neutral entre trabajadores, trabajadoras y empleadores para resolver conflictos relacionados con la salud mental y el bienestar en el trabajo.

La intermediación del SIRP es una estrategia de mediación voluntaria que opera cuando las partes consideran que no pueden resolver un conflicto por sí mismas, especialmente cuando existe manejo inadecuado de la situación o cuando se detectan efectos sobre la salud. El SIRP interviene en conflictos que implican la aplicación de normas de prevención de riesgos laborales o situaciones de riesgo psicosocial laboral.

El Servicio tiene un carácter de intermediación y mediación voluntaria para empresas y personas trabajadoras en materia de acoso psicológico en el trabajo, conflictos relacionales y de tarea, y cuestiones de organización del trabajo. Sus objetivos incluyen analizar y evaluar los riesgos psicosociales e impulsar actuaciones encaminadas a vigilar dichos riesgos.

El objetivo de trabajo del SIRP se desarrolla dentro de la disciplina de prevención de riesgos laborales en materia de psicología aplicada.

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ASOCIADAS A LAS ER
PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO**

4. Los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario

Tabla 3. Funciones específicas SIRP

SERVICIO	FUNCIONES ESPECÍFICAS	A QUIÉN VA DIRIGIDO	OBJETIVOS
Asesoramiento y apoyo técnico en materia de riesgos psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Consultoría especializada en prevención de riesgos psicosociales • Evaluación técnica de condiciones laborales; • Propuestas de mejora 	Empresarios/as Trabajadores/as Organizaciones Organismos Agentes sociales	Fomentar la calidad y buena práctica en relación con la prevención de riesgos psicosociales
Intermediación en conflictos psicosociales en el entorno laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Actuaciones con los solicitantes • Registro de las solicitudes de intermediación presentadas por escrito • Actuaciones con la organización • Actuaciones mediadoras que posibilitan la participación y la comunicación • Seguimiento de la intervención 	Trabajadores/as y Organizaciones implicadas en conflictos	Intermediar entre trabajadores y organizaciones, proponiendo alternativas constructivas que respondan a las necesidades de los trabajadores mientras se promueve la sensibilización y se mejoran las condiciones psicosociales de las organizaciones, así como la identificación de la satisfacción alcanzada mediante un seguimiento de la intervención
Información y divulgación sobre riesgos psicosociales y su prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de documentos divulgativos e informativos: guías de prevención, folletos informativos, etc. • Participación en foros para informar sobre actuaciones e investigaciones del SIRP sobre los riesgos psicosociales en el trabajo: congresos, jornadas, mesas redondas, etc. 	Público general Trabajadores/as Empresas Comunidad científica	Elaborar nuevos documentos divulgativos e informativos que muestren las investigaciones y actuaciones realizadas
Formación en prevención de riesgos psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos en prevención de riesgos psicosociales, del estrés, del burnout, acoso laboral o mobbing, acoso sexual y violencia en el trabajo • Promoción de la psicología del trabajo en las organizaciones 	Personal de empresas Directivos/as; Mandos intermedios Agentes sociales	Formar en materia preventiva sobre riesgos psicosociales fomentando un diálogo abierto, que impulse la actuación de la psicología en las organizaciones

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ASOCIADAS A LAS ER PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO

4. Los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario

SERVICIO	FUNCIONES ESPECÍFICAS	A QUIÉN VA DIRIGIDO	OBJETIVOS
Análisis e investigación en prevención de riesgos psicosociales	<ul style="list-style-type: none">• Estudios en salud psico-social• Estudios técnicos de orientación y actuaciones en riesgos emergentes psicosociales• Estudios de factores psicosociales y perspectiva de género• Investigación de daños y consecuencias derivadas de organizaciones disfuncionales	Organizaciones Administración pública; Comunidad científica	Identificar y contribuir a crear y/o mantener ambientes laborales sanos; también estudios de perspectiva de género con el fin de comprobar la incidencia de los factores psicosociales en hombres y mujeres y tratar de minimizarlos y erradicarlos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la CM⁴²

Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE)

Se trata de un programa específico de atención psicológica y médica dirigido a las personas trabajadoras del sector de la salud que padecen problemas de salud mental o adicciones relacionadas con su trabajo. Este programa busca ofrecer una respuesta profesional, anónima y confidencial para ayudar al personal sanitario a recuperarse, garantizando así tanto su bienestar como la seguridad de los usuarios a los que atienden.

⁴² *Prevención de los Riesgos Psicosociales. Intermediación en Riesgos Psicosociales.* Consejería de Economía, Hacienda y Empleo. 2017.

CAPÍTULO 5. RIESGOS PSICOSOCIALES Y SU NORMATIVA DE APLICACIÓN

A. CONSTITUCIÓN

En su artículo 15, la Constitución española establece que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral”. Este derecho fundamental constituye la base para cualquier medida de protección contra daños que afecten a la integridad de las personas, incluyendo los de carácter psíquico.

El artículo 40.2 de la Constitución, en su Capítulo Tercero sobre Principios Rectores de la Política Social y Económica, establece que “los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y la readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados”.

El artículo 43.1 de este mismo capítulo reconoce el derecho a la protección de la salud, establece que “se reconoce el derecho a la protección de la salud”, mientras que el apartado 43.2 especifica que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios”.

B. MARCO LEGAL

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

La Ley General de Sanidad establece los principios fundamentales del sistema sanitario español. En su enfoque integral de la salud reconoce que la protección de la salud comprende tanto el bienestar físico como psíquico y mental de las personas.

Los artículos 3 a 17 de la Ley General de Sanidad recogen los principios generales que orientan el sistema sanitario hacia la “promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades” como objetivo prioritario, incluyendo una “concepción integral” que abarca todos los aspectos de la salud individual y comunitaria.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)

Esta ley constituye el marco fundamental para la evaluación y prevención de riesgos laborales en España, incluyendo explícitamente los riesgos psicosociales.

En su artículo 4, la LPRL señala que “se entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”. El mismo artículo, en su apartado 3, señala que “se considerarán como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

En el apartado 7º de este 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...”. Esta definición es crucial para reconocer que la organización del trabajo y sus aspectos psicosociales son factores de riesgos laborales.

El artículo 14 de la LPRL reconoce que “los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”. Los empresarios y empresarias, en cumplimiento de

su deber de protección, deben “garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”.

Los principios de la acción preventiva, enunciados en el artículo 15, son de aplicación directa a todos los riesgos laborales, incluyendo los psicosociales. El apartado 1.d) establece la obligación de “adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos, así como a la elección de los equipos de trabajo y de producción con miras en particular a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud”.

El apartado 1.g) del mismo artículo 15 requiere “planificar la prevención buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales, y la influencia de los factores ambientales en el trabajo”. Esta disposición es de especial relevancia para los riesgos psicosociales, ya que obliga a considerar simultáneamente la organización del trabajo, las condiciones laborales y las relaciones sociales como elementos integrados en la prevención.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención

Este reglamento desarrolla la LPRL y establece los requisitos de formación y especialidades necesarios en los servicios de prevención.

El reglamento reconoce explícitamente la psicología como disciplina preventiva obligatoria. En su articulación de especialidades y disciplinas preventivas, especifica que deben incluirse “Medicina del Trabajo, Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial, y Ergonomía y Psicología aplicada”.

El reglamento requiere que los servicios de prevención propios “cuenten, como mínimo, con dos de las especialidades o disciplinas preventivas” mencionadas, “desarrolladas por expertos con la capacitación requerida para las funciones a desempeñar”. Esto institucionaliza la necesidad de contar con profesionales especializados en psicología del trabajo para la evaluación y prevención de riesgos psicosociales.

Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 2/2015)

El Estatuto de los Trabajadores reconoce una serie de derechos que guardan estrecha relación con la protección contra riesgos psicosociales, complementando la normativa de prevención.

El artículo 17 del Estatuto protege el derecho a “no ser discriminados directa o indirectamente para el empleo o, una vez empleados, por razones de estado civil, edad, origen racial o étnico, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, identidad sexual, expresión de género, características sexuales, afiliación o no a un sindicato, discapacidad, así como por razón de sexo”.

El artículo 18 recoge el derecho a la “inviolabilidad de la persona del trabajador”.

El artículo 19 especifica derechos clave para la prevención de riesgos psicosociales:

- ✗ Apartado c): “A no ser discriminadas directa o indirectamente para el empleo o, una vez empleados, por razones de estado civil, edad, origen racial o étnico, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual...”.
- ✗ Apartado d): “A su integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales”.
- ✗ Apartado e): “Al respeto de su intimidad y a la consideración debida a su dignidad, comprendida la protección frente al acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, y frente al acoso sexual y al acoso por razón de sexo”.

C. NORMATIVA EUROPEA

Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989

Esta es la Directiva Marco de la Unión Europea sobre seguridad y salud en el trabajo. Aunque fue aprobada en 1989 y no menciona explícitamente los “riesgos psicosociales” con esa terminología, existe consenso en las inspecciones de trabajo europeas respecto a la inclusión tácita e implícita de estos riesgos en sus disposiciones generales.

La Directiva 89/391/CEE establece el principio general de que las normas de seguridad y salud en el trabajo comprenden todos los riesgos para la salud derivados del trabajo sin que quepan excepciones. Conforme a esta interpretación amplia, los riesgos psicosociales están comprendidos en el ámbito de aplicación de la Directiva.

D. ACUERDOS MARCO EUROPEOS

Los Acuerdos Marco a continuación descritos no son leyes ni directivas, sino acuerdos entre interlocutores sociales europeos (sindicatos, confederaciones empresariales). Aunque no tienen carácter vinculante como normas legales, han sido suscritos por los principales actores del diálogo social europeo y sirven de referencia para políticas de prevención en los Estados miembros.

Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés Ligado al Trabajo (2004)

El Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés Ligado al Trabajo, suscrito en 2004, reconoce la importancia de esta cuestión en el diálogo social europeo.

El acuerdo establece explícitamente que “conforme a la Directiva marco 89/391, todos los empleadores tienen la obligación legal de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores. Esta obligación se aplica igualmente a los problemas de estrés ligado al trabajo en la medida en que presenten un riesgo para la salud y la seguridad”.

El documento señala también que “si se identifica un problema de estrés ligado al trabajo, se deben tomar medidas para prevenirlo, eliminarlo o reducirlo. La determinación de las medidas adecuadas es responsabilidad del empleador. Estas medidas serán aplicadas con la participación y colaboración de los trabajadores y/o de sus representantes”.

Este acuerdo enfatiza que la responsabilidad primaria de prevención recae en el empleador y que cualquier intervención debe llevarse a cabo con participación de las personas trabajadoras.

CAPÍTULO 6. EL ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS

Dada la dificultad de interpretar las distintas situaciones de estrés laboral desde un punto de vista jurídico, sin ninguna duda, la mejor arma para combatirlo sigue siendo la prevención de los riesgos psicosociales, fundamentalmente en lo relativo a todos los aspectos vinculados con la organización del trabajo, que son causantes de su aparición⁴³.

Esta dificultad para abordar el estrés, junto con todos los fenómenos que lo rodean, y sus consecuencias jurídicas, probablemente se debe a que la relación entre la organización del trabajo, los factores psicosociales y la salud no parece tan evidente como la que existe entre otros factores de riesgo (el ruido, por ejemplo) y la salud⁴⁴.

Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos, y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.), y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas⁴⁵),

⁴³ INSST. Página oficial. Estrés Laboral.

⁴⁴ *Riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo*. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

⁴⁵ Las "reacciones neuroendocrinas" son respuestas fisiológicas del cuerpo a estímulos que involucran la interacción entre el sistema nervioso y el sistema endocrino. Se trata de la liberación de hormonas en la sangre por células especializadas en respuesta a señales nerviosas, para regular funciones vitales como el estrés, el metabolismo, la reproducción y la homeostasis (el equilibrio interno del cuerpo).

“El estrés en el trabajo es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”⁴⁶.

Consecuencias del estrés

Los trastornos asociados al estrés laboral incluyen un amplio abanico y van desde los situados en la esfera psicosocial a corto plazo (ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos) hasta los de la esfera biológica a más largo plazo (afecciones cardiovasculares, úlceras de estómago o trastornos musculoesqueléticos).

Se ha sugerido que el estrés podría afectar todas las condiciones de salud física y mental, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que afectan los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular, además de la salud mental.

El estrés activa una alarma en el cerebro y este responde preparando al organismo para emprender acciones defensivas de «atacar o huir», preprogramadas biológicamente. La reacción ayuda al individuo a defenderse en situaciones de peligro y es parecida en todas las personas.

Los episodios de estrés poco frecuentes o de corta duración no representan un riesgo importante. Sin embargo, cuando las situaciones estresantes siguen sin resolverse durante mucho tiempo, el organismo se mantiene en un estado de activación constante que aumenta su ritmo de deterioro. Por último, cuando el sistema inmunitario del organismo se ve seriamente comprometido, sobreviene la fatiga y se producen lesiones. En consecuencia, aumenta el riesgo de aparición de traumatismos y enfermedades.

Las enfermedades gástricas, las cefaleas, las alteraciones del sueño y del estado de ánimo, la depresión y el deterioro de las relaciones

⁴⁶ Definición de la Comisión Europea.

6. El estrés y sus consecuencias

con la familia, las amistades y/o los compañeros y compañeras de trabajo están entre los primeros síntomas de estrés⁴⁷.

Al mismo tiempo, la persona en el trabajo puede hacerse vulnerable a las enfermedades infecciosas. También se presentan los característicos «comportamientos evasivos», cuando las personas sometidas a un estrés constante optan por tomar algún tipo de medicamento (analgésicos, somníferos u otros medicamentos que, en algunos casos, pueden llegar a ser muy peligrosos si se usan sin prescripción médica), fumar, tomar alcohol o ingerir drogas. Las personas pueden habituarse a consumir estas sustancias dado su poder adictivo, y si no las tienen a su alcance, aumenta su estado de ansiedad y, con ello, el grado de estrés.

Para las empresas, los efectos negativos incluyen un bajo rendimiento general, el aumento del absentismo y el presentismo, y una mayor rotación, así como un incremento en el número de accidentes y lesiones.

Las ausencias relacionadas con la salud mental tienden a ser más largas que las derivadas de otras causas, y los factores de riesgo relacionados con el trabajo son un elemento importante que contribuye al aumento de las tasas de jubilación anticipada. Las estimaciones del coste para las empresas y la sociedad son significativas y ascienden a miles de millones de euros a escala nacional⁴⁸.

Aumenta también la preocupación por la interferencia de las condiciones laborales estresantes en las prácticas de seguridad en el trabajo, factor que, muy probablemente, tenga algo que ver con los millones de accidentes laborales que se registran cada año en el mundo.

No hay que olvidar que algunos autores subrayan que, junto con toda esta diversidad de trastornos, hay que empezar a preocuparse por el suicidio de origen laboral⁴⁹. Existen indicios de que algún porcentaje, aún difícil de determinar, está relacionado con casos de acoso laboral.

⁴⁷ Bernardo Moreno Jiménez (catedrático UAM), Carmen Báez León (investigadora UAM). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. INSST. 2010.

⁴⁸ Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. *Riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo*.

⁴⁹ *Efectos en la salud de los riesgos psicosociales*. Una visión general. INSST, 2018.

Por otro lado, existen datos indicativos de que el estrés laboral prolongado está asociado a diferentes tipos de afecciones crónicas. Entre ellas cabe destacar:

✗ **Enfermedades cardiovasculares.** Hay estudios suficientes que demuestran que los trabajos con altas exigencias psicológicas y que apenas permiten a las personas trabajadoras tener algún control sobre el proceso de trabajo, así como la inseguridad laboral prolongada, aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, en especial hipertensión arterial⁵⁰.

Se han desarrollado investigaciones en distintos países y colectivos profesionales⁵¹. Algunas de las conclusiones a las que se ha llegado a partir de los resultados sobre la relación entre exposición a estresores laborales y enfermedades cardiovasculares son⁵²:

- Las personas trabajadoras con bajo control, bajo apoyo social y altas demandas, comparados con los que disfrutaban de alto control, alto apoyo y bajas demandas, tienen mayor riesgo relativo de prevalencia de enfermedades cardiovasculares, mayor progresión con riesgo de muerte cardiovascular, experimentan síntomas antes, y tienden a desarrollar primero la enfermedad cardiovascular.
- La alta tensión parece ser un predictor más potente de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores manuales y en trabajadores de sexo masculino.
- El bajo apoyo social incrementa el riesgo, cuando ya se está en situación de alta tensión. El control es la dimensión que más afecta a la salud. El aumento del riesgo debido a falta de control en el trabajo no se produce rápidamente, sino gradualmente en el tiempo.

Los costes humanos que esto supone son significativos. La Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo calcula que el 16% de las enfermedades cardiovasculares de los hom-

⁵⁰ Efectos en la salud de los riesgos psicosociales. Una visión general. INSST, 2018.

⁵¹ JAMA Network Open. El estudio incluyó a 118.706 individuos de 21 países, tanto hombres como mujeres, tenían entre 35 y 70 años y ha conseguido relacionar el riesgo de infarto de miocardio y de accidente cerebrovascular con los altos niveles de estrés.

⁵² NTP 604.: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyosocial (II).

6. El estrés y sus consecuencias

bres y el 22% de las mujeres se deben al estrés relacionado con el trabajo. Según esta misma organización, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en el mundo industrializado, por lo que resulta evidente el enorme impacto que sobre la salud de la población en general, y ocupada en particular, tendría cualquier mejora en su prevención.

✗ **Enfermedades musculoesqueléticas.** Existen mecanismos plausibles que apoyan la relación entre el estrés de origen laboral y los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral⁵³. La exposición a factores de riesgo físicos y psicosociales en el trabajo y sus potenciales efectos interactivos pueden provocar ciertas reacciones biológicas capaces de exacerbar los efectos del esfuerzo físico.

Es posible que tales reacciones de estrés limiten las defensas y la capacidad de los sistemas orgánicos encargados de reparar el daño musculoesquelético, por lo cual la recuperación del esfuerzo puede ser más lenta. Algunos estudios⁵⁴ sugieren que los factores psicosociales influyen directamente en las exigencias ergonómicas de la tarea a través de cambios posturales, movimientos y fuerzas ejercidas (por ejemplo, la presión de tiempo puede incrementar el ritmo, los movimientos rápidos y la repetitividad, con altas aceleraciones y posturas deficientes, y, como consecuencia, aumento de la tensión y de los síntomas musculoesqueléticos).

Efectivamente, los aspectos psicosociales negativos acentúan los efectos de los factores de riesgo físicos y contribuyen a que los trastornos musculoesqueléticos tengan una mayor incidencia. La bibliografía actual se centra en los puestos de trabajo en los que se utilizan pantallas de visualización en los centros de llamadas en el sector de la sanidad⁵⁵. Los factores psicosociales contemplados son: una excesiva o una insuficiente demanda de trabajo, realización de tareas complejas, presión debida a

⁵³ Antonio Ramón Ballester. *Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería: revisión sistemática y metaanálisis*. Universidad de Valencia.

⁵⁴ Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II).

⁵⁵ Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Previsiones de los expertos sobre riesgos físicos emergentes relacionados con la seguridad y salud en el trabajo. FACTS 60/ES.

los plazos, control bajo de las tareas, bajo nivel de decisión, escaso apoyo de los compañeros y compañeras, inseguridad y acoso laboral. La exposición combinada a trastornos musculoesqueléticos y a factores de riesgo psicosocial tiene unos efectos más graves sobre la salud de las personas trabajadoras que la exposición a un único factor de riesgo.

Por otro lado, los factores psicosociales pueden incrementar los síntomas de estrés. Esto puede implicar aumento del tono muscular, sobrecarga estática de los músculos, que acelera la aparición de la fatiga física, o que conducirían al desarrollo de síntomas musculoesqueléticos; o puede aumentar los síntomas debido a mecanismos fisiológicos específicos. Las reacciones de estrés de tipo emotivo y de comportamiento pueden aumentar la exposición a los factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo.

✗ **Trastornos psicológicos.** La prevalencia de problemas psíquicos como la depresión está asociada a grados variables de estrés laboral⁵⁶.

En diversos países desarrollados se han encontrado evidencias que confirman la hipótesis de la tensión psicológica: riesgo aumentado de afectación del bienestar psicológico en trabajos con altas demandas y bajo control, traducido en distintos tipos de efectos (síntomas depresivos, agotamiento o fatiga psicológica, insatisfacción laboral, consumo de píldoras y absentismo)⁵⁷.

Un adecuado apoyo social, la variedad en el trabajo y la oportunidad de utilizar las propias capacidades parecen resultar protectoras contra el absentismo de corta duración por enfermedad psiquiátrica, mientras que las altas demandas (incluyendo aspectos como tareas conflictivas, sobrecarga de trabajo, conflicto de roles y elevado ritmo) son un factor de riesgo para futuros trastornos. Parece ser que existe un efecto diferencial, ya que los síntomas de «cansancio», o simples sensaciones de «sentir estrés», aparecen más cuando se tiene exposición a elevadas demandas psicológicas, y son relativamente frecuentes en personas ejecutivas y profesionales. En cambio, los sínto-

⁵⁶ Bernardo Moreno Jiménez (Catedrático UAM) Carmen Báez León (Investigadora UAM). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. INSSST. 2010

⁵⁷ NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). INSSST.

6. El estrés y sus consecuencias

mas más serios de tensión (depresión, pérdida de autoestima, enfermedad física) están más fuertemente asociados con una escasa posibilidad de tomar decisiones, siendo un problema de las categorías inferiores.

El apoyo social parece tener un consistente efecto protector en la salud mental y el absentismo de corta duración derivado de esta causa, lo que tiene claras implicaciones para la dirección y organización del trabajo: dedicar atención al apoyo que los supervisores prestan a las personas trabajadoras probablemente mejoraría la salud mental y reduciría los índices de absentismo por enfermedad, y, por tanto, sería probable que condujera a un aumento general de la productividad.

En definitiva, aquí solo hemos destacado algunas consecuencias, pero las investigaciones han aportado evidencias de la relación entre el estrés y trastornos de salud diversos como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos de base inmunitaria, gastrointestinales, dermatológicos, endocrinológicos, trastornos musculoesqueléticos, trastornos menores de salud mental, conductas sociales relacionadas con la salud y absentismo laboral.

Tom Cox⁵⁸, en 1978, sugería que al menos en ciertas circunstancias de duración e intensidad, el estrés podría afectar a todas las condiciones de salud física, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que afectan los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular.

Especial atención a las personas trabajadoras en las unidades de salud mental

Conviene tener en cuenta que la actividad que en estas unidades se realizan conlleva la gestión continua de situaciones de crisis, el cuidado permanente a los pacientes, así como la necesidad de mantener un alto nivel de alerta, provocando en muchos casos, un gran desgaste psicológico entre las personas trabajadoras.

Según establece el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 de la Comunidad de Madrid, las enfermedades

⁵⁸ Instituto de Ciencias de la Salud Aplicadas, Facultad de Medicina de la Universidad de Aberdeen (Cátedra Honoraria).

neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España. Además establece, que estas enfermedades tienen un peso especialmente alto en los jóvenes y adultos menores de 45 años y generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Estos datos se traducen en altísimas cargas de trabajo para las personas trabajadoras.

Se puede considerar, desde una perspectiva amplia, que los trastornos mentales y neurológicos son el mayor reto en la atención sanitaria del siglo XXI en nuestro entorno. En los últimos años se ha producido un incremento de la población en la Comunidad de Madrid⁵⁹, acompañado de una demanda creciente de atención por problemas de salud mental, que se estima se mantendrá en el futuro, tanto en población de adultos como especialmente en la de niños y adolescentes. Además del incremento en número, se ha producido un incremento de la complejidad atendida por los Servicios de Salud Mental, con un aumento muy significativo de usuarios con trastorno mental grave (TMG) incluidos en programas de continuidad de cuidados de los Centros de Salud Mental.

En este sentido, y con el objetivo de proteger la salud de los trabajadores y las trabajadoras, es urgente e imprescindible articular una intervención integral en estas unidades psiquiátricas. Las medidas deberían centrarse fundamentalmente en la eliminación de riesgos en el origen mediante la mejora de la organización del trabajo, la implementación y/o perfeccionamiento de los protocolos ante agresiones, así como el control de la carga de trabajo y horarios. Sería deseable para estas unidades que se reforzasen los recursos humanos, incrementando el número de profesionales de salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc.) así como una mayor financiación para la atención preventiva y asistencial.

Consecuencias del estrés para las organizaciones

El estrés es un problema de vital importancia para una organización, pues tiene graves repercusiones no solamente sobre los individuos, sino sobre diferentes aspectos del funcionamiento de la empresa. Los costes de este problema son soportados tanto por los trabajadores (enfermedad, incapacidad) como por la empresa

⁵⁹ Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024.

(absentismo, bajo rendimiento) y la sociedad en general (coste de los seguros de enfermedad).

Estas situaciones estresantes pueden acarrear una serie de consecuencias negativas, como el aumento del absentismo y la disminución del rendimiento laboral.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el **absentismo** laboral es “una **situación en la que la persona empleada no se presenta en su lugar de trabajo**, o acude menos horas de lo estipulado, cuando desde la organización se esperaba que acudiera, o permaneciera todo el tiempo en dicho lugar”. Esta definición excluye vacaciones y huelgas, y en términos prácticos se refiere a las horas no trabajadas por causas ocasionales e imprevistas.

Este fenómeno ha sido profusamente estudiado, sobre todo para determinar el impacto económico sobre los trabajadores, los empresarios y sobre las cuentas públicas. Así, entre las condiciones laborales examinadas que pueden producir la ausencia por razones de salud de los trabajadores, se han estudiado los factores de riesgo psicosociales, considerados características propias de la organización del trabajo.

La exposición a estos factores, como es el caso de un escaso nivel de control, un nivel de demandas elevado, y/o un apoyo social negativo en el trabajo, se ha relacionado con un incremento de los casos de ausencia por razones de salud⁶⁰. En este sentido, los organismos internacionales recomiendan que los servicios de prevención estén al tanto de las ausencias al trabajo por razones de enfermedad para que puedan establecer la conexión entre estas y los riesgos profesionales.

Pero, además, pueden aparecer otras consecuencias negativas para las organizaciones, como por ejemplo el empobrecimiento de las relaciones sociales a nivel general, lo cual puede generar, a su vez, un clima propicio para que se generen conflictos interpersonales. Por otro lado, también pueden generarse problemas con respecto a la toma de decisiones, así como en la gestión del tiempo de trabajo, produciéndose, en definitiva, un enfoque inadecuado de los asuntos.

⁶⁰ D. Gimenoa, D. Marko B, J.M. Martínez. *Relación entre los factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud: motivos laborales y no laborales en España.*

Los costes económicos son igualmente importantes. La Comisión Europea señala que el 50% del absentismo⁶¹ se relaciona con el estrés laboral. Si se incluyen los costes sanitarios asociados, por mencionar solo tres de los efectos secundarios del estrés laboral, la cifra real probablemente sea bastante superior.

Consecuencias del estrés para el ámbito privado

Las consecuencias del estrés laboral exceden su propio ámbito de aparición para ir más allá del propio centro de trabajo. Los problemas sufridos en el trabajo también tienen su reflejo en los ámbitos familiar y social, lo que supone que las obligaciones que tienen que ver con dichos ámbitos se vean abandonadas o pasen a un segundo plano, ya que lo más importante para el trabajador son sus problemas laborales.

⁶¹ Bouza E., PR Gil-Monte y otros. "Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España". Fundación de Ciencias de la Salud.

CAPÍTULO 7. LAS MUJERES EN EL SECTOR SANITARIO. UN SECTOR MUY FEMINIZADO

Las profesionales del sector sanitario desempeñan sobre todo funciones de carácter asistencial y de atención a las personas que se ajustan a estereotipos o aspectos de género, según los cuales los cuidados constituyen una prolongación de las tareas habitualmente asignadas a mujeres en el ámbito doméstico. Esto ha hecho que las profesiones donde se concentran mujeres tengan los salarios más bajos, ya que las competencias necesarias son menos valoradas, la promoción profesional es muy limitada y la temporalidad es frecuente⁶².

La enfermería es un ejemplo claro de esta dinámica. Requiere conocimientos especializados, técnicas complejas y formación rigurosa, pero históricamente se ha asociado con roles de género tradicionales y la idea de “profesión vocacional”. Esto genera expectativas de entrega personal que superan los requisitos profesionales reales.

En el ámbito laboral, las mujeres están en una posición de desigualdad frente a sus compañeros hombres⁶³, puesto que sobre ellas recae la obligación de responder simultáneamente a las demandas del trabajo familiar y a las demandas del trabajo asalariado, generándose riesgos “adicionales” en su salud por el solo hecho de ser mujeres.

⁶² Junta de Andalucía. Consejería de Empleo, Formación y Trabajo Autónomo. *Segregación de género y salud laboral*. Nuria Gamero y equipo de investigación de Laogen (Universidad de Sevilla).

⁶³ Herramienta de Apoyo N°10: “Salud y riesgos laborales con perspectiva de género”. Ministerio de Igualdad.

7. Las mujeres en el sector sanitario. Un sector muy feminizado

Esta doble presencia reduce el tiempo de descanso y genera un factor de riesgo psicosocial que impacta negativamente en la salud. Este riesgo se agrava con horarios de trabajo rígidos o asociales⁶⁴.

Las sanitarias afrontan riesgos específicos agravados por la desigualdad. Los estudios confirman que el impacto de la "doble presencia" es significativamente mayor en médicas y enfermeras debido a la exigencia de turnos y guardias⁶⁵. Además, soportan un entorno hostil marcado por altas tasas de acoso sexual físico y verbal,⁶⁶ y sus enfermedades profesionales más comunes suelen quedar fuera del cuadro oficial, diseñado históricamente sin tener en cuenta los riesgos propios de las profesiones de cuidados⁶⁷.

Estos riesgos pueden desencadenar problemas de salud mental y física, y es necesario y urgente analizarlos para poder prevenirlos. Desde nuestro punto de vista y basándonos en la experiencia de las delegadas y delegados de prevención se puede:

- 1) Realizar evaluaciones de puestos de trabajo con perspectiva de género, es decir, determinar el valor que cada puesto de trabajo tiene en la empresa para analizar la importancia y la contribución relativa de cada uno de ellos a la organización.
- 2) Evaluar los riesgos (también los psicosociales), introduciendo perspectiva de género, es decir, realizar un análisis que vaya más allá de los métodos tradicionales de evaluación, para considerar las diferencias biológicas, sociales y culturales que afectan a la salud y seguridad de las mujeres trabajadoras. No se trata solo de añadir una categoría de riesgo, sino de replantear todo el proceso de evaluación para que sea verdaderamente inclusivo⁶⁸.
- 3) Evaluar los riesgos en el trabajo teniendo en cuenta las características personales, es decir, ir más allá de una valoración

⁶⁴ NTP 1185. Conflicto trabajo-familia o doble presencia como riesgo psicosocial: marco conceptual y consecuencias.

⁶⁵ Martín- Lancharro, P. et al (2011) . *Riesgos psicosociales en personal sanitario hospitalarios*. SERGAS.

⁶⁶ Gea-Sánchez, M., et al. (2024). *Acoso sexual en el sector sanitario y académico en España*. The Lancet Regional Health-Europa.

⁶⁷ García-Jiménez Chabannes, M. (2025). *Las enfermedades profesionales en sectores feminizados*. Revista de Trabajo y Seguridad Social.

⁶⁸ Herramienta de apoyo nº10: Salud y riesgos laborales con perspectiva de género. Igualdad en la Empresa. Ministerio de Sanidad.

7. Las mujeres en el sector sanitario. Un sector muy feminizado

genérica de los peligros para considerar cómo las particularidades de cada persona pueden influir en su exposición a los riesgos y en la gravedad de los daños que pueden sufrir.

- 4) Tener en cuenta la doble presencia en las evaluaciones de riesgos psicosocial. La doble presencia es un riesgo psicosocial que afecta principalmente a las mujeres. Se refiere a la tensión y carga mental que experimentan al tener que responder de forma simultánea a las exigencias de su trabajo remunerado y a las responsabilidades del ámbito doméstico y familiar, como el cuidado de hijos, personas mayores o las tareas del hogar.

Este concepto va más allá de la simple “doble jornada”, porque no solo se trata de la cantidad de horas trabajadas, sino de la carga psicológica y emocional de estar mentalmente presente en dos lugares a la vez.

- 5) Realizar protocolos para proteger a la mujer embarazada y/o en período de lactancia. Para ello sería necesario llevar a cabo una evaluación inicial de riesgos con perspectiva de género que identifique los posibles peligros para la salud reproductiva, el embarazo y la lactancia. Esto debe hacerse incluso si no hay trabajadoras en esa situación en ese momento. Una vez realizada dicha evaluación, las empresas deberían crear una lista de los puestos de trabajo que no implican riesgos para las trabajadoras embarazadas o lactantes. No cabe duda de que estas medidas afectan positivamente al ámbito psicosocial de la prevención, al garantizar el derecho a la protección de la maternidad contemplado en el artículo 26 de la LPRL.
- 6) Desagregar por sexo los resultados de la vigilancia de la salud, o lo que es lo mismo, analizar los datos médicos y de siniestralidad de las personas trabajadoras separando la información por género. Esto permite identificar si existen diferencias en la forma en que los riesgos laborales afectan a hombres y mujeres, y si estos riesgos están causando daños específicos o desproporcionados en uno de los grupos, facilitando, en última instancia, la adopción de medidas preventivas.
- 7) Prevenir el acoso sexual y por razón de sexo negociando protocolos de prevención y tratamiento contra los mismos⁶⁹. Se trata

⁶⁹ Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LOIEMH).

7. Las mujeres en el sector sanitario. Un sector muy feminizado

de un documento y un procedimiento interno que las empresas y organizaciones deben establecer para prevenir, identificar y actuar de manera eficaz ante este tipo de conductas, constituyéndose como una herramienta fundamental para garantizar un entorno de trabajo seguro y digno, libre de violencia.

- 8) Prevenir la violencia laboral, elaborando protocolos específicos que contengan los procedimientos que las empresas deben implementar para prevenir y actuar frente a cualquier tipo de agresión, hostigamiento o abuso que pueda ocurrir en el ámbito del trabajo. Estos protocolos son una herramienta esencial para garantizar la salud, la seguridad y la dignidad de las personas trabajadoras.
- 9) Denunciar cualquier manifestación de discriminación y desigualdad en tu entorno laboral y personal.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁷⁰, la actividad sanitaria tiene una presencia mayoritariamente femenina. En el año 2024 había más mujeres colegiadas que hombres en 14 de las 16 profesiones analizadas.

Los colectivos con mayor porcentaje de mujeres fueron los de logopedas (el 93,3% eran mujeres), terapeutas ocupacionales (89,8%) y enfermeras (84,2%).

En medicina, el índice de feminidad se ha invertido, ya que hace una década había mayoría de hombres (un 3,6% más médicos que médicas), mientras que en 2024 las mujeres ya eran mayoría (un 19,5% más médicas que médicos).

⁷⁰ Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Instituto Nacional de Estadística. 2024.

CAPÍTULO 8. GESTIÓN PARTICIPATIVA DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

1. Por qué y para qué gestionar participativamente los riesgos psicosociales

La evidencia científica demuestra que la organización del trabajo (exigencias, control, apoyo, reconocimiento, inseguridad o doble presencia) influye directamente en la salud física y mental de las personas trabajadoras. Aunque quedan aspectos por investigar, la prevención tiene la obligación de actuar sobre lo que ya se conoce, utilizando métodos validados y fiables que permiten identificar y medir estos factores para intervenir sobre ellos. El objetivo preventivo es claro: **identificar para intervenir**.

La normativa preventiva también es clara: hay que combatir los riesgos en su origen, priorizando cambios organizativos sobre medidas centradas únicamente en la persona. En la práctica, esto significa revisar cómo se diseña y gestiona el trabajo (jornadas, cargas, ritmos, desigualdades, coordinación entre empresas). El estrés laboral se entiende como una respuesta a un trabajo mal organizado, no como una debilidad individual. Por tanto, las soluciones eficaces pasan por corregir la organización del trabajo (gestión del riesgo), no por arreglar a la persona (gestión del síntoma). Mientras no se actúe sobre las causas raíz, los problemas persistirán.

Como cualquier otro factor de riesgo, los psicosociales deben ser objeto de estudio en la evaluación de riesgos que tanto las empresas

como las administraciones públicas deben realizar. El Real Decreto 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención, determina que “la evaluación de los riesgos laborales es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse”. Su finalidad es obtener la información necesaria para que la empresa tome decisiones y aplique medidas preventivas, en colaboración con las personas trabajadoras. Evaluar sin actuar supone incumplir en la práctica la finalidad de esa obligación legal.

Se debe apostar por la prevención primaria: actuar sobre la causa. Técnicamente, esto significa intervenir en los determinantes organizativos (jornadas y su ordenación, contenido del trabajo, desigualdades, cargas, apoyo, clima y liderazgo), porque mejorar estas condiciones estructurales es la base de una organización saludable. En entornos con empresas múltiples donde ninguna controla, por sí sola, todas las variables, la falta de coordinación genera con frecuencia factores de riesgo psicosocial (poco control sobre las tareas propias, incertidumbre sobre las decisiones que afectan al trabajo, conflictos interpersonales), lo que justifica la necesidad de establecer mecanismos de coordinación, en este caso, para la gestión de los riesgos psicosociales derivados de la concurrencia de actividades. Las empresas deben adoptar medidas específicas de coordinación de actividades empresariales. En este marco, la evaluación de riesgos no es el punto de partida, sino el siguiente paso cuando ya se ha intentado evitar el riesgo, de acuerdo con los principios de la acción preventiva de la LPRL.

2. Papel de las personas trabajadoras, sus representantes y la participación

La normativa en materia de prevención de riesgos laborales otorga a los delegados y las delegadas de prevención numerosas funciones y competencias relacionadas con la información, la consulta y la participación⁷¹. Las Encuestas Europeas de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER), proporcionan evidencia de que

⁷¹ Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

8. Gestión participativa de los riesgos psicosociales

empresas con representación de las personas trabajadoras realizan con más frecuencia evaluaciones de riesgos psicosociales y adoptan más medidas preventivas, lo que parece indicar que la participación organizada mejora la gestión de estos riesgos. A través de su intervención cotidiana, esta representación acumula un conocimiento experto que contribuye a la eficacia preventiva, logrando superar los obstáculos cotidianos y consolidar espacios reales de participación.

Las personas trabajadoras y sus representantes desempeñan un papel esencial en la detección temprana de los riesgos psicosociales. Dada la complejidad de estos riesgos las personas trabajadoras son quienes perciben las señales de alerta, como conflictos incipientes, sobrecarga mental, cambios en el clima laboral, que pueden pasar desapercibidas en evaluaciones técnicas esporádicas. Esta detección temprana es vital para actuar antes de que aparezca el daño.

La vigilancia de la salud y de determinados indicadores colectivos (absentismo, rotación, errores, fatiga, uso de psicofármacos, quejas reiteradas) permite identificar patrones: un caso aislado puede ser puntual, pero cuando un grupo homogéneo presenta síntomas similares estamos ante un posible riesgo organizativo que exige revisar la evaluación de riesgos.

Para objetivar estos problemas se necesitan mecanismos de vigilancia colectiva que den voz a la experiencia cotidiana: cuestionarios, encuestas fiables, discusiones grupales, grupos de trabajo, asambleas, etc. que permitan a la plantilla describir qué ocurre en la organización. Sin esta participación real, la evaluación corre el riesgo de convertirse en un mero trámite administrativo, incapaz de detectar los riesgos latentes y de orientar medidas útiles.

La intervención en los riesgos psicosociales implica necesariamente intervenir en la organización del trabajo. Aunque se pueda considerar que la organización es un ámbito exclusivo de la dirección, sus efectos los sufre la plantilla y las soluciones duraderas requieren diálogo social y procesos de trabajo contruidos entre quienes emplean y quienes trabajan. Es precisamente en estos aspectos relacionados con la organización del trabajo donde los delegados y las delegadas de prevención chocan con modelos de gestión que ven la organización como un territorio vetado a la prevención. Por eso, no se deben ver las medidas psicosociales como un gasto, sino como una inversión: no prevenir genera bajas, errores y pérdida de

talento, que dañan la calidad del servicio y la viabilidad a medio y largo plazo. Los aspectos organizacionales que generan riesgos psicosociales no son solo decisiones empresariales, sino cuestiones que afectan a la salud y, por tanto, deben gestionarse con participación de personas trabajadoras y sus representantes.

En este contexto, la participación no es solo un derecho, sino también una necesidad metodológica. En los riesgos psicosociales intervienen percepciones, vivencias y significados, de modo que la aportación de las personas trabajadoras es imprescindible para comprender las causas y diseñar medidas que se ajusten a la realidad del trabajo. Su implicación en el diagnóstico (contestando los cuestionarios y participando en espacios de análisis) y en la propuesta de soluciones (aportando experiencia, señalando obstáculos y valorando la viabilidad) mejora tanto la calidad de los datos como la probabilidad de que las soluciones se implementen y se mantengan en el tiempo. Para lograr una alta tasa de respuesta y datos veraces la plantilla debe confiar en el proceso; sin esa confianza, el método fallará desde el inicio.

Para ser eficaces, necesitamos criterios y procedimientos claros. Para convertir estos derechos en realidad efectiva, el proceso de intervención frente a los riesgos psicosociales debe tener marcos formales que garanticen la participación. Delegados y delegadas de prevención deben pactar todos y cada uno de los aspectos necesarios para su implementación en la empresa: qué método se usa, cómo se recogen los datos y quién hace el seguimiento. En los lugares de trabajo en los que existe representación de las personas trabajadoras en materia de seguridad y salud hay más posibilidades de que la dirección asuma un compromiso en esta materia, y que se adopten medidas preventivas para abordar los riesgos laborales, en general, y los riesgos psicosociales en particular. En aquellos casos en que, además, la presencia de esta representación se combina con un alto grado de compromiso de la dirección con la prevención de riesgos laborales, los resultados son especialmente buenos.

En definitiva, la prevención de riesgos psicosociales es un proceso integral que responde a cuatro necesidades complementarias: una dimensión sociotécnica, ya que la participación de personas trabajadoras y sus representantes es esencial; una necesidad metodológica, porque poseen conocimientos derivados de la

experiencia que es insustituible y complementario al técnico; un imperativo democrático, puesto que tienen derecho a intervenir en decisiones que afectan su salud; y una necesidad operativa, porque su implicación activa es condición para que la prevención sea eficaz.

3. Evaluación de riesgos psicosociales y método CoPsoQ-Istas 21⁷²

La evaluación de riesgos psicosociales es la herramienta central para conocer qué factores de la organización del trabajo generan daño y qué cambios son prioritarios. Sin embargo, su utilidad depende de cómo se ejecuta: puede impulsar una mejora real o quedarse en un simple trámite burocrático. En línea con lo establecido por la Inspección de Trabajo en su Criterio Técnico 104/2021, la evaluación no es un fin en sí misma. Para cumplir la norma es obligatorio demostrar que se han aplicado medidas concretas y que estas funcionan realmente.

No existe un método único obligatorio, pero sí un criterio de idoneidad: el método elegido debe ajustarse a la realidad de la empresa y ofrecer confianza. Independientemente de la herramienta, hay un requisito innegociable: la participación de las personas trabajadoras.

a) Requisitos mínimos de un buen método de evaluación de riesgo psicosocial

Se deben exigir unas condiciones mínimas técnicas que debe cumplir el método y que nos garantizarán que la evaluación de riesgos y la consiguiente propuesta de acción preventiva se hacen en unas condiciones adecuadas. El cumplimiento de estos requisitos responde al mandato del Artículo 5 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RD39/1997), el cual exige que el procedimiento utilizado proporcione plena confianza sobre su resultado y siga la jerarquía normativa de métodos reconocidos⁷³.

Estas condiciones mínimas son:

⁷² En adelante Istas21.

⁷³ Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997).

X Tener una base conceptual basada en evidencias científicas que expliquen la salud.

Debe apoyarse en marcos teóricos y evidencias sólidas que expliquen la relación entre factores psicosociales y salud. Modelos como demanda-control-apoyo social (Karasek, Jonhson, Hall), esfuerzo-recompensa (Siegrist) y doble presencia proporcionan un marco robusto para entender cómo las exigencias, el margen de decisión, el apoyo, el reconocimiento y la carga de trabajo y cuidados influyen en la salud y en las desigualdades.

X Ser participativo.

Los métodos de evaluación psicosocial deben basarse en la experiencia de quienes realizan el trabajo, puesto que los riesgos psicosociales tienen que ver con condiciones de trabajo que difícilmente “se ven o se tocan” y han de interpretarse teniendo en cuenta la experiencia de quien las vive.

X Garantizar la confidencialidad y el anonimato.

Para asegurar la veracidad de los datos en cuestiones sensibles, el método debe incluir mecanismos claros que impidan la identificación de respuestas individuales. Sin esta garantía, el miedo a represalias sesga los resultados y la evaluación pierde la “fiabilidad” exigida por la normativa.

X Estar validado.

Válido quiere decir que se ha comprobado que el método mide efectivamente lo que dice medir. El manual del método debe contener la información de validez, debe haber demostración de que utilizando el método se consigue “reproducir” aquellas hipótesis que conforman su marco conceptual, lo que es una clara evidencia de validez de constructo.

X Ser fiable.

Fiable quiere decir que se ha comprobado que todas las preguntas del método son relevantes y que las medidas son repetibles, de manera que el método proporcione resultados consistentes cuando se aplica en condiciones similares.

X Ser aplicable a la empresa.

Los materiales del método (manuales, hojas informativas, base de datos y software para el procesamiento de la información...) han de ser adaptables y accesibles, basados en la experiencias, para hacer factible su uso en las empresas.

b) Nuestra propuesta. Ista 21, metodología para la evaluación e intervención preventiva ante los riesgos psicosociales

Ista 21 es un ejemplo de metodología que cumple estos requisitos y se ha desarrollado específicamente para el contexto español como adaptación del Cuestionario Psicosocial de Copenhague. Es un instrumento de uso público y gratuito, validado y fiable, que permite identificar y medir aquellas condiciones de la organización de trabajo que pueden representar un riesgo para la salud y el bienestar de las personas trabajadoras, y orientar la correspondiente acción preventiva.

El método trabaja mediante cuestionarios individuales anónimos, confidenciales y de respuesta voluntaria, y cuenta con versiones adaptadas al tamaño de los centros de trabajo (una para 25 o más personas trabajadoras y otra para centros de menor tamaño, además de una versión para investigación). El análisis de los datos está estandarizado y se realiza a través de una aplicación informática sencilla, lo que facilita su utilización por parte de los servicios de prevención y grupos de trabajo en empresas.

Ista 21 agrupa los factores psicosociales en distintas dimensiones que recogen la mayoría de las situaciones de exposición presentes en el trabajo actual:

- a) Exigencias psicológicas del trabajo.
- b) Influencia y desarrollo de habilidades.
- c) Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo.
- d) Inseguridad en el empleo.

Además, incorpora la dimensión de doble presencia, que permite analizar la carga derivada de la combinación de trabajo remunerado y las responsabilidades de cuidado o domésticas, relevante para entender desigualdades en salud y condiciones de trabajo.

e) Proceso de aplicación y grupo de trabajo

El proceso de aplicación de Ista 21 indica en su metodología comenzar con un acuerdo entre la dirección de la empresa y la representación de las personas trabajadoras sobre el uso del método y las condiciones de su aplicación, normalmente en el seno del comité de seguridad y salud u otro órgano de interlocución. A partir de ese acuerdo se constituye un grupo de trabajo paritario, tri o cuatripartito, con participación de la dirección, de la representación de las personas trabajadoras, del servicio de prevención y de personal técnico externo.

También puede ser conveniente que en este grupo de trabajo estén presentes personas del comité de empresa y de la dirección general de la empresa que no estén implicadas en el ámbito de la salud laboral. Este grupo de trabajo es el encargado operativo de liderar las distintas fases del proceso de aplicación del método ISTAS 21.

PROCESO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES E INICIO DE LA ACCIÓN PREVENTIVA. ACTIVIDADES

ACUERDO Y DESIGNACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

- Presentación del método a la dirección de la empresa y a los representantes de las personas trabajadoras.
- Firma del acuerdo entre la dirección de la empresa y la representación de las personas trabajadoras para la utilización del método Ista 21.
- Designación del grupo de trabajo tri o cuatripartito (GT): representantes de las personas trabajadoras, de la dirección de la empresa, servicio de prevención y/o personal técnico externos.

PREPARACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

- Decisión del alcance y las unidades de análisis teniendo en cuenta los objetivos preventivos y la preservación del anonimato (GT).
- Adaptación del cuestionario teniendo en cuenta el alcance y las unidades de análisis y la preservación del anonimato: (GT).

- Generación del cuestionario desde la aplicación informática: técnicos sujetos a secreto.
- Diseño de mecanismos de distribución, respuesta y recogida que preserven la confidencialidad y el anonimato: (GT).
- Preparación del proceso de información-sensibilización: circulares, reuniones informativas u otros a personas trabajadoras y mandos intermedios.

Decidir canales: (GT).

TRABAJO DE CAMPO

- Publicitación de los materiales preparados y celebración de las reuniones informativas con la dirección de la empresa, personas trabajadoras y sus representantes, y mandos intermedios: (GT).
- Distribución, respuesta y recogida: (GT).

ANÁLISIS

- Informatización de datos: técnicos sujetos a secreto.
- Análisis de datos: técnicos sujetos a secreto.
- Realización del informe preliminar: técnicos sujetos a secreto.
- Interpretación de resultados: (GT).
- Redacción del informe de interpretación de resultados: (GT).
- Presentación y feedback del informe de interpretación de resultados a la representación de la empresa, personas trabajadoras y sus representantes..

PRIORIZACIÓN

- Importancia de las exposiciones problemáticas: (GT).
- Propuesta de medidas preventivas: (GT).
- Oportunidad de las intervenciones: (GT).
- Propuesta de prioridades: (GT).

- Presentación y feedback de las medidas de propuestas preventivas y priorización a la dirección de la empresa, representantes de las personas trabajadoras y mandos intermedios: (GT).

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICO-SOCIALES Y PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN PREVEN-TIVA: (GT).

APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS MEDIDAS PRE-VENTIVAS: (GT).

EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: (GT).

* (GT: Grupo de trabajo)

De este modo, la evaluación de riesgos psicosociales deja de ser un trámite aislado y se convierte en un proceso estructurado de diagnóstico compartido y mejora continua de la organización del trabajo, apoyado en la participación activa de las personas trabajadoras y sus representantes.

CAPÍTULO 9. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Justificación y contexto del estudio

Ya hemos comentado ampliamente la importancia que tiene la prevención de riesgos laborales de carácter psicosocial en el ámbito laboral. Los riesgos psicosociales en el sector sanitario revisten particular relevancia, debido a la naturaleza de la actividad sanitaria, que comporta elevadas demandas emocionales, carga mental y presión temporal. Por esta razón se ha considerado pertinente caracterizar cómo se están abordando estos riesgos en los hospitales públicos de nuestra región.

El presente estudio se centra exclusivamente en el sector hospitalario público, por varias razones de orden práctico y metodológico. En primer lugar, los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid constituyen un subsector homogéneo desde el punto de vista normativo y de gobernanza, ya que se encuentran adscritos a la Consejería de Sanidad y están sujetos a marcos regulatorios comunes en materia de prevención de riesgos laborales. Esta homogeneidad permite sacar conclusiones y propuestas extrapolables. En segundo lugar, el sector público hospitalario tiene una estructura de Comités de Seguridad y Salud consolidada y presente en la totalidad de los centros, lo que permite acceder a una red amplia de delegados y delegadas de prevención y obtener información técnica sobre procesos de evaluación de riesgos psicosociales. En tercer lugar, la información sobre el sector público constituye una línea de base valiosa para futuras investigaciones comparativas con el sector privado.

Este estudio responde a la necesidad de disponer de información actualizada y sistemática sobre los procesos de evaluación de riesgos psicosociales en el ámbito hospitalario público de la Comunidad de Madrid, particularmente respecto a la metodología utilizada y el grado de participación de las delegadas y delegados de prevención y personas trabajadoras en estos procesos. Aunque existen orientaciones técnicas sobre evaluación de riesgos psicosociales (como el método ISTAS 21 o directrices del INSST), es de interés conocer cómo se implementan estos métodos en la práctica hospitalaria.

La información generada servirá para orientar tanto el diálogo entre actores del sistema de prevención en el sector público hospitalario como la reflexión sobre buenas prácticas en la evaluación y gestión de riesgos psicosociales en estos centros, ofreciendo una base que facilite la mejora continua en esta materia.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Analizar los procesos de evaluación de riesgos psicosociales en hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, focalizando en la metodología empleada, el grado de participación de delegadas y delegados de prevención en el proceso, y la planificación e implementación de medidas preventivas resultantes, con el propósito de generar información que oriente y apoye a personas trabajadoras, delegadas y delegados de prevención, empresas e instituciones en la mejora continua de la gestión de estos riesgos.

Objetivos específicos

1. Describir las metodologías de evaluación de riesgos psicosociales utilizadas en los hospitales públicos (ISTAS 21, FPSICO u otras), su alcance y las condiciones formales bajo las que se aplicaron.
2. Caracterizar el nivel y la forma de participación de delegados y delegadas de prevención en las distintas fases del proceso de evaluación: consulta previa, adaptación del cuestionario, distribución y recogida, análisis de datos, presentación de resultados e información a la plantilla.

3. Analizar la planificación de la actividad preventiva resultante, identificando qué tipos de medidas se propusieron, si fueron fruto de consenso y si se realizó seguimiento de su efectividad.
4. Evaluar el grado de rigor y formalización del proceso global de evaluación y planificación.

Más allá de los hallazgos de investigación, el estudio aspira a contribuir a procesos de mejora continua:

- ✗ Ampliar el conocimiento entre trabajadores, trabajadoras y sus representantes sobre los riesgos psicosociales relacionados con la organización del trabajo en contextos sanitarios.
- ✗ Facilitar la identificación de factores psicosociales relevantes en los centros hospitalarios.
- ✗ Proporcionar información que apoye procesos de evaluación más rigurosos y participativos en el futuro.

Metodología

Diseño y contexto

Se trata de un estudio descriptivo, transversal realizado en hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. El estudio ha contado con la colaboración de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO Madrid, que facilita el acceso a la red de delegadas y delegados de prevención en el sector hospitalario público.

El estudio recoge información de delegados y delegadas de prevención, que son representantes especializados de las personas trabajadoras en cuestiones de salud y seguridad laboral. Su trabajo incluye vigilar las condiciones de trabajo, participar en decisiones sobre evaluaciones de riesgos, medidas preventivas y cambios organizacionales que afectan a la salud laboral. Esta perspectiva ofrece información valiosa sobre cómo se realizan los procesos de evaluación desde la experiencia directa de quienes representan a los trabajadores.

Instrumento y recogida de datos

Se desarrolló un cuestionario estructurado dirigido a delegadas y delegados de prevención diseñado para obtener información sobre dos dimensiones complementarias:

1. Dimensión procedimental: métodos, herramientas, marcos temporales y características técnicas de las evaluaciones de riesgos psicosociales realizadas en los últimos años en cada centro.
2. Dimensión participativa: mecanismos, alcance y experiencia de participación de representantes de las personas trabajadoras en el proceso de evaluación de riesgos psicosociales.

El procedimiento de trabajo en la investigación se estructuró en las siguientes fases:

1. En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica sobre metodologías de evaluación y sobre las propuestas participativas planteadas por dichos métodos.
2. Elaboración de la versión preliminar del cuestionario.
3. Prueba piloto que permitió ajustar redacción, orden de las preguntas, claridad y estimar tiempo de cumplimentación. Revisión y ajustes finales (cuestionario final disponible en Anexo I).
4. Una vez obtenidos los cuestionarios, se introdujo la información en una base de datos y se procedió a su tratamiento.

Limitaciones del estudio

1. Perspectiva específica. El estudio recoge la percepción de delegados y delegadas de prevención; otros actores (personas trabajadoras, dirección, servicios externos) pueden tener perspectivas distintas sobre metodología, participación y efectividad.
2. Sesgo de respuesta. La participación en el estudio depende de la voluntad de respuesta de delegados y delegadas de prevención. En estudios de participación voluntaria, existe la posibilidad de que el perfil de las personas que resonden presentes características específicas. Sin embargo, dado que en este caso se alcanzó una cobertura del 76,5% de hospitales, este sesgo se ha visto mitigado por el alto porcentaje de participación.

3. Alcance no generalizable. Restringido a hospitales públicos de la Comunidad de Madrid en el año 2025. Los hallazgos no son generalizables a otras comunidades, sector privado, ni a otros subsectores sanitarios (atención primaria, residencias, servicios sociosanitarios) que presentan estructuras, riesgos, recursos y representación sindical distintos.
4. Diseño descriptivo. No permite establecer relaciones causales ni explicar por qué existen diferencias entre centros.
5. Sin verificación independiente. La información proviene del cuestionario. No se contrastaron con revisión de documentación (actas, informes de evaluación, registros de implantación de medidas).

Resultados

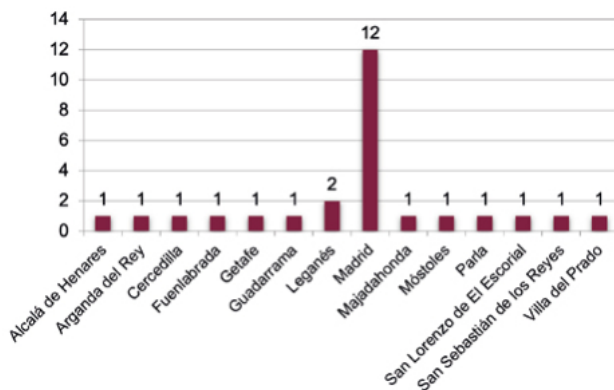
Caracterización de los hospitales públicos

El análisis general de los datos obtenidos en este estudio nos ha permitido conocer cómo se han realizado en los últimos años las evaluaciones de riesgos psicosociales en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid encuestados.

Se logró participación de 26 de los 34 hospitales públicos de la Comunidad, lo que representa un 76,5% del total.

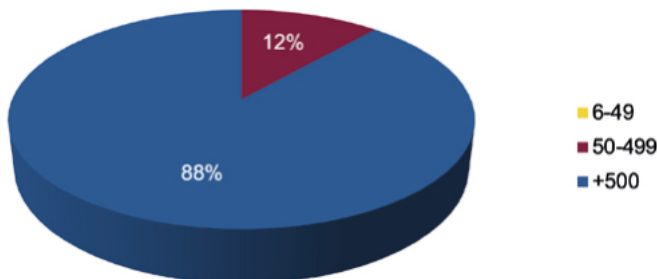
En el siguiente gráfico podemos apreciar la **distribución de los hospitales analizados en función del municipio** en el que se encuentran.

Gráfico 1. Hospitales analizados por Municipios



Si atendemos al **número de trabajadores y trabajadoras** vemos cómo la inmensa mayoría de estos hospitales (23) cuenta con más de 500, lo cual supone un 88 % de los hospitales; mientras que aproximadamente el 12 % (3) tienen entre 50 y 499. Ninguno de los hospitales participantes tenía menos de 50 personas trabajadoras.

Gráfico 2. Número de trabajadoras y trabajadores



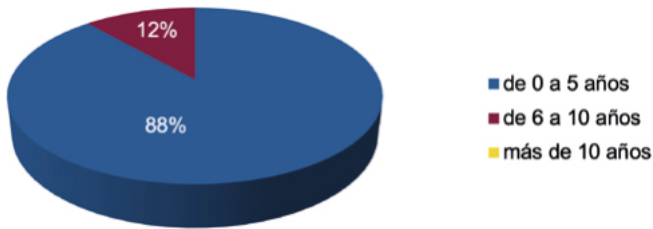
Descripción de las delegadas y los delegados de prevención participantes

El artículo 35 de la LPRL designa a los delegados y delegadas de prevención como representantes de las personas trabajadoras en materia de prevención con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales. Por su parte, el artículo 36 de la LPRL les atribuye competencias para colaborar con la dirección en la mejora de la acción preventiva.

La experiencia y formación de estos representantes son factores clave para la calidad de la actividad preventiva. La antigüedad en el cargo constituye un indicador indirecto de experiencia acumulada en gestión preventiva, lo que influye directamente en su capacidad para identificar riesgos, diseñar correctivas y participar en procesos evaluativos complejos como la evaluación de riesgos psicosociales.

La mayoría (88%) de las delegadas y los delegados de prevención tienen una antigüedad comprendida entre 0 y 5 años, mientras que el 12% tienen entre 6 y 10 años. Destaca la ausencia de representantes con una antigüedad superior a 10 años, lo que sugiere una alta tasa de renovación en los cargos de prevención.

Gráfico 3. Antigüedad como delegado/a de prevención

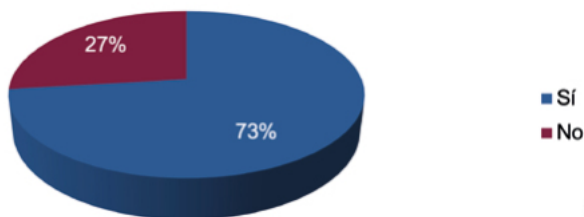


El artículo 37 de la LPRL establece la obligación de proporcionar a las delegadas y delegados de prevención la formación en materia preventiva que resulte necesaria para el ejercicio de sus funciones. Para los delegados y delegadas de prevención esta formación es particularmente relevante, permitiéndoles desempeñar adecuadamente sus funciones de participación, consulta y control en materia preventiva.

La formación impartida por sindicatos constituye un elemento esencial para capacitarles en la identificación de riesgos, análisis de medidas preventivas y participación en procesos evaluativos. Sin embargo, los resultados revelan disparidad significativa entre la formación general en prevención y especialización en riesgos psicosociales.

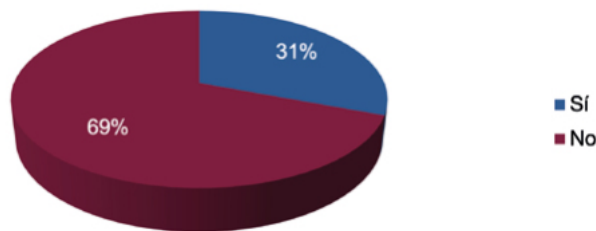
Con respecto a la **formación en prevención de riesgos laborales que imparte el sindicato**, hay que señalar que un 73% de los delegados y delegadas de prevención de la muestra que ha participado en el estudio, han recibido esta formación, mientras que un 27% manifiesta no haberla recibido.

Gráfico 4. Formación de CCOO en Prevención de Riesgos Laborales



Por el contrario, la mayor parte de los delegados y delegadas de prevención, concretamente un 69%, han puesto de manifiesto que no han recibido **formación específica en materia de riesgos psicosociales**, ni por parte de su empresa ni por parte del sindicato. Esta carencia es crítica, dado que la evaluación de riesgos psicosociales requiere metodología especializada, comprensión de factores de riesgo derivados de la organización del trabajo y capacidad para interpretar resultados cuantitativos y cualitativos. La ausencia de especialización en esta materia puede limitar la calidad de la participación de los delegados en procesos de evaluación y diseño de medidas preventivas.

Gráfico 5. Formación específica sobre riesgos psicosociales



Evaluación del riesgo psicosocial

El artículo 16 de la LPRL obliga expresamente a evaluar todos los riesgos laborales, incluyendo los de naturaleza psicosocial. El Real Decreto 39/1997 especifica que esta evaluación debe ser documentada, periódicamente, e incorporar la participación de trabajadores y sus representantes. La evaluación de riesgos psicosociales constituye un componente obligatorio de la evaluación de riesgos generales, no una cuestión opcional o complementaria.

Como se puede comprobar en el siguiente gráfico, la actividad preventiva en relación con los riesgos psicosociales está presente en todos los hospitales públicos que han participado en el estudio. En 20 hospitales (77%) la evaluación de riesgos psicosociales se ha realizado totalmente, mientras que en 6 (23%) aún se encuentra en proceso. Un dato relevante es que en ningún centro hospitalario público de la Comunidad de Madrid ha habido negación a realizar la evaluación, ni siquiera se ha planteado como opción rechazable.

Debe considerarse que los hospitales, por sus dimensiones y complejidad, generalmente no evalúan la totalidad del centro de una sola vez, sino que proceden por servicios o áreas. Por lo tanto, el hecho de que el 77% haya completado la evaluación representa una implantación significativa de esta obligación normativa.

Gráfico 6. ¿En el hospital se ha realizado, total o parcialmente, la evaluación de riesgos psicosociales?



El análisis de la proactividad preventiva revela un liderazgo sindical significativo en la promoción de la evaluación psicosocial. En el 55% de los centros evaluados, el impulso inicial venía de la representación de las personas trabajadoras de CCOO, frente a un 15% de iniciativa empresarial y un 30% de la plantilla.

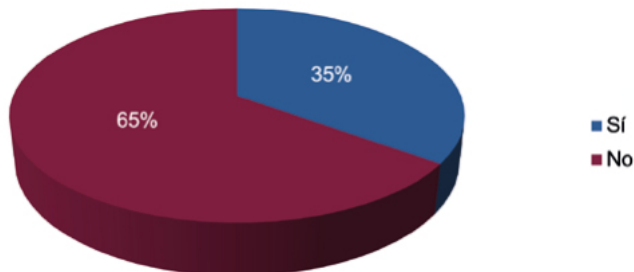
Gráfico 7. Iniciativa de la evaluación



Existen diversos métodos estandarizados para evaluar riesgos psicosociales, cada uno con fortalezas y limitaciones. El método Istas 21 es una referencia técnica en el análisis participativo de riesgos psicosociales. El método FPSICO (INSST) es el más utilizado.

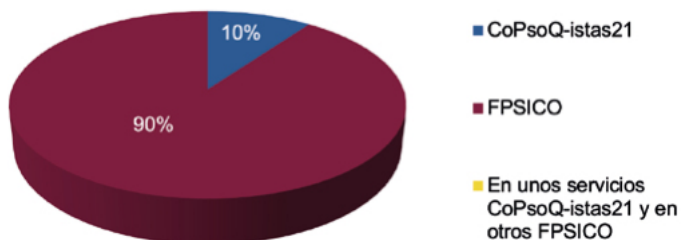
El método Ista 21 ha sido el propuesto por por el 35% de la muestra consultada para evaluar los riesgos psicosociales en hospitales.

Gráfico 8. ¿Se propuso Ista21 como método de evaluación?



En cuanto al aspecto metodológico, el 90% de las evaluaciones se ejecutan mediante el método FPSICO (INSST), relegando al método Ista 21 a un 10% de implantación, a pesar de ser la preferencia técnica del 35% de la representación social.

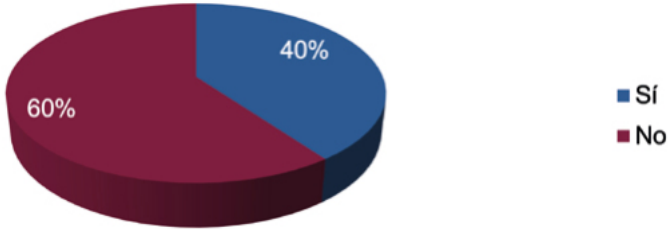
Gráfico 9. Método de evaluación utilizado



El acceso a asesoramiento especializado y apoyo de los gabinetes técnicos de salud laboral del sindicato puede mejorar significativamente la calidad de los procesos evaluativos, permitiendo incorporar perspectivas técnicas y experiencia acumulada.

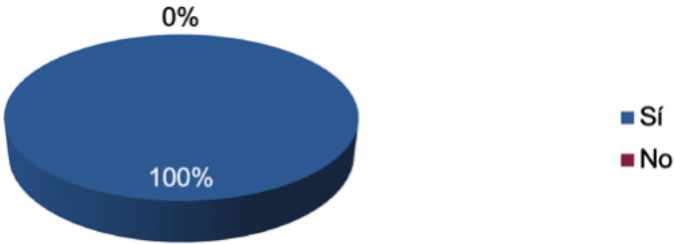
En el siguiente gráfico podemos ver cómo un 40% de los representantes de los trabajadores y las trabajadoras participantes en el estudio han **consultado al sindicato** con carácter previo al inicio del proceso de evaluación. Por otro lado, el 60% afrontó el proceso sin solicitar asesoramiento externo a la estructura sindical.

Gráfico 10. ¿Has consultado al sindicato con carácter previo a la realización de la evaluación de riesgos psicosociales?



En la evaluación de riesgos psicosociales, es preferible no muestras y dirigir el cuestionario a la totalidad de la plantilla. En los centros analizados vemos que en el 100% de ellos ha cumplido rigurosamente con este requisito metodológico, ya que el cuestionario se ha dirigido, en todos los casos, a todas las personas trabajadoras objeto de análisis.

Gráfico 11. ¿La realización del cuestionario se ha ofrecido al 100% de los trabajadores y trabajadoras objeto de análisis?

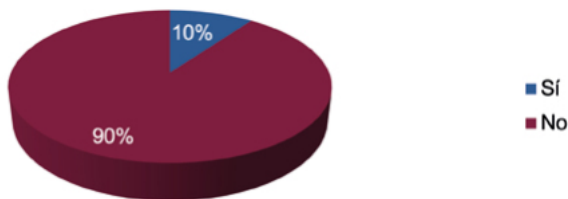


La fiabilidad técnica de una evaluación psicosocial depende directamente de la tasa de participación de la plantilla⁷⁴. Desde un punto de vista metodológico, tasas de participación inferiores al 60% cuestionan la validez estadística del diagnóstico.

El análisis de los datos arroja un resultado preocupante: en el 90% de los centros evaluados, la tasa de respuesta no alcanzó el 60%.

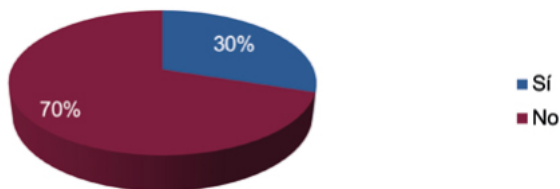
⁷⁴ Mocada, S. et al. *Manual del método CoPsoQ-istas21*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).

Gráfico 12. Porcentaje de participación >60 (%)



Lo normal es que la entrevista individual no sea utilizada como método único de evaluación, sino que sea planteada como “complemento” a la implementación de cuestionarios. Si atendemos al porcentaje de entrevistas individuales que se ha realizado en los centros analizados, según los encuestados, han sido del 30%.

Gráfico 13. ¿Se han realizado entrevistas personales individuales a los trabajadores y trabajadoras?



La participación de la representación de las personas trabajadoras

Cualquier proceso de intervención preventiva tiene que contar con el conocimiento científico y técnico, pero además, para ser completo tiene que incluir el derivado de la experiencia de los trabajadores y trabajadoras; permitiendo incorporar perspectivas de quienes experimentan directamente los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo.

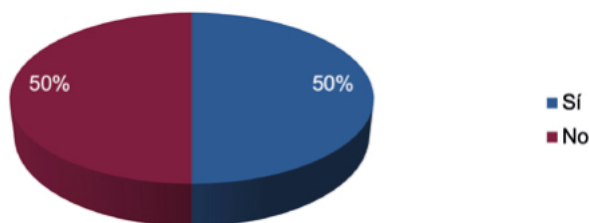
El artículo 33 de la LPRL establece que las delegadas y los delegados de prevención deben ser consultados en el marco del Comité de Seguridad y Salud sobre cuestiones que afectan a la prevención de riesgos laborales. La evaluación de riesgos psicosociales, como proceso preventivo fundamental, requiere participación consultiva y consensuada de la representación de las personas trabajadoras.

Por lo tanto, la **consulta previa** a los delegados y delegadas de prevención es un requisito inexcusable.

La consulta previa sobre el método permite influir en la decisión metodológica, asegurar que la herramienta seleccionada responda a realidades específicas del centro y evaluar adecuadamente factores de riesgo psicosocial presentes en la organización.

Se preguntó a los delegados y delegadas de prevención si habían sido consultadas sobre qué método de evaluación de riesgos psicosociales se aplicaría. El 50% indicó haber sido consultado; el otro 50%, no.

Gráfico 14. ¿Se ha consultado previamente con el CSS sobre el método de evaluación a utilizar?

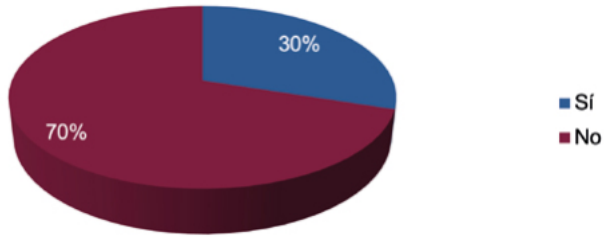


La consulta debe complementarse con consenso. El Acuerdo europeo sobre estrés laboral y buenas prácticas en prevención (2004) enfatiza que las decisiones sobre evaluación de riesgos deben alcanzar un acuerdo entre empresa y representantes de las personas trabajadoras.

El consenso sobre el método de evaluación es particularmente importante, dado que la metodología elegida condicionará la validez de diagnóstico, la capacidad de identificación de riesgos específicos del centro y el grado en que los resultados serán percibidos como propios y útiles por la plantilla.

El 70% de los hospitales que fueron consultados llegaron a un consenso sobre el método finalmente usado, el 30% que fue consultado no consensuó el método.

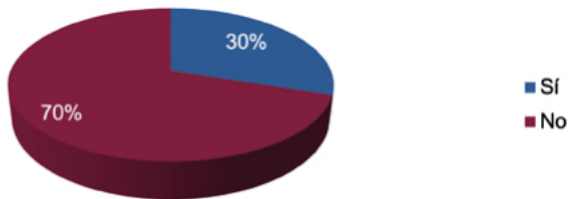
Gráfico 15. ¿Se ha consensuado con el CSS el método finalmente usado?



De todos los hospitales que realizaron consulta, el 30% llegó a un acuerdo documentado sobre las condiciones de aplicación del método. El Manual del método Ista 21 exige formalizar por escrito los acuerdos alcanzados sobre las condiciones de aplicación del método de evaluación. Ahora bien, hay muchos centros hospitalarios que han usado el método FPSICO y han llegado también a acuerdo documentado.

Esto es importante porque la ausencia de documentación escrita puede conllevar riesgo de desacuerdo posterior sobre lo que fue realmente acordado, además de limitar la capacidad de control y seguimiento.

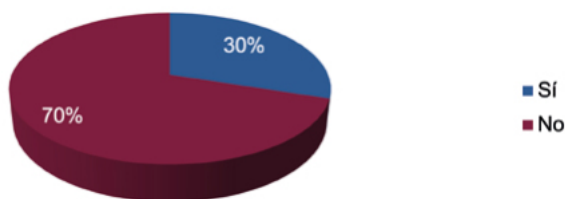
Gráfico 16. ¿Se ha suscrito algún documento sobre las condiciones de aplicación del método?



La Nota Técnica de Prevención 945 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo “Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales: principios comunes (II)” aborda la gestión preventiva en materia de riesgos psicosociales y recomienda la **creación de grupos de trabajo específicos** como uno de los mecanismos para llevar a cabo dicha gestión.

En un 30% de los hospitales analizados se han constituido grupos de trabajo formados por representantes de las personas trabajadoras en materia de prevención por un lado, y representantes del hospital por otro.

Gráfico 17. ¿Se ha constituido grupo de trabajo?

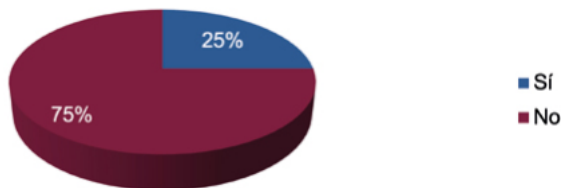


Independientemente del método utilizado, la **adaptación del cuestionario** es una fase esencial que tiene dos objetivos fundamentales: acercarlo a la realidad de la empresa y garantizar el anonimato de quienes contestan. Ambos objetivos son muy importantes y, dependiendo de cómo se hagan, obtendremos unos resultados más o menos fiables desde el punto preventivo y conseguiremos una mayor o menor tasa de respuesta respectivamente.

En la adaptación, también se ha de tener en cuenta que es necesario obtener la información de la exposición lo más desglosada posible, para poder localizar las situaciones desfavorables para la salud y plantear medidas preventivas específicas para cada situación. La participación de las delegadas y delegados de prevención, en esta fase, es fundamental, porque conocen las particularidades de la organización del trabajo, de los servicios específicos, de los cambios recientes y de las experiencias de sus compañeras y compañeros.

Sin embargo, el análisis revela que solo en un 25% de los casos los delegados y delegadas de prevención han participado activamente en la adaptación del cuestionario, mientras que en el 75 % restante no ha sido así.

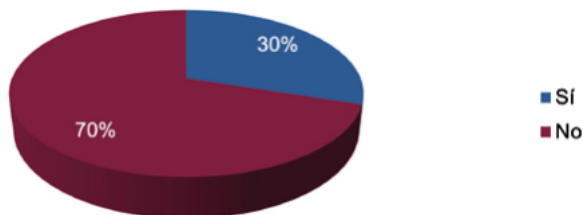
Gráfico 18. ¿Los Delegados de Prevención han colaborado en la adaptación del cuestionario?



Para asegurar una alta participación, además de garantizar el anonimato de las personas trabajadoras, es fundamental diseñar adecuadamente la **distribución, respuesta y recogida de los cuestionarios**. El objetivo en esta fase es diseñar formas de entrega, respuesta y recogida de los cuestionarios que preserven la confidencialidad y el anonimato, y garanticen la máxima participación, de forma sincera y libre. Una vez garantizadas estas cuestiones y teniendo presente que la respuesta es voluntaria, individual y confidencial, deben proporcionarse a la plantilla las condiciones necesarias de tiempo e intimidad.

La colaboración en las fases de distribución, respuesta y recogida fue limitada. Un 30% de los delegados y delegadas de prevención participó en este proceso, mientras que un 70% no intervino.

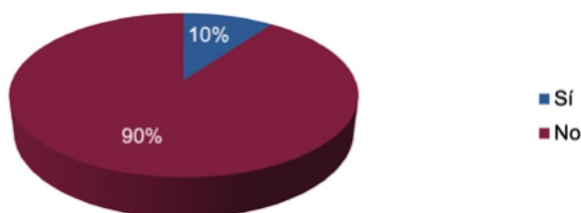
Gráfico 19. ¿Los Delegados de Prevención han colaborado en la forma de distribución, respuesta y recogida del cuestionario?



El **cruce de variables** permite ver las diferencias entre servicios en la exposición a riesgos psicosociales. Las delegadas y los delegados de prevención aportan información valiosa sobre la organización del trabajo y las diferencias reales entre unidades asisten-

ciales, lo que facilita la identificación precisa de los problemas y qué soluciones son más necesarias. Sin embargo, en la muestra evaluada, solo el 10% de los hospitales contó con participación de delegadas o delegados de prevención en la determinación de cruces de variables.

Gráfico 20. Los Delegados de Prevención han participado en la determinación del cruce de variables?

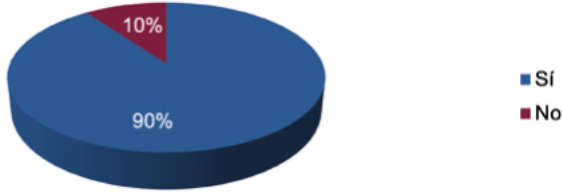


Un Comité de Seguridad y Salud es el órgano consultivo de participación interna en prevención de riesgos laborales formado por un número igual de representantes de la empresa y de representantes de las personas trabajadoras. Su objetivo es promover una cultura de seguridad, vigilar las condiciones laborales y proponer mejoras para minimizar riesgos y reducir accidentes e incidencias. Se constituye dicho Comité en las empresas que cuentan con 50 o más trabajadores y trabajadoras.

La presentación de los resultados de la evaluación de riesgos psicosociales ante este comité es obligatoria, conforme al artículo 39 de la LPRL. La presentación en el Comité hace que los resultados sean conocidos por ambas partes, permite una discusión sobre los hallazgos, facilita que se pueda identificar conjuntamente las causas de los riesgos y posibilita el diseño participativo de las medidas preventivas.

En un 90% de los casos el informe de resultados ha sido presentado al Comité de Seguridad y Salud, mientras que en el 10% restante de los casos el informe no ha sido presentado.

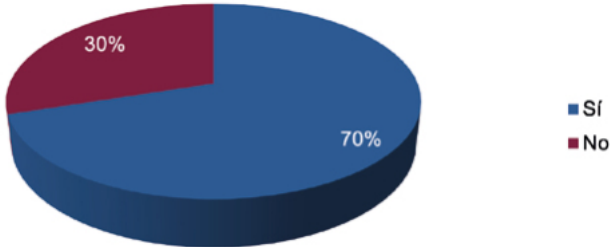
Gráfico 21. ¿Se han presentado los resultados en el CSS?



El informe preliminar⁷⁵ debe comunicarse a las personas trabajadoras para informarles sobre los **resultados de la evaluación de riesgos psicosociales** en su puesto de trabajo, incluyendo áreas de mejora y los riesgos detectados. Esta comunicación cumple con el artículo 18 de la LPRL y proporciona la retroalimentación esperada por la plantilla tras haber realizado el cuestionario.

En la investigación, el 70% de los hospitales establecieron canales de comunicación para informar a la plantilla de los resultados de la evaluación, mientras que en el 30% restante aún no se ha adoptado ninguna medida de este tipo.

Gráfico 22. ¿Se ha informado a la plantilla de los resultados del informe preliminar?



⁷⁵ Su propósito es presentar un **análisis inicial y cuantitativo** de la exposición a los diferentes factores de riesgo psicosocial en la organización, antes de completar la evaluación con la triangulación de datos (discusión participativa en grupos de trabajo).

Condiciones de aplicación del método de evaluación

Cuando los representantes legales de los trabajadores y las trabajadoras en materia de prevención abordan un proceso de la magnitud de evaluar los riesgos psicosociales, son muchas las cuestiones que deben tener en cuenta. Desde nuestro punto de vista, las más importantes son las que se analizan a continuación.

La **confidencialidad** garantiza que la información sea accesible únicamente para el personal autorizado. Los datos deben ser tratados por personas (ajenas o no a la empresa) que asuman y cumplan rigurosamente con todos y cada uno de los preceptos legales y éticos de protección de la intimidad y de los datos e informaciones personales. El cumplimiento de este criterio es fundamental para conseguir una adecuada tasa de respuesta.

El **anonimato** supone que la persona que cumplimentó el cuestionario no sea identificable. Se rige básicamente por los mismos criterios que la confidencialidad y es también un requisito imprescindible para garantizar una adecuada tasa de respuesta.

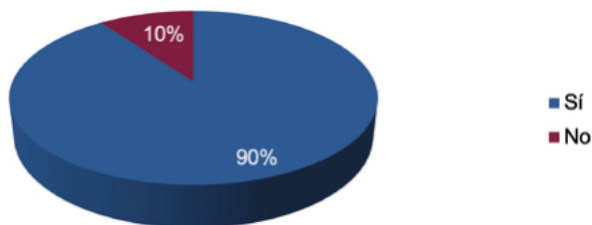
El 100% de los delegados y las delegadas de prevención consideró que la confidencialidad y el anonimato fueron garantizados.

El artículo 14.5. de la LPRL establece que *el coste de las medidas relativas a la seguridad y salud en el trabajo no deberá recaer en modo alguno sobre los trabajadores.*

Este principio es directamente aplicable a la realización de las evaluaciones de riesgos psicosociales, de modo que el coste **derivado del tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario** en ningún caso podrá ir a cargo del trabajador o la trabajadora.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario es considerado como tiempo efectivo de trabajo en el 90% de los hospitales.

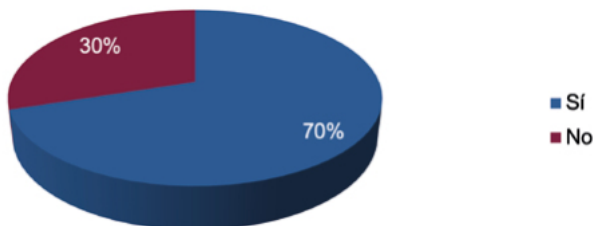
Gráfico 23. ¿Se ha considerado tiempo de trabajo el destinado a cumplimentar el cuestionario?



Es necesario diferenciar entre informar y sensibilizar. Informar consiste en comunicar que se realizará una evaluación de riesgos psicosociales. Sensibilizar implica que los trabajadores y trabajadoras comprendan la importancia de participar, entiendan los objetivos y se impliquen activamente en el proceso.

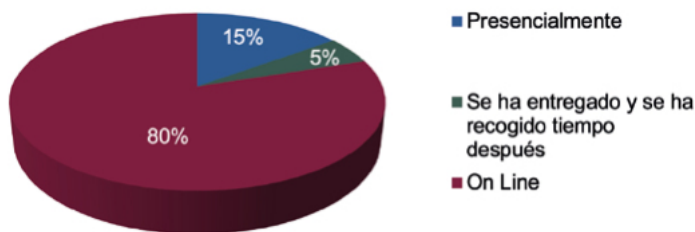
En el 70% de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid incluidos en el estudio, se ha realizado algún tipo de campaña de sensibilización, mientras que en el resto no tienen constancia de que se haya hecho.

Gráfico 24. ¿Se ha realizado campaña de información/sensibilización dirigida a los trabajadores?



En el siguiente gráfico podemos comprobar cómo en un 80% de los casos la fórmula elegida para pasar el cuestionario ha sido de carácter telemático, mientras que se ha optado por hacerlo presencialmente en el 15%, y en el 5% con la fórmula de entrega y recogida.

Gráfico 25. ¿Cómo se ha cumplimentado el cuestionario?



Planificación de la actividad preventiva

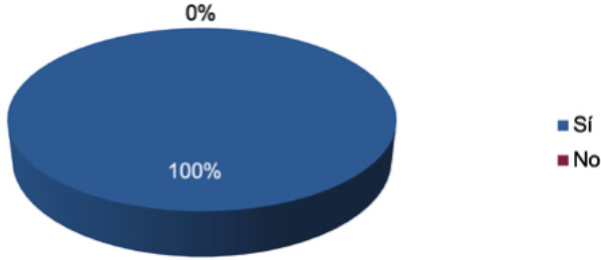
La evaluación de riesgos psicosociales no es un fin en sí mismo, ni una mera prescripción burocrática de obligado cumplimiento, sino un instrumento para la acción. Es el primer paso para llevar a cabo una prevención eficaz, es decir, para conseguir unas condiciones de trabajo que garanticen la salud de trabajadores y trabajadoras. La ley obliga a seguir una secuencia lógica: primero evaluar, pero no por el mero hecho de conocer, sino para prevenir, es decir, para, posteriormente, planificar la actividad preventiva.

El artículo 8 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la necesidad de planificación y señala que *cuando el resultado de la evaluación pusiera de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario planificará la actividad preventiva que proceda con objeto de eliminar o controlar y reducir dichos riesgos, conforme a un orden de prioridades en función de su magnitud y número de trabajadores expuestos a los mismos.*

A lo largo de todo el estudio hemos insistido mucho en la participación, tanto de los delegados y delegadas de prevención como de los propios trabajadores y trabajadoras. Esta participación es también sumamente importante en la fase de planificación de la actividad preventiva, porque ha llegado el momento de concretar las soluciones a los problemas detectados en la evaluación.

En un 100% de los hospitales que cuentan con evaluaciones de riesgos psicosociales se ha realizado la planificación de la actividad preventiva.

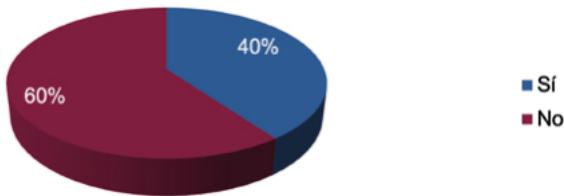
Gráfico 26. ¿Se ha hecho planificación de la actividad preventiva?



La determinación de las medidas preventivas no debe ser un proceso unilateral según el cual la empresa impone a las personas trabajadoras una serie de medidas, a la vez que informa a la representación legal del contenido de estas. Por el contrario, debe ser un proceso participativo donde ambas partes, en los órganos de participación habilitados específicamente para esta función, propongan, **debatan y acuerden medidas** realistas, concretas, aplicables y aceptadas por los trabajadores y las trabajadoras.

En el 50% de los hospitales se produjeron debates sobre medidas. En el 50%, las medidas fueron presentadas sin debate participativo previo.

Gráfico 27. ¿Se han debatido las medidas preventivas?



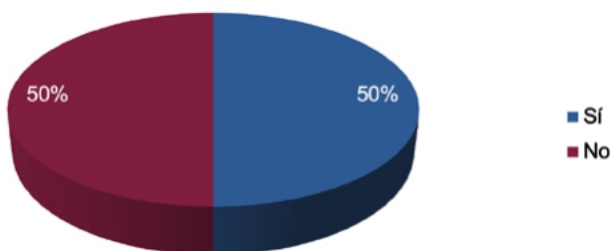
El primer paso para planificar la actividad preventiva es analizar los datos resultantes de la evaluación de riesgos psicosociales. Para ello hay que **concretar la exposición y el origen de los riesgos**, es decir, determinar cuántos trabajadores y trabajadoras están expuestos a la situación más desfavorable para la salud para cada uno de los factores de riesgo analizados, así como la localización de dichos riesgos por puestos de trabajo, departamentos, en función del sexo, en determinados tramos de edad, etc.

Todos los riesgos detectados, de acuerdo con lo previsto en la legislación y con la lógica y sentido de la prevención, deben ser objeto de intervención. En esa concreción, las medidas preventivas se han de **priorizar** y calendarizar con el objetivo de ordenar la intervención.

Los criterios para priorizar la aplicación de las medidas preventivas pueden ser muy variados y están basados en aspectos como el número de personas afectadas, el origen de los riesgos, si son riesgos que pueden generar desigualdad entre trabajadores y trabajadoras o simplemente en función de la facilidad para su implementación.

Según los delegados y delegadas de prevención, solo en la mitad de los centros (50%) que cuentan con planificación de la actividad preventiva se ha concretado adecuadamente las medidas preventivas de tal forma que sean aplicables.

Gráfico 28. ¿Consideras que las medidas preventivas son concretas y aplicables?



Medidas preventivas identificadas

Las **medidas recogidas en la planificación de la actividad preventiva** deben ser específicas, definiendo claramente qué, dónde y cómo se van a poner en práctica, quién es el responsable y cómo se hará su seguimiento. Además, deben estar orientadas a la prevención en origen, tal y como establece la propia LPRL, eliminando o reduciendo los riesgos psicosociales. Por otro lado, deben ser implementadas de forma planificada y participativa, involucrando a las personas trabajadoras y garantizando su anonimato y confidencialidad.

a) Medidas dirigidas a enriquecer el trabajo

Para combatir estos riesgos en origen se requiere superar la división clásica del trabajo entre tareas de ejecución y de diseño, la parcelación del trabajo, la estandarización y la concepción individual del trabajo. Requiere planificación de la formación en cambios, tanto para los trabajadores y las trabajadoras como para los mandos intermedios; y una revisión posterior de la estructura salarial.

Este tipo de medidas ha sido incorporado/as según los delegados y delegadas de prevención en un 40% de los hospitales que cuentan con planificación de la actividad preventiva.

b) Medidas dirigidas a trabajar de forma cooperativa

Requiere facilitar las relaciones sociales y la ayuda entre compañeros y compañeras; y entre superiores y personas trabajadoras en la realización de las tareas. La dirección de los centros de trabajo tiene la responsabilidad de terminar con la arbitrariedad, la falta de equidad y la discriminación en todos los procedimientos, siendo éstos escritos, sin ambigüedades, y transparentes.

En el 50% de los hospitales analizados existen medidas dirigidas a trabajar de forma cooperativa.

c) Medidas dirigidas a reorganizar las jornadas de trabajo

Las jornadas prolongadas, asociales y la falta de control sobre estas suelen ser el origen de este tipo de problemas. Las medidas más eficaces son las que permiten el control de los tiempos: reducción de jornada, cambios de horario y días de libre disposición.

Solo en el 40% de los casos se han conseguido implementar medidas de esta naturaleza.

d) Medidas dirigidas a reducir las exigencias emocionales y la carga de trabajo para adecuarse a la jornada

Se relacionan con la falta de personal, la incorrecta medición de los tiempos o la mala planificación, con la estructura salarial y con la inadecuación de la tecnología, materiales

o procesos de trabajo. Desde el punto de vista de la prevención, la cantidad de trabajo debe adecuarse al tiempo que dura la jornada, debe ser razonable: ni demasiado trabajo ni demasiado poco.

En relación con las exigencias emocionales se puede admitir que son inherentes a ciertas ocupaciones sanitarias, docentes, y de protección (bomberos y bomberas, policías, etc.). Si no pueden reducirse en origen, debe reducirse el tiempo de exposición y desarrollar medidas de protección, a través de formación y supervisión psicológica.

El 50 % de los hospitales incluyen medidas de este tipo.

e) Medidas dirigidas a aumentar la estabilidad en el empleo y mejorar las condiciones de trabajo

Las formas de organización del trabajo basadas en la disponibilidad y flexibilidad horaria y funcional (modificación imprevista de tareas, movilidad entre centros, prolongación de jornada o sistemas de retribución variable) constituyen, técnicamente, factores de riesgo psicosocial identificados. La evidencia científica (modelo Ista 21) constata que estas condiciones de trabajo actúan como precursores directos de exposiciones nocivas en dimensiones específicas como la inseguridad sobre el contrato y las condiciones de trabajo, la falta de previsibilidad y el bajo reconocimiento organizacional, al impedir la planificación de la vida personal y generar incertidumbre laboral.

Una organización del trabajo saludable debería proporcionar a las personas el control sobre sus propias vidas, especialmente en la estabilidad en el empleo. Si resultase imposible eliminar la temporalidad, debe limitarse y negociarse con criterios justos, preavisos suficientes y herramientas de apoyo.

Solo en el 40% de los hospitales analizados implementaron medidas de esta naturaleza.

f) Medidas dirigidas a aumentar la cantidad y la calidad de la información para poder hacer bien el trabajo y para afrontar los cambios que se puedan producir en el futuro

Este tipo de medidas garantizan a los trabajadores y a las trabajadoras disponer de la información adecuada, a tiempo

y suficiente para poder realizar de forma correcta el trabajo y para adaptarse a los cambios.

La ausencia de información está unida con las comunicaciones centradas en cuestiones superfluas y no en lo cotidiano y relevante del trabajo. Hay que depurar la información, eliminando todo lo que no sea importante y estrictamente necesario. También tiene que ver con la falta de formación, acompañamiento y apoyo a los cambios, así como con la confiabilidad de la información que fluye desde la dirección a su plantilla y con el nivel en que estos puedan expresar su opinión. En definitiva, la información debe hacer referencia a cuestiones cotidianas, a lo que afecta realmente a las tareas realizadas, y debe servir para aumentar la transparencia.

En el 70% de los centros se incluyó algún tipo de medida dirigida a mejorar la información para que los trabajadores y las trabajadoras puedan realizar mejor su trabajo. De la misma manera, en un 40% también se incluyen medidas dirigidas a obtener información de los cambios que podrían afectar a los trabajadores y a las trabajadoras en un futuro.

g) Medidas dirigidas a evitar cambios en las condiciones de trabajo

Se trata de medidas preventivas que reduzcan la preocupación de los trabajadores y las trabajadoras por el futuro en relación con los cambios no deseados de condiciones de trabajo fundamentales (puesto de trabajo, tareas, horario, salario).

Se relaciona con el empeoramiento de estas condiciones de trabajo que pueden originarse tanto en la situación actual (por ejemplo, si la asignación de jornada, tareas y pluses o complementos salariales es arbitraria) como en la posibilidad de cambios en el futuro (por ejemplo, el anuncio de una reestructuración empresarial, externalización de un puesto o servicio, un ERE...). Puede vivirse de forma distinta según el momento vital o las responsabilidades familiares de cada trabajador o trabajadora y podría ser secundaria a la inseguridad sobre el empleo, de forma que las personas trabajadoras, especialmente aquellas con menores oportunidades de empleabilidad, podrían aceptar el deterioro de condiciones de trabajo valiosas ante la amenaza de la pérdida del empleo.

El 50% de los hospitales incluyeron medidas dirigidas a evitar cambios no deseados en las condiciones de trabajo.

h) Medidas preventivas dirigidas a prevenir y controlar las agresiones

El riesgo de agresiones en el sector sanitario es bastante elevado en relación con otras ocupaciones.

Las consecuencias de las agresiones en el ámbito sanitario no solo afectan salud física y emocional del equipo profesional, sino que también conllevan un fuerte impacto en la atención al paciente, ya que no cabe duda de que la violencia en el lugar de trabajo afecta negativamente la calidad asistencial del servicio.

Los delegados y las delegadas señalan que en un 60% de los hospitales sí se ha establecido algún tipo de medida preventiva para prevenir y controlar las agresiones.

i) Medidas dirigidas a garantizar la conciliación de la vida laboral y familiar

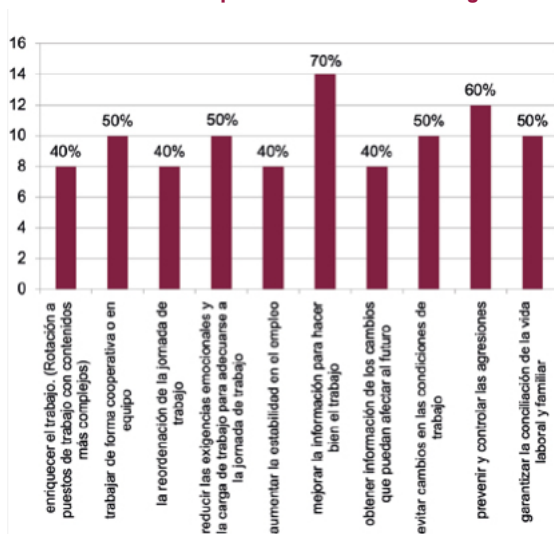
Responder a las demandas del trabajo y del trabajo doméstico-familiar afecta la salud y el bienestar, aumentando las horas totales de trabajo (doble carga) y generando conflictos de tiempo, especialmente para mujeres.

La doble presencia ocurre cuando las exigencias laborales interfieren con las familiares. En sanidad esto se relaciona con la duración y modificación de la jornada de trabajo, horarios incompatibles con el cuidado de personas o la vida social.

La organización del tiempo de trabajo en el sector sanitario es compleja, lo que puede generar problemas para conciliar la vida laboral y familiar.

El 50% de los hospitales ha tomado medidas preventivas para garantizar esta conciliación.

Gráfico 29. Indica las medidas preventivas recogidas en la planificación de la actividad preventiva. Medidas dirigidas a...

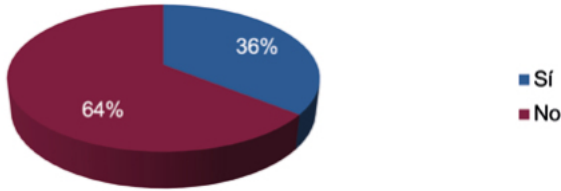


El consenso en el diseño de las medidas preventivas es un elemento crucial que afecta tanto a la calidad técnica como a la aceptación por la plantilla e implementación posterior. Cuando son diseñadas conjuntamente entre empresas o administración y representantes de las personas trabajadoras, se incorpora a la visión empresarial un aporte de realidad laboral, necesidades de la plantilla y factores que facilitan o dificultan la aceptación de cambios.

El consenso, además, genera sentido de propiedad compartida sobre las medidas. Los trabajadores y trabajadoras que participan en decisiones sobre las medidas tienen mayor disposición a colaborar en su implementación, entienden mejor los objetivos y, por tanto, hay mayor probabilidad de que esas medidas sean efectivas. Por el contrario, las medidas impuestas sin consenso generan resistencia, generan sensaciones de imposición y conllevan a una menor implicación en su ejecución.

Como podemos ver en el siguiente gráfico, son bastantes los casos (64%) en los que los delegados y delegadas de prevención han considerado, con carácter general, que las medidas incluidas finalmente en la planificación de la actividad preventiva no han sido **fruto del consenso**.

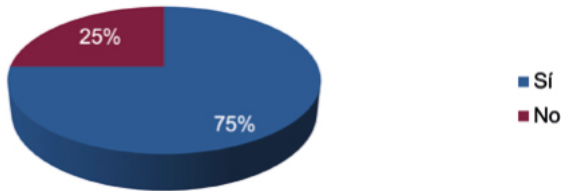
Gráfico 30. ¿Puedes afirmar, con carácter general, que las medidas preventivas han sido fruto del consenso?



En el momento de la implementación de las medidas de prevención, es decir, en el proceso de cambio de las condiciones de trabajo, es imprescindible continuar **informando** e implicando a la plantilla. En cualquier caso, los trabajadores y trabajadoras deben tener información de las medidas preventivas acordadas para actuar sobre las exposiciones a las que están expuestos, tanto en lo que se refiere a los datos generales de la empresa, como a las unidades de análisis en las que son protagonistas.

Los resultados muestran que el 75% de hospitales ha llevado a cabo este proceso de información a la plantilla; mientras que en el resto (25%), no ha sido así.

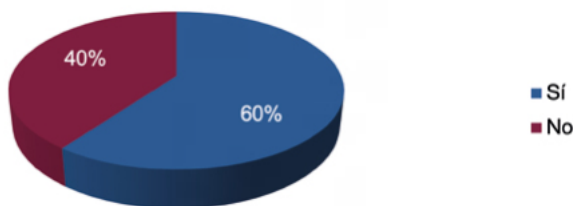
Gráfico 31. ¿Se ha informado a la plantilla de los resultados que se van obteniendo en el proceso de planificación de la actividad preventiva?



Antes de implementar las medidas preventivas es necesario planificar cada una de las ellas, es decir, hay que garantizar que estas estén vinculadas a una serie de información respecto a su ejecución, entre la que destaca la relativa a los **recursos necesarios** -quién es la persona(s) o unidad(es) responsable(s) y los medios humanos y materiales necesarios para llevarla a cabo.

Los resultados muestran que en el 40% de los hospitales no se han llegado a concretar los recursos tanto humanos como materiales en dicho documento. Mientras que en un 60% sí se han concretado.

Gráfico 32. ¿Se han concretado los recursos necesarios para la implantación de medidas preventivas?



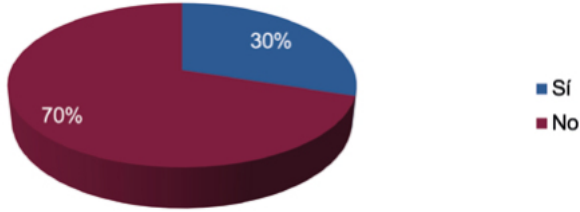
Una vez que las medidas han sido implementadas, hay que garantizar de alguna manera que son las adecuadas y que, por lo tanto, son eficaces en la eliminación o reducción del riesgo. En este sentido es necesario **establecer algún tipo de control o de valoración de la eficacia de las medidas preventivas.**

El método más fiable para **evaluar la eficacia de las medidas preventivas** es realizar una nueva evaluación de riesgos psicosociales después de un tiempo prudencial, con el objetivo de comparar los resultados con los de la evaluación inicial. Es importante revisar si las exposiciones se han reducido o eliminado, comparar los resultados de los indicadores de salud y asegurar la participación de las partes presentes en la actividad preventiva.

Una vez evaluados los riesgos psicosociales y realizada la planificación de la actividad preventiva, el proceso no puede pararse. De nada sirve haber planteado unas excelentes medidas preventivas, participadas por los delegados y delegadas de prevención y por los propios trabajadores y trabajadoras si no se ponen en práctica.

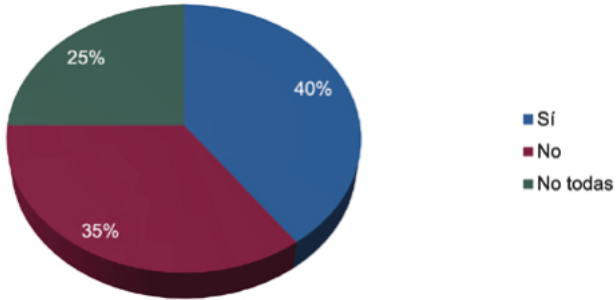
Según los delegados y delegadas de prevención, este tipo de mecanismo de control se ha puesto en práctica en un 30% de los hospitales en los que se han implementado medidas preventivas.

Gráfico 33. ¿Se ha comprobado, pasado un tiempo prudencial, la efectividad de las medidas preventivas?



En aquellos centros de trabajo en los que se han aplicado las medidas preventivas, los delegados y delegadas de prevención consideran que estas han sido eficaces, en términos de mejora de las condiciones de trabajo, en un 40%. En un 25% opinan que ha habido algunas medidas que sí han sido eficaces y otras no. El 35% restante cree que, con carácter general, las medidas preventivas no han sido eficaces.

Gráfico 34. ¿Consideras que, con carácter general, las medidas preventivas han sido eficaces?



CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES

Muestra y alcance del estudio

El presente estudio ha analizado 26 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, representando el 76,5% de la red hospitalaria de la región. La totalidad de los centros analizados cuentan con el Comité de Seguridad y Salud constituido. La información ha sido recabada a través de delegados y delegadas de prevención, representantes especializados encargados de vigilar las condiciones de trabajo y participar en medidas decisiones sobre evaluaciones de riesgos y preventivas.

Estado de las Evaluaciones de Riesgos Psicosociales

El 77% de los hospitales (20 centros) ha completado la evaluación de riesgos psicosociales, mientras que en el resto el proceso continúa en curso. No obstante, se constata que no todas las evaluaciones abarcan la totalidad del centro, existiendo un porcentaje significativo de evaluaciones de carácter parcial o realizadas únicamente en algunos servicios específicos.

La iniciativa de realizar estas evaluaciones ha partido de CCOO en el 55% de los casos, indicando que la impulsión ha sido mayoritariamente desde la representación de los trabajadores y trabajadoras, no desde la empresa.

Proposición y aplicación de métodos

Se observa una brecha significativa entre la propuesta técnica de Istas 21 y su implementación real:

- ✗ El 35% de hospitales propuso Istas 21 como método de evaluación.
- ✗ Sin embargo, solo el 10% de los centros aplicó finalmente Istas 21.
- ✗ Aunque el 100% de procesos garantizó anonimato y confidencialidad, esta garantía no se tradujo en una adopción coherente de metodologías validadas.

Constitución de grupos de trabajo paritarios

La constitución de grupos de trabajo formados por delegados, delegadas y representantes del hospital para dirigir el proceso es un requisito técnico central. Los resultados evidencian:

- ✗ Solo el 30% de hospitales constituyó un grupo de trabajo.
- ✗ El 70% no implementó este mecanismo de participación formal.

Participación en fases técnicas claves

La implicación de los delegados y delegadas de prevención en las diferentes fases del proceso es fundamental para garantizar la calidad técnica. Los resultados muestran:

Fase del Proceso	Participación de DP
Consulta previa sobre el método	50%
Consenso con CSS sobre metodología	70%
Colaboración en la adaptación del cuestionario	25%
Participación en forma de distribución y recogida	30%
Participación en determinación de cruces de variables	10%
Acuerdos formales documentados	30%

Tasas de participación en la cumplimentación

Las tasas de respuesta al cuestionario son un indicador crítico de validez técnica:

- ✗ En el 90% de los hospitales las tasas de participación en la cumplimentación del cuestionario fueron inferiores al 50%.
- ✗ Solo en el 10% de los casos se superó el 50% de participación en todos los servicios evaluados.

Estas tasas cuestionan la representatividad técnica de los resultados, ya que tasas inferiores al 50% generan riesgos de sesgo de respuesta e impiden generalizar los resultados al conjunto de la población laboral del centro.

Técnicas cualitativas complementarias

La combinación de métodos (cualitativos y cuantitativos) es un estándar técnico en evaluaciones de riesgos psicosociales:

- ✗ Solo el 30% de los hospitales realizó entrevistas individuales a trabajadores y trabajadoras.
- ✗ El 70% no complementó el cuestionario con datos cualitativos.

Difusión de Resultados y Comunicación

La comunicación de resultados a la plantilla es un derecho contemplado en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y un factor fundamental para la confianza en el proceso:

- ✗ El 90% de hospitales presentó los resultados en el Comité de Seguridad y Salud.
- ✗ El 70% informó a la plantilla de los resultados del informe preliminar.
- ✗ El 30% aún no ha adoptado medidas de comunicación de resultados.

Realización de planificación de medidas preventivas

El 100% de los centros ha realizado una planificación preventiva derivada de la evaluación de riesgos psicosociales.

Sin embargo, en el 40% de los hospitales no se ha concretado la asignación de recursos necesarios para la implementación de las medidas propuestas.

Efectividad percibida de las medidas

La evaluación de la efectividad de las medidas preventivas por parte de los delegados y delegadas de prevención presenta un panorama heterogéneo:

Percepción de Efectividad	Porcentaje
Efectividad positiva	40%
Efectividad parcial	25%
Ausencia de efectividad	35%

Seguimiento y mecanismos de verificación

- ✗ El 30% de los centros ha establecido mecanismos formalizados de seguimiento y evaluación de la efectividad de las medidas.
- ✗ El 70% no cuenta con procesos de revisión estructurados.

Esta ausencia impide verificar si las medidas están funcionando y si requieren ajustes.

Tipología de medidas propuestas

El análisis de las medidas preventivas evidencia un patrón en su naturaleza:

- ✗ Predominio de acciones formativas e informativas: campañas informativas, sesiones formativas y promoción de recursos.
- ✗ Baja incidencia de medidas estructurales: se constata una reducida proporción de medidas dirigidas al origen organizacional del problema, tales como:
 - Reorganización de turnos y descansos
 - Refuerzo de plantillas
 - Medidas de conciliación trabajo-vida personal

Esta orientación representa una limitación estratégica, ya que las metodologías preventivas enfatizan que las medidas deben dirigirse al origen de los riesgos (la organización del trabajo), no solo a sus manifestaciones.

Tiempo de trabajo para la participación

El coste del proceso no recayó sobre los trabajadores en el 90% de los casos.

Formato de cumplimentación

La modalidad de cumplimentación del cuestionario ha variado, utilizándose formatos presenciales, diferidos y en línea, reflejando adaptaciones a contextos de trabajo continuo en hospitales. Si bien la mayoritaria ha sido modalidad on line, con el 80% de los casos.

Conclusión

Los resultados evidencian que la evaluación de riesgos psicosociales en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid se encuentra en una fase inicial de implementación técnicamente mejorable. Existe voluntad para realizarla, pero se requieren avances en el rigor metodológico de su ejecución, en la participación efectiva de las personas trabajadoras, en la orientación de las medidas hacia causas organizativas y en el desarrollo de mecanismos de seguimiento y verificación de su efectividad.

CAPÍTULO 11. PROPUESTAS

Aunque hay que valorar positivamente que en todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid se han comenzado a gestionar los riesgos psicosociales, creemos que deberían considerarse algunas propuestas.

A. Calidad metodológica

Garantizar que las evaluaciones sean técnicamente rigurosas y comparables

- ✗ Se propone desarrollar guías corporativas que unifiquen criterios para cualquier método de evaluación utilizado (validación científica, adaptabilidad, anonimato y confidencialidad). Se recomienda priorizar metodologías validadas y participativas (como Ista 21 en primer lugar o FPSICO).
- ✗ Se recomienda adaptar los sistemas de información para que las futuras evaluaciones ofrezcan datos desagregados por sexo e incluyan indicadores específicos sobre la carga de doble presencia, dada la realidad.
- ✗ Se considera necesario documentar acuerdos formales antes de iniciar cualquier evaluación (método, cronograma, confidencialidad y composición del grupo) para dotar de seguridad técnica y confianza al proceso.

B. Participación

Convertir la participación en un motor de calidad, no solo en un trámite

- ✗ Se recomienda constituir grupos de trabajo estables que participen en todas las fases técnicas: desde la adaptación del cuestionario hasta la supervisión de la implementación de medidas.
- ✗ Es necesario implementar medidas operativas que aumenten la tasa de participación: permitir y que sea conocido la respuesta dentro de la jornada laboral (considerado tiempo efectivo de trabajo), ofrecer medidas con formatos híbridos (digital/presencial) y reforzar la comunicación sobre la confidencialidad.
- ✗ Se establece prioritario aprovechar el valor de las organizaciones sindicales como canal de confianza para incentivar la participación de la plantilla. Se recomienda colaborar activamente en las campañas de sensibilización, transmitiendo el mensaje de que la evaluación es una herramienta técnica positiva para la mejora continua.

C. Medidas de intervención en origen

Pasar de “formar a la persona trabajadora” a “mejorar la organización”.

- ✗ Se propone enfocar la acción en el origen de los riesgos identificados (gestión de turnos, cargas, claridad de roles) en lugar de limitarse a acciones formativas e informativas. La formación es necesaria, pero no suficiente para resolver problemas del diseño del trabajo.
- ✗ Se recomienda asegurar que cada medida preventiva tenga una “ficha técnica” clara: qué problema resuelve, qué se hará exactamente, quién es el responsable, qué recursos tiene asignados y cuál es el plazo de ejecución.
- ✗ Establecer sistemas de seguimiento que combinan datos objetivos (rotación, IT) con indicadores de percepción de la plantilla para validar si las medidas están funcionando bien.

D. Cultura preventiva

Dotar a los actores de las herramientas necesarias

- ✗ Se sugiere impulsar programas de formación avanzada en riesgos psicosociales dirigidos tanto a delegadas y delegados de prevención como a mandos intermedios e integrantes de Comités de Seguridad y Salud.
- ✗ Asegurar que las personas responsables de servicio entiendan por qué técnico de los cambios organizativos propuestos, para que puedan liderar su implementación con criterio.
- ✗ Crear redes de conocimiento entre hospitales para identificar y replicar aquellas medidas organizativas que ya han demostrado éxito en otros centros hospitalarios.
- ✗ Es fundamental reforzar la difusión y accesibilidad de herramientas de apoyo ya disponibles (como el PAIPSE y el SIRP) normalizando su uso como recursos preventivos de primer nivel.

Cuestionario

Caracterización de los hospitales objeto de estudio

1. ¿En qué municipio de la Comunidad de Madrid se encuentra el hospital en el que trabajas?

2. ¿Cuántos trabajadores/as hay en la actualidad prestando servicios en el hospital?

6-49 ___

50-499 ___

+500 ___

Descripción de las delegadas y delegados de prevención participantes

3.- ¿Cuánta antigüedad tienes como delegado/a de prevención en el hospital?

De 0 a 5 años ___

De 5 a 10 años ___

+ de 10 años ___

4. ¿Tienes formación sindical en prevención de riesgos laborales?

Sí ___

No ___

5. ¿Has recibido formación específica sobre riesgos psicosociales?

Sí ___

No ___

Evaluación del riesgo psicosocial

6. ¿En el hospital se ha realizado total o parcialmente la evaluación de riesgos psicosociales?

Sí _____

Está en proceso _____

No, la empresa se niega a realizarla _____

No, no se planteado nunca _____

7. ¿De quién ha sido la iniciativa de realizar la evaluación de riesgos psicosociales?

CCOO _____ Otros sindicatos _____

La empresa _____ Los trabajadores/as _____

La Inspección de Trabajo _____ El Servicio de Prevención _____

8. ¿Se propuso Ista 21 como método de evaluación de riesgos psicosociales?

Sí ___

No ___

9. Finalmente, ¿cuál ha sido el método de evaluación de riesgos psicosociales utilizado?

Istas 21 _____

FPSICO _____

En algunos servicios Istas 21 y en otros FPSICO _____

10. ¿Has consultado al sindicato con carácter previo a la realización de la evaluación de riesgos psicosociales?

Sí _____

No _____

11. La evaluación se ha realizado en:

Todo el hospital _____

Solo en algunos servicios del hospital _____

12. ¿La realización del cuestionario se ha ofrecido al 100 % de los trabajadores/as?

Sí _____

No _____

13. ¿En todos los servicios en los que se pasado el cuestionario se ha superado el 50 % de participación?

Sí _____

No _____

14. ¿Se han realizado entrevistas individuales a los trabajadores/as?

Sí _____

No _____

15. ¿Se ha consultado previamente sobre el método de evaluación a utilizar?

Sí _____

No _____

16. ¿Se ha consensuado con el CSS el método de evaluación finalmente usado?

Sí ___

No ___

17. ¿Se ha suscrito algún documento con las condiciones de aplicación del método?

Sí ___

No ___

18. ¿Se ha constituido un grupo de trabajo (formado por delegados/as y representantes del hospital) para dirigir el proceso de evaluación y planificación?

Sí ___

No ___

19. ¿Los delegados/as de prevención han colaborado en la adaptación del cuestionario?

Sí ___

No ___

20. ¿Los delegados/as de prevención han colaborado en la forma de distribución, respuesta y recogida del cuestionario?

Sí ___

No ___

21. ¿Los delegados/as de prevención han participado en el cruce de variables?

Sí ___

No ___

22. ¿Se han presentado los resultados en el Comité de Seguridad y Salud?

Sí ___

No ___

23. ¿Se ha informado a la plantilla de los resultados del informe preliminar?

Sí ___

No ___

24. ¿Se ha considerado tiempo de trabajo el destinado a cumplimentar el cuestionario?

Sí ___

No ___

25. ¿Se ha realizado una campaña de sensibilización dirigida a los trabajadores/as?

Sí ___

No ___

26. ¿Cómo se ha cumplimentado el cuestionario?

Presencialmente _____

Se ha entregado y se ha recogido tiempo después _____

On line _____

Planificación de la actividad preventiva

27. ¿Se ha hecho planificación de la actividad preventiva?

Sí ___

No ___

28. ¿Se han debatido las medidas preventivas?

Sí ___

No ___

29. ¿Consideras que las medidas preventivas son concretas y aplicables?

Sí ___

No ___

30. Indica las medidas preventivas recogidas en la planificación de la actividad preventiva:

- Medidas dirigidas a enriquecer el trabajo.

Sí ___

No ___

- Medidas dirigidas a trabajar de forma cooperativa.

Sí ___

No ___

- Medidas dirigidas a reorganizar las jornadas de trabajo.

Sí ___

No ___

- Medidas dirigidas a reducir las exigencias emocionales y la carga de trabajo para adecuarse a la jornada.

Sí ___

No ___

- Medidas dirigidas a aumentar la estabilidad en el empleo y mejorar las condiciones de trabajo.

Sí ___

No ___

- Medidas dirigidas a aumentar la cantidad y la calidad de la información para poder hacer bien el trabajo y para afrontar los cambios que se puedan producir en el futuro.

Sí __

No __

- Medidas dirigidas a evitar cambios en las condiciones de trabajo.

Sí __

No __

- Medidas preventivas dirigidas a prevenir y controlar las agresiones.

Sí __

No __

- Medidas dirigidas a garantizar la conciliación de la vida laboral y familiar.

Sí __

No __

31. ¿Puedes afirmar, con carácter general, que las medidas preventivas son fruto del consenso?

Sí __

No __

32. ¿Se ha informado a la plantilla de los resultados que se van obteniendo el proceso de planificación de la actividad preventiva?

Sí __

No __

33.- ¿Se han concretado los recursos necesarios para la implantación de medidas preventivas?

Sí __

No __

34. ¿Se ha comprobado, pasado un tiempo prudencial, la efectividad de las medidas preventivas?

Sí ___

No ___

35. ¿Consideras que, con carácter general, las medidas preventivas han sido eficaces?

Sí ___

No ___

BIBLIOGRAFÍA

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 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.
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.
- Decreto 246/2023, de 4 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud.
- Nota Técnica de Prevención 443. Factores psicosociales: metodología de evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nota Técnica de Prevención 604. El riesgo psicosocial. Modelo demanda-control-apoyo social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- Nota Técnica de Prevención 703. El método CoPsoq - Iastas 21 de evaluación de riesgos psicosociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nota Técnica de Prevención 926. Factores psicosociales: metodología de evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nota Técnica de Prevención 944. Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales: principios comunes (I). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nota Técnica de Prevención 945. Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales: principios comunes (II). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- CCOO Madrid. Guía para la intervención sindical en organización del trabajo y riesgos psicosociales.
- CCOO Madrid. La Evaluación de los riesgos psicosociales paso a paso.
- Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. Método Iastas 21 (CoPsoQ), Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo.
- CCOO Madrid. La evaluación de los riesgos psicosociales paso a paso.
- CCOO Madrid. La participación en la evaluación de riesgos psicosociales.
- CCOO Madrid. Guía para la prevención y control de los riesgos psicosociales.
- CCOO Madrid. Consecuencias del coronavirus en el sector sanitario.
- CCOO Madrid. Riesgos psicosociales en los empleados de la Administración Pública de la Comunidad de Madrid. Secretaría de Salud Laboral.
- CCOO Madrid. El impacto de la Covid-19 en los factores psicosociales en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid.

Bibliografía

- CCOO Madrid. Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) y riesgos psicosociales. (2023).
- Guía de prevención de riesgos laborales en el sector sanitario y sociosanitarias CCOO Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios del País Valenciano.
- CCOO Madrid. Acoso Psicológico en el trabajo (mobbing). Los efectos de la nueva organización del trabajo.
- CCOO ISTAS. Guía del delegado y delegada de prevención.
- CCOO ISTAS. Guía para la intervención sindical en la organización del trabajo y riesgos psicosociales.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ASOCIADAS A LAS ER PSICOSOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO

CCOO MADRID

C/ Pedro Unanue 14 | 28045 Madrid

Teléfono: 91 536 52 12

slmadrid@usmr.ccoo.es

www.saludlaboralmadrid.es

VII Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales
de la Comunidad de Madrid (2025-2028)