



# Universitat de Valencia

## Facultat de Medicina i Odontologia

Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública  
Ciències de l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal  
Programa de Doctorat 265 E Salut Pública i Medicina Legal

# Tesis Doctoral

## Riesgos Psicosociales en la actividad de los Diplomados en Enfermería de los Departamentos de Salud 04, 05 y 06 de la Conselleria de Sanitat



Licenciado en Antropología Social y Cultural  
Presentada por Francisco Diego Cuenca Esteve  
Dirigida por la Dra. Dña. Marina Gisbert Grifo  
Año 2015





**Universitat de València**  
**Departamento de Medicina Preventiva y Salud**  
**Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y**  
**Medicina Legal**  
**265E Salud Pública y Medicina Legal**

**TESIS DOCTORAL**

**Riesgos psicosociales en la actividad de los**  
**Diplomados en Enfermería de los Departamentos de**  
**Salud 04, 05 y 06 de la Conselleria de Sanitat**

**Francisco D. Cuenca Esteve**  
**Licenciado en Antropología Social y Cultural**

**Directora**  
**Dra. D<sup>a</sup> Marina Gisbert Grifo**

**Valencia, junio de 2015**





Universitat de València

**Unitat docent de Medicina Legal**  
Facultat de Medicina i Odontologia  
Avd. Blasco Ibáñez 13, 46010 Valencia  
963864165

Marina S. Gisbert Grifo, Profesora Titular de Medicina Legal de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València

**CERTIFICA** que la presente Tesis Doctoral titulada: **“Riesgos Psicosociales en la actividad de los Diplomados en Enfermería de los Departamentos de Salud 04, 05 y 06 de la Conselleria de Sanitat”** ha sido realizada bajo mi dirección por D. Francisco Diego Cuenca Esteve y en ella se reflejan fielmente los datos y resultados obtenidos.

Una vez redactada, ha sido revisada y la encuentro conforme para que sea presentada ante la comisión que se designe para aspirar al título de Doctor, autorizado por ello su defensa.

Y para que así conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, extendiendo el presente certificado en Valencia a 15 de junio de dos mil quince.

Fdo.: M. Gisbert



*A mis padres, hijos y hermanos*



## **AGRADECIMIENTOS**

Mi profundo agradecimiento a la Dra. Marina Gisbert Grifo, Profesora Titular de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Valencia, por todo el tiempo que ha dedicado en la dirección de este trabajo, y por toda la motivación y ánimo que ha infundido en mí, aún en situaciones difíciles de la vida, para conseguir finalmente la elaboración de la presente Tesis Doctoral.

Gracias a mis compañeros de trabajo, y especialmente a D. José Luis Domingo Jiménez y a D<sup>a</sup> Gema Gallego Viñas, Técnicos del SPRL de la Consellería de Sanitat, grandes compañeros y amigos que siempre me han demostrado su colaboración y apoyo.

Mi recuerdo y mi gratitud para mi familia, hermanos e hijos y, especialmente, para mis padres a quienes dedico este trabajo con todo mi cariño porque ellos han sido mi inspiración, mi motivación y mi fuerza en la vida. Estoy seguro que desde donde estén, continúan siempre a mi lado.



## **RESUMEN**

### **Introducción:**

El concepto de salud ha ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad. En 1946 la OMS definió la salud como un *“estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de la enfermedad”*. Esta definición considera al individuo como un todo biopsicosocial.

El art. 22 de la Ley 3/200, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, de 6 de febrero, de la Generalitat, establece que el sistema sanitario valenciano se ordena en Departamentos de Salud, que equivalen a las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad. Así, los Departamentos de Salud son las estructuras fundamentales del sistema valenciano, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

### **Objetivo:**

El presente estudio parte de la necesidad de identificar, valorar y comparar los riesgos psicosociales presentes en la actividad laboral de los Diplomados en Enfermería de 3 Departamentos de Salud de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana, atendiendo a su ámbito de actuación y al posible impacto que sobre la salud de estos profesionales tenga la exposición a los citados riesgos.

### **Método:**

El método FPSICO 3.0 evalúa los riesgos psicosociales más frecuentes en la actividad de los

Diplomados en Enfermería que están relacionadas con la propia organización del trabajo y su contenido. El citado método está recomendado por el Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Los turnos de trabajo, la premura de tiempo en la toma de decisiones, la necesidad de respuestas eficaces durante la atención urgente a pacientes, las repercusiones ante una posible mala praxis, la cantidad de información recibida y tratada, la carga de trabajo, la relación con usuarios y familiares, el uso de equipos de alta tecnología y la complejidad de técnicas empleadas, son algunas de las condiciones de trabajo que pueden dañar la salud cuando la actividad laboral no está organizada de forma adecuada. Estos riesgos pueden verse agravados por la diversidad de funciones realizadas y están en función de las condiciones de los servicios o centros donde se preste la atención sanitaria.

La muestra del estudio está formada por un total de 463 profesionales, de los cuales 115 corresponden al ámbito de la Atención Primaria y 348 al ámbito de la Atención Especializada. Del total de la muestra de la Atención Especializada 170 son trabajadores de Plantas de Hospitalización y 178 son trabajadores de Servicios Centrales.

### **Resultados:**

Los resultados de este estudio revelan que existen factores de riesgo psicosocial en la actividad de los Diplomados en Enfermería y que hay diferencias estadísticamente significativas sobre la percepción de los citados factores en función del Departamento de Salud donde desarrollan su actividad laboral, del género de los profesionales y de su ámbito de actuación (Atención Primaria o Atención Especializada).

Los factores psicosociales que los trabajadores perciben con mayor intensidad son: la participación/supervisión (74%), la carga de trabajo (47%), el interés por el trabajador/compensación (43%), las demandas psicológicas (39%) y el desempeño del rol (30%).

Con este estudio y partiendo de lo establecido en la normativa actual sobre el principio de la actividad preventiva, se analiza, finalmente, la necesidad de la adaptación del trabajo al trabajador a través de medidas específicas, suficientes y adecuadas, orientadas a la prevención de los daños a la salud de los trabajadores por la exposición a los RPS durante su actividad laboral.

## **RESUM**

### **Introducció:**

El concepte de salut ha canviat al llarg de l'història de la humanitat. En 1946 l'OMS va definir la salut com un *"estat de sencer benestar físic, psíquic i social, i no a soles l'absència de l'enfermetat"*. Aquesta definició considera a l'individu com un tot biopsicocial.

L'article 22 de la Llei 3/2003, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana, del 6 de Febrer, de la Generaliat, estableix que el sistema sanitari valencià s'ordena en Departaments de Salut, que equivalen als Àrees de Salut previstes en la Llei General de Sanitat. Així els Departaments de Salut son les estructures fonamentals del sistema valencià, sent els demarcacions geogràfiques en els que queda diviti el territori de la Comunitat Valencia als efectes sanitaris.

## **Objectiu:**

El present estudi part de la necessitat d'identificar, valorar i comparar els riscos psicosocials presents en l'activitat laboral del Diplomats en Infermeria de 3 Departaments de Salut de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana, atenent al seu àmbit d'actuació i al possible impacte que a la salut d'aquestos professionals tinga l'exposició als mencionat riscos.

## **Mètode:**

El mètode FPSICO 3.0 avalua els riscos psicosocials més freqüents en l'activitat de Diplomats d'Infermeria que estan relacionats amb la pròpia organització del treball i el seu contingut. Els torns de treballs, la premura de temps, la presa de decisions, la necessitat de respostes eficaçes durant l'atenció urgent a pacients, les repercussions davant una mala praxi, la quantitat d'informació rebuda i tractada, la càrrega de treball, la relació amb usuaris i familiars, l'ús d'equips d'alta tecnologia i la complexitat de tècniques empleades, son algunes condicions de treball que puguen dançar la salut quan l'activitat laboral no està organitzada de forma adequada. Aquestos riscos poden veure's agreujats per la diversitat de funcions realitzades i es troben en funció dels condicions del servicis o centres on es preste l'atenció sanitaria.

## **Resultats:**

Els resultats d'aquest estudi revelen que hi ha factors de risc psicosocials en l'activitat de la Diplomatura d'Infermeria i que hi ha diferències estadísticament significatives en la percepció d'aquests factors amb un nivell de confiança del 95%, segons el Departament de Salut, on es desenvolupa el seu treball, els professionals

de gènere i el seu àmbit d'actuació (atenció primària o atenció especialitzada).

Els factors psicosocials que els treballadors perceben amb major intensitat són: la participació/supervisió (74%), la càrrega de treball (47%), l'interès pel treballador/compensació (43%), les demandes psicològiques (39%) i l'acompliment del rol (30%).

Amb aquest estudi i partint de l'establert en la normativa actual sobre el principi de l'activitat preventiva, s'analitza, finalment, la necessitat d'adaptació del treball al treballador mitjançant les mesures específiques, suficients i adequades, orientades a la prevenció dels danys a la salut dels treballadors per l'exposició als RPS durant la seua activitat laboral.

## **ABSTRACT**

### **Introduction:**

The concept of health has evolved over the history of humanity. In 1946, WHO defined health as a "*State of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*". This definition considers the individual as a biopsychosocial whole.

Article 22 of the Law 3/2003 of the Healthcare Standards in the Valencian region establishes that the Valencian health system is sorted in health departments, which are equivalent to the health areas provided by the General Health Law. Thus, health departments are the fundamental structures of the Valencian system, being the geographical demarcations in which is divided the territory of the region of Valencia for health purposes.

**Objective:**

The present study is based on the necessity to identify, assess and compare the psychosocial risks present in the work activity of nurses of 3 health departments of the Valencian government's Health Department, taking into account its scope of activity and the possible health effects from exposure to these risks.

**Method:**

The method FPSICO 3.0 assesses the psychosocial risks more frequently identified in the activity of the nurses, related to the work organization and its content. This method is recommended by INSHT (Spanish National Institute of Occupational Safety and Health at Work). Shift work, time pressure in decision-making, need for effective responses during urgent care of patients, possible implications of malpractice, amount of information received and processed, workload, relationships with users and their relatives, use of high technology equipment and complexity of techniques used are some of the working conditions that can damage the workers health when work is not properly organized. These risks may be compounded by the diversity of functions performed and they are depending on the conditions of the services or centres where health care is provided.

**Results:**

This study reveals the existence of psychosocial risk factors in the activity of nurses. Statistically significant differences on the perception of these factors exist according to the health department, gender and the scope of action (primary care or specialized care).

Psychosocial risk factors most intensely perceived by workers are: participation/supervision (74%), workload (47%), interest in the worker/payback (43%), psychological demands (39%) and performance of the role (30%).

With this study, while respecting current regulation on the principle of preventive action, is analysed the necessity of adapting work to worker through specific, sufficient and appropriate measures, aimed at prevention of adverse health effects to workers caused by psychosocial risk factors during their work.



# Í N D I C E

	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Riesgos psicosociales y daños a la salud.....	3
1.2 Antecedentes y datos legislativos.....	17
1.2 Organización de la Prevención de Riesgos Laborales en la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valenciana.....	22
1.3.1 Legislación vigente.....	22
1.3.2 Estructura y organización del SPRL.....	22
1.3.2.1 Evaluación de Riesgos.....	27
1.3.2.2 Planificación de la actividad preventiva....	29
1.3.2.3 Inspecciones de Lugares de Trabajo.....	29
1.3.2.4 Investigaciones de accidentes.....	30
1.3.2.5 Vigilancia de la Salud Laboral.....	31
1.3.2.6 Actividades de información y formación....	32
2.- OBJETIVOS.....	35
3.- MATERIAL Y MÉTODO UTILIZADO.....	39
3.1 Población y muestra .....	41
3.2 Instrumentos y procedimiento empleado.....	42
3.3 Temporalización.....	46

3.4 Justificación estadística.....	46
4.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
4.1 Características de la muestras.....	51
4.2 Participación por Departamento de Salud .....	52
4.3 Participación según género y el ámbito de actuación de los trabajadores .....	53
4.4 Identificación, cuantificación y comparación de los factores de RPS percibidos por los trabajadores .....	54
4.5 Identificación, cuantificación y comparación de los factores de RPS percibidos según el ámbito de actuación .....	72
4.6 Diferencias en la percepción de los RPS según el género de los trabajadores .....	104
4.7 Planificación de la actividad preventiva. Medidas preventivas propuestas y control de la eficacia .....	113
4.7.1 Carga de Trabajo (CT).....	125
4.7.2 Demandas Psicológicas (DP) .....	125
4.7.3 Participación / Supervisión (PS) .....	126
4.7.4 Interés por el trabajador/compensación (ITC) .....	126
4.7.5 Desempeño de Rol (DR).....	127
4.7.6 Tiempo de Trabajo (TT).....	127

4.7.7 Autonomía (AU).....	128
4.7.8 Relaciones y Apoyo Social (RAS).....	129
5.- CONCLUSIONES.....	133
6.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	137
7.- ANEXO I: Cuestionario de evaluación de Riesgos Psicosociales.....	153

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

AE:	Atención Especializada.
AIP:	Aplicación informática programada.
AP:	Atención Primaria.
AT:	Accidente de Trabajo.
AU:	Autonomía.
CAT:	Comunicación de Accidente de Trabajo.
CEE:	Comunidad Económica Europea.
CSS:	Comité de Seguridad y Salud.
CT:	Carga de Trabajo.
DE:	Diplomados en Enfermería.
DP:	Delegados de Prevención.
DPS:	Demandas Psicológicas.
DPTO:	Departamento.
DR:	Desempeño de Rol.
EAP:	Equipo de Atención Primaria.
EDT:	Enfermedades derivadas del Trabajo.
EIR:	Enfermería Interna Residente.
EP:	Enfermedades Profesionales.

EVES: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

IC: Interés por el trabajador / Compensación.

LGSS: Ley General de la Seguridad Social.

MBI: Maslach Burnout Inventory.

NTP: Nota Técnica de Prevención.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PRL: Prevención de Riesgos Laborales.

PS: Participación / Supervisión.

PYMES: Pequeñas y medianas empresas.

RAS: Relaciones y Apoyo Social.

RD: Real Decreto.

RPS: Riesgos Psicosociales.

SNS: Sistema Nacional Sanitario.

SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

SQT: Síndrome de quemarse por el Trabajo.

TT: Tiempo de Trabajo.

UC: Unidad Central.  
UP: Unidad Periférica.  
VC: Variedad / Contenido

## **ÍNDICE DE CUADROS**

	Pág.
Cuadro 1. Unidades que componen el SPRL.....	25
Cuadro 2. Personal asignado a las UP del SPRL.....	26
Cuadro 3. Niveles de riesgo.....	45
Cuadro 4. Resumen de los niveles de percepción de los RPS según el Departamento de Sanidad.....	68
Cuadro 5. Resumen de los niveles de percepción de los RPS según el ámbito de actuación.....	86
Cuadro 6. Resumen de los niveles de percepción de los RPS según el servicio.....	101
Cuadro 7. Medidas preventivas y planificación de la actividad preventiva.....	115
Cuadro 8. Temporalización de las actividades Preventivas propuestas.....	124

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

	Pág.
Gráfico 1. Distribución por género.....	51
Gráfico 2. Factores de RPS percibidos por los trabajadores de la muestra a estudio	54
Gráfico 3. Factores de RPS percibidos por los trabajadores del Departamento de Salud 04.....	55
Gráfico 4. Factores de RPS percibidos por los trabajadores del Departamento de Salud 05.....	55
Gráfico 5. Factores de RPS percibidos por los trabajadores del Departamento de Salud 06.....	56
Gráfico 6. Factores de RPS percibidos en la Atención Primaria.....	72
Gráfico 7. Factores de RPS percibidos en la Atención Especializada.....	72
Gráfico 8. Percepción de los RPS por los hombres.....	104
Gráfico 9. Percepción de los RPS por las mujeres.....	104

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla I. Población del estudio.....	41
Tabla II. Rango de edad en intervalos y datos estadísticos de interés.....	52
Tabla III. Frecuencias según la participación por Departamentos de Salud.....	52
Tabla IV. Frecuencias según la participación por ámbito de actuación.....	53
Tabla V. Cuantificación de las variables a Estudio.....	57
Tabla VI. Diferencias encontradas entre los Departamentos de Salud ( $p < 0,05$ ).....	58
Tabla VII. Diferencias en el Tiempo de Trabajo (TT).....	59
Tabla VIII. Diferencias en la Autonomía (AU)....	60
Tabla IX. Diferencias en la Carga de Trabajo (CT).....	61
Tabla X. Diferencias en las Demandas Psicológicas (DP).....	63
Tabla XI. Diferencias en la Participación / supervisión (PS).....	65
Tabla XII. Diferencias en el Interés por el trabajador / compensación (IC).....	66
Tabla XIII. Diferencias en el Desempeño del Rol (DR).....	67
Tabla XIV. Datos poblacionales por Departamento de Salud	69
Tabla XV. Cuantificación según el ámbito de actuación.....	74
Tabla XVI. Diferencias encontradas entre Atención Primaria y Atención Especializada ( $p < 0,05$ ).....	75

Tabla XVII. Diferencias en la Tiempo de Trabajo (TT) ( $p < 0,05$ ).....	76
Tabla XVIII. Diferencias en la Autonomía(AU) ( $p < 0,05$ ).....	77
Tabla XIX. Diferencias en la Carga de Trabajo (CT) ( $p < 0,05$ ).....	78
Tabla XX. Diferencias en las Demandas psicológicas (DP) ( $p < 0,05$ ).....	80
Tabla XXI. Diferencias en la Variedad / contenido del trabajo (VC) ( $p < 0,05$ ).....	81
Tabla XXII. Diferencias en la Participación / supervisión (PS) ( $p < 0,05$ ).....	82
Tabla XXIII. Diferencias en el Interés por el trabajador / compensación (ITC) ( $p < 0,05$ ).....	83
Tabla XXIV. Diferencias en el desarrollo del rol (DR).....	84
Tabla XXV. Diferencias en las Relaciones y apoyo social (RAS) ( $p < 0,05$ ).....	85
Tabla XXVI. Diferencias encontradas entre las Plantas de Hospitalización y los Servicios Centrales en Atención Especializada ( $p < 0,05$ ).....	89
Tabla XXVII. Diferencias en el Tiempo de Trabajo (TT) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	90
Tabla XXVIII. Diferencias en la Autonomía (AU) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	91
Tabla XXIX. Diferencias en la Carga de Trabajo (CT) en Atención Especializada según el Servicio...	92

donde se desarrolla la actividad

Tabla XXX.	Diferencias en las Demandas Psicológicas (DP) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	93
Tabla XXXI.	Diferencias en la Variedad / contenido del trabajo (VC) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	95
Tabla XXXII.	Diferencias en la Participación / supervisión (PS) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	96
Tabla XXXIII.	Diferencias en el interés por el trabajador /compensación (ITC) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	97
Tabla XXXIV.	Diferencias en el Desarrollo del Rol (DR) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	98
Tabla XXXV.	Diferencias en las Relaciones y Apoyo social (RAS) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral.....	100
TABLA XXXVI.	Diferencias encontradas según el género de los trabajadores...	105
Tabla XXXVII.	Porcentaje de respuesta en los ítems que presentan diferencias significativas según el género....	106

TABLA XXXVIII. Diferencias encontradas según género de los trabajadores en Atención Primaria ( $p < 0,05$ ).....	107
TABLA XXXIX. Diferencias encontradas según el género de los trabajadores en Atención Especializada ( $p < 0,05$ ).....	108
Tabla XL. Porcentaje de respuesta en los ítems que presentan diferencias significativas según el género y el ámbito de actuación.....	109

## **1.- INTRODUCCIÓN**



# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 RIESGOS PSICOSOCIALES Y DAÑOS A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES**

Uno de los principales objetivos de nuestro Sistema Nacional Sanitario (SNS) es mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y, entre las estrategias desarrolladas para conseguir la calidad total de estos servicios, tiene gran relevancia la prevención de los riesgos laborales (PRL) durante el desarrollo de la actividad de los profesionales sanitarios.

Los progresivos avances tecnológicos promueven la necesidad de reforzar y ampliar conocimientos que conlleven una asistencia sanitaria de mayor calidad humana y profesional, desarrollada en un entorno de trabajo saludable<sup>(1)</sup> que promueva y proteja la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores, cumpliendo además con lo establecido en la Constitución Española<sup>(2)</sup> que encomienda a los poderes públicos velar por la Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Los daños a la salud derivados del trabajo, no siempre se manifiestan de forma brusca e inesperada, *“aquí y ahora”*, sino que pueden aparecer tras exposiciones repetidas a diferentes riesgos derivados del trabajo diario, o sea, *“más lejos de aquí y más tarde de ahora”*. Tenemos un claro ejemplo en los cánceres profesionales, cuyo periodo de latencia puede ser muy prolongado hasta comenzar a manifestarse la enfermedad.

La Ley 31/1995<sup>(3)</sup> de Prevención de Riesgos Laborales, define los conceptos de *“riesgo laboral”* y *“daños derivados del trabajo”*.

Riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, entendiendo como tal, las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo. Estos daños pueden presentarse en diferentes formas, siendo éstas principalmente, los accidentes de trabajo (AT), las enfermedades profesionales (EP) y las enfermedades derivadas del trabajo (EDT).

El concepto de AT está regulado en el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social<sup>(4)</sup> de 1994, señalando que es *“toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”*. Asimismo, las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo se consideran AT, salvo prueba en contrario.

Por lo tanto, para que un AT tenga esta consideración es necesario que el trabajador sufra un daño o detrimento corporal como consecuencia de una actividad laboral desarrollada por cuenta ajena y que exista una relación de causalidad directa entre el trabajo y la lesión sufrida. Se asimilan a la lesión corporal las secuelas o enfermedades psíquicas o psicológicas. Por todo ello, una lesión no constituye, por sí sola, un AT, sino que tiene que existir un nexo causal con la actividad laboral.

Gisbert Calabuig<sup>(5)</sup> señala que *“el nexo de unión entre trabajo y lesión corporal viene indicado en nuestra legislación sobre accidentes de trabajo con la doble expresión, **con ocasión o por consecuencia**, que equivale a afirmar implícitamente que para la existencia del accidente de trabajo no precisa la actualidad de éste, sino que basta con la finalidad del trabajo”*.

Tendrán también la consideración de accidente de trabajo las patologías que se produzcan en las siguientes circunstancias:

- Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo. Estos sucesos se denominan “*accidente in itinere*” y se caracterizan por ocurrir durante un desplazamiento entre el domicilio del trabajador y el centro de trabajo para comenzar la jornada laboral o tras finalizar la misma.

Diferentes Sentencias<sup>(6-11)</sup> señalan que estos desplazamientos deben tener una finalidad laboral, los hechos deberán ser coherentes con la hora de entrada o de salida del trabajo, el itinerario seguido debe ser el habitual y el medio de transporte empleado debe ser racional tanto en su modalidad como en su empleo, toda vez que puede ser prohibido por el empresario de forma escrita; ante la ausencia de esta prohibición el medio de transporte se considera adecuado.

- Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar donde se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

En una publicación de prensa, la secretaria de Salud Laboral de CC.OO. de Córdoba<sup>(12)</sup>, resaltó la importancia de una Sentencia del Juzgado de lo Social que reconoce que “*es aplicable la presunción de laboralidad a los accidentes sufridos por el representante o delegado sindical con ocasión del desempeño de la actividad representativa sindical que le es*

*propia porque se considera que ésta siempre tiene lugar en tiempo y lugar de trabajo, aunque se lleve a cabo fuera de la jornada ordinaria o del centro de trabajo propiamente dicho”.*

- Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.  
La Sentencia del Tribunal Supremo<sup>(13)</sup> de fecha 24 de septiembre de 2002, reconoce que *“el accidente de trabajo en misión amplia la presunción de laboralidad a todo el tiempo en que el trabajador, en consideración a la prestación de sus servicios, aparece sometido a las decisiones de la empresa, incluso sobre su alojamiento, medios de transporte, etc, es decir, que abarca a todo el desarrollo del desplazamiento”*. Asimismo, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla) <sup>(14)</sup> de fecha 4 de febrero de 1999, reconoce como accidente de trabajo el contraído a causa de una actividad del trabajador realizada por orden de la empresa o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo. Los Accidentes de Trabajo sufridos en actos de salvamento gozan de la presunción *“Iuris Tantum”*.

- Las enfermedades, no clasificadas como “*Enfermedades Profesionales*”, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.  
Varias Sentencias consultadas<sup>(15-18)</sup> han estimado el Síndrome de Burnout, enfermedad no incluida en el listado de Enfermedades Profesionales, como accidente de trabajo al considerar que es una lesión anímica producida como efecto de la realización de un determinado trabajo.
  
- Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.  
Diferentes Sentencias<sup>(19-22)</sup> del Tribunal Supremo y Tribunales Superiores de Justicia, han estimado como accidente de trabajo los daños que provienen del agravamiento de determinadas enfermedades que se produzcan o tengan su origen en el trabajo.
  
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.  
El Tribunal Superior de Justicia de Baleares en fecha 14 de octubre de 2004<sup>(23)</sup>, estimó que una artritis agravada tras la lesión sufrida por un trabajador por dos accidentes de trabajo debe

ser considerada como accidente de trabajo. Según lo señalado en este apartado, podrían considerarse también otras patologías oportunistas, motivadas como consecuencia del periodo de hospitalización o periodos de convalecencia del trabajador, que entrañan una mayor susceptibilidad frente a infecciones y una disminución de la movilización activa (infecciones nosocomiales, enfermedades vasculares).

- Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo. El Tribunal Supremo estimó en diferentes Sentencias que *“las referencias en el Art. 115.3 de la LGSS al tiempo de trabajo y al lugar de trabajo van dirigidas, la primera al tiempo de trabajo efectivo sin restricción o reserva al horario ordinario o normal actividad, y la segunda al lugar en que se está por razón de la actividad encomendada, aunque no sea el lugar de trabajo habitual”*<sup>(24-30)</sup>.

No tendrán la consideración de accidente de trabajo los apartados siguientes:

- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.

Si el trabajo habitual del trabajador es a la intemperie se considera como accidente de trabajo. En el caso de atentado terrorista que afecta al trabajador en el lugar de trabajo no estamos ante un caso de fuerza mayor sino ante una actuación de un tercero.

- Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.  
Se considera que existe dolo cuando el trabajador o trabajadora consciente, voluntaria y maliciosamente provoca un accidente para obtener prestaciones que se derivan de la contingencia. Una Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón<sup>(31)</sup> desestimó la consideración de accidente de trabajo ante un intento de suicidio durante el tiempo y el lugar de trabajo con la pretensión del trabajador de que la acción fuera considerada como accidente laboral.

No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo los apartados siguientes:

- La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.  
Sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia de la Comunitat Valenciana y del País Vasco han estimado como accidentes laborales situaciones producidas por imprudencia profesional de los trabajadores<sup>(32,33)</sup>.
- La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del

accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

El elemento determinante es la relación causa-efecto. Por ello, las lesiones sufridas como consecuencia de las bromas o juegos durante el trabajo y que pueden originar un accidente, o aquéllos daños sufridos al intentar separar una riña entre compañeros serán considerados como accidentes de trabajo.

La enfermedad profesional se define, en la actualidad, en el artículo 116 de la Ley General de Seguridad Social (LGSS) como *“aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de EP”*. Asimismo, el RD 1299/2006<sup>(34)</sup> establece que para que una enfermedad sea declarada como enfermedad profesional, ha de estar producida por agentes específicos presentes en el medio laboral o las condiciones del puesto de trabajo. Debemos recordar que las citadas lesiones pueden producirse de forma inmediata o súbita, pero también de forma demorada, dando lugar a otras enfermedades derivadas del trabajo que, cuando no se consideren EP, por no estar en el cuadro, también pueden ser incluidas en el concepto de AT. Este es el caso, como veremos en nuestro estudio, de algunas enfermedades asociadas a riesgos psicosociales que, habitualmente, pueden manifestarse más allá de la actividad laboral.

En este sentido, Gisbert Calabuig<sup>(5)</sup> matiza que *“la expresión como **consecuencia del trabajo** permite referir a la legislación de accidentes de trabajo aquellos casos en el que el nexo de unión entre la causa y el efecto tenga alguna derivación que no los haga aparentes a primera vista y, además, salva aquellos accidentes en que la relación cronológica no se patentice, acogiéndose al concepto de accidente los casos en que, producido éste*

*durante el trabajo, no tengan su traducción clínica hasta transcurrido largo tiempo”.*

Todo ello, hace imprescindible el estudio de la relación de causalidad (causa/efecto) entre la actividad laboral desarrollada y el daño sufrido. Hay que poder buscar el origen de las causas del accidente para calificarlo como laboral. La Directiva Europea 89/391/CEE y la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo<sup>(35,36)</sup> y algunas Notas Técnicas de Prevención españolas<sup>(37,38)</sup> señalan la necesidad de promover la investigación de los daños a la salud de los trabajadores y su relación con la actividad laboral desarrollada. Además, desde el punto de vista preventivo, la Ley de PRL<sup>(3)</sup> establece la obligación empresarial de investigar los daños sufridos por los trabajadores derivados de la actividad laboral, causen baja o no, con el fin de conocer sus causas y poder establecer medidas preventivas que eviten su repetición.

En 1992 el Tribunal Supremo<sup>(39)</sup> consideró que *“lesión corporal es el menoscabo físico o fisiológico que incida en el desarrollo funcional”*, incluidas las lesiones psicosomáticas. El concepto de lesión según el artículo 147 del Código Penal<sup>(40)</sup> se mantiene inalterado, aludiendo dicho artículo al menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental. Desde la perspectiva médico legal, es importante recordar la amplitud del concepto que se extiende no solo al daño físico, sino también al psíquico. No obstante, las enfermedades producidas por agentes psicosociales no han sido incluidas en la nueva lista de enfermedades profesionales debido al carácter multicausal de las mismas lo que dificulta establecer un nexo causal claro con el medio laboral en el momento actual. Esto, sin duda, plantea en ocasiones problemas entre las partes implicadas (empresa/trabajador).

En la relación de causalidad se aplica el principio "*luris Tantum*", con el sentido de "*salvo prueba en contrario*". Cuando la ley quiere asignar la carga de la prueba a alguien en particular en un litigio concreto, establece una presunción *luris Tantum*. Con ello, obliga a la persona que quiere vencer esa presunción a aportar las pruebas suficientes para demostrar su falsedad. Si la lesión, en principio, muestra relación con el trabajo, es posible intentar demostrar lo contrario "*Onus Probandi*" (carga de la prueba), "*lo normal se presume, lo anormal se prueba*". Por tanto, quien invoca algo que rompe el estado de normalidad, debe probarlo.

Por el contrario, una presunción "*luris et de lure*" es aquella que se establece por ley y que no admite prueba en contrario, es decir, no permite probar que el hecho o situación que se presume es falso. Las presunciones "*luris et de lure*" en derecho son excepcionales. En algunos ordenamientos se les denomina presunciones de derecho.

Según Gil Monte<sup>(41)</sup>, entre las consecuencias de los RSP, el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), también conocido como burnout, ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas debido a un importante incremento de su prevalencia en el sector servicios, en especial en sanidad.

El "*síndrome del quemado o de agotamiento profesional*" se define como "*agotamiento físico, emocional y mental*" motivado por "*un proceso en el que se acumula un estrés excesivo por una desproporción entre la responsabilidad y la capacidad de recuperación*" del trabajador<sup>(42,43)</sup>. Este síndrome se asocia a la fase final de una exposición crónica al estrés negativo y se define a partir del agotamiento emocional, la despersonalización y la sensación de ineficacia y falta de logro en el trabajo.

El Maslach Burnout Inventory (MBI)<sup>(44)</sup> es un instrumento para la identificación y cuantificación de los riesgos asociados al SQT. Está formado por 22 ítems en los que se plantea al trabajador una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Su objetivo es valorar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en su actividad laboral diaria.

Varias sentencias han estimado el SQT como accidente laboral por considerar que existía una relación directa con el desarrollo de la actividad laboral. La sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 2 de noviembre de 1999<sup>(45)</sup>, fue la que por vez primera consideró como accidente de trabajo una lesión anímica relacionada con el desarrollo de un determinado trabajo. Otras sentencias, como la del Juzgado de lo Social núm. 3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002<sup>(46)</sup>, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 20 de enero de 2005<sup>(47)</sup> y la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 2000<sup>(48)</sup>, confirmaron que el SQT es accidente laboral.

Algunas sentencias consultadas<sup>(49,50)</sup> vienen a reconocer los resultados obtenidos en numerosos estudios en los que se concluye que los profesionales sanitarios están expuestos con frecuencia a condiciones de trabajo susceptibles de originar el SQT.

Contrariamente, otras sentencias<sup>(51-53)</sup> han desestimado el SQT por inexistencia de prueba sobre la causa exclusiva del trabajo.

Diversos estudios<sup>(54-58)</sup> indican la prevalencia de SQT entre los profesionales de la sanidad y la necesidad de actualizar de manera continua la lista de enfermedades

profesionales que, según los avances científicos, se evidencian en la actividad laboral.

Nos encontramos ante una tríada. Desde el punto de vista MEDICO, la “salud” es lo prioritario. Desde el punto de vista JURIDICO, es imprescindible establecer la “causalidad” o “concausalidad”, y desde el punto de vista MEDICO LEGAL es lograr el desafío más grande, “dar una interpretación legal a una cuestión médica”.

Para el Comité Mixto OIT-OMS (1984)<sup>(59)</sup>, el concepto de factor de RPS está directamente relacionado con *“aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto el bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como el desarrollo del trabajo”*. Estaríamos, pues, ante una inadecuada organización de la actividad laboral con capacidad de afectar a la salud de los trabajadores y también al desarrollo del propio trabajo.

Una investigación<sup>(60)</sup> realizada con una muestra de 11.530 profesionales de la salud residentes en España y América Latina, permitió constatar que la prevalencia de SQT en España fue del 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%.

La Carta de Ottawa<sup>(61)</sup> para la Promoción de la Salud señala que el cambio de las formas de trabajo afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo debe ser una fuente de salud para la población y el modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable.

Por otro lado, la salud es un bien jurídico protegido. Las lesiones, desde el punto de vista jurídico, pueden

tener repercusiones penales, más o menos graves, o civiles que llevan consigo la necesidad de reparación del daño.

Cuando un juez habla de lesiones se refiere al concepto jurídico. Así vemos que lo que da origen a este concepto no va a ser la naturaleza de la lesión, sino las causas que la han provocado, es decir, se refiere a cualquier alteración de la salud causada bien por una acción culposa (sin intención, pero el daño se deriva de la actuación) o dolosa (con intención). En la producción de un daño es raro que exista una causa única y lineal cuya consecuencia inevitable sea ese daño. Por el contrario, pueden concurrir un conjunto de concausas en el desencadenamiento del daño. Para la valoración de la causalidad se utiliza el criterio de la causa adecuada, esto es, para que una causa sea imputable a un efecto se necesita que sea necesaria y suficiente. En numerosas ocasiones el Tribunal Supremo se refiere a la “*causa eficiente*” al realizar el juicio de causalidad adecuada<sup>(62,63)</sup>.

Según Adolfo Aristimuño<sup>(64)</sup>, “*la Medicina Legal es la disciplina que utiliza una o varias ramas de la medicina para ayudar a resolver situaciones jurídicas y sobrepasa los intereses individuales para abordar a los intereses de la sociedad.*” El punto de vista médico-legal se rige por unos principios propios, extraídos del Código Penal, con el fin de valorar la naturaleza de la causalidad de la lesión y ayudar a resolver situaciones jurídicas. En Medicina Legal se aplican los conocimientos sobre enfermedades o accidentes profesionales y sus consecuencias, haciendo una valoración del daño corporal que sufrió el trabajador.

Algunos de los efectos más documentados relacionados con la exposición a los RPS son<sup>(65-70)</sup>:

- Problemas y enfermedades cardiovasculares

- Depresión, ansiedad y otros trastornos de la salud mental.
- Dolor de espalda y otros trastornos músculo esqueléticos.
- Otros trastornos médicos de diverso tipo (respiratorios, gastrintestinales, etc).
- Conductas sociales relacionadas con la salud (hábito de fumar, consumo de drogas, sedentarismo, falta de participación social, etc).
- Absentismo laboral.

Hay una serie de factores que influyen en las condiciones del entorno laboral que determinan la existencia de RPS y que pueden producirse de forma continua o intermitente, durante mayor o menor tiempo; pero, además, son importantes otras variables relacionadas con el propio trabajador que pueden influir en su estado de salud: por un lado, la percepción del trabajo y la actitud frente a la actividad laboral, por otro lado, la capacitación y los recursos personales y profesionales que pueda desarrollar para afrontar el trabajo de forma adecuada.

Cuando los requerimientos de la tarea encomendada son superiores a las capacidades individuales de los trabajadores, entonces la probabilidad de aparición de trastornos aumenta. A la inversa, si los requerimientos son inferiores, entonces la probabilidad de sufrir daños en la salud es menor. Es imprescindible facilitar la adaptación del trabajo al trabajador<sup>(3)</sup>.

En conclusión, no todos los trabajadores afrontan del mismo modo los problemas laborales, ya que las características propias de cada trabajador determinan la magnitud y naturaleza de sus reacciones y de las consecuencias que sufrirá en cada caso. Por ello, para

realizar el análisis de una situación laboral determinada, además de conocer cuáles son las características del trabajo, es preciso conocer la percepción que de ellas tienen los trabajadores. De hecho, diferentes publicaciones<sup>(71-73)</sup>, de validez científica en la evaluación de los RPS, señalan la necesidad de la participación de los trabajadores durante todo el proceso.

## **1.2 ANTECEDENTES Y DATOS LEGISLATIVOS**

La Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo<sup>(74)</sup> fue la normativa vigente en España en materia de PRL durante los años 1971 a 1995. A partir del año 1995, por transposición al Derecho Español de la Directiva 89/391/CEE<sup>(35)</sup>, entró en vigor la Ley 31/1995 de PRL<sup>(3)</sup> que fue modificada posteriormente por la Ley 54/2003<sup>(75)</sup>, de reforma del marco normativo de la PRL, siendo sus objetivos básicos combatir la siniestralidad laboral, fomentar una auténtica cultura preventiva de los riesgos en el trabajo, reforzar la necesidad de integrar la PRL en los sistemas de gestión de las empresas y mejorar el cumplimiento de la normativa de PRL, estableciendo las obligaciones y responsabilidades de todas las partes actuantes.

Esta ley es la base de toda la legislación existente en España sobre la seguridad y salud de los trabajadores ante los riesgos derivados de su trabajo.

El nuevo enfoque de la PRL se inspira en el hecho de que el conjunto de actividades y decisiones de la empresa se desarrolle de forma integral, integrada y participativa. Por ello, la legislación actual<sup>(3)</sup> establece los derechos de consulta, participación y representación de los trabajadores en las cuestiones relacionadas con la PRL en los centros de trabajo.

La representación de los trabajadores, en esta materia, se realiza a través de los Delegados de Prevención (DP) que son designados por y entre los representantes legales del personal, que mantienen reuniones periódicamente en el Comité de Seguridad y Salud (CSS), como órgano paritario y colegiado que garantiza un adecuado sistema de consulta y participación en materia de PRL.

De especial importancia es la publicación del Real Decreto (RD) 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención<sup>(76)</sup> como órganos especializados de asesoramiento y apoyo. Este RD establece las funciones que deben desarrollar los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) con la finalidad de asesorar y apoyar en materia preventiva a los responsables de los centros de trabajo, trabajadores y sus representantes y a los órganos de representación especializados.

Para tal fin, los SPRL tienen asignadas y desempeñan las funciones propias de la actividad preventiva, que se agrupan en tres niveles: básico, intermedio y superior, en el último de los cuales se incluyen las especialidades y disciplinas preventivas de medicina del trabajo, seguridad en el trabajo, higiene industrial y ergonomía y psicología aplicada.

Estas cuatro especialidades configuran un equipo de trabajo multidisciplinar cuyo objetivo principal es conseguir una secuencia lógica en la PRL. Para ello, lo primero es identificar y eliminar los riesgos; después, evaluar los riesgos que no puedan ser eliminados y, por último, realizar una planificación de la actividad preventiva, estableciendo medidas específicas, suficientes y adecuadas, para evitar que puedan materializarse daños en la salud de los trabajadores.

Es importante señalar que los factores de riesgo en el trabajo están directamente relacionados con la capacitación de los trabajadores para afrontar la actividad de forma adecuada. A mayor capacitación, menor será el riesgo de sufrir lesiones en el trabajo.

La legislación vigente<sup>(3)</sup> establece la obligación empresarial de realizar la información y formación en materia de PRL, dirigida a los trabajadores, así como informar de las medidas preventivas que deben aplicarse en cada caso para evitar los daños a la salud derivados de la actividad laboral. Se trata de dos técnicas de capacitación que presentan algunas diferencias importantes.

La **información** es una técnica preventiva basada esencialmente en la transmisión de datos que constituyen un mensaje sobre la forma de prevenir los riesgos identificados en la actividad laboral. La información en PRL tiene carácter divulgativo de los riesgos que se pretende evitar, utilizando técnicas documentales como son los folletos, los dípticos y los carteles, así como las nuevas tecnologías de difusión (redes sociales, páginas Web, correo electrónico, etc).

La información es una técnica unidireccional por lo que la interpretación de la documentación entregada puede ser adecuada o errónea por lo que es imprescindible que la información se acompañe de la formación.

La **formación** es una técnica preventiva bidireccional. Además de la entrega documental es necesaria su explicación y la evaluación de los conocimientos adquiridos. Por lo tanto, el resultado de la formación no debe ser solamente la adquisición de nuevos aprendizajes sino que su éxito se producirá en la

medida en que ésta permita modificar la conducta de los trabajadores que participan en ella. Así pues, no es suficiente evaluar la adquisición de aprendizajes, sino que hay que evaluar también su adecuación para garantizar una actividad laboral segura y su aplicación práctica por parte de los trabajadores. La formación preventiva constituye uno de los elementos básicos de la planificación preventiva y su desarrollo, tanto teórico como práctico, debe ser ambicioso. La formación en PRL debe cumplir una serie de requisitos. Debe ser:

- ESPECIFICA: El contenido de la formación debe ser específico, desarrollando los conocimientos para la prevención de los riesgos de cada actividad. De nada nos servirá impartir la formación para prevenir riesgos que no existan realmente en el trabajo.
- PERIÓDICA: Con una periodicidad adecuada que garantice la actualización de los conocimientos y la correcta capacitación para afrontar la actividad con garantías de seguridad.
- SUFICIENTE: Debe abarcar todos los riesgos identificados en la actividad y el desarrollo de los procedimientos seguros de trabajo, así como la forma adecuada de comunicación dentro de los equipos de trabajo.

Según José Luis Meliá<sup>(77)</sup>, *“la condición relativa a saber trabajar seguro, tiene en la formación y la información sus métodos de acción preventiva ineludibles”*.

El Diccionario de la Lengua Española<sup>(78)</sup> define el término *“Prevención”* como *“la preparación y disposición*

*que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo*". El objetivo de la prevención es adelantarse a los daños, anteponiendo medidas preventivas para que no lleguen a producirse, mediante políticas de prevención activas y no reactivas. La política de prevención en PRL es una declaración de intenciones sobre los objetivos a alcanzar en materia de la protección de la seguridad y salud de los trabajadores y debe ser redactada y estar suscrita por el responsable empresarial.

Las políticas de prevención activas son aquellas que están integradas en la actividad diaria de cualquier empresa, mediante el desarrollo y la implantación de medidas preventivas específicas orientadas a evitar los daños en la salud de los trabajadores. Lo contrario sería aplicar medidas reactivas tras producirse un daño, cuestionando claramente la eficacia de la actividad preventiva en la empresa.

Por otro lado el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, como Organismo de reconocido prestigio, elabora y publica las Notas Técnicas de Prevención (NTP)<sup>(79-95)</sup> que describen al detalle de los RPS identificados en las distintas actividades y la forma de prevenirlos.

Todas las NTP tienen un ámbito de aplicación específico que, en nuestro estudio, es el colectivo de Diplomados en Enfermería y más concretamente la prevención de los daños a la salud derivados de la exposición a riesgos psicosociales durante las tareas desarrolladas en los Centros de Salud y Centros Hospitalarios y que, como comprobaremos, presentan diferencias significativas incluso entre los diferentes Servicios intrahospitalarios.

### **1.3 ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA CONSELLERÍA DE SANITAT DE LA COMUNITAT VALENCIANA**

#### **1.3.1 Legislación vigente.**

Atendiendo el mandato constitucional y tras ser aprobada en las Cortes Españolas la Ley 31/1995 de PRL, para su cumplimiento respecto de los trabajadores de la Administración autonómica, el Consell aprobó el Decreto 123/2001<sup>(96)</sup>, de 10 de julio. Asimismo, de forma complementaria y con el fin de desarrollar lo previsto en el citado Decreto respecto de los trabajadores del sector público sanitario de la Generalitat, el Conseller de Sanitat aprobó la Orden de 6 de agosto de 2001<sup>(97)</sup>, por la que se estructura y organiza el SPRL del Sector Sanitario Público de la Generalitat, teniendo asignadas las funciones de asesoramiento y apoyo en materia de PRL de aplicación al personal de la Conselleria de Sanitat.

#### **1.3.2 Estructura y organización del SPRL.**

El SPRL depende orgánicamente de la Subsecretaria de la Consellería de Sanitat.

Dada la distribución geográfica de los centros sanitarios en las tres provincias de la Comunitat Valenciana y teniendo en cuenta la actividad asistencial de los diferentes Departamentos de Sanidad, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se configuró con una Unidad Central (UC) y varias Unidades Periféricas (UP) para dar una cobertura eficaz de la actividad preventiva con el fin de garantizar la seguridad y salud de los profesionales sanitarios durante el desarrollo de su actividad laboral.

No obstante, debido al crecimiento continuo de la población asistida en cada Departamento de Salud y a la

necesidad de ampliar el número de centros sanitarios en un futuro, sería conveniente adaptar la estructura del SPRL conforme varíen las condiciones asistenciales.

En este sentido, el artículo 15.3 del Real Decreto 39/1997<sup>(76)</sup> establece que *“cuando el ámbito de actuación del servicio de prevención se extienda a más de un centro de trabajo, deberá tenerse en cuenta la situación de los diversos centros en relación con la ubicación del servicio, a fin de asegurar la adecuación de los medios de dicho servicio a los riesgos existentes”*. De modo que, siendo posible dicha situación, su viabilidad se hace depender del condicionante de que la distancia entre los centros de trabajo no comprometa la virtualidad o eficacia del servicio.

Como he señalado el SPRL de la Conselleria de Sanitat se compone de 1 Unidad Central y 9 Unidades Periféricas para atender un total de 22 Departamentos de Sanidad. La organización de las citadas Unidades es la siguiente:

La **Unidad Central** está ubicada en la Conselleria de Sanitat y tiene asignada la función de Dirección y Coordinación de todo el SPRL. Su tarea habitual es el desarrollo, aprobación e implantación de los procedimientos de trabajo a seguir por las distintas disciplinas preventivas. Asimismo, desde la UC se promueven reuniones periódicas con el personal de las diferentes UP, con el fin de transmitir información sobre procedimientos de trabajo, seguimiento y evaluación de actividades del SPRL, así como otros asuntos de interés común que necesitan ser tratados y valorados colectivamente para la mejora continua del Servicio. El personal que compone la UC es el siguiente:

- 1 Jefe de Servicio. Depende directamente del Subsecretario y su función principal es la

dirección y coordinación de las jefaturas de los distintos Sectores.

- 1 Jefe del Sector de Seguridad en el Trabajo.
- 1 Jefe del Sector de Psicología Aplicada y Ergonomía.
- 1 Jefe del Sector de Higiene Industrial.
- 1 Jefe del Sector de Vigilancia de la Salud Laboral.
- 2 Especialistas en Enfermería del Trabajo.
- 2 Auxiliares Administrativos.

Las **Unidades Periféricas** disponen de personal de los distintos niveles de cualificación<sup>(76)</sup> con formación específica para el desarrollo de las funciones de cada Sector. Todos ellos configuran un equipo de trabajo multidisciplinar que abarca las cuatro disciplinas preventivas, siendo su función principal el asesoramiento y apoyo de la actividad preventiva en los Departamentos de Sanidad que tienen asignados.

El objetivo principal de las citadas Unidades periféricas es dar una cobertura, de forma eficaz y equitativa, que garantice el desarrollo de la actividad preventiva en los diferentes centros sanitarios de la Comunitat Valenciana.

En el cuadro 1 aparecen detalladas la Unidad Central (UC) y las Unidades Periféricas (UP) que configuran en la actualidad el SPRL de la Conselleria de Sanitat así como los centros sanitarios donde están ubicadas las mismas.

**Cuadro 1. Unidades que componen el SPRL.**

Unidad	Departamentos asignados	Ubicación de la unidad
UC	Servicios centrales	Conselleria de Sanitat de Valencia
UP nº 1	Dptos. 1-2-3	Hospital General de Castellón
UP nº 2	Dptos. 4-5-6	Hospital Clínico de Valencia
UP nº 3	Dpto. 7	Hospital La Fe de Valencia
UP nº 4	Dptos. 8-9-10	Hospital Doctor Peset de Valencia
UP nº 5	Dptos. 12-14	Hospital de Xàtiva
UP nº 6	Dptos. 13-15-16	Gerencia de Alcoi
UP nº 7	Dptos. 17-19	Hospital General de Alicante
UP nº 8	Dptos. 18-20-21-22	Hospital de Elche
UP nº 9	Dpto. 11	Hospital de la Ribera. Alzira.

UC: Unidad Central    UP: Unidad Periférica    Dpto: Departamento

Por otro lado, para la adecuada asignación del personal correspondiente a las UP, se han valorado diferentes variables, destacando entre ellas, el número total de trabajadores que componen cada Departamento

de Sanidad y la distribución geográfica de los centros de trabajo correspondientes a cada uno de ellos.

En el cuadro 2 se relaciona el personal que compone las Unidades Periféricas del SPRL de la Consellería de Sanitat.

**Cuadro 2. Personal asignado a las UP del SPRL**

UP	DPTOS.	MÉD./ENF.	T.S	T.H.I.	T.E.PS.	T.I.	A.A.
1	1,2,3	2/2	1	1	1	1	1
2	4,5,6	2/2	2	1	1	2	2
3	7	2/2	2	1	1	2	2
4	8,9,10	2/2	1	1	1	1	1
5	11,12,14	1/1	1	1	1	1	1
6	13,15,16	1/1	1	1	1	0	1
7	17,19	2/2	2	1	1	1	2
8	18,20,21,22	22	1	1	1	1	1

MÉD/ENF:Médico / Enfermería

T.S.:Técnico de Seguridad en el Trabajo

T.H.I.:Técnico en Higiene Industrial

T.E.PS.:Técnico en Ergonomía y Psicología

T.I.:Técnico Intermedio

A.A.:Auxiliar Administrativo

Existen diferentes actividades desarrolladas por el SPRL. De un lado, las realizadas a iniciativa propia con el fin de mantener unas condiciones de trabajo saludables en los centros sanitarios de la Comunitat Valenciana. Por otra parte, los SPRL atienden otros estudios solicitados por requerimientos de la Inspección de Trabajo con funciones de vigilancia y control del cumplimiento de la normativa sobre PRL<sup>(3)</sup>.

Además, el SPRL desarrolla otras actividades solicitadas por las Gerencias de los Departamentos de

Salud o bien por acuerdos adoptados por los Comités de Seguridad y Salud como órganos de representación en materia de PRL.

El SPRL asiste habitualmente, con voz pero sin voto, a las reuniones celebradas por los citados Comités, desarrollando una función de asesoramiento y apoyo, tanto a la empresa como a los representantes sociales de los trabajadores sobre lo establecido en la normativa y los criterios técnicos de las diferentes disciplinas preventivas. Vamos a analizar cuales son las funciones más importantes del SPRL.

#### 1.3.2.1 Evaluación de Riesgos.

Mediante la evaluación de los riesgos laborales se estima la magnitud de aquellos que no han podido ser evitados, obteniendo la información necesaria para estar en condiciones de adoptar, en cada caso, las medidas preventivas específicas, suficientes y adecuadas y de aplicarlas para evitar los daños a la salud de los trabajadores. El SPRL sigue una metodología<sup>(98)</sup> acorde con los criterios establecidos en la Norma UNE-81900:1996 EX<sup>(99)</sup> y en la Guía Técnica<sup>(100)</sup> del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Este procedimiento de evaluación y planificación de riesgos se apoya en la utilización simultánea de la *“Identificación general de riesgos”* y en la *“Evaluación de riesgos”*. La Identificación general de riesgos, tiene por objeto conocer los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores y relaciona los puestos y centros de trabajo, con los posibles riesgos de accidentes y/o enfermedades derivadas de la actividad laboral, incluidos los que puedan afectar específicamente a colectivos determinados que son objeto de protección especial<sup>(3)</sup>

(sensibilidades especiales, disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, maternidad o lactancia).

Posteriormente, la evaluación de riesgos completa y desarrolla el aspecto anterior y tiene por objeto la valoración en cada puesto de trabajo de los riesgos anteriormente identificados y la planificación subsiguiente de la actividad preventiva. La secuencia de actividades llevadas a cabo son las siguientes:

- Primero, se procede a la estimación del riesgo percibido por los trabajadores a través de una encuesta de auto-evaluación y análisis de resultados. De esta forma, recogemos datos importantes para el análisis del puesto de trabajo, realización de tareas, organización del trabajo y condiciones de seguridad, así como condiciones ergonómicas y psicosociales.
- Tras la estimación del riesgo percibido por los trabajadores, se pasa a la identificación del riesgo por parte del personal técnico mediante la cumplimentación de los distintos cuestionarios o Check-List y la asignación de los Códigos de Forma correspondientes.
- Finalmente se realiza la Evaluación del Puesto según la metodología de Evaluación de las Condiciones de Trabajo del INSHT, estableciendo los niveles de riesgo estimado en función de los niveles de probabilidad y severidad del daño que pueden ocasionar. Para cada peligro detectado debe estimarse el riesgo, determinando la probabilidad de que ocurra el hecho, según los resultados del Check-List, propuesto por el INSHT, y la potencial severidad del daño (consecuencias).

### 1.3.2.2 Planificación de la actividad preventiva.

Una vez finalizada la Evaluación de Riesgos, se procede a la planificación de la actividad preventiva, estableciendo las medidas específicas a adoptar en cada caso, los tiempos para su ejecución y los responsables de llevarlas a cabo, así como el adecuado control de las mismas.

Para ello, se promueve una reunión conjunta con los responsables del centro de trabajo, Delegados de Prevención y miembros del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, informando sobre los resultados de la Evaluación de Riesgos realizada y sobre la necesidad de aprobar, desarrollar y controlar la ejecución de las medidas preventivas que deban adoptarse para evitar daños para la salud, estableciendo para ello un calendario de actuaciones en fechas determinadas.

El control de la ejecución de las medidas preventivas propuestas se llevará a cabo mediante la firma de los responsables asignados en cada caso.

### 1.3.2.3 Inspecciones de las condiciones de los Lugares de Trabajo.

Las inspecciones de las condiciones de los Lugares de Trabajo<sup>(101)</sup>, se realizan a requerimiento de la Inspección de Trabajo, de los Comités de Seguridad Salud o de las Gerencias de los Departamentos de salud. Su objetivo es la comprobación y valoración de las condiciones de los espacios físicos donde se realiza la actividad laboral. Esta valoración se realiza de forma conjunta, atendiendo a los riesgos derivados de la Seguridad, Higiene y Ergonomía y Psicología Aplicada.

#### 1.3.2.4 Investigación de accidentes.

Todos los daños sufridos por los trabajadores son investigados así como aquellos indicios que indiquen que las medidas de prevención resultan insuficientes. Su objetivo es detectar las causas de los hechos y conocer qué ha ocurrido y como para recomendar aquellas medidas específicas aplicables en cada caso.

Los daños a la salud sufridos por los trabajadores son comunicados al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales por los mandos directos de los trabajadores lesionados. Esta comunicación se realiza mediante un documento interno denominado CAT (comunicación de accidente de trabajo) y, una vez recibido en el citado Servicio, se procede a su registro y a la apertura de expediente para ser investigado. Tras la investigación se remite un informe a la Gerencia del Departamento correspondiente, donde se detallan los hechos y las recomendaciones sobre las medidas a adoptar para evitar su repetición.

Otros daños pueden estar ocasionados por agresiones de usuarios al personal de la Consellería de Sanitat.

Este tipo de daños también son investigados, aplicando, además, las instrucciones establecidas en el plan integral de prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.

Las citadas instrucciones incluyen acciones dirigidas a prevenir las agresiones y actos de violencia contra los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat, actuando en caso de agresión, dando

cobertura legal y sanitaria y adoptando medidas contra los agresores.

#### 1.3.2.5 Vigilancia de la Salud Laboral.

La Vigilancia de la Salud Laboral<sup>(3)</sup> se realiza mediante perfiles específicos de aplicación según los riesgos identificados en cada puesto de trabajo durante el proceso de evaluación. Los exámenes de salud son realizados por el Sector de Vigilancia de la Salud, actuando las especialidades de Medicina y Enfermería del Trabajo. Son exámenes que se realizan con una periodicidad determinada según cada caso. Los resultados de los exámenes de salud son notificados al interesado, quedando además registrados en la Historia Clínica Laboral correspondiente a cada trabajador.

Por otro lado se informa a la empresa de la aptitud del trabajador. Esta aptitud puede estar condicionada por problemas de salud del trabajador y, en su caso, hay que emitir un informe condicionado para evitar que sea empleado en actividades que superen sus capacidades y que pudieran provocar daños en su salud.

Otra función desarrollada por los SPRL es la valoración para la *“adaptación del puesto de trabajo”* en trabajadores especialmente sensibles. Esta valoración se realiza conjuntamente entre el Sector de Vigilancia de la Salud Laboral y el Sector de Ergonomía y Psicología Aplicada. El procedimiento consiste en una valoración de las tareas realizadas por el trabajador en su puesto de trabajo y una valoración del estado de salud del trabajador, con el fin de identificar los riesgos existentes en la actividad que pueden afectar al trabajador por su especial sensibilidad, emitiendo un informe a la Gerencia del Departamento, en el que se deben indicar aquellas

actividades que el trabajador debe evitar por su estado de salud.

#### 1.3.2.6 Actividades de información y formación.

Para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 18 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales<sup>(3)</sup>, en la página Web de la Consellería de Sanitat<sup>(102)</sup> se mantiene actualizada la información relativa a la PRL en los centros sanitarios. De las publicaciones realizadas, podemos destacar las siguientes:

- Manual de Acogida: en este documento queda plasmada la política de prevención suscrita por el Conseller de Sanitat. Además recoge información sobre los derechos y obligaciones de los trabajadores en materia de PRL.
- Identificación y medidas preventivas en la actividad para los distintos grupos profesionales: el personal se clasifica en 7 grupos profesionales (facultativos, diplomados en enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, personal de oficios, administrativos y otros técnicos).
- Protocolos de comunicación de daños a la salud de los trabajadores y protocolos de actuación ante agresiones a personal del sector sanitario público de la Generalitat Valenciana.

Por otro lado, cumpliendo lo establecido en el artículo 19 de la misma Ley, se planifican todas las actividades formativas derivadas de las evaluaciones de riesgos realizadas. Además, la Consellería de Sanitat

ofrece cursos de formación en Prevención de Riesgos Laborales organizados e impartidos por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES)<sup>(103)</sup>.

La formación constituye la principal actividad de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, de tal manera que, las personas que trabajan en la Conselleria de Sanitat, pueden acceder a la formación relacionada con su actividad laboral para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y la garantía de una alta competencia profesional, mediante la actualización de los conocimientos y las habilidades de los profesionales.



## **2. OBJETIVOS**



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GENERALES.**

- 2.1.1 Conocer la relevancia de los factores de Riesgo Psicosocial presentes en la actividad laboral de los DE de los Departamentos 04,05 y 06 de la Conselleria de Sanitat.
- 2.1.2 Planificar las medidas preventivas específicas, suficientes y adecuadas que deberán aplicarse para evitar los daños a la salud de los trabajadores.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- 2.2.1 Identificar los factores de RPS percibidos por los trabajadores.
- 2.2.2 Cuantificar los factores de RPS percibidos por los trabajadores en su actividad laboral.
- 2.2.3 Identificar los factores de RPS percibidos por los trabajadores en el ámbito de la Atención Primaria.
- 2.2.4 Identificar los factores de RPS percibidos por los trabajadores en el ámbito de la Atención Especializada.
- 2.2.5 Comparar los factores de RPS en los ámbitos de la Atención Primaria y la Atención Especializada.
- 2.2.6 Comprobar las diferencias percibidas de los RPS según género de los trabajadores.
- 2.2.7 Establecer y planificar medidas preventivas y actuaciones frente a los factores de RPS identificados y cuantificados.



### **3. MATERIAL Y MÉTODO UTILIZADO**



### **3. MATERIAL Y MÉTODO UTILIZADO**

#### **3.1 Población y Muestra**

Se trata de un estudio realizado en un total de 3 Departamentos de Salud de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana. La población del estudio está formada por todos los Diplomados y Diplomadas en Enfermería que desarrollan su actividad laboral en Atención Primaria y en Atención Especializada de los citados Departamentos de Salud (tabla I).

**Tabla I. Población del estudio.**

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>	<b>TOTAL DE</b>
4 (Sagunto)	109	242	351
5 (Valencia-Clinico-Malvarrosa)	159	769	928
6 (Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria)	224	339	563
<b>POBLACIÓN TOTAL</b>			<b>1842</b>

La muestra del presente estudio está formada por un total de 463 DE, de los cuales 115 corresponden al ámbito de la Atención Primaria y 348 al ámbito de la Atención Especializada. Del total de la muestra de la Atención Especializada 170 son trabajadores de Plantas de Hospitalización y 178 son trabajadores de Servicios Centrales.

Todos los trabajadores que componen la muestra participaron voluntariamente cumplimentando la encuesta anónima entregada para tal fin. Los datos indican que la

participación fue de un 25% del total de la población a estudio.

Según los datos obtenidos, y atendiendo a lo establecido en la Nota Técnica de Prevención 283<sup>(104)</sup> sobre encuestas y metodología para su utilización, el margen de error estimado para este estudio se encuentra entre el 1 % y el 5 %.

### **3.2 Instrumentos y procedimiento empleado.**

La realidad psicosocial hace referencia a las condiciones que observamos y también a cómo son percibidas y afrontadas por los trabajadores, destacando la importancia de la participación activa de estos con el fin de garantizar la viabilidad y validez del proceso utilizado para la evaluación de los RPS<sup>(105)</sup>.

Actualmente existen varios métodos<sup>(106-109)</sup> para la evaluación de los RPS, de gran fiabilidad y validez probada, que han sido elaborados por entidades de acreditado y reconocido prestigio.

El método elegido para el presente estudio corresponde al Centro Nacional de Condiciones de Trabajo de Barcelona-INSHT, conocido también por las siglas F-PSICO 3.0<sup>(106)</sup>. Se trata de un método informatizado que tiene como objetivo la detección de las condiciones psicosociales desfavorables con capacidad de dañar a la salud de los trabajadores y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la actividad laboral. Con este fin el método utiliza, como instrumento para la recogida de datos, una encuesta anónima compuesta por 44 ítems con respuestas alternativas (ANEXO I). Las diferencias individuales en la percepción de las situaciones fueron determinantes para estimar que

la técnica adecuada para la recogida y valoración de los datos obtenidos era el cuestionario.

En el citado cuestionario se identifican y evalúan los siguientes factores: el tiempo de trabajo (TT), la autonomía (AU), la carga de trabajo (CT), las demandas psicológicas (DPS), la variedad/contenido (VC), la participación/supervisión (PS), el interés por el trabajador/compensación (IC), el desempeño de rol (DR) y las relaciones y el apoyo social (RAS).

El tiempo de trabajo (TT) hace referencia a distintos aspectos relacionados con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral. Valora el efecto del tiempo de trabajo en la vida social tomando como referencia los periodos de descanso y la cantidad y la calidad de la actividad laboral diaria y semanal.

La autonomía (AU) estudia aspectos de las condiciones de trabajo referentes a la capacidad y la posibilidad individual del trabajador para gestionar y tomar decisiones tanto sobre aspectos de la estructuración temporal de la actividad laboral (autonomía temporal), así como sobre cuestiones de procedimiento y organización del trabajo (autonomía decisional).

La carga de trabajo (CT) valora las exigencias del propio trabajo. Se entiende que la carga de trabajo es elevada cuando hay mucha cantidad (componente cuantitativo) y cuando es difícil (componente cualitativo). Este factor estudia la carga de trabajo a partir de las siguientes cuestiones: la presión de tiempos, el esfuerzo de atención y la cantidad y dificultad de la tarea.

Las demandas psicológicas (DPS) se refieren a las distintas exigencias de naturaleza cognitiva y de

naturaleza emocional a las que se ha de hacer frente en el trabajo.

El factor variedad/contenido (VC) comprende la valoración subjetiva del trabajador sobre la actividad laboral que desarrolla, la importancia que tiene en el conjunto de la empresa y su reconocimiento social.

La participación/supervisión (PS) distingue las formas de control sobre el trabajo. La “supervisión” se refiere a la valoración que el trabajador hace del nivel de control que sus superiores inmediatos ejercen sobre aspectos diversos en el desarrollo de la actividad. La “participación” explora los distintos niveles de implicación, intervención y colaboración que el trabajador mantiene con distintos aspectos de su actividad laboral y de la organización.

El interés por el trabajador/compensación (IC) hace referencia al grado en que la empresa muestra una preocupación por el trabajador en cuestiones como la promoción, la formación, el desarrollo de la carrera de sus trabajadores, la información que facilite a estos sobre tales cuestiones, así como la percepción tanto de seguridad en el empleo como de la existencia de un equilibrio entre lo que el trabajador aporta y la compensación que por ello obtiene.

El desempeño de rol (DR) considera los problemas que pueden derivarse de la definición de los cometidos de cada puesto de trabajo. Comprende dos aspectos fundamentales: por un lado, la claridad de rol mediante una correcta definición de funciones y responsabilidades de la actividad laboral; y, por otro lado, el conflicto de rol provocado por demandas incongruentes, incompatibles o contradictorias entre sí o que pudieran suponer un conflicto de carácter ético para el trabajador.

El factor de las relaciones y el apoyo social (RAS) hace referencia a aspectos de las condiciones de trabajo derivadas de las relaciones interpersonales en el entorno laboral. El concepto de “*apoyo social*”, entendido como factor moderador del estrés, estima la ayuda proveniente de otras personas del entorno de trabajo para poder realizar adecuadamente la actividad laboral.

Los resultados se presentan mediante el perfil valorativo complementado por la información del perfil descriptivo que obtiene una información detallada de cómo se posicionan los trabajadores ante cada pregunta, permitiendo conocer el porcentaje de elección de cada opción de respuesta y, además, obtener datos acerca de aspectos concretos relativos a cada factor.

El perfil valorativo ofrece las medias del colectivo analizado para cada uno de los factores. Para interpretar las puntuaciones obtenidas se han transformado las puntuaciones directas en percentiles lo que permite determinar distintos niveles de riesgo. Se distinguen cuatro tramos que indican diferentes situaciones de riesgo: Adecuado, Mejorable, Riesgo Elevado y Muy Elevado (cuadro III).

**Cuadro 3. Niveles de riesgo**

Percentil obtenido	Riesgo
Percentil $\geq$ P 85	Muy elevado
$P75 \leq$ Percentil $<$ P85	Elevado
$P65 \leq$ Percentil $<$ P75	Mejorable
Percentil $<$ P65	Situación adecuada

### **3.3 Temporalización.**

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de noviembre de 2011 y marzo de 2012, contactando previamente con los responsables del colectivo de los profesionales de la enfermería de los Departamentos de Salud a estudio, quienes fueron oportunamente informados y colaboraron durante todo el procedimiento.

Las citadas encuestas fueron entregadas con una carta adjunta informativa para facilitar la interpretación y la cumplimentación por parte de los participantes, recordando además su carácter anónimo. Una vez cumplimentadas y recogidas las encuestas, los datos obtenidos se trasladaron a la aplicación informática programada (AIP) correspondiente al Método PSICO 3.0 con el fin de obtener los resultados del estudio y su posterior análisis.

### **3.4 Justificación estadística.**

Con el fin de asegurar su validez y fiabilidad el cuestionario utilizado ha sido analizado estadísticamente y sometido a una prueba de juicio de expertos.

Para cada uno de los factores, se ha obtenido el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach<sup>(110)</sup>, indicador de la fiabilidad como consistencia interna del instrumento. Este indicador presenta un valor de 0.895 (n=1108), lo que señala una fiabilidad excelente.

La validez relacionada con el criterio hace referencia a la correlación de la prueba con un criterio externo. Los criterios elegidos para su comparación con el método de factores psicosociales fueron el grado de satisfacción laboral y la salud pública percibida. Se ha calculado el coeficiente de correlación entre los datos

obtenidos en el cuestionario de factores psicosociales y los obtenidos en la aplicación de la Escala General de Satisfacción (Warr, Cook y Wall, 1979)<sup>(111)</sup> y el Cuestionario de Salud General (Goldberg, 1972)<sup>(112)</sup>. Para ello, se ha empleado el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

En los coeficientes de correlación entre los factores y la Escala General de Satisfacción, se observan correlaciones moderadas y elevadas, y en los coeficientes de correlación entre los factores y las Escalas del Cuestionario de Salud General, se obtienen correlaciones estadísticamente significativas de magnitud moderada o baja.

Inicialmente se calculó el tamaño y el porcentaje de la muestra en cada categoría de las variables a estudio. Se calcularon los perfiles valorativo y descriptivo de los factores psicosociales utilizando el software Psico versión 3.0 para Windows (INSHT).

Posteriormente se compararon los 44 ítems según el Departamento de Salud donde se desarrolla la actividad laboral (04 Sagunto, 05 Valencia-Clínico-Malvarrosa, 06 Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria), el ámbito de actuación (Atención Primaria y Atención Especializada), los Servicios en Atención Especializada (Plantas de Hospitalización y Servicios Centrales) y el género de los trabajadores (hombre, mujer).

Para la comparación de las medias se utilizaron el test  $\chi^2$  de Pearson o el test Exacto de Fisher, según la variable a estudio. En todos los casos se utilizó un nivel de significación  $\alpha=0,05$ . El análisis estadístico (descriptiva y comparaciones de medias) se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0.1 para Windows (SPSS Inc., Chicago).



## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1 Características de la muestra.**

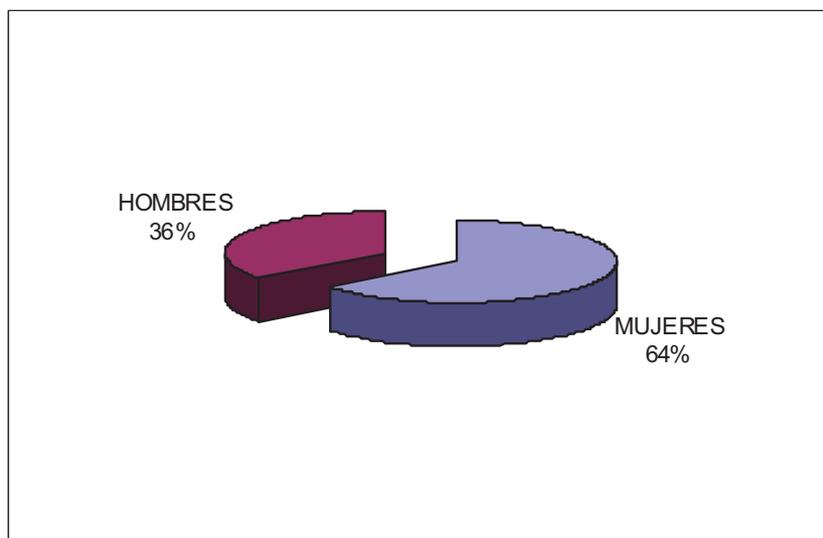
Debido a la evolución de los planes de estudio de los profesionales de enfermería, la presente investigación se ha realizado indistintamente con Ayudantes Técnicos Sanitarios, Diplomados en Enfermería y graduados en Enfermería.

Entre las características de la muestra cabe destacar que mayoritariamente está compuesta por mujeres (64 %) (gráfico 1) y que sus integrantes tienen una edad comprendida entre los 25 y los 64 años.

La edad media de los participantes es de 46 años, siendo la edad de 50 años la más frecuente.

El rango de edad más frecuente está comprendido entre los 36 y los 50 años (tabla II).

**Gráfico 1. Distribución por género**



**Tabla II. Rango de edad en intervalos y datos estadísticos de interés**

Entre 25 – 35 años	60
Entre 36 – 50 años	259
Entre 51 – 64 años	144

Media	46
Mediana	47
Moda	50
Rango	39
Mínimo	25
Máximo	64

#### 4.2 Participación por Departamentos de Salud.

**Tabla III. Frecuencias según la participación**

DEPARTAMENTO	F. ABSOLUTA	%
4 (Sagunto)	142	30,7
5 (Valencia-Clínico- Malvarrosa)	144	31.1
6 (Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria)	177	38,2

#### 4.3 Participación según el género y el ámbito de actuación de los trabajadores.

Tabla IV. Frecuencias según la participación

##### Atención Primaria

DEPARTAMENTO	HOMBRES N (%)	MUJERES N (%)
4	15(31.9)	32(68.1)
5	15(30)	35(70)
6	5(27.8)	13(72.2)
TOTAL	35	80

##### Atención Especializada. Plantas de hospitalización

DEPARTAMENTO	HOMBRES N (%)	MUJERES N (%)
4	17(33.3)	34(66.7)
5	13(27.7)	34(72.3)
6	20(28.6)	50(71.4)
TOTAL	50	118

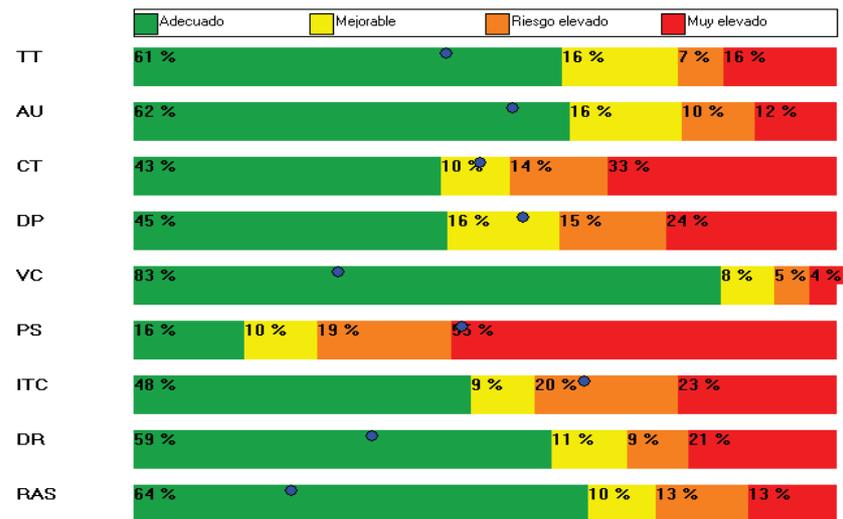
##### Atención Especializada. Servicios centrales

DEPARTAMENTO	HOMBRES N (%)	MUJERES N (%)
4	14(31.8)	30(68.2)
5	13(28.9)	32(71.1)
6	25(28.7)	62(71.3)
TOTAL	52	124

#### 4.4 Identificación, cuantificación y comparación de los factores de RPS percibidos por los trabajadores.

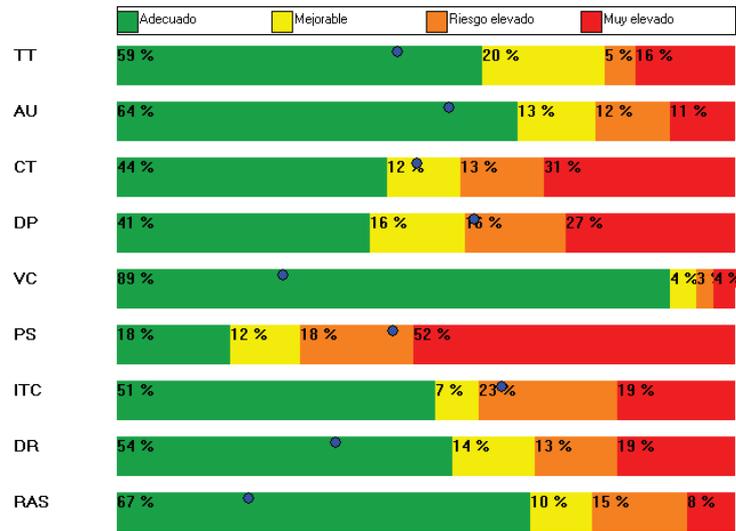
En el gráfico 2 se pueden observar los RPS percibidos por los trabajadores que componen el total de la muestra del estudio, así como los valores obtenidos en cada uno de ellos.

**Gráfico 2. Factores de RPS percibidos por los trabajadores de la muestra a estudio**

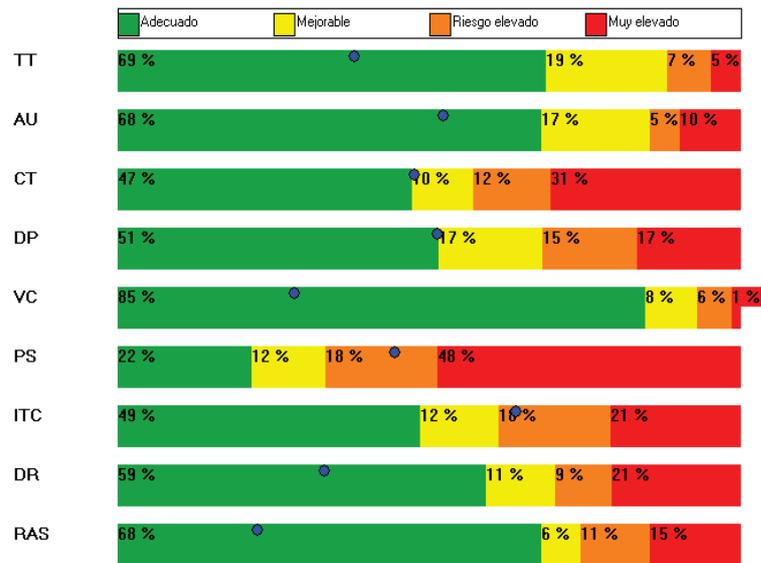


Los criterios del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo indican que debemos actuar en todos los factores de RPS, priorizando las medidas preventivas en aquellas variables cuyo porcentaje de riesgo “elevado y muy elevado” sea igual o superior al 30%. En el gráfico 2 observamos que las variables que alcanzan dicho porcentaje son: la carga de trabajo (47%), las demandas psicológicas (39%), la participación/supervisión (74%), el interés por el trabajador/compensación (43%) y el desempeño del rol (30%).

**Gráfico 3. Factores de RPS percibidos por los trabajadores del Departamento de Salud 04**



**Gráfico 4. Factores de RPS percibidos por los trabajadores del Departamento de Salud 05**



**Gráfico 5. Factores de RPS percibidos por los trabajadores del Departamento de Salud 06**



Los datos de los gráficos 3, 4 y 5 indican que los trabajadores del Departamento de Salud 06 manifiestan una mayor percepción de los riesgos psicosociales durante el desarrollo de su actividad laboral. Sin embargo, la percepción del riesgo psicosocial correspondiente al Desempeño de Rol (DR) es discretamente superior en los Departamentos 04 y 05.

En la tabla V podemos observar los valores obtenidos para cada una de las variables estudiadas con indicación expresa de aquellas que superan el 30% en el riesgo percibido por los trabajadores como “elevado y muy elevado”.

Asimismo, en la misma tabla se indican los ítems de la encuesta utilizados para la valoración específica de cada una de las variables.

**Tabla V. Cuantificación de las variables a estudio**

<b>VARIABLE</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Mejorable</b>	<b>Elevado</b>	<b>Muy elevado</b>	<b>Ítems utilizado</b>
Tiempo de trabajo (TT)	(61%)	(16%)	(7%)	(16%)	1,2,5,6
Autonomía (AU)	(62%)	(16%)	(10%)	(12%)	3,7,8,9,10
Carga de trabajo (CT)	(43%)	(10%)	(14%)	(33%)	4,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32
Demandas Psicológicas (DP)	(45%)	(16%)	(15%)	(24%)	33,34,35,36
Variedad contenido del trabajo (VC)	(83%)	(8%)	(5%)	(4%)	37,38,39,40
Participación/ supervisión (PS)	(16%)	(10%)	(19%)	(55%)	11,12
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	(48%)	(9%)	(20%)	(23%)	13,41,42,43
Desempeño del rol (DR)	(59%)	(11%)	(9%)	(21%)	14,15
Relaciones y apoyo social (RAS)	(64%)	(10%)	(13%)	(13%)	16,17,18,19,20

En la tabla VI se indican las diferencias encontradas en las respuestas de los trabajadores en función del Departamento de Salud en el que desarrollan su actividad laboral y que son estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 95%.

**Tabla VI. Diferencias encontradas entre los Departamentos de Salud ( $p < 0,05$ )**

<b>VARIABLE</b>	<b>Ítems utilizados</b>	<b>Diferencias encontradas ítems)</b>
Tiempo de trabajo (TT)	1,2,5,6	5,6
Autonomía (AU)	3,7,8,9,10	3,8,10
Carga de trabajo(CT)	4,21,22, 23,24,25, 26,27,28, 29,30,31,32	24,26,
Demandas Psicológicas (DP)	33,34,35,36	33,36
Variedad contenido del trabajo (VC)	37,38,39,40	37,38,40
Participación/ supervisión (PS)	11,12	11,12
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	13,41,42 43	41,44
Desempeño del rol (DR)	14,15	14
Relaciones y apoyo social (RAS)	16,17,18, 19,20	No se encuentran diferencias

**Tabla VII. Diferencias en el Tiempo de Trabajo (TT)**

		Departamento de Salud		
Variable	Ítem	4(%)	5(%)	6(%)
Tiempo de trabajo (TT)	5*	65	43	53
	6*	25	37	26

\* Siempre o casi siempre

En relación con el efecto del TT en la vida social, los trabajadores del Departamento de Salud 05 son los que menos perciben un descanso semanal de 48 horas consecutivas (43%).

Sin embargo, los trabajadores del citado Departamento perciben que su horario laboral les permite compaginar mejor el tiempo libre con la familia y los amigos (37%), en comparación con el Departamento 04 (25%) y con el Departamento 06 (26%). Según los datos obtenidos sería conveniente mejorar la ordenación y estructuración de la actividad laboral en los Departamentos de Salud 04 y 06.

El apoyo social, dentro y fuera del trabajo, puede disminuir el estrés ocupacional; por ello es importante que la organización del tiempo de trabajo no menoscabe la vida social. La posibilidad que tenga un trabajador para gestionar su tiempo de trabajo y poder compatibilizar su vida laboral y familiar es eficaz para la promoción de la salud y para la prevención de las enfermedades asociadas con el estrés laboral<sup>(113)</sup>.

**Tabla VIII. Diferencias en la Autonomía (AU)**

		Departamento de Salud		
Variable	Ítem	4(%)	5(%)	6(%)
Autonomía (AU)	3*	19	23	11
	8*	5	14	7
	10a**	6	9	12
	10b**	7	10	14
	10c**	28	28	42
	10d**	4	9	12
	10e**	40	39	49
	10g**	12	18	23

\* Siempre o casi siempre

\*\* Nunca o casi nunca

Los resultados obtenidos indican que los trabajadores del Departamento 04 perciben menos posibilidades para la toma de decisiones relativas a la organización de su actividad laboral (tabla VIII).

La autonomía de Enfermería ha sido identificada como una variable importante que afecta a la percepción

de la satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de la práctica profesional y la calidad de los cuidados a los pacientes<sup>(114)</sup>.

En un estudio empírico sobre los profesionales de Enfermería realizado en la provincia de Alicante<sup>(115)</sup> se indica que los profesionales de Enfermería en general se suelen mostrar satisfechos con los aspectos intrínsecos de su trabajo, pero las causas más destacadas de insatisfacción laboral son la falta de autonomía y la sobrecarga de trabajo, sin olvidar las diferencias existentes según el ámbito de actuación y los servicios donde se desarrolla la actividad laboral.

**Tabla IX. Diferencias en la Carga de Trabajo (CT)**

		Departamento de Salud		
Variable	Ítem	4(%)	5(%)	6(%)
Carga de trabajo (CT)	24*	38	23	40
	26**	44	57	53

\* Siempre o casi siempre

\*\* Elevada

Los resultados obtenidos indican que un alto porcentaje (>23%) de los trabajadores encuestados percibe que trabaja con rapidez “*siempre o casi siempre*” y que la cantidad de trabajo es “elevada”.

En la tabla IX observamos las diferencias sobre la percepción de la Carga de Trabajo según el Departamento de Salud donde se desarrolla la actividad

laboral. En el Departamento 04 es menor la percepción del trabajo con rapidez, sin embargo, es mayor la percepción de la cantidad de trabajo.

Para la valoración de la carga de trabajo (CT) debemos conocer diferentes variables relacionadas con la actividad. **La presión de los tiempos** asignados a las tareas que se desarrollan puede estar aumentada por la necesidad de **acelerar el ritmo de trabajo** en momentos puntuales (las urgencias vitales, las asistencias a heridos múltiples, ...). Asimismo, debemos valorar **la intensidad y el esfuerzo de atención** requeridos para controlar las informaciones recibidas y para elaborar las respuestas adecuadas durante la asistencia sanitaria, así como la necesidad de mantener ese esfuerzo de atención.

Los datos globales obtenidos en el perfil descriptivo sobre **la presión de tiempo** indican que un 67% de los profesionales trabaja con **rapidez** “*a menudo, siempre o casi siempre*” y un 65% de los profesionales debe aumentar el **ritmo de trabajo** durante el desarrollo de sus tareas.

El **esfuerzo de atención** necesario para el desarrollo de la actividad laboral es un componente cualitativo importante. Un alto porcentaje (97%) de los trabajadores encuestados manifiesta un **nivel de atención** en el trabajo “*alto o muy alto*”. Asimismo, un 66% de los trabajadores perciben un incremento en el esfuerzo de atención durante el trabajo por la dificultad que entraña la ejecución coetánea de **múltiples tareas**.

**La cantidad de trabajo** a la que los trabajadores deben hacer frente y resolver diariamente es un elemento esencial de la carga de trabajo (CT). Los datos obtenidos indican que el 67% de los trabajadores manifiestan que es “*excesiva o elevada*”.

**Tabla X. Diferencias en las Demandas Psicológicas (DP)**

		Departamento de Salud		
Variable	Ítem	4(%)	5(%)	6(%)
Demandas psicológicas (DP)	33a*	29	22	20
	33b*	29	17	20
	33c*	24	22	16
	33d*	57	49	49
	33e*	20	15	21
	36*	39	34	42
	37**	8	6	17
	40a*	26	29	17

\* Siempre o casi siempre

\* Bastante o mucho

La percepción de los trabajadores sobre las exigencias de naturaleza cognitiva (aprendizaje, adaptación, tomar iniciativas...) es discretamente superior en el Departamento 04.

La asignación de tareas a los trabajadores que superan sus capacidades de formación o entrenamiento, son estresores psicosociales que influyen en el buen desarrollo de la actividad laboral con posibilidad de aumentar la sensación de baja autoestima y dificultad para la concentración. Por otro lado, es habitual la movilidad del personal entre los servicios del hospital por necesidades internas, lo que conlleva una mayor dificultad para que los trabajadores puedan realizar la actividad laboral, disminuyendo la toma de iniciativas por parte de los profesionales ante nuevos pacientes por temor a una falta de conocimientos requeridos para su adecuada atención.

Los datos obtenidos indican que un alto porcentaje (>49%) de los trabajadores encuestados percibe que su actividad laboral exige “*tener una buena memoria*” y al menos el 34% percibe que “siempre o casi siempre” se espera de ellos una respuesta adecuada a los problemas emocionales y personales de los usuarios de la sanidad.

La percepción de los profesionales de Enfermería sobre el reconocimiento de su trabajo por parte de sus superiores es baja. Solamente en el Departamento 05 alcanza el 29%, siendo menor la citada percepción en el Departamento 04 (26%) y en el Departamento 06 (17%).

La Nota técnica de Prevención (NTP) 604<sup>(116)</sup> indica que unas malas condiciones psicosociales en el trabajo (tener elevadas demandas y disponer de una escasa capacidad de control sobre la situación y de poco apoyo social) aumentan el riesgo de bajo bienestar psicológico, de presentar más síntomas, de desarrollar una enfermedad física concreta o de que la evolución de ese trastorno sea más rápida o tenga peores consecuencias.

**Tabla XI. Diferencias en la Participación / supervisión (PS)**

		Departamento de Salud		
Variable	Ítem	4(%)	5(%)	6(%)
Participación/Supervisión (PS)	11a*	23	26	38
	11b*	12	9	20
	11c*	29	22	34
	11d*	40	28	52
	11e*	73	62	74
	11f*	80	72	77
	11g*	40	31	42
	12c**	16	27	33

\* Ninguna participación

\*\* No interviene

Los datos obtenidos indican que los trabajadores del Departamento 06 perciben menores niveles de implicación, intervención y colaboración con distintos aspectos de su actividad laboral y de la organización. En el citado Departamento los trabajadores perciben principalmente que sus superiores “no intervienen” en el

control sobre el ritmo de trabajo desarrollado en la actividad laboral.

Por otro lado, en todos los Departamentos estudiados se observa que un alto porcentaje ( $\geq 62\%$ ) de los trabajadores perciben que no tienen “ninguna participación” para la elección de sus superiores y para la contratación de nuevos empleados.

Según Mansilla y Favieres<sup>(117)</sup> “la falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones es un factor causante de ansiedad y estrés, en la medida en que su ausencia conlleva a una falta de control del trabajador sobre las condiciones de trabajo”.

**Tabla XII. Diferencias en el Interés por el trabajador / compensación (IC)**

		Departamento de Salud		
Variable	Ítem	4(%)	5(%)	6(%)
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	41*	25	15	16
	44**	37	32	36

\* Adecuadamente

\*\* Muy insatisfecho

El interés por el trabajador percibido por los encuestados es bajo ( $\leq 25\%$ ).

Solamente los trabajadores del Departamento 04 perciben una mayor preocupación de sus superiores para mantenerlos informados “adecuadamente” sobre los temas relacionados con la formación y la promoción en la

actividad laboral.

En los Departamentos 05 y 06 es menor esta percepción llegando a alcanzar valores muy bajos (15%).

Sobre el salario recibido por la actividad desarrollada, al menos el 32% de los trabajadores encuestados manifiesta sentirse “*muy insatisfecho*”.

Los trabajadores perciben que los deberes y la responsabilidad que entraña el desarrollo de su actividad laboral no están suficientemente reconocidos económicamente.

**Tabla XIII. Diferencias en el Desempeño del Rol (DR)**

		Departamento de Salud		
Variable	Ítem	4(%)	5(%)	6(%)
Desempeño del rol (DR)	14a*	22	23	16
	14c*	23	22	19
	14d*	22	22	17
	14ff*	30	32	25

\* Poco clara

Los factores que pueden generar estrés laboral aumentan cuando no se tiene claro lo que se tiene que hacer, los objetivos del trabajo y la responsabilidad

inherente a los puestos de trabajo. Las profesiones sanitarias necesitan desarrollar unas habilidades relacionales que sean claras. Los resultados obtenidos señalan que más del 20% de los trabajadores encuestados valora como “*poco clara*” la formación que reciben para la realización de su trabajo, y al menos el 30% de los trabajadores valora igual la información recibida sobre la responsabilidad del puesto de trabajo que desarrollan. Entre los Departamentos estudiados no se encuentran diferencias significativas sobre la claridad percibida por los trabajadores para el Desarrollo del Rol (DR) en la actividad laboral.

**Cuadro 4. Resumen de los niveles de percepción de los RPS según el Departamento de Sanidad**

Factor de Riesgo Psicosocial (RPS)	DEP 04	DEP 05	DEP 06
Tiempo de Trabajo (TT)		•	
Autonomía (AU)	•		
Carga de Trabajo (CT)	•		
Demandas Psicológicas (DP)	•		
Participación/supervisión (PS)			•
Interés por el trabajador/compensación (IC)		•	•
Desempeño del Rol (DR)	••	••	••

• Mayor percepción del RPS    •• Igual percepción del RPS

Existen variables a tener en cuenta para valorar las diferencias encontradas en los Departamentos a estudio. La actividad asistencial está relacionada con el número de usuarios que deben ser atendidos y la edad de los

mismos, lo que justifica las diferencias en la carga de trabajo (CT) y en el tiempo de trabajo (TT).

En el Informe del Sistema de Información Poblacional de la Comunidad Valenciana<sup>(118)</sup> encontramos datos relacionados con la población asistida en cada uno de los Departamentos, así como de los ciudadanos incluidos en el SIP (Sistema de Información Poblacional).

Se entiende por “*persona de alta en SIP*” aquella registrada en el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, por residir en cualquier municipio de la Comunitat Valenciana o acceder a las prestaciones sanitarias del sistema sanitario público de la misma (tabla XIV).

**Tabla XIV. Datos poblacionales por Departamento (Ciudadanos de alta en SIP)**

DEPARTAMENTO DE SALUD	POBLACIÓN TOTAL	MAYORES DE 64 AÑOS	%
SAGUNTO	146.991	28.570	19,49%
VALENCIA-CLÍNICO	347.759	54.381	15,66%
VALENCIA-ARNAU DE VILANOVA	308.860	45.818	14,86%

Los datos de la tabla XIV indican que el porcentaje de la población mayor de 64 años es superior en el Departamento de Sagunto, lo que conlleva un aumento de la demanda asistencial y, consiguientemente, un aumento de realización de pruebas complementarias así como de

su interpretación para un adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Según los criterios de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>(119)</sup> la carga asistencial que supone una persona mayor de 64 años con respecto a una persona más joven, es de casi cuatro veces. Las personas mayores son las que más acuden a las consultas y consumen el doble de tiempo que el resto de la población asistida, debido a las patologías asociadas a la edad de los pacientes y a la cantidad de tratamientos y cuidados que estos requieren por parte del personal sanitario.

Es importante tener en cuenta que las poblaciones envejecidas habitualmente se encuentran incluidas en programas de control de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, EPOC...) que hacen necesaria la utilización más veces al año de los servicios de Atención Primaria que el resto de la población adulta. Se trata de pacientes que son citados periódicamente para el correcto control de su proceso patológico.

Los citados programas los llevan adelante los profesionales de enfermería e incluyen la realización de pruebas complementarias y los controles periódicos que necesitan ser valorados de forma continua y motivan que estos pacientes deban visitar asiduamente los Centros de Salud. Los mayores de 65 años acuden de media unas nueve veces más a la consulta médica que el resto de la población.

También es importante la localización de los centros sanitarios y la dispersión geográfica de los mismos. En los medios rurales y dispersos, suele existir población de mayor edad y la disponibilidad de tiempo en

la asistencia se minora debido a la necesidad de realizar desplazamientos para garantizar esta.

La actividad asistencial de los consultorios auxiliares situados en las poblaciones rurales se realiza mediante la presencia de profesionales sanitarios que se desplazan para dar cobertura a las citadas poblaciones.

La enfermería comunitaria rural realiza una media de algo más de 3 visitas a domicilio cada día, lo que supone una importante carga de trabajo, ya que ocupa una media diaria estimada de más de 2h 30', es decir más de un tercio de la jornada laboral. A ello hay que añadir el tiempo empleado en los desplazamientos como consecuencia de la elevada dispersión en el medio rural.

Además, debido a la edad media de la población rural, el grado de dependencia de los pacientes y la necesidad de los citados cuidados va en aumento.

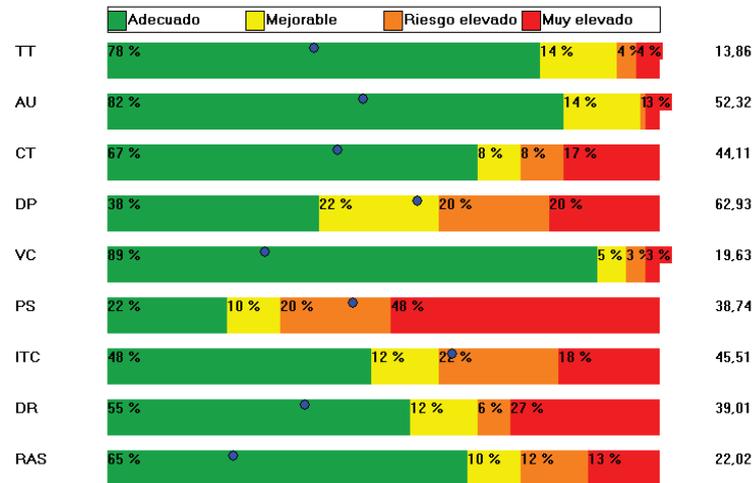
Por otro lado y según la previsión esperada de aumento de población con necesidades de cuidados en sus domicilios e instituciones de mayores, se requerirá más tiempo de dedicación a la asistencia domiciliaria.

Por último, es importante señalar que la asistencia a una población anciana rural con patología crónica implica mayor necesidad, por parte de los profesionales sanitarios, de actualizaciones en conocimientos y en técnicas aplicadas en nuevos tratamientos.

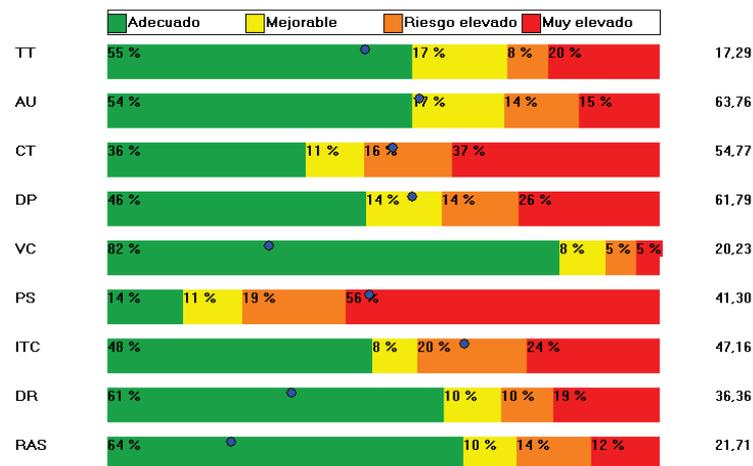
Todo ello, puede motivar un aumento de las demandas psicológicas (DP) para el desarrollo de la actividad laboral por parte de los profesionales de enfermería.

#### 4.5 Identificación, cuantificación y comparación de los factores de RPS percibidos según el ámbito de actuación.

**Gráfico 6. Factores de RPS percibidos en la Atención Primaria**



**Gráfico 7. Factores de RPS percibidos en la Atención Especializada**



Los DE de atención primaria realizan su actividad profesional en los centros de salud, en los domicilios de los usuarios y en la comunidad. Tienen un papel relevante en el Equipo de Atención Primaria (EAP) que se ha visto reforzado con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y promoción de la salud como son las campañas en hiperlipemias, diabetes, etc.

Otro hecho interesante lo constituye el desarrollo de la “*consulta a demanda*” de enfermería que se ofrece a los usuarios como una de las puertas de entrada al sistema sanitario.

La Atención Especializada es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria. En el ámbito de Atención Especializada los DE desarrollan su actividad principalmente en la atención hospitalaria, la atención socio sanitaria, la atención psiquiátrica y de salud mental, la atención a drogodependencias, la atención farmacéutica, así como otras prestaciones que se llevan a cabo en los centros de tratamiento de la insuficiencia renal crónica (diálisis), los centros de rehabilitación y los centros de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual.

Los datos de los gráficos 6 y 7 indican que la percepción del factor de riesgo de la Carga de Trabajo (CT) es significativamente menor en el ámbito de la Atención Primaria (25%) que en el ámbito de la Atención Especializada (53%).

Del mismo modo, observamos que la percepción de los trabajadores sobre el factor de riesgo de la Participación/supervisión (PS) es discretamente menor en la Atención Primaria (68%) que en la Atención Especializada (75%).

**Tabla XV. Cuantificación según el ámbito de actuación**

VARIABLE	ÁMBITO	Mejorable (%)	Elevado (%)	Muy elevado (%)
Tiempo de trabajo (TT)	Primaria	14	4	4
	Especializada	17	8	20
Autonomía (AU)	Primaria	14	3	10
	Especializada	17	15	15
Carga de trabajo (CT)	Primaria	8	8	17
	Especializada	11	16	37
Demandas Psicológicas (DP)	Primaria	22	20	20
	Especializada	14	14	26
Variedad contenido del trabajo (VC)	Primaria	5	3	3
	Especializada	8	5	5
Participación/ supervisión (PS)	Primaria	10	20	48
	Especializada	11	19	56
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	Primaria	12	22	18
	Especializada	8	20	24
Desempeño del rol (DR)	Primaria	12	6	27
	Especializada	10	10	19
Relaciones y apoyo social (RAS)	Primaria	10	12	13
	Especializada	10	14	12

**Tabla XVI. Diferencias encontradas entre Atención Primaria y Atención Especializada ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítems utilizados	Diferencias encontradas (ítems)
Tiempo de trabajo (TT)	1,2,5,6	1,2,5,6
Autonomía (AU)	3,7,8,9,10	7,8,9,10
Carga de trabajo(CT)	4,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32	21,22,23,24,25,26,27,30,32
Demandas Psicológicas (DP)	33,34,35,36	33,34,36
Variedad contenido del trabajo (VC)	37,38,39,40	37,40
Participación/ supervisión (PS)	11,12	11
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	13,41,42,43	13
Desempeño del rol (DR)	14,15	14,15
Relaciones y apoyo social (RAS)	16,17,18,19,20	16

En la tabla XV observamos que la percepción de los factores de riesgo de la Autonomía (AU) y de la Carga de Trabajo (CT) alcanzan valores  $\geq 30\%$  solamente en el ámbito de la Atención Especializada, siendo menor en el ámbito de la Atención Primaria.

Contrariamente la percepción del factor de riesgo del Desempeño del Rol (DR) es discretamente superior en

la Atención Primaria (33%) que en la Atención Especializada (29%).

Por otro lado, también se encuentran diferencias significativas en la percepción del factor de riesgo del Tiempo de Trabajo (TT), llegando a alcanzar el 28% en el ámbito de la Atención Especializada, mientras que en el ámbito de la Atención Primaria solo es percibido por el 8% de los trabajadores encuestados. Del mismo modo, la percepción de la Variedad/contenido del trabajo (VC) es menor en la Atención Primaria (6%) que en la Atención Especializada (10%).

**Tabla XVII. Diferencias en el Tiempo de Trabajo (TT) ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Tiempo de trabajo (TT)	1*	1	8
	2*	0	8
	5*	46	55
	6*	33	28

\* Siempre o casi siempre

Los datos obtenidos indican que en Atención Especializada (AE) es más frecuente trabajar “*siempre o casi siempre*” durante los sábados, los domingos y los

festivos y también se dispone con más frecuencia de descansos de al menos 48 horas consecutivas en el transcurso de una semana. Sin embargo la organización de la actividad laboral en la Atención Primaria (AP) es más adecuada para que los trabajadores puedan compaginar el tiempo libre con la familia y amigos.

**Tabla XVIII. Diferencias en la Autonomía(AU) ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Autonomía (AU)	7*	22	11
	8**	14	28
	9**	13	35
	10a*	6	10
	10d**	5	10
	10e**	30	47
	10f**	10	16
	10g**	18	36

\* Siempre o casi siempre

\*\* Nunca o casi nunca

**Tabla XIX. Diferencias en la Carga de Trabajo (CT) (p<0,05)**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Carga de trabajo (CT)	21*	16	31
	22***	39	54
	23**	4	11
	24*	17	39
	25*	14	31
	26****	6	18
	27*	7	37
	30*	3	13
	32*	5	28

\* Siempre o casi siempre  
 \*\*\* Muy alta

\*\* Nunca o casi nunca  
 \*\*\*\* Excesiva

Los trabajadores de AP son los que mejor pueden decidir “*siempre o casi siempre*” sobre cómo realizar las

pausas reglamentarias (pausas para comida y bocadillo) y tomar decisiones en las tareas y actividades a realizar.

En el ámbito de AE *“nunca o casi nunca”* los trabajadores pueden marcar el ritmo de trabajo, ni detener el trabajo o hacer una parada corta cuando lo necesiten. Asimismo, los datos de la tabla XVIII indican que los trabajadores del ámbito de AE perciben menor capacidad para tomar decisiones sobre su actividad laboral (distribución de tareas, actividades a realizar, cómo hacer el trabajo, la cantidad de trabajo, etc).

Todos los datos obtenidos señalan que los trabajadores del ámbito de Atención Especializada perciben menor Autonomía en su actividad laboral en comparación con los trabajadores del ámbito de Atención Primaria.

Por otro lado se observa que el nivel de atención que deben mantener los trabajadores es superior en el ámbito de Atención Especializada. Además, los trabajadores de Atención Especializada perciben mayor carga de trabajo debido a que *“nunca o casi nunca”* disponen del tiempo adecuado para realizar el trabajo, que deben trabajar con rapidez y que con frecuencia deben acelerar el ritmo de trabajo.

De la misma forma, los trabajadores de AE perciben que la cantidad de trabajo es *“excesiva”*. Además *“siempre o casi siempre”* deben atender varias tareas al mismo tiempo o interrumpir una tarea para realizar otra no prevista y la cantidad de trabajo es irregular e imprevisible.

Todos los resultados obtenidos señalan que la percepción de los trabajadores sobre la carga de trabajo es menor en el ámbito de AP.

**Tabla XX. Diferencias en las Demandas psicológicas (DP) ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Demandas psicológicas (DP)	33c*	26	19
	33d*	42	53
	34b*	3	10
	36**	0	8

\* Siempre o casi siempre

\*\* Nunca o casi nunca

La percepción de los trabajadores de Atención Primaria sobre el requerimiento de tener que tomar iniciativas durante el desarrollo de su actividad laboral “*siempre o casi siempre*” es mayor (26%) que en los trabajadores de Atención Especializada (19%).

Sin embargo, los trabajadores de Atención Especializada perciben que “*siempre o casi siempre*” se les requiere tener una buena memoria (53%) para el adecuado ejercicio de su actividad laboral y para la aplicación de los cuidados correspondientes a los pacientes que deben asistir, siendo algo menor esta percepción por parte de los trabajadores del ámbito de la Atención Primaria (42%).

**Tabla XXI. Diferencias en la Variedad / contenido del trabajo (VC) ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Variedad contenido del trabajo (VC)	37****	0	5
	40a*	18	25
	40b*	25	36
	40c*	27	19
	40d*	47	57

\* Siempre o casi siempre      \*\*\*\* Mucho

Solamente el 5% de los trabajadores de la Atención Especializada perciben que su actividad laboral es rutinaria. La mayoría de estos trabajadores perciben un mayor reconocimiento y aprecio de su trabajo por parte de sus superiores, compañeros, familiares y amistades.

En el ámbito de la Atención Primaria los trabajadores perciben un mayor reconocimiento y aprecio de su actividad laboral por parte de los pacientes y usuarios, lo que puede aumentar la motivación en el trabajo y un nivel importante de satisfacción entre estos profesionales.

**Tabla XXII. Diferencias en la Participación / supervisión (PS) ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Participación/ supervisión (PS)	11a*	21	33
	11b*	10	15
	11c*	20	31
	11d*	27	45
	11e*	65	71

\* Ninguna participación

Un alto porcentaje (33%-45%) de los trabajadores de Atención Especializada perciben que *“nunca o casi nunca”* pueden participar en los cambios de los equipos y materiales de trabajo, en la manera de trabajar ni en la reorganización de las áreas de trabajo.

Asimismo, un alto porcentaje de los trabajadores de Atención Especializada (71%) y de los trabajadores de Atención Primaria (65%) perciben que no participan *“nunca o casi nunca”* en los cambios en la dirección y en la de sus superiores. La participación de los trabajadores en la organización del trabajo aumenta el compromiso para el desarrollo de su actividad profesional.

**Tabla XXIII. Diferencias en el Interés por el trabajador / compensación (ITC) ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	13a*	1	8
	13c*	40	35
	13d*	54	56

\* No hay información

Según los datos obtenidos existen diferencias, dependiendo del ámbito de actuación, en la percepción de los trabajadores relacionada con el interés que reciben de la empresa para su promoción personal y profesional. Estos datos indican que es mejorable la valoración que realizan los trabajadores sobre la información recibida por la empresa en aspectos relacionados con su actividad laboral.

La percepción de los trabajadores de que “no hay información” sobre las posibilidades de formación profesional y de promoción en sus puestos de trabajo son mayores en el ámbito de la Atención Especializada.

Es muy importante que los trabajadores estén bien informados sobre tales cuestiones, así como la percepción de seguridad en el empleo y de la existencia de un equilibrio entre lo que el trabajador aporta y la compensación que por ello obtiene.

**Tabla XXIV. Diferencias en el Desempeño del rol (DR)  
( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Desempeño del rol (DR)	14*	28	18
	14b*	29	18
	14c*	33	17
	14d*	31	17
	14e*	35	25
	14f*	37	26
	15d**	0	3
	15e**	4	6

\* Poco clara

\*\* Siempre o casi siempre

En el ámbito de la Atención Primaria es mayor la percepción de los trabajadores como que es “*poco clara*” la información recibida para realizar la actividad laboral.

Solamente el 6% de los trabajadores de Atención Especializada perciben que se les exigen cometidos y tareas que no entran dentro de sus funciones. Pueden derivarse problemas por una inadecuada definición de los cometidos de cada puesto de trabajo, la definición de funciones y responsabilidades, las demandas

incongruentes al trabajador, o la asignación de cometidos y responsabilidades que no forman parte de sus funciones.

**Tabla XXV. Diferencias en las Relaciones y apoyo social (RAS) ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítem	Ámbito de actuación	
		Primaria (%)	Especializada (%)
Relaciones y apoyo social (RAS)	16**	33	29
	16b*	53	67
	16c*	33	47
	16d*	29	23

\* Siempre o casi siempre

El 33% de los trabajadores de Atención Primaria perciben que “*nunca o casi nunca*” pueden contar con la ayuda y apoyo de sus jefes para realizar trabajos delicados y complicados. En el ámbito de la Atención Especializada esta percepción es discretamente inferior (29%). Sin embargo, la percepción de los trabajadores sobre la posibilidad de apoyo y ayuda “*siempre o casi siempre*” por parte de los compañeros y subordinados es alta en el ámbito de la Atención Especializada (47%-67%), siendo algo menor en la Atención Primaria (33%-53%).

La Nota Técnica de Prevención (NTP) 439<sup>(120)</sup> sobre el apoyo social establece que “*las relaciones entre*

*el apoyo social y el estrés laboral y la salud informan de los efectos positivos de un clima laboral favorecedor del apoyo social, que permita a todos los trabajadores el acceso a tal apoyo de aquellos con quienes trabajan normalmente”.*

**Cuadro 5. Cuadro resumen de los niveles de percepción de los RPS según el ámbito de actuación**

Factor de Riesgo Psicosocial (RPS)	Atención Primaria (AP)	Atención Especializada (AE)
Tiempo de Trabajo (TT)		•
Autonomía (AU)		•
Carga de Trabajo (CT)		•
Variedad/contenido del trabajo (VC)		•
Demandas Psicológicas (DP)		•
Participación/supervisión (PS)	•	•
Interés por el trabajador/compensación (IC)		•
Desempeño del Rol (DR)	•	
Relaciones y apoyo social (RAS)	•	

- Mayor percepción del RSP

Los resultados obtenidos indican que la percepción de los trabajadores sobre los factores psicosociales son

diferentes según el ámbito donde desarrollan su actividad laboral.

Las diferencias encontradas entre el ámbito de la Atención Primaria (AP) y el ámbito de la Atención Especializada (AE) pueden estar justificadas por:

- El tipo de pacientes asistidos.
- El modelo de organización jerarquizada que es mayor en Atención Especializada.
- El desarrollo normativo solamente se ha realizado en el ámbito de la Atención Primaria.
- El desarrollo académico que integra la formación EIR (Enfermería Interna Residente) para la especialidad de Enfermería Comunitaria.
- Las cartas de servicios en el ámbito de la Atención Primaria recogidas en las Guías clínicas para el adulto sano, calendario vacunal, puerperio, tabaquismo. Los profesionales de Enfermería en el ámbito de la Atención Primaria disponen de las citadas guías para la prevención y promoción de la salud, mientras que en el ámbito de la Atención Especializada los profesionales solamente disponen de protocolos de actuación.

Un importante elemento de preocupación es el nivel de insatisfacción y de desmotivación que parece detectarse entre los profesionales de Atención Primaria. Así lo ponen de manifiesto varios estudios que han

analizado el clima organizativo y la satisfacción de los miembros de los Equipos de Atención Primaria<sup>(121)</sup>.

Uno de los factores explicativos puede ser la existencia de importantes contradicciones organizativas y funcionales de la estructura de los Equipos de Atención Primaria, en el que los roles e interrelaciones profesionales entre sus miembros no están siempre claras y en la que no existen los instrumentos necesarios para la gestión de conflictos.

En el ámbito de la Atención Especializada se percibe una mayor carga de trabajo (CT) y una mayor presión en el tiempo de trabajo (TT), así como una menor autonomía (AU) y también una menor participación de los trabajadores en los procedimientos de trabajo.

Todo ello, puede estar determinado por el tipo de organización existente. En la Atención Especializada no ha existido ningún cambio normativo y continúa la actividad laboral desarrollada con un modelo de organización jerarquizada y con unos protocolos de actuación cerrados.

Los resultados obtenidos indican que en muchas ocasiones no se ha contado con la participación de los profesionales para la elaboración e implantación de los procedimientos de trabajo en el ámbito de la Atención Especializada.

A todo ello hay que añadir, como ya he mencionado anteriormente, que los trabajadores de Atención Especializada perciben que se les exigen cometidos y tareas que no entran dentro de sus funciones y que pueden derivarse problemas por una inadecuada definición de los cometidos de cada puesto de trabajo.

**Tabla XXVI. Diferencias encontradas entre las Plantas de Hospitalización y los Servicios Centrales en Atención Especializada (p<0,05)**

VARIABLE	Ítems utilizados	Diferencias encontradas (ítems)
Tiempo de trabajo (TT)	1,2,5,6	1,2,5,6
Autonomía (AU)	3,7,8,9,10	3,7,8,9,10
Carga de trabajo(CT)	4,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32	4,22,23,25,26,27,28,29,30,31,32
Demandas Psicológicas (DP)	33,34,35,36	33,34,35,36
Variedad contenido del trabajo (VC)	37,38,39,40	38,40
Participación/ supervisión (PS)	11,12	12
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	13,41,42,43	13
Desempeño del rol (DR)	14,15	14,15
Relaciones y apoyo social (RAS)	16,17,18,19,20	16,18

**Tabla XXVII. Diferencias en el Tiempo de Trabajo (TT) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Tiempo de trabajo (TT)	1*	12	6
	2*	12	5
	5*	46	65
	6*	18	38

\* Siempre o casi siempre

Los resultados indican que el 12% de los trabajadores de los servicios de hospitalización en Atención Especializada perciben que “*siempre o casi siempre*” trabajan sábados, domingos y festivos, siendo esta percepción menor (6%) en los trabajadores que realizan su actividad laboral en los servicios centrales.

Asimismo, los trabajadores de los servicios centrales disponen en mayor medida de, al menos, 48 horas consecutivas de descanso semanales lo que les permite compaginar mejor su actividad profesional con su tiempo libre.

Es importante valorar adecuadamente el impacto del tiempo de trabajo desde la consideración de los

periodos de descanso que permite la actividad, de su cantidad y calidad y del efecto del tiempo de trabajo en la vida social.

**Tabla XXVIII. Diferencias en la Autonomía (AU) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Autonomía (AU)	3*	7	22
	7*	7	15
	8*	4	15
	9*	6	11
	10c*	8	17
	10d*	25	31
	10e*	5	14
	10f*	25	38
	10g*	13	24
	10h*	7	4

\* Siempre o casi siempre

Los trabajadores de los servicios centrales en el ámbito de la Atención Especializada perciben mayor Autonomía (AU) y mayor capacidad para influir en el desarrollo cotidiano de su trabajo, para tomar días u horas libres, realizar pausas durante la jornada laboral, marcar su ritmo de trabajo y para tomar decisiones sobre la organización de la actividad laboral.

**Tabla XXIX. Diferencias en la Carga de Trabajo (CT) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Carga de trabajo (CT)	4*	9	4
	22*	62	47
	23*	18	33
	25*	40	22
	26*	28	10
	27*	45	30
	30*	17	10
	31*	17	9
	32**	5	16

\* Siempre o casi siempre

\*\* Nunca o casi nunca

Los resultados obtenidos indican que la percepción por parte de los trabajadores de los servicios de hospitalización de la Carga de Trabajo (CT) es mayor “*siempre o casi siempre*”.

Sin embargo, los trabajadores de los servicios centrales perciben que las tareas realizadas son más complicadas.

**Tabla XXX. Diferencias en las Demandas psicológicas (DP) en Atención Especializada según el Servicio**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Demandas Psicológicas (DP)	33a*	21	24
	33b*	22	19
	33c*	20	17
	33d*	51	54
	33e*	18	20
	33f*	65	56
	34a*	9	19
	34b*	8	14
	34c*	5	12
	34d*	37	38

\* Siempre o casi siempre

Un ambiente social en el trabajo que sea cordial, a través de la empatía y la comprensión entre los distintos individuos (sobre todo, si existen buenas relaciones ínter jerárquicas), tal vez propicie una sensibilización que facilite la adaptación de las demandas de trabajo a las capacidades individuales y que reduzca los factores estresantes asociados al medio ambiente.

La mayor diferencia en la percepción de los trabajadores sobre el factor de riesgo de las demandas psicológicas (DP) se encuentra en el mayor trato con los usuarios y los pacientes de los profesionales con actividad en los servicios de hospitalización.

Los profesionales de las plantas de hospitalización mantienen mayor contacto con los usuarios y los pacientes durante toda la evolución de la enfermedad debido al tiempo que permanecen ingresados para su tratamiento.

Los trabajadores de los servicios centrales perciben con mayor frecuencia que deben ocultar sus emociones y sentimientos ante sus superiores, compañeros y subordinados.

Según la Dra. Melanie Holz<sup>(122)</sup> *“el trabajo emocional asumido como parte del propio rol profesional, la obligación de expresar emociones positivas y controlar las negativas, se relaciona con una percepción de adecuada eficacia profesional. Lo mismo ocurre con el componente de requerimientos emocionales del puesto y su relación positiva con la eficacia profesional, de forma que conocer y dar sentido a los aspectos emocionales del propio puesto determina en gran medida la eficacia percibida en el mismo”*.

**Tabla XXXI. Diferencias en la Variedad / contenido del trabajo (VC) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Variedad contenido del trabajo (VC)	38**	58	68
	40a*	21	30
	40b*	32	39
	40c*	14	25
	40d*	53	60

\* Siempre o casi siempre

\* Mucho

La valoración subjetiva de los trabajadores sobre el sentido de su actividad en el ámbito de la Atención Especializada es alta (58%-68%).

Según los datos obtenidos, la percepción de los trabajadores sobre la importancia que tiene su actividad laboral, así como su reconocimiento social, es superior en los profesionales que desarrollan su trabajo en los servicios centrales.

**Tabla XXXII. Diferencias en la Participación / supervisión (PS) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Participación/ supervisión (PS)	12a*	11	29
	12b*	12	26
	12c*	18	35
	12d*	10	16

\* Siempre o casi siempre

Los datos indican que los trabajadores de los servicios centrales perciben un mayor nivel de control de sus superiores inmediatos sobre su actividad laboral.

Asimismo, los trabajadores de los servicios centrales perciben un mayor nivel de implicación, intervención y colaboración con distintos aspectos de su actividad laboral y de la organización.

Los trabajadores de las plantas de hospitalización perciben menor participación para los asuntos relacionados con la organización de su actividad laboral.

**Tabla XXXIII. Diferencias en el interés por el trabajador / compensación (ITC) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Interés por el trabajador/compensación (ITC)	13a*	5	11
	13d*	51	60

\* Siempre o casi siempre

La información sobre las condiciones de trabajo debe ser clara, precisa y suficiente.

Los trabajadores de los servicios centrales perciben una mayor preocupación de la empresa en cuestiones relacionadas con la promoción, la formación y la carrera profesional de sus trabajadores, así como la información a los trabajadores sobre tales cuestiones.

Los trabajadores de las plantas de hospitalización perciben un menor interés de la empresa por ofrecerle una información y formación adecuada.

También se percibe una falta de atención a las problemáticas personales y a la facilidad de traslados del personal a otros servicios. En muchos casos, el traslado interno del personal se realiza con una periodicidad inadecuada y a través de concursos de méritos.

**Tabla XXXIV. Diferencias en el Desarrollo del rol (DR) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Desempeño del rol (DR)	14a***	21	15
	14b***	21	16
	14d***	19	15
	14e***	28	22
	14f***	28	24
	15a*	2	5
	15b*	1	3
	15d*	2	5
	15e*	4	8

\* Siempre o casi siempre      \*\*\* Poco clara

Los trabajadores de los servicios de hospitalización perciben como “*poco clara*” y menor la información

recibida para el desarrollo de su actividad laboral que los trabajadores de los servicios centrales.

Según los datos obtenidos, en los servicios de hospitalización es insuficiente la definición sobre lo que deben hacer, cómo deben hacerlo, la cantidad de trabajo a desarrollar, los tiempos asignados para ejecutar las tareas, así como cuestiones relacionadas con la responsabilidad del puesto de trabajo.

Los trabajadores de los servicios centrales perciben “*siempre o casi siempre*” una mayor ambigüedad en la asignación de tareas y en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

En los servicios centrales es más frecuente la asignación de tareas que los trabajadores no pueden realizar por falta de recursos, así como recibir órdenes contradictorias entre varios mandos directos así como una mayor exigencia para tomar decisiones o realizar tareas que les puede suponer un conflicto moral, legal o emocional.

Los roles se desarrollan, maduran e incluso pueden modificarse potenciando la experiencia y la formación.

Es importante contar con profesionales que posean una gran habilidad para organizar, motivar y controlar las actividades del equipo, logrando que todos trabajen juntos en vistas a cumplir metas comunes de un trabajo compartido y fomentar la unidad y las relaciones armoniosas entre todos los miembros.

Superior al aprendizaje individual es el que se produce en equipo lo que permite que se favorezca el diálogo y el intercambio de conocimientos, experiencias y

criterios mediante los cuales se puede obtener un mejor resultado.

**Tabla XXXV. Diferencias en las Relaciones y apoyo social (RAS) en Atención Especializada según el Servicio donde se desarrolla la actividad laboral**

Variable	Ítem	Atención especializada	
		Hospitalización (%)	SS.CC (%)
Relaciones y apoyo social (RAS)	16a*	34	42
	16b*	66	67
	16c*	48	45
	16d*	21	26
	18a*	78	67
	18b*	35	20
	18c*	45	42
	18d*	22	11

\* Siempre o casi siempre      \* Raras veces

Los trabajadores de los servicios centrales perciben un mayor apoyo de sus jefes, subordinados y compañeros, ante trabajos delicados.

Los trabajadores de los servicios de hospitalización perciben una menor frecuencia de conflictos interpersonales.

Según la NTP 439 <sup>(120)</sup> “*el apoyo social puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto, etc*”.

Asimismo, el apoyo social se relaciona con los efectos positivos sobre la salud logrando compensar los efectos negativos del estrés. Estos niveles de estrés pueden mejorar y minimizarse mediante el apoyo de los jefes y de los compañeros.

**Cuadro 6. Cuadro resumen de los niveles de percepción de los RPS según el Servicio**

Factor de Riesgo Psicosocial (RPS)	Plantas de Hospitalización (PH)	Servicios Centrales (SS.CC.)
Tiempo de Trabajo (TT)	•	
Autonomía (AU)	•	
Carga de Trabajo (CT)	•	
Variedad/contenido del trabajo (VC)	•	
Demandas Psicológicas (DP)	••	••
Participación/supervisión (PS)	•	
Interés por el trabajador/compensación (IC)	•	
Desempeño del Rol (DR)	••	••
Relaciones y apoyo social (RAS)	•	

• Mayor percepción del RSP

•• Igual percepción del RSP

Según los datos obtenidos, los trabajadores de las plantas de hospitalización perciben en mayor grado los factores psicosociales estudiados, excepto los factores correspondientes a las demandas psicológicas (DP) y el desarrollo del rol (DR) que son percibidos por igual en los dos ámbitos de la Atención Especializada.

La percepción de los factores psicosociales está directamente relacionada con la organización de la actividad en cada uno de los ámbitos de la Atención Especializada.

Las diferencias encontradas pueden estar motivadas por la diversidad de las atenciones y de los cuidados de enfermería que se practican en las plantas de hospitalización y en los servicios centrales sin que esto quiera desmerecer la tarea realizada en una u otra área.

La actividad de los servicios centrales normalmente puede planificarse a excepción de aquéllos casos que entrañen situaciones de urgencias justificadas. Esto significa una mayor facilidad para organizar adecuadamente la carga de trabajo y la asignación de los tiempos para ejecutar las tareas en los citados servicios.

Sin embargo, es mucho más difícil planificar la actividad de los profesionales de enfermería en las plantas de hospitalización porque se basa principalmente en la atención de enfermos agudos hospitalizados.

La mayoría de los enfermos ingresados en las plantas de hospitalización son pacientes en estados críticos e inestables.

Este tipo de pacientes necesitan un tiempo determinado para su cuidado integral (alimentación, aseo, aplicación de la medicación, control de constantes,

técnicas de enfermería, etc.), pero además pueden sufrir complicaciones puntuales que motivan un aumento de la carga de trabajo y de la presión de los tiempos de trabajo para los profesionales que, ante estos casos, deben acelerar el ritmo de trabajo y la intensidad y el esfuerzo de atención.

Este incremento conlleva una mayor carga mental para los profesionales de las plantas de hospitalización que, además, es habitual que atiendan varias tareas a la vez (llamadas telefónicas, timbres de los pacientes, ingresos en planta, etc.).

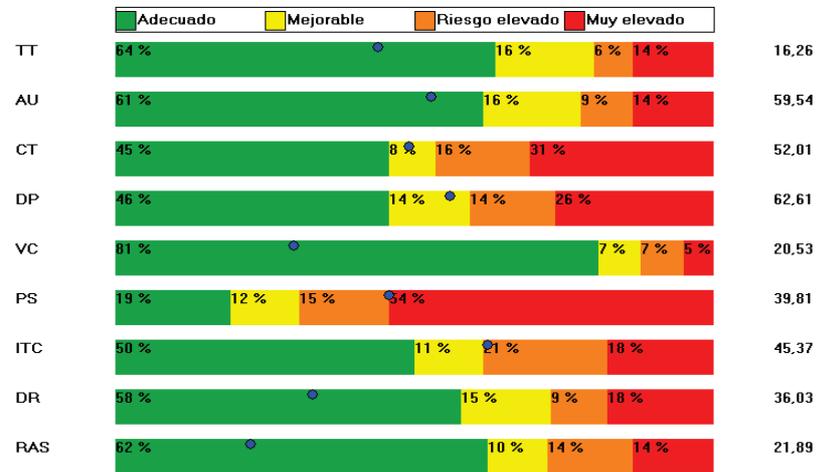
Todo ello indica que el personal de las plantas de hospitalización debe dar una respuesta adecuada a demandas externas que no pueden planificarse por aparecer de manera espontánea (demandas de familiares, de usuarios, de compañeros, etc.).

Por otro lado, es importante recordar que los profesionales de las plantas de hospitalización prestan asistencia continuada durante todo el tiempo que el paciente se encuentra ingresado hasta que es dado de alta hospitalaria.

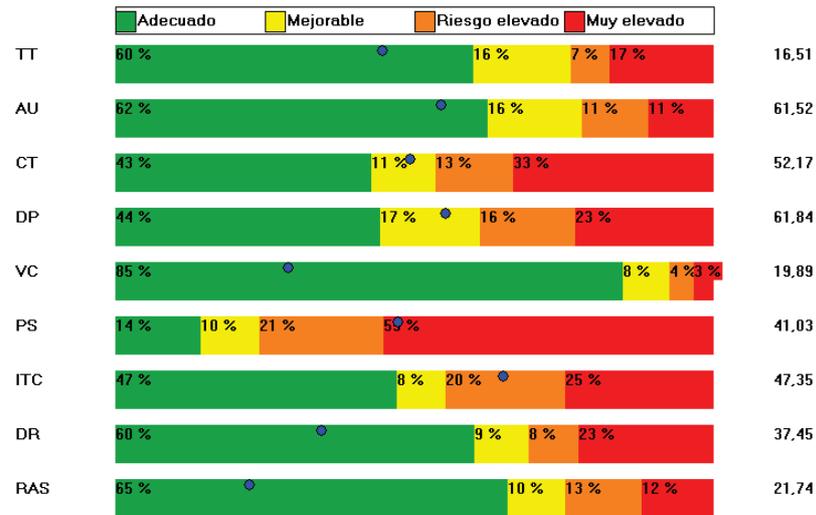
Los tiempos de hospitalización pueden ser muy prolongados dependiendo de la evolución clínica de los pacientes. Esto implica que en las plantas de hospitalización la relación de los profesionales de enfermería con los pacientes, los familiares y los usuarios se prolongue durante toda la jornada laboral y, posiblemente, durante un largo periodo de tiempo, mientras que en los servicios centrales la relación del trabajador con los pacientes y usuarios solamente se realiza durante un momento puntual de la jornada laboral coincidiendo con la realización de las pruebas complementarias.

#### 4.6 Diferencias en la percepción de los RPS según el género de los trabajadores.

**Gráfico 8. Percepción de los RPS por los hombres**



**Gráfico 9. Percepción de los RPS por las mujeres**



**TABLA XXXVI. Diferencias encontradas según el género de los trabajadores ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítems utilizados	Diferencias encontradas (ítems)
Tiempo de trabajo (TT)	1,2,5,6	5
Autonomía (AU)	3,7,8,9,10	No se encuentran diferencias
Carga de trabajo(CT)	4,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32	No se encuentran diferencias
Demandas Psicológicas (DP)	33,34,35,36	No se encuentran diferencias
Variedad contenido del trabajo (VC)	37,38,39,40	No se encuentran diferencias
Participación/ supervisión (PS)	11,12	11
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	13,41,42,43	41
Desempeño del rol (DR)	14,15	15
Relaciones y apoyo social (RAS)	16,17,18,19,20	No se encuentran diferencias

**Tabla XXXVII. Porcentaje de respuesta en los ítems que presentan diferencias significativas según el género (p<0,05)**

Variable	Ítem	Género	
		Hombre (%)	Mujer (%)
Tiempo de trabajo (TT)	5**	9	3
Participación/ supervisión (PS)	11a***	14	7
	11b***	24	14
	11c***	10	5
	11d***	9	4
	11g***	15	7
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	41****	27	15
Desempeño del rol (DR)	15a*	5	2
	15b*	3	1
	15c*	4	1
	15d*	4	1
	15e*	7	4

\* Siempre o casi siempre  
 \*\*\* Puedo decidir

\*\* Nunca o casi nunca  
 \*\*\*\* Adecuadamente

**TABLA XXXVIII. Diferencias encontradas según el género de los trabajadores de Atención Primaria ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítems utilizados	Diferencias encontradas (ítems)
Tiempo de trabajo (TT)	1,2,5,6	No se encuentran diferencias
Autonomía (AU)	3,7,8,9,10	10
Carga de trabajo(CT)	4,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32	No se encuentran diferencias
Demandas Psicológicas (DP)	33,34,35,36	No se encuentran diferencias
Variedad contenido del trabajo (VC)	37,38,39,40	No se encuentran diferencias
Participación/ supervisión (PS)	11,12	No se encuentran diferencias
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	13,41,42,43	No se encuentran diferencias
Desempeño del rol (DR)	14,15	No se encuentran diferencias
Relaciones y apoyo social (RAS)	16,17,18,19,20	No se encuentran diferencias

**TABLA XXXIX. Diferencias encontradas según el género de los trabajadores en Atención Especializada ( $p < 0,05$ )**

VARIABLE	Ítems utilizados	Diferencias encontradas (ítems)
Tiempo de trabajo (TT)	1,2,5,6	5
Autonomía (AU)	3,7,8,9,10	9,10
Carga de trabajo(CT)	4,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32	No se encuentran diferencias
Demandas Psicológicas (DP)	33,34,35,36	No se encuentran diferencias
Variedad contenido del trabajo (VC)	37,38,39,40	No se encuentran diferencias
Participación/ supervisión (PS)	11,12	No se encuentran diferencias
Interés por el trabajador/ compensación (ITC)	13,41,42,43	41
Desempeño del rol (DR)	14,15	15
Relaciones y apoyo social (RAS)	16,17,18,19,20	16

**Tabla XL. Porcentaje de respuesta en los ítems que presentan diferencias significativas según el género y el ámbito de actuación**

Variable	Ítem	Ámbito			
		Atención Primaria (%)		Atención Especializada (%)	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tiempo de trabajo (TT)	5**			11	3
Autonomía (AU)	9*			14	5
	10a*	29	23	31	18
	10b*	27	25	26	16
	10c*	10	8	15	11
	10d*	32	30	36	25
	10e*	20	19	18	6
	10h*	5	3	9	4
Interés por el trabajador/compensación (ITC)	41***			30	15
Desempeño del rol (DR)	15a*			5	2
	15b*			3	1
	15c*			4	1
	15d*			5	2
Relaciones y apoyo social (RAS)	16a*			40	37
	16b*			69	66
	16c*			45	47
	16d*			26	22

\* Siempre o casi siempre  
 \*\*\* Adecuadamente

\*\* Nunca o casi nunca

El concepto género significa la manera en que cada sociedad concibe ser mujer u hombre y la forma de relación entre ambos.

Se trata de una construcción sociocultural dentro de un proceso histórico, social, económico y político donde intervienen diferentes instituciones y agentes para explicar las diferencias entre hombres y mujeres. Estas diferencias existen en todos los ámbitos vitales y también se extienden a la manera de entender y percibir la actividad de cuidar<sup>(123)</sup>.

Los datos de la tabla XL indican que, en el ámbito de la Atención Especializada, las mujeres perciben mayores niveles de exposición a los factores de riesgo de Tiempo de Trabajo (TT), Autonomía (AU), Interés por el trabajador/compensación (ITC), Desempeño del rol (DR) y Relaciones y apoyo social (RAS).

Existen mayores diferencias, sobre todo, en la percepción del descanso semanal de los trabajadores, en la posibilidad de marcar el ritmo de trabajo durante la jornada laboral, en la toma de decisiones para la organización y contenido del trabajo, en la facilidad que la empresa concede a los trabajadores para su promoción profesional, en la frecuencia en la que se dan situaciones donde las tareas son ambiguas y difíciles de realizar y en el apoyo de los jefes y compañeros ante tareas difíciles de ejecutar.

Sin embargo los resultados indican que en el ámbito de la Atención Primaria solamente se encuentran discretas diferencias en el nivel de autonomía (AU).

Las mujeres perciben menos posibilidades que los hombres para la toma de decisiones relativas al contenido y a la distribución temporal del trabajo.

Según Celda Vicente<sup>(124)</sup>, los enfermeros varones buscan puestos de trabajo más acordes con lo que la sociedad categoriza como “*masculino, independiente o profesional*”, y el género juega un importante papel para la asignación de roles y valores culturales que se le determinan a las distintas tareas. Los hombres son los que más reivindican la responsabilidad en las decisiones profesionales y se quejan del bajo reconocimiento social y personal que se hace de la enfermería relacionándolo, a la vez, con la calidad de los cuidados que se prestan.

Los datos obtenidos en este estudio indican que los hombres son los que con más frecuencia perciben “*siempre o casi siempre*” que la asignación de las tareas entraña mayor dificultad y ambigüedad y que se les exigen responsabilidades, cometidos o tareas que no entran dentro de sus funciones.

Por ello, se observa que los hombres buscan trabajos más independientes en los servicios centrales donde realizan su actividad con mayor independencia, siendo más frecuente que las enfermeras trabajen en las plantas de hospitalización realizando tareas mayoritariamente delegadas o de colaboración, donde el trabajo y las decisiones se generan a partir de las órdenes de otros profesionales.

En conclusión, los puestos de trabajo relacionados con los cuidados son ocupados mayoritariamente por las mujeres, y los puestos de trabajo que suponen un manejo de aparatos o la realización de técnicas específicas, socialmente mejor vistas, son desempeñadas más frecuentemente por los hombres.

Las mujeres perciben más que los hombres el factor de riesgo de tiempo de trabajo debido a que no disponen “*nunca o casi nunca*” de al menos 48 horas

consecutivas de descanso en el transcurso de una semana.

Esta percepción puede relacionarse con el tiempo dedicado al trabajo doméstico y familiar. Según Álvaro Page<sup>(125)</sup>, *“las mujeres emplean 5,07 horas y los hombres 0,70; es decir, el sexo femenino dedica por encima de siete veces el tiempo del masculino”*.

En otros términos, el trabajo del hogar sigue siendo realizado, en gran medida, por las mujeres. Del tiempo total dedicado a las labores doméstico-familiares el 89% es desarrollado por ellas.

La organización diaria de la vida familiar está desigualmente distribuida entre hombres y mujeres. Son más las mujeres que realizan las tareas del hogar y cuidado de personas dependientes, por lo que la carga de trabajo total para ellas es mayor de lo que se reconoce. Esta situación aumenta la percepción negativa por parte de las mujeres sobre el tiempo de descanso semanal y de recuperación física.

Asimismo, los datos obtenidos indican que las mujeres perciben menores niveles de participación en diferentes aspectos relacionados con la organización de su actividad laboral y con la asignación de las tareas.

Según una publicación de la Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo<sup>(126)</sup> *“las diferencias de género en la participación de los trabajadores son relativamente escasas, aunque las mujeres tienden a ejercer un mayor control sobre sus tareas profesionales inmediatas, mientras que los varones intervienen más en las decisiones organizativas de mayor alcance”*.

#### **4.7 Planificación de la actividad preventiva. Medidas preventivas propuestas y control de la eficacia**

Tras ser identificados y cuantificados los factores de RPS, es fundamental establecer medidas preventivas que eliminen o minimicen los efectos negativos que estos riesgos pudieran provocar sobre la salud de los trabajadores.

Las medidas preventivas deberán ser específicas, suficientes y adecuadas para cada uno de los factores de RPS y su aplicación deberá ser planificada en tiempo y en forma según la intensidad del riesgo percibido. Asimismo, deberán designarse las personas responsables de su implantación y de su seguimiento.

La planificación de la acción preventiva viene determinada en el artículo 16, apartado 2, párrafo b, de la LPRL. Este artículo establece literalmente en su apartado 2, párrafo b, que *“si los resultados de la evaluación prevista en el párrafo a) pusieran de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario realizará aquellas actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar tales riesgos. Dichas actividades serán objeto de planificación por el empresario, incluyendo para cada actividad preventiva el plazo para llevarla a cabo, la designación de responsables y los recursos humanos y materiales necesarios para su ejecución...”*. Es decir, la propia Ley establece los aspectos mínimos necesarios que ha de incluir la planificación de las actuaciones preventivas a desarrollar.

Las medidas de intervención deben estar vinculadas con los resultados de la evaluación psicosocial. Además, estas medidas las deben sentir como propias los trabajadores, los mandos intermedios y

los altos responsables de la organización, para incrementar así sus probabilidades de éxito.

También es importante establecer medidas de mejora incluso si los factores se situasen en valores satisfactorios. Se trataría de mantener y potenciar dichos resultados.

La Guía Técnica de Simplificación Documental del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2012)<sup>(127)</sup> indica la forma de llevar a cabo una gestión integral de los riesgos psicosociales identificados y una evaluación de la eficacia de las medidas preventivas propuestas en la evaluación realizada.

El método utilizado<sup>(106)</sup> establece las recomendaciones y actuaciones preventivas a aplicar en cada caso para mejorar los factores RPS.

Por otro lado, y con el fin de establecer los tiempos adecuados para la ejecución de las citadas medidas preventivas, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social ha elaborado una guía de actuaciones<sup>(128)</sup> para planificar la actividad preventiva.

La citada guía establece tres tipos de medidas de prevención psicosocial: medidas primarias, medidas secundarias y medidas terciarias.

Los cuadros 7 y 8 contienen la planificación de las actividades preventivas recomendadas así como su adecuada temporalización. La citada planificación deberá ser elaborada, asumida e implantada por los responsables de los Departamentos de Salud.

**CUADRO 7. MEDIDAS PREVENTIVAS Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA**

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Implantación	Comprobación de la eficacia
1	Carga de Trabajo (CT)	Primaria	Protocolizar, estructurar y distribuir la asignación de tareas según la dificultad de las mismas.				
		Primaria	Asignar los recursos adecuados para el desarrollo de la actividad.				
		Primaria	Programar el volumen de trabajo y el tiempo necesario para su desarrollo.				
		Primaria	Facilitar periodos de descanso o recuperación.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Priorizar estas actividades en el Departamento 04.</b></li> <li>• <b>Priorizar estas actividades en las plantas de hospitalización de Atención Especializada.</b></li> </ul>							

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Implantación	Comprobación de la eficacia
2	Demandas psicológicas (DP)	Secundaria	Formación específica en habilidades de autocontrol, manejo emocional y afrontamiento de conflictos internos y externos.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar estas actividades en el Departamento 04.</li> <li>• Priorizar estas actividades en las plantas de hospitalización y en los servicios centrales de Atención Especializada.</li> </ul>							

N° Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Implantación	Comprobación de la eficacia
3	Participación / supervisión (PS)	Primaria	Definir y comunicar claramente a los trabajadores el nivel de participación.				
		Primaria	Analizar, mejorar e implantar canales de comunicación adecuados.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar estas actividades en el Departamento 06.</li> <li>• Priorizar estas actividades en el ámbito de Atención Primaria y en las plantas de hospitalización de Atención Especializada.</li> </ul>							

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Implantación	Comprobación de la eficacia
4	Interés por el trabajador/compensación (IC)	Primaria	Definir y publicitar el establecimiento de planes de promoción y de carrera profesional.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar estas actividades en los Departamentos 05 y 06.</li> <li>• Priorizar estas actividades en las plantas de hospitalización de Atención Especializada.</li> <li>• Priorizar estas actividades dirigidas a las mujeres de Atención Especializada.</li> </ul>							

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Implantación	Comprobación de la eficacia
5	Desempeño de Rol (DR)	Primaria	Definir claramente las funciones, las competencias y las atribuciones de cada puesto de trabajo (procedimientos, objetivos, tiempo, responsabilidad, autonomía).				
		Primaria	Información a los trabajadores por escrito.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar estas actividades en todos los Departamentos de Salud.</li> <li>• Priorizar estas actividades en el ámbito de Atención Primaria.</li> </ul>							

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Implantación	Comprobación de la eficacia
6	Desempeño de Rol (DR)	Primaria	Definir claramente las funciones, las competencias y las atribuciones de cada puesto de trabajo (procedimientos, objetivos, tiempo, responsabilidad, autonomía).				
		Primaria	Información a los trabajadores por escrito.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar estas actividades en todos los Departamentos de Salud.</li> <li>• Priorizar estas actividades en el ámbito de Atención Primaria.</li> </ul>							

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Implantación	Comprobación de la eficacia
7	Tiempo de Trabajo (TT)	Primaria	Establecer medidas que faciliten la flexibilidad horaria y la compatibilización de la vida familiar.				
		Primaria	Establecer mecanismos que permitan la participación de los trabajadores en la organización.				
		Primaria	Evitar los cambios repentinos de los horarios y facilitar con tiempo suficiente los posibles cambios de los citados horarios.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar estas actividades en el Departamento 05.</li> <li>• Priorizar estas actividades en las plantas de hospitalización de Atención Especializada.</li> <li>• Priorizar estas actividades dirigidas a las mujeres de Atención Especializada.</li> </ul>							

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Prevista	Real
		Primaria	Favorecer la autonomía para la toma de decisiones y organización del trabajo.				
8	Autonomía (AU)	Primaria	Limitar la exposición en aquellos puestos de trabajo en los que el ritmo de trabajo viene impuesto externamente.				
		Primaria	Mejorar el apoyo social entre compañeros y superiores.				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Priorizar estas actividades en el Departamento 04.</b></li> <li>• <b>Priorizar estas actividades en las plantas de hospitalización de Atención Especializada.</b></li> <li>• <b>Priorizar estas actividades dirigidas a las mujeres de Atención Primaria y de Atención Especializada.</b></li> </ul>							

Nº Orden	Identificación de los riesgos psicosociales (RPS)	Tipo de medida	Medidas preventivas / correctoras	Fecha implantación		Persona responsable	
				Prevista	Real	Prevista	Real
9	Relaciones y apoyo social (RAS)	Primaria	Establecer procedimientos de gestión ante situaciones potencialmente conflictivas.				
		Primaria	Establecer medidas de protección frente a violencia externa.				
		Secundaria	Formación específica en resolución de conflictos.				
		Secundaria	Establecer códigos éticos de conducta, según lo establecido en el Apartado 4 del Acuerdo Marco Europeo				
<b>OBSERVACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar estas actividades en el ámbito de Atención Primaria y en las plantas de hospitalización de Atención Especializada.</li> <li>• Priorizar estas actividades dirigidas a las mujeres de Atención Especializada.</li> </ul>							

**CUADRO 8. TEMPORALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
PROPUESTAS**

TIPO DE MEDIDA	PLAZOS DE EJECUCIÓN
PRIMARIA	Requiere actuaciones preventivas cuya ejecución no supere doce meses.
SECUNDARIA	Requiere actuaciones preventivas cuya ejecución no supere dieciocho meses.

#### 4.7.1 Carga de Trabajo (CT).

Un 47% de los trabajadores perciben el factor de riesgo de CT como consecuencia de una organización inadecuada de la actividad relacionada con el desarrollo de las tareas, el volumen de trabajo y el tiempo de trabajo.

##### **Medidas primarias:**

- Protocolizar, estructurar y distribuir la asignación de tareas, atendiendo a su dificultad y asignación de recursos adecuados para su realización.
- Programar el volumen de trabajo y el tiempo necesario para su desarrollo. Facilitar periodos de descanso o recuperación.
- Rotación de puestos de trabajo adaptado a las condiciones del centro de trabajo y a las necesidades y a la conveniencia de los trabajadores para que surta efectos positivos.

#### 4.7.2 Demandas psicológicas (DP).

Un 39% de los trabajadores perciben el factor de riesgo de DP, motivado por los posibles conflictos laborales (compañeros y usuarios) y por la falta de códigos de conducta.

##### **Medida secundaria:**

- Acciones de formación y sensibilización. Proporcionar entrenamiento en habilidades de autocontrol, manejo emocional y afrontamiento en resolución de conflictos

externos e internos (usuarios y compañeros).

#### 4.7.3 Participación/supervisión (PS).

Un 74% de los trabajadores perciben el factor de riesgo de la PS, debido a las deficiencias en los canales de comunicación y de participación.

##### **Medidas primarias:**

- Definir y comunicar claramente el nivel de participación que se otorga a los distintos agentes de la organización y su capacidad de participación, ésta puede estar limitada a la consulta, a la propuesta o a la capacidad decisoria.
- Analizar, mejorar e implantar los canales de comunicación: órganos de representación, buzones, paneles, intranet....

#### 4.7.4 Interés por el trabajador/Compensación (ITC)

Un alto porcentaje (43%) de los trabajadores encuestados percibe el factor de riesgo del interés por el trabajador/compensación (ITC), motivado por la inexistencia de mecanismos de compensación y promoción profesional de los trabajadores.

##### **Medida primaria:**

- Definir claramente y darle publicidad al establecimiento de planes de promoción y carrera profesional, asegurando una información y una formación adecuada a todos los trabajadores y que demuestre la

sensibilidad de las necesidades y circunstancias individuales.

#### 4.7.5 Desempeño de Rol (DR).

Un 30% de los trabajadores perciben el factor de riesgo de DR, debido a la inexistencia de procedimientos y protocolos que definan y clarifiquen las tareas a desarrollar y los referentes de decisión (mandos intermedios).

##### **Medidas primarias:**

- Definir claramente las funciones, competencias y atribuciones de cada puesto de trabajo, los procedimientos a seguir, los objetivos de cantidad y de calidad, el tiempo asignado, la responsabilidad y el ámbito de autonomía disponible.
- Asegurar que esa información y las instrucciones han llegado efectivamente a los trabajadores y si son entendidas, clarificadoras y útiles. Revisar los mecanismos y agentes que tienen un papel clave en el proceso.

#### 4.7.6 Tiempo de trabajo.

Un 21% de los trabajadores perciben el factor de riesgo de tiempo de trabajo (TT), debido a la dificultad que tienen para compatibilizar su trabajo con la vida familiar y social directamente relacionado con el descanso semanal que le permite la organización de su actividad laboral. Los profesionales encuestados perciben que no es habitual disfrutar de al menos 48 horas consecutivas de descanso en el transcurso de una semana.

**Medidas primarias:**

- Favorecer las medidas que faciliten la flexibilidad horaria y la compatibilización de la vida familiar; para ello, establecer mecanismos que permitan la participación de los trabajadores en la organización.
- Evitar los cambios repentinos de horario y facilitar con anticipación los posibles cambios de los citados horarios.

**4.7.7 Autonomía (AU).**

Un 22% de los trabajadores perciben el factor de riesgo de la autonomía (AU), motivado por la dificultad de disponer adecuadamente de una autonomía decisional y una autonomía temporal.

**Medidas primarias:**

- Favorecer la autonomía para la toma de decisiones (autonomía decisional), sobre la distribución y la planificación de las tareas, el método de trabajo a seguir, la distribución del espacio, el mobiliario a utilizar, etc.
- Prestar especial atención a aquellos puestos en que el ritmo de trabajo (autonomía temporal) viene impuesto externamente. En estos casos, debe limitarse la exposición a este factor de riesgo.
- Mejorar el apoyo social de compañeros y superiores.

- Disponer de los recursos adecuados para realizar el trabajo.

#### 4.7.8 Relaciones y apoyo social (RAS).

Un 26% de los trabajadores perciben el factor de riesgo de las relaciones y apoyo social (RAS), debido al desconocimiento de mecanismos y o procedimientos de resolución de conflictos verticales y horizontales y con usuarios.

##### **Medidas primarias:**

- Establecer procedimientos de gestión sobre situaciones potencialmente conflictivas.
- Establecer medidas de protección frente a la violencia externa.

##### **Medidas secundarias:**

- Acciones de formación y sensibilización en resolución de conflictos.
- Establecer códigos éticos de conducta, según el Apartado 4 del Acuerdo Marco Europeo<sup>(129)</sup>, teniendo en cuenta los siguientes criterios:
  - Procurar la discreción necesaria para proteger la dignidad e intimidad de todos.
  - No debe revelarse ninguna información a parte no involucradas.
  - Todas las partes implicadas deben ser escuchadas con imparcialidad y recibir un tratamiento justo.

- Las denuncias deben ir sustentadas por información detallada.
- Las acusaciones falsas no deben tolerarse y pueden dar lugar a una acción disciplinaria.

Todas las recomendaciones preventivas indican la necesidad de realizar protocolos de actuación específicos con el fin de mejorar la organización y el contenido del trabajo y su influencia positiva sobre cada factor de riesgo psicosocial.

Los protocolos de trabajo, en términos generales, son definidos como unos acuerdos entre profesionales expertos en determinados temas y en los cuales se han clarificado las actividades y las conductas a desarrollar durante la actividad laboral.

Para realizar cualquier protocolo es recomendable formar un grupo de trabajo multidisciplinar en el caso de que en la ejecución intervenga más de una categoría profesional. Es deseable que el grupo de trabajo esté constituido por personal de distintos Servicios o ámbitos de actuación en la medida de que la técnica, el procedimiento o el proceso objeto del protocolo pueda ser extensible a diferentes Unidades.

Sobre el momento específico para llevar a cabo el seguimiento de las acciones preventivas implantadas y el control de la eficacia de las mismas mediante la nueva recogida de datos, no hay consenso al respecto. Peiró (2006)<sup>(71)</sup> considera que para determinar esos momentos hay que tener en cuenta aspectos como los siguientes:

- Considerar el tiempo que va a requerir que se produzcan los cambios deseados. Esto va a

depender de la naturaleza de los fenómenos que se quieran cambiar.

- Dejar suficiente tiempo para que los cambios se consoliden y sus efectos alcancen el nivel habitual, una vez se han estabilizado los procesos que los producen.

Este mismo autor comenta también que una elección inadecuada del periodo temporal que ha de transcurrir desde el inicio de la intervención hasta que se pueden medir sus efectos puede producir decisiones erróneas sobre el programa y su continuidad.

En definitiva, donde sí parece haber cierto consenso en la literatura es sobre el hecho de que se realicen varias evaluaciones para comprobar la evolución de las medidas adoptadas y sobre que la primera de ellas se realice tras dejar un periodo suficiente para que los cambios implantados empiecen a surtir efecto. Todo lo anterior nos indica que la evaluación de los riesgos psicosociales es una actividad que, una vez realizada y con el documento correspondiente elaborado, no debe entenderse como finalizada.

La evaluación de los riesgos psicosociales, como del resto de los aspectos laborales relacionados con la salud de los trabajadores, debe responder a un proceso continuo y sistemático, acorde con lo establecido en el artículo 16 de la LPRL. El citado artículo señala que *“la prevención de riesgos laborales deberá integrarse en el sistema general de gestión de la empresa, tanto en el conjunto de sus actividades como en todos los niveles jerárquicos de ésta, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales. Este plan de prevención de riesgos laborales deberá incluir la estructura organizativa, las responsabilidades,*

*las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa, en los términos que reglamentariamente se establezcan”.*

## **5. CONCLUSIONES**



## **5. CONCLUSIONES**

Del trabajo realizado surgen las siguientes conclusiones:

1. La evaluación de los factores psicosociales puede permitir determinar los aspectos negativos a mejorar así como los factores que se encuentran en unos niveles aceptables o excelentes y por tanto felicitarse por ello y trabajar para no rebajar esos niveles logrados gracias al esfuerzo y buen hacer compartido por todos los miembros de la organización.
2. Los RPS que alcanzan mayores valores según la percepción de los trabajadores son: la carga de trabajo (47%), las demandas psicológicas (39%), la participación/supervisión (74%), el interés por el trabajador/compensación (43%) y el desempeño del rol (30%). Estos datos indican niveles suficientemente elevados como para ser considerados como un riesgo importante para la salud de los trabajadores.
3. Existen diferencias sobre la percepción de los RPS entre los Departamentos de Salud estudiados. En el Departamento 04 son más percibidos los RPS correspondientes a la autonomía, la carga de trabajo, las demandas psicológicas y el desempeño del rol. En el Departamento 05 son más percibidos los RPS correspondientes al tiempo de trabajo y el desempeño del rol. En el Departamento 06 son más percibidos los RPS de la participación/supervisión y el desempeño del rol. El nivel de percepción del RPS correspondiente al interés por el trabajador/compensación es menor en el Departamento 04.

4. En el ámbito de la Atención Primaria tienen mayores niveles de percepción los RPS correspondientes a la participación/supervisión, el desempeño del rol, y las relaciones y apoyo social. En el ámbito de la Atención Especializada tienen mayor percepción el resto de RPS estudiados.
5. Los datos obtenidos indican que existen diferencias significativas en la percepción de los RPS entre los trabajadores de las plantas de hospitalización y de los trabajadores de los servicios centrales en el ámbito de la Atención Especializada. Todos los RPS son más percibidos en las plantas de hospitalización, excepto las demandas psicológicas y el desempeño del rol que son percibidos por igual en ambos servicios.
6. Las mujeres perciben mayores niveles de exposición que los hombres al RPS de la autonomía en Atención Primaria y en Atención Especializada. El RPS de tiempo de trabajo lo perciben más las mujeres en Atención Especializada.
7. En Atención Especializada las mujeres perciben mayor nivel de exposición que los hombres a los RPS correspondientes al interés por el trabajador/compensación y de las relaciones y apoyo social.
8. Es necesario aplicar medidas de prevención e intervención en la protección de los riesgos psicosociales u organizacionales, dirigidas a: la formación de mandos y trabajadores, la vigilancia de la salud psíquica y la creación de códigos de conducta en los centros de trabajo que incluyan los procedimientos de gestión de conflictos.

## **6. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**



## **6.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- (1) World Health Organization. Espacios Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Cap. 1. pp. 5-10. Año 2010.
- (2) BOE núm. 311 de 29 de Diciembre de 1978. Constitución Española. Artículo 40.2.
- (3) BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- (4) BOE núm. 154, de 29 de junio de 1994. Ley General de Seguridad Social (1994). Artículo 115. Definición de Accidente de Trabajo.
- (5) Gisbert Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología 6ª Edición. Problemas médico- legales derivados de la actividad laboral. pp. 538-540. Editorial Masson. Barcelona. Año 2004.
- (6) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 22 de abril de 1966 (Ar. 2152).
- (7) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 04 de diciembre de 1975 (Ar. 4699).
- (8) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 1966 (Ar. 4684).
- (9) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Canarias/Santa Cruz de Tenerife de fecha 23 de enero de 1988 (AS 1998, 48).
- (10) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 17 de diciembre de 1997 (Ar. 9484).
- (11) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 29 de septiembre de 1997 (Ar. 6851).
- (12) Méndez, M. Secretaria de Salud Laboral de CCOO de Córdoba. TELEPRENSA. PERIÓDICO DIGITAL DE CÓRDOBA de fecha 03 de enero de 2013.
- (13) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 24 de Septiembre de 2002 (RJ 2002/595).

- (14) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sevilla) de fecha 4 de febrero de 1999 (Ref. AS 1999/2712).
- (15) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de fecha 2 de noviembre de 1999. Síndrome de burnout accidente de trabajo.
- (16) Sentencia del Juzgado de lo Social nº 3 de Vitoria de fecha 27 de marzo de 2002.
- (17) Sentencia del Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona del 27 de diciembre de 2002.
- (18) Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000.
- (19) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 18 de mayo de 1999 (RJ 1999/3006).
- (20) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de fecha 30 de abril de 2001 (AS 2001/1878).
- (21) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de fecha 5 de mayo de 1992 (AS 1992/2668).
- (22) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Rioja de fecha 7 de octubre de 2004.
- (23) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Baleares de fecha 14 de octubre de 2004.
- (24) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 18 de diciembre de 1996 (Ar. 9727) (UD).
- (25) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 28 de abril de 1983 (Ar. 1888).
- (26) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 20 de abril de 1981 (Ar. 1716).
- (27) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 9 de mayo de 1985 (Ar. 2685).
- (28) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de fecha 18 de mayo de 1994 (AS 1994, 1997).
- (29) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 18 de diciembre de 1996 (Ar. 9727) (UD).

- (30) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de fecha 11 de marzo de 1997 (AS 1997, 547).
- (31) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de fecha 30 de octubre de 2000 (AS 2000/3184).
- (32) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana de fecha 20 de octubre de 1999 (AS 2000/616).
- (33) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de fecha 22 de noviembre de 2003 (AS 2003/145799).
- (34) BOE núm. 302, de 19 de diciembre de 2006. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. Cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social.
- (35) Directiva Europea 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores.
- (36) Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo. "Prevención de accidentes de origen laboral: Posible cambio de estrategia dentro del cambiante mundo del trabajo". Editorial FORUM. Bélgica. Año 2002.
- (37) Piqué Ardanuy, T. NTP 442. Investigación de accidentes-incidentes: Procedimiento. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1997.
- (38) Espluga Trenc, J.L. NTP 405. Factor Humano y Siniestralidad. Aspectos Sociales. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1997.
- (39) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 27 de febrero de 1992.
- (40) BOE núm. 77 de 31 de Marzo de 2015. Código Penal de 2015. Artículo 147. Concepto de lesión.

- (41) Gil Monte, P. R. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev. Esp. Salud Pública 2009, Vol. 83, N.º 2. Pág. 171.
- (42) Mingote, J.C. (1998) «Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional». Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol. 5, núm. 8, Pág. 493-503.
- (43) Jiménez Bertomeu, V.M. El fenómeno del burnout en las profesiones de ayuda. Revista de Treball Social Núm. 159, Pág. 65-103. Año 2000.
- (44) Maslach, C. Y Jackson, S.E. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, núm. 8, Pág. 99-113. Año 1981.
- (45) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de fecha 02 de noviembre de 1999. Sentencia núm. 2662/1999 relativa al síndrome de burnout y su calificación como accidente laboral. A.S. 4212/1999.
- (46) Sentencia del Juzgado de lo Social núm.3 de Vitoria-Gasteiz (autos núm.1 14/02, de fecha 27 de marzo de 2002).
- (47) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña. Sala de lo Social. Sentencia núm. 477/2005 de 20 de enero de 2005.
- (48) Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de fecha 26 de octubre de 2000. Recurso núm. 4379/1999.
- (49) Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 1 de Vigo, procedimiento 24/1999.
- (50) Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Recurso núm. 5302/2001.
- (51) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia. Sentencia 618/2004 de 24 mayo.

- (52) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. Sentencia 2213/2006 de 21 junio.
- (53) Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura. Sentencia 67/2005 de 27 enero.
- (54) Suñer R.S., García M., Grau A. “El desgaste emocional en el personal sanitario y su relación con los factores personales. Gaceta Sanitaria 2006. Revista Española de Salud Publica. Volumen 83, núm.2. Madrid. Año 2009.
- (55) Albaladejo Montoso, Juan C. “Riesgos laborales en el medio sanitario”. Disponible en:<http://es.scribd.com/doc/92887028/riesgoslaborales#scribd>.
- (56) Pera G. y Serra Prat M. “Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal”. Gaceta Sanitaria. Barcelona 2002. Disponible en: <http://www.scielosp.org>.
- (57) Paredes, Olga y Sanabria-Ferrand, Pablo A. “Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales”. Revista Médica. Volumen 16, núm. 1. Bogotá. Año 2008.
- (58) Europa Press. 18 de noviembre de 2001. El 70% de los trabajadores sanitarios de Castilla La Mancha sufren el síndrome de “burnout”, según una encuesta de CCOO.
- (59) Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984.
- (60) Grau, Armand; Flichtentrei, Daniel; Suñer, Rosa; Prats, María; Braga, Florencia (2009). “Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Bournot en

- personal sanitario Hispanoamericano y Español (2007)". Revista Española de Salud Pública. Volumen 83, núm.2. Madrid. Año 2009.
- (61) OMS. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa 21 de noviembre de 1986.
- (62) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 16 de marzo de 2004 (Ar. 3167). Causa eficiente derivada de una actuación negligente.
- (63) Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 11 de noviembre de 2004 (Ar. 6898). Causa eficiente que condicione o complete la acción de la causa última"
- (64) Adolfo Aristimuño, G. Médico Cirujano. Médico Legista. Especialista en Medicina Laboral.
- (65) Hernández-Vargas, C. I. Juárez-García, A. Hernández-Mendoza, E. Ramírez-Páez, J. A. "Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud". Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Núm. 3. Año 2005.
- (66) Ortega Ruiz, Cristina, López Ríos, Francisca. "El Burnout en los profesionales sanitarios". International Journal of Clinical and Health Psychology. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Granada, España. Vol. 4, núm 1. pp. 137-160.
- (67) Piedrahíta Lopera, Hugo. "Evidencias epidemiológicas entre factores de riesgo en el trabajo y los desórdenes músculo esqueléticos". MAPFRE Medicina, 2004. Vol.15, núm 3. pp 212-221.
- (68) Pérez Nieto, M.A., Iruarrizaga, I. Camuñas, N. Dpto. Psicología Básica. Universidad Complutense de Madrid. I Congreso Virtual de Psiquiatría. "Prevención y control del estrés en el ámbito hospitalario". Disponible

- en:[http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa28/conferencias/28\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_c.htm).
- (69) Gil-Monte. R, Peiró, J.M. (1997). "Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse". Editorial Síntesis. Madrid. Año 1997.
  - (70) Paredes, O. Sanabria Ferrand, P. "Prevalence of Burnout Syndrome in residents of medical and surgical specialties and its relation with psychological wellbeing and sociodemographic and labor variables". Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Vol. 16, núm. 1. Colombia. Año 2008.
  - (71) Peiró, J.M. The Prevenlab psychosocial methodology. Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Pág. 105-130. Barcelona: Foment del Treball Nacional. Año 2006.
  - (72) Nogareda, C., Almodóvar, A. NTP 702. El proceso de evaluación de los riesgos psicosociales. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
  - (73) Oncins de Frutos, M., Almodóvar Molina, M. NTP 450: Factores psicosociales: fases para su evaluación. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1997.
  - (74) Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo. ORDEN de 9 de marzo de 1971.
  - (75) BOE núm. 298, de 13 de diciembre de 2003. Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.
  - (76) BOE núm. 27, de 31 de enero de 1997. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
  - (77) Meliá, J.L. Seguridad basada en el comportamiento. Disponible en:

[http://www.uv.es/~meliajl/Papers/2007JLM\\_SBC](http://www.uv.es/~meliajl/Papers/2007JLM_SBC).  
Valencia. Año 2007.

- (78) Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. Larousse Editorial, S.L. Año 2007.
- (79) Martín Daza, F. NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1994.
- (80) Martín Daza, F. NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1995.
- (81) Martín Daza, F. NTP 438: Prevención del estrés: intervención sobre la organización. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1995.
- (82) Vega Martínez, S. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2003.
- (83) De Arquer, M.I. NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1998.
- (84) De Arquer, M.I., Noragueda, C. NTP 575: Carga mental de trabajo: indicadores. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2001.
- (85) De Arquer, M.I., Noragueda, C. NTP 659: Carga mental de trabajo: diseño de tareas. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2004.
- (86) Fidalgo Vera, M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y

- proceso de generación. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2005.
- (87) Fidalgo Vera, M. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): definición y proceso de generación. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2005.
- (88) Gracia, E., Martínez, M.I., Salanova, M., Noragueda, C. y Equipo de Investigación Wont Prevención Psicosocial. NTP 720: El trabajo emocional: concepto y prevención. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2006.
- (89) Bresó Esteve, E., Salanova, M., Schaufeli, W., Noragueda, C. y Equipo de Investigación Wont Prevención Psicosocial. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2006.
- (90) Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Noragueda, C. y Equipo de Investigación Wont Prevención Psicosocial. NTP 730: Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2006.
- (91) Pérez Bilbao, J., Noragueda, C. NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1999.
- (92) Martín Daza, F., Pérez Bilbao, J. NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el

- Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1999.
- (93) Fidalgo Vega, M., Gallego Fernández, Y., Ferrer Puig, R., Noraguada Cuixart, C., Pérez Zambrana, G. NTP 854: Acoso psicológico en el trabajo: definición. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2009.
  - (94) Pérez Bilbao, J., Sancho Figueroa, T. NTP 507: Acoso sexual en el trabajo. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1999.
  - (95) Salanova, M., Llorens, S., Schaufeli, W., Del Líbano, M., Fidalgo, M., y Equipo de Investigación Wont Prevención Psicosocial. NTP 759: La adicción al trabajo. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2007.
  - (96) DOGV núm. 4042, de 13 de julio de 2001. Decreto 123/2001, de 10 de julio del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito de la administración de la Generalitat Valenciana y sus organismos autónomos.
  - (97) DOGV núm. 2463, de 6 de marzo de 1995. ORDEN de 6 de agosto de 2001 del Conseller de Sanidad por la que se estructura y organiza el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Sector Sanitario de la Generalitat Valenciana.
  - (98) García Escutia, M<sup>a</sup>.C. Manual de procedimientos. Protocolos de PRL de la Conselleria de Sanidad. Metodología Evaluación de Riesgos. Pág. 27. Valencia. Año 2004.
  - (99) UNE 81900:1996 EX: Prevención de Riesgos Laborales. Reglas para la implantación de un SGPR (AENOR, 1996).

- (100) Guía Técnica para la evaluación de riesgos laborales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Edición año 2003.
- (101) BOE núm. 97, de 23 de abril de 1997. Real Decreto 486/1997 Lugares de Trabajo.
- (102) Portal de la Conselleria de Sanidad. Página Web. Profesionales. Información Laboral. Prevención de Riesgos Laborales. Manual de Acogida. Identificación de riesgos profesionales. Plan integral de prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la Generalitat.
- (103) Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES). Disponible en:  
<http://www.eves.san.gva.es/portal>
- (104) Oncins de Frutos, M. NTP 283: Encuestas: metodología para su utilización. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1992.
- (105) Pérez, C., Rojas, A.J., Fernández, J.S. Introducción a la Investigación Social. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Síntesis, 1998, p. 17-29.
- (106) Método AIP. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo de Barcelona. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Versión 3.1. Año 2014.
- (107) Manual para evaluación de RPS en PYMES. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo e Instituto de Biomecánica de Valencia con subvención de la Agencia Europea. Año 2002.
- (108) Lahera Martín, M. Góngola Yerro, J.J. Factores Psicosociales. Identificación de riesgos. Cuestionario de evaluación de RPS del Instituto Navarro de Salud Laboral. Año 2002.

- (109) Moncada, S. Llorens, C. Método ISTAS 21. Manual para la evaluación de RPS en el trabajo. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Paralelo edición S.A. Año 2002.
- (110) Cronbach, Lee J. "Coefficient alpha and the internal structure of tests". *PsichométriKa*. Vol. 16, núm. 3, pp. 297-334. University Illinois. Año 1951.
- (111) Pérez Bilbao, J., Fidalgo Vega, M. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1996.
- (112) Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Masson. Año 1996.
- (113) Cladellas, R. La ausencia de gestión de tiempo como factor de riesgo psicosocial en el trabajo. *Intangible capital*. Barcelona. Año 2008.
- (114) Tapp, D. Stansfield, K. Stewart, J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichán*. Vol. 5, núm. 1. Bogotá. Año 2005. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100012&script=sci_arttext)
- (115) Ribera Domene, D. Cartagena la Peña, E. Reig Ferrer, A. Romà Ferri, M.T. Sans Quintero, I. Caruana Vañó, A. Estrés laboral y salud en profesionales de Enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante. Universidad de Alicante. Edición electrónica Espagrafic. Año 1993.
- (116) Vega Martínez, S. NTP 604. Riesgo psicosocial: modelo demanda-control-apoyo social (II). Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 2003.
- (117) Mansilla Izquierdo, F. Favieres Cuevas, A. Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo. Página de

Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid.  
Disponible en:  
[http://www.madridsalud.es/temas/estres\\_laboral.php](http://www.madridsalud.es/temas/estres_laboral.php)

- (118) Ortiz Cervelló, F. Alba Moratilla, N: Ribera Lacomba, J. Tortosa Nacer, V. Informe del Sistema de Información Poblacional de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Año 2006.
- (119) Blanquer Gregori, J.J. Criterios consensuados de adecuación de los cupos de Atención Primaria en Medicina Familiar. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Año 2007.
- (120) Pérez Bilbao, J. Martín Daza, F. NTP. 439. Apoyo social. Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año 1998.
- (121) Menarguez Puche, J.F. Saturno Hernandez P.J. Descripción del clima organizacional en equipos de atención primaria de una comunidad autónoma. Año 1999.
- (122) Holz, M. On the positive and negative effects of emotion work in organizations. European Journal of Work and Organizational. Año 2006.
- (123) Vía Clavero, G. Sanjuán Naváis, M. Martinez Mesas, M. Pena Alfaro, C. Utrilla Antolín, C. Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. Elsevier Doyma. Enfermería intensiva. Año 2010. Disponible en [www.elsevier.es/ei](http://www.elsevier.es/ei)
- (124) Celma Vicente, M. Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras. Punto 5.5.2. Página 273. Año 2007. Departamento de Antropología Social. Universidad de Granada.
- (125) Álvaro Page, M. Diferencias, en el uso del tiempo, entre varones y mujeres y otros grupos sociales.

- Instituto de la mujer. Disponible: [www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS). Año 1996.
- (126) Organización del trabajo y participación de los trabajadores en Europa. Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Disponible en <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1330.htm>.
- (127) Guía Técnica de Simplificación Documental del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Año 2012. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem>.
- (128) Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre riesgos psicosociales. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid. Año 2012. Disponible [http://www.empleo.gob.es/itss/web/Atencion\\_al\\_Ciudadano/Normativa\\_y\\_Documentacion/Documentacion/Documentacion\\_ITSS/001/Guia\\_psicosociales.pdf](http://www.empleo.gob.es/itss/web/Atencion_al_Ciudadano/Normativa_y_Documentacion/Documentacion/Documentacion_ITSS/001/Guia_psicosociales.pdf).
- (129) Acuerdo marco europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo, de fecha 26 de abril de 2007. Apartado 4. Pág. 5-6. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas. Año 2007. Disponible <http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/docs/acuerdoMarcoEuropeo.pdf>.

## **7. ANEXO I: Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales**



## **7. ANEXO I: Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales**



### **CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

---

El objetivo de este cuestionario es conocer algunos aspectos sobre las condiciones psicosociales en tu trabajo.

El cuestionario es anónimo y se garantiza la confidencialidad de las respuestas.

Con el fin de que la información que se obtenga sea útil es necesario que contestes sinceramente a todas las preguntas.

Tras leer atentamente cada pregunta así como sus opciones de respuesta, marca en cada caso la respuesta que consideres más adecuada, señalando una sola respuesta por cada pregunta.

1. ¿Trabajas los sábados?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
2. ¿Trabajas los domingos y festivos?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
3. ¿Tienes la posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
4. ¿Con qué frecuencia tienes que trabajar más tiempo del horario habitual, hacer horas extra o llevarte trabajo a casa?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
5. ¿Dispones de al menos 48 horas consecutivas de descanso en el transcurso de una semana (7 días consecutivos)?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
6. ¿Tu horario laboral te permite compaginar tu tiempo libre (vacaciones, días libres, horarios de entrada y salida) con los de tu familia y amigos?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
7. ¿Puedes decidir cuándo realizar las pausas reglamentarias (pausa para comida o bocadillo)?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4
8. Durante la jornada de trabajo y fuera de las pausas reglamentarias, ¿puedes detener tu trabajo o hacer una parada corta cuando lo necesitas?  
 siempre o casi siempre  1  
 a menudo  2  
 a veces  3  
 nunca o casi nunca  4

9. ¿Puedes marcar tu propio ritmo de trabajo a lo largo de la jornada laboral?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

10. ¿Puedes tomar decisiones relativas a:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (actividades y tareas a realizar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de tareas a lo largo de tu jornada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución del entorno directo de tu puesto de trabajo (espacio, mobiliario, objetos personales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo tienes que hacer tu trabajo (método, protocolos, procedimientos de trabajo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que tienes que realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo que realizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La resolución de situaciones anormales o incidencias que ocurren en tu trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de los turnos rotativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No trabajo en turnos rotativos				

11. Qué nivel de participación tienes en los siguientes aspectos de tu trabajo:

	Puedo decidir	Se me consulta	Sólo recibo información	Ninguna participación
	1	2	3	4
Introducción de cambios en los equipos y materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introducción de cambios en la manera de trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanzamiento de nuevos o mejores productos o servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reestructuración o reorganización de departamentos o áreas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en la dirección o entre tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratación o incorporación de nuevos empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de las normas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cómo valoras la supervisión que tu jefe inmediato ejerce sobre los siguientes aspectos de tu trabajo?

	no interviene	insuficiente	adecuada	excesiva
	1	2	3	4
El método para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La planificación del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ritmo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cómo valoras el grado de información que te proporciona la empresa sobre los siguientes aspectos?

	no hay información	insuficiente	es adecuada
	1	2	3
Las posibilidades de formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las posibilidades de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los requisitos para ocupar plazas de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La situación de la empresa en el mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Para realizar tu trabajo ¿cómo valoras la información que recibes sobre los siguientes aspectos?

	muy clara	clara	poco clara	nada clara
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (funciones, competencias y atribuciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo debes hacerlo (métodos, protocolos, procedimientos de trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo asignado para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilidad del puesto de trabajo (qué errores o defectos pueden achacarse a tu actuación y cuáles no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Señala con qué frecuencia se dan las siguientes situaciones en tu trabajo

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Se te asignan tareas que no puedes realizar por no tener los recursos humanos o materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ejecutar algunas tareas tienes que saltarte los métodos establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estás de acuerdo porque te suponen un conflicto moral, legal, emocional...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibes instrucciones contradictorias entre sí (unos te mandan una cosa y otros otra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exigen responsabilidades, cometidos o tareas que no entran dentro de tus funciones y que deberían llevar a cabo otros trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Si tienes que realizar un trabajo delicado o complicado y deseas ayuda o apoyo, puedes contar con:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no hay otras personas
	1	2	3	4	5
Tus jefes	<input type="checkbox"/>				
Tus compañeros	<input type="checkbox"/>				
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>				
Otras personas que trabajan en la empresa	<input type="checkbox"/>				

17. ¿Cómo consideras que son las relaciones con las personas con las que debes trabajar?

buenas	<input type="checkbox"/>	1
regulares	<input type="checkbox"/>	2
malas	<input type="checkbox"/>	3
no tengo compañeros	<input type="checkbox"/>	4

18. Con qué frecuencia se producen en tu trabajo:

	raras veces	con frecuencia	constante mente	no existen
	1	2	3	4
Los conflictos interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia psicológica (amenazas, insultos, hacer el vacío, descalificaciones personales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de acoso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Tu empresa, frente a situaciones de conflicto interpersonal entre trabajadores:

- deja que sean los implicados quienes solucionen el tema  1  
pide a los mandos de los afectados que traten de buscar  2  
una solución al problema  
tiene establecido un procedimiento formal de actuación  3  
no lo sé  4

20. En tu entorno laboral ¿te sientes discriminado? (por razones de edad, sexo, religión, raza, formación, categoría.....)

- siempre o casi siempre  1  
a menudo  2  
a veces  3  
nunca  4

21. ¿A lo largo de la jornada cuánto tiempo debes mantener una exclusiva atención en tu trabajo? (de forma que te impida hablar, desplazarte o simplemente pensar en cosas ajenas a tu tarea)

- siempre o casi siempre  1  
a menudo  2  
a veces  3  
nunca o casi nunca  4

22. En general, ¿cómo consideras la atención que debes mantener para realizar tu trabajo?

- muy alta  1  
alta  2  
media  3  
baja  4  
muy baja  5

23. El tiempo de que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado:

- siempre o casi siempre  1  
a menudo  2  
a veces  3  
nunca o casi nunca  4

24. La ejecución de tu tarea, ¿te impone trabajar con rapidez?

- siempre o casi siempre  1  
a menudo  2  
a veces  3  
nunca o casi nunca  4

25. ¿Con qué frecuencia debes acelerar el ritmo de trabajo?

- siempre o casi siempre  1  
a menudo  2  
a veces  3  
nunca o casi nunca  4

26. En general, la cantidad de trabajo que tienes es:

- |            |                          |   |
|------------|--------------------------|---|
| excesiva   | <input type="checkbox"/> | 1 |
| elevada    | <input type="checkbox"/> | 2 |
| adecuada   | <input type="checkbox"/> | 3 |
| escasa     | <input type="checkbox"/> | 4 |
| muy escasa | <input type="checkbox"/> | 5 |

27. ¿Debes atender a varias tareas al mismo tiempo?

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| a menudo               | <input type="checkbox"/> | 2 |
| a veces                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca     | <input type="checkbox"/> | 4 |

28. El trabajo que realizas, ¿te resulta complicado o difícil?

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| a menudo               | <input type="checkbox"/> | 2 |
| a veces                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca     | <input type="checkbox"/> | 4 |

29. ¿En tu trabajo tienes que llevar a cabo tareas tan difíciles que necesitas pedir a alguien consejo o ayuda?

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| a menudo               | <input type="checkbox"/> | 2 |
| a veces                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca     | <input type="checkbox"/> | 4 |

30. En tu trabajo, tienes que interrumpir la tarea que estás haciendo para realizar otra no prevista

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| a menudo               | <input type="checkbox"/> | 2 |
| a veces                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca     | <input type="checkbox"/> | 4 |

31. En el caso de que existan interrupciones, ¿alteran seriamente la ejecución de tu trabajo?

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| a menudo               | <input type="checkbox"/> | 2 |
| a veces                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca     | <input type="checkbox"/> | 4 |

32. ¿La cantidad de trabajo que tienes suele ser irregular e imprevisible?

- |                        |                          |   |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| a menudo               | <input type="checkbox"/> | 2 |
| a veces                | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca     | <input type="checkbox"/> | 4 |

33. En qué medida tu trabajo requiere:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Aprender cosas o métodos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptarse a nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar iniciativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener buena memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar directamente con personas que no están empleadas en tu trabajo (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. En tu trabajo ¿con qué frecuencia tienes que ocultar tus emociones y sentimientos ante...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores jerárquicos	<input type="checkbox"/>				
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>				
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>				
Personas que no están empleadas en la empresa (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>				

35. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿estás expuesto a situaciones que te afectan emocionalmente?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

36. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿con qué frecuencia se espera que des una respuesta a los problemas emocionales y personales de tus clientes externos? (pasajeros, alumnos, pacientes, etc.):

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
a veces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

37. El trabajo que realizas ¿te resulta rutinario?:

no	<input type="checkbox"/>	1
a veces bastante	<input type="checkbox"/>	2
bastante	<input type="checkbox"/>	3
mucho	<input type="checkbox"/>	4

38. En general ¿consideras que las tareas que realizas tienen sentido?:

- mucho  1  
 bastante  2  
 poco  3  
 nada  4

39. ¿Cómo contribuye tu trabajo en el conjunto de la empresa u organización?

- no es muy importante  1  
 es importante  2  
 es muy importante  3  
 no lo sé  4

40. En general, ¿está tu trabajo reconocido y apreciado por...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores	<input type="checkbox"/>				
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>				
El público, clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc. (si los hay)	<input type="checkbox"/>				
Tu familia y tus amistades	<input type="checkbox"/>				

41. ¿Te facilita la empresa el desarrollo profesional (promoción, plan de carrera...)?

- adecuadamente  1  
 regular  2  
 insuficientemente  3  
 no existe posibilidad de desarrollo profesional  4

42. ¿Cómo definirías la formación que se imparte o se facilita desde tu empresa?

- muy adecuada  1  
 suficiente  2  
 insuficiente en algunos casos  3  
 totalmente insuficiente  4

43. En general, la correspondencia entre el esfuerzo que haces y las recompensas que la empresa te proporciona es:

- muy adecuada  1  
 suficiente  2  
 insuficiente en algunos casos  3  
 totalmente insuficiente  4

44. Considerando los deberes y responsabilidades de tu trabajo ¿estás satisfecho con el salario que recibes?

- muy satisfecho  1  
 satisfecho  2  
 insatisfecho  3  
 muy insatisfecho  4