

FOLLETO

PREVENIR EN ORIGEN LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LOS PUESTOS DE ENFERMERA/O Y TCAE



CON LA FINANCIACIÓN DE

AS2024-0003

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.



CCOO
federación de sanidad
y sectores sociosanitarios

FOLLETO

**PREVENIR EN ORIGEN
LOS RIESGOS LABORALES
PSICOSOCIALES
EN LOS PUESTOS DE
ENFERMERA/O Y TCAE
DE LA SANIDAD PRIVADA
PARA REDUCIR LOS
TRASTORNOS DE SALUD
MENTAL**

Una aproximación
con perspectiva de género
desde el conocimiento fundamentado
científica y socialmente

Edita y publica: Fundación Cultural 1º de Mayo -CCOO

Materiales elaborados por: Clara Llorens Serrano y Sergio Salas Nicás

Dirección y coordinación: Vicente López Martínez y Valeria Uberti-Bona

Difusión: Lourdes Larripa Ferriz

Gestión y apoyo administrativo: Sergio Alvira Fernández, Lara Criado Bonilla, Lola García Moreno y Elvira Rodríguez Correal

Agradecimientos:

Queremos agradecer a Irene Álvarez Bonilla, responsable estatal de Salud Laboral de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO), por su apuesta decidida a trabajar sindicalmente en la mejora de las condiciones de trabajo desde el ámbito de la prevención de riesgos laborales en el sector de la sanidad privada y haber facilitado enormemente el proceso co-creativo base de este folleto.

Igualmente queremos agradecer a todas las trabajadoras y representantes legales del sector y a las personas responsables de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO que participaron en las 5 jornadas tipo taller en Barcelona, Madrid, Palma, Sevilla y Valencia, el haber compartido con nosotras su experiencia y sabiduría.

Nota: En tanto que la mayor parte de personas contratadas para los puestos de enfermera/o y TCAE son mujeres, habitualmente se usará el femenino para referirse a ambos sexos.

Diseño gráfico y maquetación: Pilixip

Edición: Valencia, junio 2026

Este trabajo se realiza al amparo de la convocatoria Sectorial 2024 de la FEPR L FSP en el marco del proyecto "Prevenir en origen los riesgos laborales psicosociales con perspectiva de género para reducir trastornos mentales en la sanidad privada" (AS2024-0003).

ÍNDICE

1. RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES	7
¿Qué son?	7
¿Cómo intervenir?	9
2. PREVENCIÓN EN ORIGEN DE LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LOS PUESTOS DE ENFERMERA/O Y TCAE DE LA SANIDAD PRIVADA	12
Altas exigencias cuantitativas.....	13
Altas exigencias emocionales	15
Alto conflicto trabajo-familia y alta inseguridad	17
Bajo control	19
Bajo apoyo social.....	21
Bajo reconocimiento	22



1.

RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES

¿Qué son?

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, se usa el término riesgos laborales psicosociales cuando se hace referencia a las **condiciones de trabajo derivadas de las deficiencias en el diseño, organización y gestión laboral para las que tenemos suficiente evidencia científica de que pueden dañar la salud**. Se llaman psicosociales porque afectan al trabajador o trabajadora a través de la psique (distintos mecanismos psicológicos), pero su origen es social, es decir cambiante: el diseño, organización y gestión del trabajo. Las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren que **diversos aspectos de las prácticas de gestión laboral, como por ejemplo la dotación de personal, la cantidad, ordenación y modificación de la jornada laboral, los métodos de trabajo, el diseño del puesto, la relación de empleo o la estructura salarial, son características laborales modificables que se encuentran en el origen de los riesgos laborales psicosociales y en el centro de su evitación o reducción**.



La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (**Ley 31/1995, LPRL**) deja patente que el daño a la salud derivado del trabajo puede proceder no sólo de máquinas o sustancias que se emplean en el trabajo, no sólo de locales o instalaciones, sino también del diseño, la gestión y la organización del trabajo. La Ley señala que las condiciones de trabajo susceptibles de producir daño y por lo tanto objeto de actividad preventiva son *«todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación...»* (art **4.7.d**).

El Reglamento de los Servicios de Prevención (**RD 39/1997, RSP**) reconoce la Psicología como disciplina obligatoria (art **18.2.a** y art **34.c**).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace casi dos décadas que define a los riesgos laborales psicosociales como **determinantes sociales de la salud**, ya que la evidencia científica sobre los problemas de salud atribuibles a la exposición a los riesgos laborales psicosociales es muy extensa y de gran calidad, en tanto que se basa en investigaciones longitudinales y análisis complejos con grandes bases de datos que descartan de forma fiable el azar y otros factores no

laborales. Algunos ejemplos de esta literatura son las revisiones bibliográficas sistemáticas y los metaanálisis que asocian los riesgos laborales psicosociales a problemas de salud muy prevalentes como la ansiedad y la depresión, el infarto de miocardio o el accidente cerebrovascular. Más recientemente, también se han relacionado con el suicidio y la ideación suicida o con el consumo de psicofármacos y analgésicos. Estos riesgos también son considerados como una de las causas más relevantes de efectos en salud más proximales como el estrés laboral crónico, el síndrome de desgaste ocupacional, las alteraciones de sueño o fatiga o el absentismo y presentismo por motivos de salud. También se asocian a una mayor probabilidad de padecer determinados tipos de trastornos musculoesqueléticos.

Por otra parte, las investigaciones han puesto de manifiesto **importantes desigualdades en la exposición psicosocial y, por ende, en la salud, según la clase ocupacional y el género**, dado que no se aplican las mismas prácticas de gestión laboral entre la población asalariada, aunque se trabaje en la misma empresa. Por ello, es importante que en las evaluaciones de riesgos laborales psicosociales se exijan, como mínimo, los resultados por puesto o agrupaciones de puestos (art 4.1. RSP) y sexo (art 5.4 LPRL; 27 LOIEMH), tal y como requieren las leyes aplicables.



¿Cómo intervenir?

En términos de prevención de riesgos laborales, los **riesgos laborales psicosociales** representan la **exposición** que sabemos que es nociva para la salud (o sea: la condición de trabajo que habrá que **evitar** o identificar, localizar y medir a través de la **evaluación** de riesgos laborales en la empresa/institución y **reducir o bien eliminar con las medidas preventivas en origen**), las **deficiencias en el diseño, organización y gestión del trabajo** el **origen** del riesgo laboral (o sea: **sobre lo que habrá que actuar para eliminar, reducir o controlar la situación de exposición nociva**), y el estrés laboral, el síndrome de desgaste ocupacional, la ansiedad, la depresión, las **enfermedades** cardiovasculares y un largo etc. de diversos trastornos de salud asociados a los riesgos laborales psicosociales **son el efecto y daño, del que pretendemos evitar la fracción atribuible al empleo**, a través de eliminar, reducir y controlar los riesgos laborales psicosociales.



Un **ejemplo**, siguiendo la evidencia científica: las **exigencias cuantitativas** son un **factor** de riesgo laboral y las **altas exigencias cuantitativas** son el **riesgo**, ya que sabe que aumentan un 23% las posibilidades de padecer **depresión** diagnosticada, depresión es el **trastorno de salud** o enfermedad, **causado por multitud de factores, entre ellos las condiciones de trabajo caracterizadas por unas altas exigencias cuantitativas** que deben reducirse en **origen** cambiando la **carga** de trabajo a través de, por ejemplo, aumentar **plantilla**, mejorar **procesos** o cambiar **materiales y tecnología**.

Así, desde el punto de vista de la salud laboral en el ámbito de la empresa/institución, **los riesgos laborales psicosociales serían condiciones de trabajo nocivas y causas inmediatas de los trastornos de salud, cuyo origen, las prácticas de gestión laboral deficientes, es modificable, a través de las medidas preventivas organizativas**. La mayor parte de las estudiosas de las relaciones entre los riesgos laborales psicosociales y la salud, concluyen sus artículos abogando por **los cambios organizativos, por los cambios en las prácticas de gestión laboral en las empresas, para reducir estos riesgos y disminuir así la fracción atribuible al trabajo de las enfermedades**. Por ejemplo, **se ha calculado que un 30.6% de depresiones entre las mujeres en España se impedirían si se eliminara la exposición a algunos de estos riesgos laborales**.

El último documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de orientaciones **para reducir los problemas de salud mental desde el ámbito laboral** y el último informe mundial de la OIT se pronuncian en la misma línea: en los lugares de trabajo actuar en primer lugar en la **prevención de los riesgos laborales psicosociales implementando medidas organizativas**. Además, esta forma de actuar **facilitaría el retorno al trabajo tras un periodo de baja por enfermedad y evitaría las recaídas**, una vez sanada la trabajadora o el trabajador, ya que volvería a un entorno laboral en el que se **habrían**

cambiado las condiciones de empleo y trabajo insalubres, que podrían volverla/lo a enfermar. También asegurando unas condiciones de trabajo saludables, desde el punto de vista de los riesgos laborales psicosociales, la empresa sienta las bases para conformarse en un **lugar de trabajo inclusivo**, en tanto que las personas con enfermedades mentales o cardiovasculares serían contratadas para trabajar en entornos laborales que no les perjudicarían.

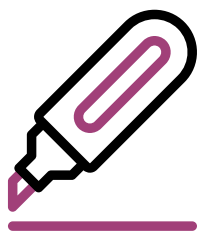


Y ello también **es exigido por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales**, que prioriza las **acciones preventivas en origen, cambiando el diseño, la organización y gestión del trabajo, para evitar o reducir los riesgos laborales (art 15 a y c); además, exige adaptar el trabajo a la persona a partir de cambios organizativos (art 15 d)** relativos a la concepción de puestos, elección de equipos, métodos de trabajo y producción.

Además, el marco legislativo plantea la prevención como un proceso sociotécnico, en el que la **participación** de la dirección de la empresa/institución y de trabajadoras y trabajadores y sus representantes legales es un requisito principal. Los conocimientos científico-técnicos aportados por el personal técnico de prevención (art 38.2 LPRL) y los fundamentados en la experiencia que permite la participación de la **dirección y trabajadoras y trabajadores y sus representantes** son complementarios y ambos necesarios en el proceso de intervención preventiva. Y su implicación activa, es necesaria si se pretende una prevención eficaz, pues son quienes tienen capacidad última de decisión y acción en el marco de la empresa/institución.



La ley empodera a la representación colectiva de trabajadores y trabajadoras, reconociéndole el derecho a **información, consulta previa y propuesta** en cualquier cuestión que pueda afectar a la seguridad y salud de las personas trabajadoras, entre las que incluye, nombrándolas, la tecnología, la organización del trabajo o de la producción. Y en caso de rechazo empresarial de las propuestas de la representación laboral, se obliga al empresariado a razonarlo, a la **negativa motivada**, lo que implica poder **negociar** en todas las fases del proceso preventivo (**art. 14, 18, 33, 34, 36 LPRL**).



El nuevo lavado de cara de las empresas: ¿te lo vas a tragar?

La moda ahora es formar a trabajadoras y trabajadores para ser resilientes, clases de taichi o yoga para relajarlas y mejorar su bienestar emocional, organizar maratones, excursiones o barbacoas para mejorar el clima laboral. O incluso pagar a una profesional que dedique unas horas a escuchar a trabajadoras con problemas “que vienen de casa”. Estas actividades ni evitan los riesgos laborales psicosociales ni los previenen en origen. **Con estas medidas se continúa teniendo más trabajo del que se puede realizar durante la jornada, por lo que, o bien se alarga o bien se trabaja a un ritmo alto, se continúa sin saber lo que se cobra cada mes por el contrato a tiempo parcial y sus horas complementarias o no se sabe el horario laboral porque los preavisos de las modificaciones constantes son irrisorios. No se está cambiando el origen de los riesgos laborales psicosociales ni se están evitando.** Es la nueva industria de la salud laboral: **el nuevo blanqueo empresarial, el “mentalwashing”.**

Por ejemplo, la capacitación en resiliencia. A menudo se basa en la idea de que la persona no puede elegir lo que le sucede, pero sí puede escoger cómo reacciona: hay que desarrollar optimismo, sentido del humor, adaptarse a las circunstancias, es decir, resignarse. La principal crítica a la promoción de la resiliencia es que **exige a la población trabajadora que de manera individual asuma la responsabilidad de las decisiones gerenciales y los fallos del sistema y las organizaciones** y además con una sonrisa. Se han realizado multitud de investigaciones, sobre todo en el ámbito sanitario y teniendo en cuenta sus resultados se concluye que las intervenciones basadas en técnicas de relajación, mindfulness, resiliencia, etc. tienen un efecto nulo sobre la salud mental (depresión, ansiedad y estrés).

Esta forma de actuar lo que sí evita es tocar las prácticas empresariales de gestión laboral, **convirtiendo en un problema personal y de la salud pública, los trastornos de salud mental originados en las condiciones de trabajo. Se niegan derechos, evitando tocar unas formas de diseñar, organizar y gestionar el trabajo que enferman, pero permiten el lucro. Como plantean la OIT y la OMS, la salud mental en las empresas se tiene que conseguir cambiando, primero, las condiciones de empleo y trabajo, moldeando las prácticas de gestión laboral para promover un empleo decente, más justo y democrático y por ello más saludable.** Tenemos mucha experiencia, véanse los articulados de los convenios colectivos a nivel sectorial, los acuerdos de diálogo o concertación social a nivel estatal o de comunidades autónomas o los acuerdos de empresa, dentro y fuera del ámbito de la salud laboral. Es transversal y tenemos que seguir avanzando con más celeridad y profundidad.

2.

PREVENCIÓN EN ORIGEN DE LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LOS PUESTOS DE ENFERMERA/O Y TCAE DE LA SANIDAD PRIVADA

Se han seleccionado algunos de los **riesgos laborales psicosociales** más prevalentes en el sector sanitario. En los siguientes epígrafes se listan las **propuestas de prevención** que tuvieron más consenso en un **proceso co-creativo** de diálogo entre el **conocimiento científico** (resumido en el documento de revisión bibliográfica que puede encontrarse en este [enlace](#)) y el **conocimiento basado en la experiencia de 140 trabajadoras de la sanidad privada, empleadas en dos puestos de Enfermería feminizados: enfermera/o y TCAEs**. Este proceso se llevó a cabo a partir del desarrollo de cinco talleres de un día de duración en Barcelona, Madrid, Palma, Sevilla y Valencia.

Todas las aportaciones tienen el objetivo de orientar hacia un diseño, gestión y organización del trabajo más saludable a las personas técnicas de prevención, empresariado, representantes de las trabajadoras y a las propias trabajadoras en estos puestos de trabajo de la sanidad privada.

IDENTIFICAD LAS MEDIDAS A PROPONER PARA EVITAR, REDUCIR O ELIMINAR LOS RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES EN LOS PUESTOS DE ENFERMERA/O Y TCAE DE LA SANIDAD PRIVADA.

Altas exigencias cuantitativas

Este riesgo laboral psicosocial se define como el desequilibrio entre el volumen o carga de trabajo y el tiempo asignado para realizarlo, manifestándose en altas cargas de trabajo, alta presión de tiempo, ritmos altos y/o alargamiento de jornada. Se asocia a otros riesgos laborales psicosociales: la falta de tiempo impide la ayuda a compañeras aumentando el bajo apoyo; impide cumplir con los estándares profesionales provocando conflicto de rol; y/o el alargamiento de jornada resultante aumenta el conflicto trabajo-familia.

Orientaciones para evitar, reducir o eliminar las altas exigencias cuantitativas

1. Establecer una **ratio mínima de personal de cada uno de los grupos profesionales para cada turno**, teniendo en cuenta la **cantidad** y **complejidad** de las pacientes en cada unidad y para desarrollar el **servicio** en el **tiempo** y con la **calidad** requerida. **Asegurar la presencia** de esa cantidad suficiente de personal **en cada turno**.
2. **Cubrir siempre y de forma inmediata al personal ausente por el ejercicio de sus derechos** (reducciones de jornada, vacaciones, descansos entre jornadas/semanales, baja por motivos de salud, permisos, reducción de jornada, etc.) con personal estructural, que permita la operativa del servicio.
3. **Incluir en la carga** de trabajo **tiempo para el traspaso de información** al siguiente turno (más allá de la información traspasada de forma escrita).



4. **Distribuir las tareas y cargas de trabajo en base a una buena planificación** en términos de **cantidad, calidad y tiempo de trabajo** y de **descanso**. **Para ello, evitar la imposición unilateral desde los despachos y planificar de forma participativa, creando grupos de trabajo multidisciplinares**. En estos grupos ha de participar toda la plantilla de la unidad/ servicio de forma rotativa, para que el personal que está “a pie de paciente” participe en la **decisión consensuada** sobre la planificación de tareas y la distribución de cargas. **Verificar la adecuación de la planificación**, como mínimo **mensualmente**, de forma participativa. **Asignar tiempo para esta participación en las cargas de trabajo** de las personas implicadas en cada momento.
5. **Limitar tareas administrativas** a las estrictamente necesarias.
6. **Asegurar, en cada turno, equipos de refuerzo interdisciplinares**, con plantilla estructural, para cubrir **incidencias imprevistas**.
7. Establecer de forma participativa **criterios de priorización para incidencias** imprevistas (ver cómo en 4).
8. **Eliminar las cláusulas “coladero”**, que permiten asignar tareas ajenas al grupo profesional al que se pertenece, habitualmente de inferior categoría, lo que aumenta el volumen de trabajo en jornada (por ejemplo, personal en los puestos de TCAE realizando tareas de limpieza).
9. Desarrollar, de manera participativa, una **descripción clara de tareas de cada grupo profesional y puesto y transparentarla a todas las personas que conforman la empresa**. Con ello, se promueve también la claridad de rol. **Crear un grupo de trabajo ad hoc en el que participen trabajadoras “a pie de paciente” (ver 4), además de sus representantes legales, y la dirección**.
10. **Acortar la duración del turno**, evitando los turnos de 12h, especialmente en las unidades donde la carga asistencial no disminuye y en unidades críticas (UCI); el turno mínimo no puede ser inferior a 6 horas.
11. **Contratar más personal** de todas las categorías (enfermeras, auxiliares, celadores) para el trabajo en las **horas punta: refuerzos cuyo turno no puede ser inferior a 6 horas, ni tampoco partido**.
12. Disponer de **suficiente material y tecnología actualizada** a partir de **planificar el mantenimiento y su compra sistemática** para asegurar su operatividad.
13. **Protocolo de acogida con formación-acción retribuida**. **Asignar tiempo** para esta participación en las cargas de trabajo de las personas implicadas en la acogida en cada turno y personal para relevar a trabajadoras formadoras de su carga habitual.



Altas exigencias emocionales

Este riesgo laboral psicosocial se define como las exigencias de no vincularse ni involucrarse en la situación emocional derivada de las relaciones interpersonales que implica el trabajo, especialmente en aquellas ocupaciones en las que se prestan servicios a las personas y que pueden comportar una transferencia de sentimientos y emociones. En el caso del sector hospitalario, la mayor parte del tiempo, estas relaciones interpersonales se producen en circunstancias difíciles de sufrimiento y traumáticas, fallecimientos y también, de agresividad. Enfrentarse a esas situaciones requiere además expresar emociones que, a veces, no son genuinamente las sentidas, tanto respecto a pacientes como a familiares. Estas exigencias también pueden originarse en dilemas éticos, cuando no se puede cumplir con los estándares profesionales por falta de recursos humanos y materiales (conflicto de rol).

Orientaciones para evitar o reducir las altas exigencias emocionales

1. Disminuir el tiempo de exposición a estas exigencias: a) estableciendo **límites de pacientes por atender** (reducir ratios y que éstas tengan en cuenta el número de pacientes y su complejidad atendiendo a las exigencias emocionales); b) aumentando los **descansos**; y c) **rotando entre tareas más y menos exigentes emocionalmente**, con el acuerdo de las trabajadoras y previa formación, en caso necesario (por ejemplo, cambiar entre hospitalización, hospital de día y consultas).

2. **Formación específica** en horario laboral **para** facilitar la **adquisición y el desarrollo de habilidades para la gestión de las emociones** (control emocional para equilibrar sobreimplicación e indiferencia, asertividad, afrontamiento de situaciones de sufrimiento, traumáticas, acompañamiento a familiares, etc.).
3. **Descansos obligatorios considerados tiempo de trabajo** (20 minutos) tras una situación de emergencia vital o fallecimiento, antes de retomar la actividad, permitiendo el **restablecimiento emocional. Asegurar la dotación y presencia de personal suficiente** para que ello sea posible.
4. **Mejorar los sistemas de comunicación a pacientes y familiares** (cartelería, pantallas informativas, correos electrónicos, etc.) **sobre los tiempos de espera** reales, tipos de gravedad y otras cuestiones que sirvan para disminuir su hostilidad hacia el personal que las y los atiende, sobre todo hacia el de triaje y recepción.
5. **Introducir una sesión clínica diaria de la unidad, que sea multidisciplinar entre médicas/os, enfermera/os y TCAE** (comentar plan de cuidados y estado de pacientes y del personal).
6. **Trabajo en parejas** para desarrollar el apoyo funcional mutuo y evitar el desamparo emocional y físico; imprescindible con pacientes con historial de agresividad o en el turno nocturno.
7. **Protocolo con acciones a seguir por todo el personal** (compañeras y superiores) **ante situaciones de conflicto e incidentes violentos** con personas externas o pacientes. Desarrollarlo a través de la participación directa grupal (ver cómo en el epígrafe de bajo control).
8. **Protocolo interno para resolución de conflictos interprofesionales**, desarrollado a través de la participación directa grupal (ver cómo en el epígrafe de bajo control).
9. Recurso de **supervisor/a presencial de guardia para relevar a trabajadora desbordada emocionalmente**.
10. Desarrollar **grupos de terapia en tiempo de trabajo** e incluirlo en la carga de trabajo.
11. **Asegurar las presencias de personal necesarias para poder trabajar según los estándares profesionales, la disminución de pacientes complejos** emocionalmente y hacer posible las **formaciones en tiempo de trabajo** para gestionar emociones, los descansos para restablecimiento emocional, **sesiones clínicas y grupos de terapia, sin sobrecargar a las demás compañeras**.
12. **Seguimiento psicológico individualizado** a demanda.

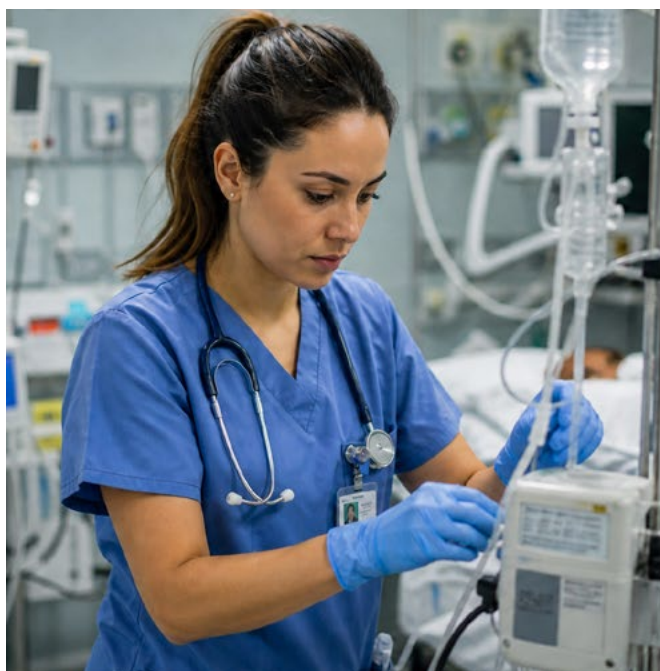
13. **Personal de vigilancia/seguridad** para que el personal sanitario no tenga que gestionar robos o agresividad no patológica de pacientes o agresividad de personas ajenas al centro hospitalario, familiares, intrusos, etc.
14. **Registro** sistemático de incidentes o agresiones para visualizarlos.

Alto conflicto trabajo-familia y alta inseguridad

El alto conflicto trabajo familia se define como el impacto negativo de las exigencias del empleo sobre el tiempo y energía necesarios para el trabajo de cuidado y doméstico en casa (doble carga) y como la necesidad de responder a demandas simultáneas del empleo y del trabajo de cuidados, con exigencias temporales estrictas (doble presencia). La alta inseguridad relativa se define como la falta de estabilidad en condiciones de trabajo fundamentales como son todas las relativas a la jornada.

Orientaciones para evitar, reducir o eliminar el alto conflicto trabajo-familia y la alta inseguridad en la jornada:

1. **Incluir en el calendario laboral los días efectivos de trabajo y horas de entrada y salida de los turnos asignados, descanso semanal, festivos y vacaciones.** Que sea **fijo** y **permitir las permutas** por escrito entre trabajadoras. Todos los aspectos de la jornada han de conocerse anualmente. Integrar a los comités de empresa en la elaboración del calendario.
2. Comunicar el **calendario** en el **último trimestre del año anterior**.



3. **Asignar la ordenación de la jornada** (turnos, días de libranza, etc.) teniendo en cuenta las necesidades de las personas trabajadoras **según momento del ciclo vital** (edad y más), realizando previamente una **consulta a toda la plantilla**, cuyos resultados han de ser públicos. Con todo, **no cargar siempre a la plantilla joven (o sin hijos** u otros familiares a cargo), las ordenaciones diarias o semanales asociales o los excesos de jornada. Permitir la participación sindical en estas asignaciones. En cualquier caso, sumar estos criterios en la gestión algorítmica de la jornada.
4. Dar el **control** a la persona trabajadora de la **concreción de la reducción** de la jornada (horas en el día, días completos, qué días, etc.)
5. **Disponer de personal presente suficiente para evitar las modificaciones de jornada.** Atendiendo al volumen y complejidad (incluyendo la emocional) de la carga, en cada turno, planificar la dotación de personal de cada día teniendo en cuenta vacaciones y descansos en calendario anual y atendiendo a la experiencia de años anteriores para prever personal necesario para sustituir bajas por enfermedad y permisos, días de libre disposición, dispensas sindicales, etc.
6. Disponer de un **protocolo para modificaciones inevitables y su compensación** (independientemente de que formen parte o no de aquello regulado para horas extras, distribución irregular y horas complementarias, sean o no de aceptación voluntaria). Que incluya: cambios **comunicados con un mínimo de 24 horas de antelación; rotar** asignación entre toda la plantilla por orden **alfabético** y permitir **permutas** entre trabajadoras por escrito; atribuir un **sobrecoste a cada hora** (habitualmente fijar el **doble**; subir al **triple** si el cambio supone trabajar en fin de semana o festivo); **devolución** del exceso de jornada (y su compensación) en tiempo libre, acumulado y **disfrutado cada 3 meses, cuando elija la persona trabajadora.**



7. **Eliminar el uso de las bolsas de horas** que generan inseguridad en la jornada y en los ingresos para las trabajadoras a **tiempo parcial**.
8. **Si no se cumple con las presencias necesarias, fijar y atribuir un sobrecoste (el triple) a cada hora de las compañeras del turno que asumen la carga de las trabajadoras que debían estar/ser substituidas.**
9. **Eliminar las jornadas partidas en todos los servicios, establecer jornadas continuadas con un mínimo de 6 horas de trabajo.**
10. Crear la figura "corretornos" (donde no exista) y dotarla de **personal que cubra las horas de reducción de jornada de otras compañeras**.
11. **Contratar estudiantes para los fines de semana y festivos**, con incentivos económicos, para permitir que el personal con cargas familiares pueda disfrutarlos, aprovechando las diferentes necesidades de estos perfiles sociales, que se encuentran en momentos diferentes del ciclo vital.
12. **Respetar la desconexión digital y el descanso diario y semanal.** Las necesidades del servicio de cualquier índole no se comunicarán a las trabajadoras a través de WhatsApp fuera de su jornada laboral.

Bajo control

Este riesgo laboral psicosocial se define como la imposibilidad de influir en el trabajo, la falta de autonomía en el cómo se desarrolla el trabajo y las escasas posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos técnicos y derivados de la experiencia y de aprender nuevos en su realización.

Orientaciones para evitar, reducir o eliminar el bajo control

1. Desarrollar la **participación directa delegativa grupal**:
 - a. Frente a la supervisión autoritaria, sorda a las propuestas de trabajadoras, o el *laissez faire*-ya te las apañaras, generar **grupos de trabajo multidisciplinares**, en los que participa **toda la plantilla** de la unidad/servicio, **de forma rotativa, en horario laboral**, para que el **personal que está "a pie de paciente"** decida de forma consensuada sobre: la **planificación** de tareas, la distribución de cargas y su **verificación** mensual, **procesos** de trabajo, la **descripción de tareas** de los distintos puestos y grupos profesionales, el protocolo de **resolución de conflictos** con pacientes y familiares, la priorización ante imprevistos, protocolo de **acogida**, etc., evitando la imposición unilateral desde los

despachos y aumentando el control. Es muy importante **asignar tiempo** protegido (se podría contar **de media dos horas semanales de participación**) en las cargas de trabajo de las personas implicadas en cada momento, a fin de que no suponga una sobrecarga para compañeras o para ellas mismas; en una plantilla muy saturada supone incrementar el personal para que pueda sustituir a las trabajadoras participando en sus labores habituales. Participar en estos grupos, que deciden, puede reducir también otros riesgos: las exigencias emocionales derivadas de los conflictos de carácter ético o profesional (conflicto de rol) y aumentar el reconocimiento como profesional, además del control.

- b. **Equipo autoorganizado:** Si existe consenso y quedando debidamente registrado, permitir que los equipos multidisciplinares puedan reubicarse personal entre áreas de un mismo servicio, atendiendo a la carga real en cada momento (por ejemplo, en Urgencias que se pueda mover personal de áreas más tranquilas a más colapsadas). Sólo se puede aplicar esta medida una vez se hayan reducido las altas exigencias cuantitativas y el alto conflicto trabajo familia.
2. Desarrollar la **participación directa consultiva grupal**. Por ejemplo, establecer **reuniones mensuales de entre 1 y 2 horas de duración**, en las que las personas **responsables** de cada unidad **escuchan problemas de la plantilla** y escuchan sus propuestas de mejora; las **soluciones acordadas se ponen en marcha** para verificar su utilidad. Es muy importante asignar tiempo en las cargas de trabajo de cada trabajadora.
3. **Capacitación de mandos en métodos participativos:** Formar a mandos en liderazgo participativo para evitar el autoritarismo o la estandarización unilateral y en gestión de equipos justa para que actúen como apoyo y no solo en la función de monitoreo y reduzcan los favoritismos y la arbitrariedad. Modalidad: *learning-by-doing*.



Bajo apoyo social

Este riesgo laboral psicosocial se define como la falta de ayuda funcional por parte de compañeras/os y superiores en la realización del trabajo, cuando se necesita.

Orientaciones para evitar, reducir o eliminar el bajo apoyo de compañeros/as

1. **Garantizar la dotación y presencia del personal** con el tiempo necesario para poder desarrollar la ayuda mutua entre compañeras (ver medidas concretas en el epígrafe alta exigencias cuantitativas).
2. Desarrollo del **trabajo en equipo** (ver medidas concretas en el epígrafe bajo control) o como mínimo en **parejas**
3. **Participación en reuniones multidisciplinarias** para desarrollar el apoyo de otros perfiles profesionales (ver medidas concretas en epígrafe bajo control).
4. Desarrollar e implementar un **protocolo de acogida en base a la formación-acción, retribuida** para las nuevas incorporaciones y asignar **tiempo** en la carga de trabajo para las trabajadoras **mentoradas** y personal que las sustituya en sus labores habituales.
5. **Eliminar la discrecionalidad para evitar los favoritismos** (ver ejemplos en los epígrafes anteriores y posteriores)
6. **Capacitación de mandos en gestión justa de equipos:** Formar a mandos en gestión de equipos justa para que reduzcan los favoritismos y la arbitrariedad y actúen como apoyo y no solo en la función de monitoreo; también en liderazgo participativo para evitar el autoritarismo o la estandarización unilateral. Modalidad: aprender-haciendo. Adjudicar tiempo en la carga de trabajo de las y los mandos para hacer esta formación, en esta modalidad, en horario laboral.

Bajo reconocimiento

Este riesgo se define como la baja compensación, la baja consideración profesional y el trato injusto derivado de la arbitrariedad en la gestión de personal.

Orientaciones para evitar, reducir o eliminar el bajo reconocimiento

Para asegurar equidad:

1. **Web de movilidad profesional transparente:** Publicar todas las vacantes de promoción y traslado en una plataforma general que explicita los criterios para concursar.
2. Desarrollar un **procedimiento de promociones y otro de traslados**, con **criterios claros** de formación, antigüedad y otros aspectos con la participación de la representación legal de las personas trabajadoras.
3. **Presencia de la representación legal de las personas trabajadoras en los procesos de selección** (entrevistas y baremaciones).
4. **Unificación de criterios para permisos:** Publicar y difundir de forma transparente los **derechos relativos a excedencias y permisos** para que no dependan del beneplácito de la persona en el puesto de mando intermedio.



5. Desarrollar **criterios para asignación de complementos salariales por consecución de objetivos, productividad, etc.** con la presencia de la representación legal de las personas trabajadoras y transparentarlos.
6. **Eliminar acuerdos salariales individuales.**
7. Aplicar criterios para **asignar de forma equitativa carga y jornada, festivos, modificaciones, etc.** establecidos en los epígrafes anteriores relativos a las altas exigencias cuantitativas y al alto conflicto trabajo-familia.

Para aumentar la compensación salarial:

1. **Incrementar el salario base** en todas las categorías.
2. **Incrementar los pluses relativos a carrera profesional** de las categorías relativas a los puestos de enfermera/o y TCAEs. Reducir las elevadas diferencias con el personal médico en los mismos pluses.

Para aumentar la consideración como profesional:

1. **Utilizar métodos participativos y asegurar tiempo para ello en la carga de trabajo:** desarrollar formas de participación directa grupal delegativa y consultiva en horario laboral (ver medidas en el epígrafe bajo control).
- 2) **Evitar la gestión de personal basada en la amenaza** de despido ante quejas o la **anulación del criterio profesional** de trabajadoras y trabajadores como la estandarización de procesos o el autoritarismo.
- 3) **Implementar las medidas establecidas en este documento** para evitar o reducir los riesgos laborales psicosociales en los distintos puestos de trabajo y eliminar o reducir las deficiencias en el diseño, la gestión y la organización del trabajo para que sea saludable, lo que supone poner en el centro a las y los profesionales en los puestos de TCAE y enfermera/o.

CON LA FINANCIACIÓN DE:

AS2024-0003

COLABORA:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.

