

FOLLETO

PREVIR EN ORIXE OS RISCOS LABORAIS PSICOSOCIAIS NOS POSTOS DE ENFERMEIRA/O E TCAE DA SANIDADE PRIVADA



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.



FOLLETO

**PREVIR EN ORIXE OS RISCOS
LABORAIS PSICOSOCIAIS
NOS POSTOS DE ENFERMEIRA
E TCAE DA SANIDADE PRIVADA
PARA REDUCIR OS
TRASTORNOS DE SAÚDE
MENTAL**

Unha aproximación
con perspectiva de xénero
dende o coñecemento fundamentado
científica e socialmente

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

Edita e publica: Fundación 1º de Maio - CCOO

Materiais elaborados por: Clara Llorens Serrano e Sergio Salas Nicás

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

Difusión: Lourdes Larripa Ferriz

Xestión e apoio administrativo: Sergio Alvira Fernández, Lara Criado Bonilla, Lola García Moreno e Elvira Rodríguez Correal

Agradecementos:

Queremos agradecerlle a Irene Álvarez Bonilla, responsable estatal de Saúde Laboral da Federación de Sanidade e Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO), a súa aposta decidida a traballar sindicalmente na mellora das condicións de traballo dende o ámbito da prevención de riscos laborais no sector da asistencia residencial e por facilitar enormemente o proceso co-creativo base deste estudo.

Igualmente queremos darlles as grazas a todas as traballadoras e representantes legais do sector e ás persoas responsables da Federación de Sanidade e Sectores Sociosanitarios de CCOO que participaron nas 5 xornadas tipo taller en Barcelona, Madrid, Palma, Sevilla e València, por ter compartido connosco a súa experiencia e sabedoría.

Diseño gráfico e maquetación: Pilixip

Nota: dado que a maior parte de persoas contratadas para os postos de enfermeira/o e TCAE son mulleres, habitualmente usaremos o feminino para referirmonos a ambos os sexos.

Edición: València, xullo 2026

Este traballo realízase ao abeiro da Convocatoria Sectorial 2024 da FEPR L FSP no marco do proxecto «Previr en orixe os riscos laborais psicosociais con perspectiva de xénero para reducir trastornos mentais na sanidade privada» (AS2024-0003).

CONTIDOS

1. RISCOS LABORAIS PSICOSOCIAIS.....	7
Que son?	7
Como intervir?	9
2. PREVENCIÓN EN ORIXE DOS RISCOS LABORAIS PSICOSOCIAIS NOS POSTOS DE ENFERMEIRA E TCAE DA SANIDADE PRIVADA	12
Altas esixencias cuantitativas	13
Altas esixencias emocionais	15
Alto conflito traballo-familia e alta inseguridade	17
Baixo control	19
Baixo apoio social.....	21
Baixo recoñecemento	22



1.

RISCOS LABORAIS PSICOSOCIAIS

Que son?

No ámbito da prevención de riscos laborais, úsase o termo riscos laborais psicosociais cando se fai referencia ás **condicións de traballo derivadas das deficiencias no deseño, organización e xestión laboral para as que temos suficiente evidencia científica de que poden prexudicar a saúde**. Chámanse psicosociais porque afectan o traballador ou traballadora a través da psique (distintos mecanismos psicolóxicos), pero a súa orixe é social, é dicir mutable: deseño, organización e xestión do traballo. As investigacións realizadas ata hoxe suxiren que **diversos aspectos das prácticas de xestión laboral, como por exemplo a dotación de persoal, a cantidade, ordenación e modificación da xornada laboral, os métodos de traballo, o deseño do posto, a relación de emprego ou a estrutura salarial, son características laborais modificables que se atopan na orixe dos riscos laborais psicosociais e no centro da súa evitación ou redución**.



A Lei de Prevención de Riscos Laborais (**Lei 31/1995, LPRL**) deixa patente que o dano á saúde derivado do traballo pode proceder non só de máquinas ou substancias que se empregan no traballo, non só de locais ou instalacións, senón tamén do deseño, a xestión e a organización do traballo. A Lei sinala que as condicións de traballo susceptibles de producir dano e, xa que logo, obxecto de actividade preventiva, son «*todas aquelas características do traballo, incluídas as relativas á súa organización e ordenación...*» (art **4.7.d**).

O Regulamento dos Servizos de Prevención (**RD 39/1997, RSP**) reconece a Psicosocioloxía como disciplina obrigatoria (art **18.2.a** e art **34.c**).

A Organización Mundial da Saúde (OMS) xa hai case dúas décadas que define os riscos laborais psicosociais como “**determinantes sociais da saúde**”, xa que a evidencia científica sobre os problemas de saúde atribuíbles á exposición aos riscos laborais psicosociais é moi extensa e de gran calidade, en tanto que se basea en investigacións lonxitudinais e con grandes bases de datos que descartan de forma fiable o azar e outros factores non laborais. Algúns exemplos desta literatura son as revisións bibliográficas sistemáticas e as meta análises que asocian

os riscos laborais psicosociais a problemas de saúde moi frecuentes, como a **ansiedade** e a **depresión**, o **infarto de miocardio** ou o **accidente cerebrovascular**. Máis recentemente, tamén se relacionaron co **suicidio e a ideación suicida** ou co **consumo de psicofármacos e analxésicos**. Estes riscos tamén son considerados como unha das causas máis relevantes de efectos en saúde máis proximais como a **tensión laboral crónica**, a síndrome de **desgaste ocupacional**, as alteracións de **soño** ou **fatiga** ou o **absentismo** e **presentismo** por motivos de saúde. Tamén se asocian a unha maior probabilidade de padecer determinados tipos de trastornos **musculoesqueléticos**.

Por outra banda, as investigacións puxeron de manifesto **importantes desigualdades na exposición psicosocial e, polo tanto, na saúde, segundo a clase ocupacional e o xénero**, dado que non se aplican as mesmas prácticas de xestión laboral entre a poboación asalariada, aínda que se traballe na mesma empresa. Por iso é importante que nas avaliacións de riscos laborais psicosociais se esixan, como mínimo, os resultados por posto ou agrupacións de postos (art 4.1. RSP) e sexo (art 5.4 LPRL; 27 LOIEMH), tal e como requiren as leis aplicables.



Como intervir?

En termos de prevención de riscos laborais, os **riscos laborais psicosociais** representan a **exposición** que sabemos que é nociva para a saúde (ou sexa: a condición de traballo que haberá que **evitar** ou identificar, localizar e medir a través da avaliación de riscos laborais na empresa/institución e **reducir ou eliminar coas medidas preventivas**), as **deficiencias no deseño, organización e xestión do traballo a orixe** do risco laboral (é dicir, **sobre o que haberá que actuar para eliminar, reducir ou controlar a situación de exposición nociva**), e a tensión laboral, a síndrome de desgaste ocupacional, a ansiedade, a depresión, as **enfermidades** cardiovasculares e un longo etc. de diversos trastornos de saúde asociados aos riscos laborais psicosociais **son o efecto e dano do que pretendemos evitar a fracción atribuíble ao emprego**, a través da eliminación, redución e control dos riscos laborais psicosociais.



Un **exemplo**, seguindo a evidencia científica: as **esixencias cuantitativas** son un **factor** de risco laboral e as **altas esixencias cuantitativas** son o **risco**, xa que sabe que aumentan un 23% as posibilidades de padecer depresión diagnosticada, **depresión** é o **trastorno de saúde** ou enfermidade, **causado por multitude de factores, entre eles as condicións de traballo caracterizadas por unhas altas esixencias cuantitativas** que deben reducirse en orixe cambiando a **carga** de traballo a través de, pexemplo, un aumento de **persoal**, a mellora dos **procesos** ou o cambio de **materiais e tecnoloxía**.

Así, dende o punto de vista da saúde laboral no ámbito da empresa/institución, **os riscos laborais psicosociais serían condicións de traballo nocivas e causas inmediatas dos trastornos de saúde, cuxa orixe, as prácticas de xestión laboral deficientes, é modificable a través das medidas preventivas organizativas**. A maior parte das persoas que estudan as relacións entre os riscos laborais psicosociais e a saúde conclúen os seus artigos avogando polos **cambios organizativos e os cambios nas prácticas de xestión laboral nas empresas, co fin de reducir estes riscos e diminuír así a fracción das enfermidades atribuíbles ao traballo**. Por exemplo, **calculouse que un 30,6% das depresións entre as mulleres en España se evitarían se se eliminase a exposición a algúns destes riscos laborais**.

O último documento conxunto da Organización Mundial da Saúde (OMS) e a Organización Internacional do Traballo (OIT) sobre orientacións **para reducir os problemas de saúde mental dende o ámbito laboral** e tamén o último informe mundial da OIT pronúncianse na mesma liña: actuar en primeiro lugar na **prevención dos riscos laborais psicosociais implantando medidas organizativas**. Ademais, esta forma de actuar **facilitaría o retorno ao traballo tras un período de baixa por enfermidade e evitaría as recaídas** unha vez curada a traballadora ou o traballador, xa que esta ou este volverían a unha contorna laboral no que se mudaron **as condicións de emprego**.

e traballo insalubres que poderían volver ser a causa da doenza. Asemade, asegurando unhas condicións de traballo saudables dende o punto de vista dos riscos laborais psicosociais, a empresa senta as bases para ofrecer un **lugar de traballo inclusivo**, en tanto que as persoas con enfermidades mentais ou cardiovasculares serían contratadas para traballar en contornas laborais non prexudiciais.

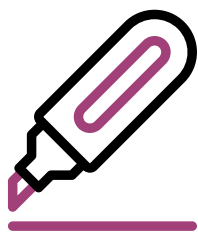


E iso tamén **é esixido pola Lei 31/1995 de Prevención de Riscos Laborais**, que prioriza as **accións preventivas en orixe, cambiando o deseño, a organización e xestión do traballo, para evitar ou reducir os riscos laborais (art 15 a e c)**. Ademais, **esixe adaptar o traballo á persoa a partir de cambios organizativos (art 15 d)** relativos á concepción de postos, elección de equipos, métodos de traballo e produción.

Por outra parte, o marco lexislativo expón a prevención como un proceso sociotécnico, no que a **participación** da dirección da empresa/institución e de traballadoras e traballadores, xunto cos seus representantes legais é un requisito principal. Os coñecementos científico-técnicos achegados polo persoal técnico de prevención (art 38.2 LPRL) e os fundamentados na experiencia que permite a participación da **dirección e traballadoras e traballadores e os seus representantes** son complementarios e tamén necesarios no proceso de intervención preventiva e a súa implicación activa é necesaria se se pretende unha prevención eficaz, pois son quen teñen a capacidade última de decisión e acción no marco da empresa/institución.



A lei empodera a representación colectiva de traballadores e traballadoras, recoñecéndolles o dereito a información, **consulta previa e proposta** en calquera cuestión que poida afectar á seguridade e saúde das persoas traballadoras, entre as que inclúe, nomeándoas, a tecnoloxía, a organización do traballo ou da produción. E en caso de rexeitamento empresarial das propostas da representación laboral, obrígase ao empresariado a razoalo, á **negativa motivada**, o que implica poder **negociar** en todas as fases do proceso preventivo (**art. 14, 18, 33, 34, 36 LPRL**).



O novo “lavado de cara” das empresas: vas tragar con iso?

A moda agora é formar a traballadoras e traballadores para seren resilientes mediante clases de tai-chi ou ioga para relaxalas e axudalas a mellorar o seu benestar emocional; organizar maratóns, excursións ou comidas campestres para mellorar o clima laboral. Ou mesmo contratando unha profesional que dedique unhas horas para escoitar a traballadoras con problemas “que veñen de casa”. Estas actividades nin evitan os riscos laborais psicosociais nin os prevenen en orixe. Se se queren negociar como “medidas sociais” de acordo, pero **cómpre advertir que con estas medidas non se reduce o traballo do que se pode realizar durante a xornada, polo que, ou ben hai que se prolongala ou ben se nos obriga a traballar a un ritmo alto, segue sen saberse o que cobra o traballador cada mes polo contrato a tempo parcial e as súas horas complementarias ou non se coñece o horario laboral, porque os avisos previos das modificacións constantes son ridículos. Con estas medidas non se está a cambiar nin a evitar a orixe dos riscos laborais psicosociais.** Estamos ante a nova industria da saúde laboral: **o boom comercial da saúde mental.**

Por exemplo, a capacitación en resiliencia. A miúdo baséase na idea de que a persoa non pode elixir o que lle sucede, pero si pode escoller como reacciona: cómpre ser optimista, desenvolver o seu sentido do humor, adaptarse ás circunstancias, é dicir, resignarse. A principal crítica á promoción da resiliencia é que lle **esixe á poboación traballadora que, de maneira individual, asuma a responsabilidade das decisións xerenciais e os fallos do sistema e as organizacións** e, ademais cun sorriso. Realizáronse multitude de investigacións, sobre todo no ámbito sanitario, e tendo en conta os seus resultados conclúese que as intervencións baseadas en técnicas de relaxación, *mindfulness*, resiliencia, etc. teñen un efecto nulo sobre a saúde mental (depresión, ansiedade e tensión).

Esta forma de actuar o que si evita é tocar as prácticas empresariais de xestión laboral, **convertendo nun problema persoal e da saúde pública os trastornos de saúde mental orixinados polas condicións de traballo. Néganse dereitos, evitando tocar unhas formas de deseñar, organizar e xestionar o traballo que enferman, pero permiten o lucro.** Como **expoñen a OIT e a OMS, a saúde mental nas empresas tense que conseguir cambiando, primeiro, as condicións de emprego e traballo**, moldeando as prácticas de xestión laboral para promover un **emprego decente, máis xusto e democrático e, xa que logo, máis saudable.** Temos moita experiencia ao respecto: véxanse os articulados dos convenios colectivos a nivel sectorial, os acordos de diálogo ou concertación social a nivel estatal ou de comunidades autónomas ou os acordos de empresa, dentro e fóra do ámbito da saúde laboral. O problema é transversal e temos que seguir avanzando con máis celeridade e profundidade.

2.

PREVENCIÓN EN ORIXE DOS RISCOS LABORAIS PSICOSOCIAIS NOS POSTOS DE ENFERMEIRA E TCAE DA SANIDADE PRIVADA

Neste documento seleccionáronse algúns dos **riscos laborais psicosociais** máis prevalentes no sector sanitario. Nas seguintes epígrafes listanse as **propostas de prevención** que acadaron un maior consenso nun **proceso cocreativo** de diálogo entre o **coñecemento científico** (resumido no documento de revisión bibliográfica que se pode atopar nesta [ligazón](#)) e o **baseado na experiencia de 140 traballadoras da sanidade privada, empregadas en dous postos de Enfermería feminizados: enfermeira/o e TCAE**. Este proceso levouse a cabo a partir da realización de cinco obradoiros dun día de duración que tiveron lugar nas localidades de Barcelona, Madrid, Palma, Sevilla e València.

Todas as achegas teñen o obxectivo de orientar cara a un deseño, unha xestión e unha organización do traballo máis saudable para as persoas técnicas de prevención, empresariado, representantes das traballadoras e as propias traballadoras nestes postos da sanidade privada.

DETERMINACIÓN DAS MEDIDAS QUE SE PODEN PROPOÑER PARA EVITAR, REDUCIR OU ELIMINAR OS RISCOS LABORAIS PSICOSOCIAIS NOS POSTOS DE ENFERMEIRA/O E TCAE DA SANIDADE PRIVADA.

Altas esixencias cuantitativas

Este risco laboral psicosocial defínese como o desequilibrio entre o volume de traballo e o tempo asignado para realizalo, e maniféstase en altas cargas de traballo, alta presión de tempo, ritmos altos e/ou prolongación de xornada. Está asociado a outros riscos laborais psicosociais: a falta de tempo impide axudar ás compañeiras incidindo no baixo apoio; impide igualmente cumprir cos estándares profesionais provocando conflito de rol e/ou a prolongación de xornada resultante aumenta o conflito traballo-familia.

Orientacións para evitar, reducir ou eliminar as altas esixencias cuantitativas

1. Establecer un **ratio mínimo de persoal en cada un dos grupos profesionais para cada quenda**, tendo en conta a **cantidade** e **complexidade** dos/as pacientes en cada unidade, a fin de desenvolver o **servizo** no **tempo** e coa **calidade** requirida. **Asegurar a presenza de persoal suficiente en cada quenda**.
2. **Cubrir sempre e de forma inmediata o persoal ausente debido ao exercicio dos seus dereitos** (reducións de xornada, vacacións, descansos entre xornadas/semanais, baixa por motivos de saúde, permisos, redución de xornada etc.) con persoal estrutural que permita a operativa do servizo.
3. **Incluír na carga** de traballo **tempo para o traspaso de información** á seguinte quenda (máis alá da información comunicada de forma escrita).



4. **Distribuír as tarefas e cargas de traballo baseándose nunha boa planificación** en termos de cantidade, **calidade** e **tempo** de traballo e de descanso. **Para logralo, debe evitarse a imposición unilateral dende os despachos e planificar de forma participativa mediante a creación de grupos de traballo multidisciplinares.** Nestes grupos debe participar todo o persoal da unidade/servizo de forma rotativa para que os profesionais que están “a pé de paciente” participen na **decisión consensuada** sobre a planificación de tarefas e a distribución de cargas. **Verificar a adecuación da planificación**, como mínimo **mensualmente**, de forma participativa. **Asignar tempo para esta participación nas cargas de traballo** das persoas implicadas en cada momento.
5. **Limitar as tarefas administrativas** ás estritamente necesarias.
6. **Asegurar, en cada quenda, equipos de reforzo interdisciplinares** con cadro de persoal estrutural para cubrir **incidencias imprevistas**.
7. Establecer de forma participativa **criterios de priorización para incidencias imprevistas** (véxase como en 4).
8. **Eliminar as cláusulas “coadoiro”**, que permiten asignar tarefas alleas ao grupo profesional ao que se pertence, habitualmente de inferior categoría, o cal aumenta o volume de traballo en xornada (por exemplo, persoal nos postos de celador/a ou TCAE que realiza tarefas de limpeza).
9. Desenvolver, de maneira participativa, unha **descrición clara de tarefas de cada grupo profesional e posto e dárlela a coñecer a todas as persoas que conforman a empresa.** Deste xeito promóvese tamén a claridade de rol. **Crear un grupo de traballo *ad hoc* no que participen traballadoras “a pé de paciente” (véxase 4), ademais dos seus representantes legais e a Dirección.**
10. **Acurtar a duración da quenda**, evitando as quendas de 12 horas, especialmente nas unidades onde a carga asistencial non diminúe e en unidades críticas (UCI); a quenda mínima non pode ser inferior a 6 horas.
11. **Contratar máis persoal** de todas as categorías (enfermeiras, auxiliares, celadores) para o traballo nas **horas punta: reforzos cunha quenda que non pode ser inferior a 6 horas nin tampouco partido.**
12. Dispoñer de suficiente **materiale de tecnoloxía actualizada, planificando o seu mantemento e compra sistemática** para asegurar a súa operatividade.
13. **Protocolo de acollida con formación-acción retribuída.** **Asignar tempo** para esta participación nas cargas de traballo ás persoas implicadas na acollida en cada quenda, así como persoal para compartir coas traballadoras formadoras a súa carga habitual.



Altas esixencias emocionais

Este risco laboral psicosocial defínese como a esixencia de non vincularse e non involucrarse na situación emocional derivada das relacións interpersoais que implica o traballo, especialmente naquelas ocupacións nas que se lles prestan servizos a persoas e que poden entrañar unha transferencia de sentimentos e emocións. No caso do sector hospitalario, a maior parte do tempo estas relacións interpersoais prodúcense en circunstancias difíciles de sufrimento e traumáticas, como falecementos, e tamén de agresividade. Ademais, enfrontarse a esas situacións require expresar emocións que, ás veces, non son xenuinamente as sentidas, tanto respecto a pacientes como a familiares. Estas esixencias tamén poden dar lugar a dilemas éticos, cando non se pode cumprir cos estándares profesionais por falta de recursos humanos e materiais (conflito de rol).

Orientacións para evitar ou reducir as altas esixencias emocionais

1. Diminuír o tempo de exposición a estas esixencias: a) establecendo **límites de pacientes que atender** (reducir ratios, e que estas teñan en conta o número de pacientes e a súa complexidade considerando as esixencias emocionais); b) aumentando os **descansos**, e c) **rotando entre tarefas máis e menos esixentes emocionalmente** co acordo das traballadoras e tras formación, en caso necesario (por exemplo, cambiar entre hospitalización, hospital de día e consultas).

2. **Formación específica** en horario laboral para facilitar a **adquisición** e o **desenvolvemento de habilidades para a xestión das emocións** (control emocional para equilibrar sobreimplicación e indiferenza, asertividade, afrontar situacións de sufrimento, traumáticas, acompañamento a familiares etc.).
3. **Descansos obrigatorios considerados tempo de traballo** (20 minutos) tras unha situación de emerxencia vital ou falecemento antes de retomar a actividade, permitindo o **restablecemento emocional. Asegurar a dotación e presenza de persoal suficiente** para que iso sexa posible.
4. **Mellorar os sistemas de comunicación a pacientes e familiares** (cartelería, pantallas informativas, correos electrónicos etc.) **acerca dos tempos de espera** reais, os tipos de gravidade e outras cuestións que axuden a diminuír a súa hostilidade cara ao persoal que os atende, sobre todo o de triaxe e recepción.
5. **Introducir unha sesión clínica diaria da unidade, que sexa multidisciplinar, entre médicas/os, enfermeiras/os, TCAE** (comentar plan de coidados e estado de pacientes e do persoal).
6. **Traballo en parellas** para cultivar o apoio funcional mutuo e evitar o desamparo emocional e físico; imprescindible na quenda nocturna ou con pacientes con historial de agresividade.
7. **Protocolo con accións que deberá seguir todo o persoal** (compañeiras e superiores) **ante situacións de conflito e incidentes violentos** con persoas externas ou pacientes. Desenvolvelo a través da participación directa grupal (véxase como na epígrafe “baixo control”).
8. **Protocolo interno para resolución de conflitos interprofesionais**, desenvolvido a través da participación directa grupal (véxase como na epígrafe “baixo control”).
9. Recurso de supervisor/a presencial **de garda para substituír a traballadora desbordada emocionalmente**.
10. Desenvolver **grupos de terapia en tempo de traballo** e incluílos na carga de traballo.
11. **Garantir as presenzas de persoal necesarias para poder traballar segundo os estándares profesionais**, así como a **diminución de pacientes complexos** emocionalmente, e posibilitar as **formacións en tempo de traballo** para xestionar emocións, os descansos para o restablecemento emocional, as **sesións clínicas e grupos de terapia, sen sobrecargar ás demais compañeiras**.
12. **Seguimento psicolóxico individualizado** a demanda.

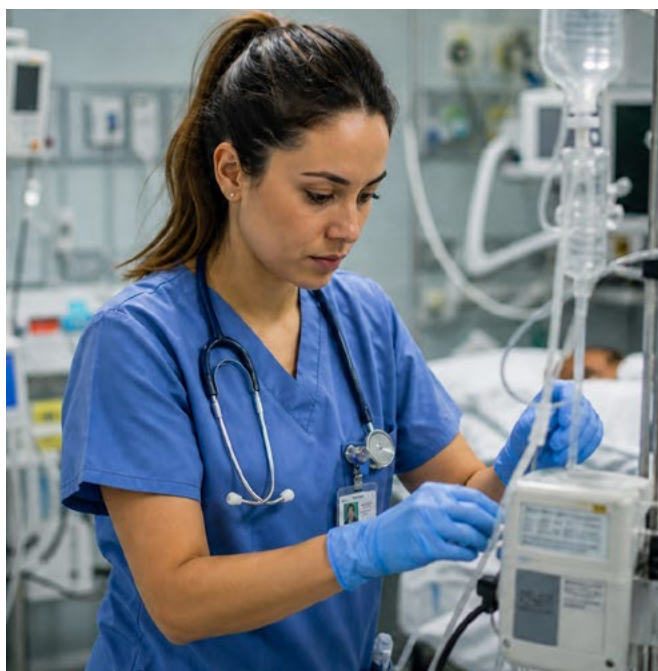
13. **Persoal de vixilancia/seguridade** para que os profesionais sanitarios non teñan que xestionar roubos ou agresividade non patolóxica de pacientes, así como agresividade de persoas alleas ao centro hospitalario, familiares, intrusos etc.
14. **Rexistro** sistemático de incidentes ou agresións no traballo para visualizalos.

Alto conflito traballo-familia e alta inseguridade

O alto conflito traballo-familia defínese como o impacto negativo das esixencias do emprego sobre o tempo e a enerxía que requiren o traballo de coidado e o doméstico na casa (dobre carga) e como a necesidade de responder ás demandas simultáneas do emprego e do coidado familiar, con esixencias temporais estritas (dobre presenza). A alta inseguridade defínese como a falta de estabilidade en condicións de traballo fundamentais, como son todas as relativas á xornada.

Orientacións para evitar, reducir ou eliminar o alto conflito traballo-familia e a alta inseguridade na xornada

1. **Incluír no calendario laboral os días efectivos de traballo e horas de entrada e saída, descanso semanal, festivos e vacacións.** Que sexa **fixo** e que **permita as permutas** por escrito entre traballadoras. Todos os aspectos da xornada deben coñecerse anualmente. Integrar os comités de empresa na elaboración do calendario.
2. Comunicar o **calendario** no **último trimestre do ano anterior**.



3. **Asignar a ordenación da xornada** (quendas, días libres etc.) tendo en conta as **necesidades** das persoas traballadoras **segundo o momento do ciclo vital** (idade e outros), realizando previamente unha **consulta a todo o cadro de persoal** e publicando os resultados. Non obstante, **non cargar sempre ao persoal novo** (ou **sen fillos** ou outros familiares a cargo), as ordenacións diarias ou semanais asociadas ou os excesos de xornada. Permitir a participación sindical nestas asignacións. En calquera caso, sumar estes criterios na xestión algorítmica da xornada.
4. Darlle o **control** á persoa traballadora para que esta **concrete a redución** da xornada (horas no día, días completos, que días etc.)
5. **Dispoñer de persoal presente suficiente para evitar as modificacións de xornada.** Atendendo ao volume e complexidade (incluíndo a emocional) da carga en cada quenda, planificar a dotación de persoal diario tendo en conta vacacións e descansos no calendario anual e atendendo á experiencia de anos anteriores para programar o persoal necesario para substituír baixas por enfermidade e permisos, días de libre disposición, dispensas sindicais etc.
6. Dispoñer dun **protocolo para modificacións inevitables e a súa compensación** (independentemente de que formen parte ou non do regulado para horas extras, distribución irregular e horas complementarias, sexan ou non de aceptación voluntaria) que inclúa: cambios **comunicados cun mínimo de 24 horas de antelación**; **rotación** de asignacións entre todo o persoal por orde **alfabética** e permitir **permutas** entre traballadoras por escrito; atribuírle un **sobrecusto a cada hora** (fixar habitualmente o **dobro**; subir ao **triplo** se o cambio supón traballar en fin de semana ou festivo); **devolución** do exceso de xornada (e a súa compensación) en tempo libre, acumulado e **desfrutado cada 3 meses, a elección da persoa traballadora.**



7. **Eliminar o uso das bolsas de horas** que xeran inseguridade na xornada e nos ingresos para as traballadoras a **tempo parcial**.
8. **Se non se cumpre coas presenzas necesarias, fixar e atribuír un sobrecusto (o triplo) a cada hora das compañeiras da quenda que asumen a carga das traballadoras que debían estar/ser substituídas.**
9. **Eliminar as xornadas partidas en todos os servizos; establecer xornadas continuadas cun mínimo de 6 horas de traballo.**
10. Crear a figura “*correquendas*” (onde non exista) e dotala de persoal que **cubra as horas de redución de xornada doutras compañeiras.**
11. **Contratar estudantes para as fins de semana e festivos**, con incentivos económicos, a fin de permitir que o persoal con cargas familiares poida desfrutalos, aproveitando as diferentes necesidades destes perfís sociais, que se atopan en momentos diferentes do ciclo vital.
12. **Respectar a desconexión dixital e o descanso diario e semanal.** As necesidades do servizo de calquera índole non se lles comunicarán ás traballadoras a través de WhatsApp fóra da súa xornada laboral.

Baixo control

Este risco laboral psicosocial defínese como a imposibilidade de influír no traballo, a falta de autonomía en como se desenvolve este e as escasas posibilidades de aplicar habilidades e coñecementos técnicos e derivados da experiencia e de aprender novos na súa realización.

Orientacións para evitar, reducir ou eliminar o baixo control

1. Desenvolver a **participación directa delegativa grupal**:
 - a. Fronte á supervisión autoritaria, xorda ás propostas de traballadoras, ou o *laissez faire* —xa te apañaras—, cómpre xerar **grupos de traballo multidisciplinares** nos que participe **todo o persoal** da unidade/servizo, **de forma rotativa, en horario laboral, para que os profesionais que están “a pé de paciente”** decidan de forma consensuada sobre: a **planificación** de tarefas; a distribución de cargas e a súa **verificación** mensual; **procesos** de traballo; a **descrición de tarefas** dos distintos postos e grupos profesionais; o protocolo de resolución **de conflitos** con pacientes e familiares; a priorización ante imprevistos; o protocolo de acollida etc., evitando a imposición unilateral dende os despachos e aumentando o control. É moi importante

asignar tempo protexido (poderíase contar **de media con dúas horas semanais de participación**) nas cargas de traballo das persoas implicadas en cada momento a fin de que non supoña unha sobrecarga para as compañeiras ou para elas mesmas; nun cadro de persoal moi saturado isto significa incrementar o persoal para que se poida substituír as traballadoras exercendo os seus labores habituais. O feito de participar nestes grupos, que deciden, pode reducir tamén outros riscos, como as esixencias emocionais derivadas dos conflitos de carácter ético ou profesional (conflito de rol), e aumentar o recoñecemento como profesional, ademais do control.

b. **Equipo autoorganizado:** Se existe consenso, e quedando debidamente rexistrado, convén permitir que os equipos multidisciplinares se poidan recolocar entre áreas dun mesmo servizo, atendendo á carga real en cada momento (por exemplo, en Urgencias, que se poida mover persoal de áreas máis tranquilas a outras máis colapsadas). Só se pode aplicar esta medida despois de que se reduzan as altas esixencias cuantitativas e o alto conflito traballo-familia.

2. Desenvolver a **participación directa consultiva grupal**. Por exemplo, establecer **reunións mensuais, de entre 1 e 2 horas de duración**, nas que as persoas **responsables** de cada unidade **escoiten** os **problemas dos profesionais** e as súas propostas de mellora; as **solucións acordadas deberán poñerse en marcha** para verificar a súa utilidade. É moi importante asignar tempo para isto nas cargas de traballo de cada traballadora.
3. **Capacitación de mandos en métodos participativos**. Formar a mandos en liderado participativo para evitar o autoritarismo ou a estandarización unilateral, así como nunha xusta xestión de equipos para que actúen como apoio e non só na función de monitorización e para que se reduzan os favoritismos e a arbitrariedade. Modalidade: *learning-by-doing*.



Baixo apoio social

Este risco laboral psicosocial defínese como a falta de axuda funcional por parte de compañeiras/os e superiores na realización do traballo, cando esta se precisa.

Orientacións para evitar, reducir ou eliminar o baixo apoio de compañeiros/as

1. Garantir a dotación e presenza do persoal co tempo necesario para poder desenvolver a axuda mutua entre compañeiras (véxanse medidas concretas na epígrafe “altas esixencias cuantitativas”).
2. Desenvolvemento do **traballo en equipo** (véxanse medidas concretas na epígrafe “baixo control”) ou, como mínimo, en parellas.
3. **Participación en reunións multidisciplinares** para desenvolver o apoio doutros perfís profesionais (véxanse medidas concretas na epígrafe “baixo control”).
4. Desenvolver e implantar un **protocolo de acollida con base na formación-acción, retribuída**, para as novas incorporacións e asignar **tempo** na carga de traballo para as traballadoras **mentoras** e o persoal que as substitúa nos seus labores habituais.
5. **Eliminar a discrecionalidade para evitar os favoritismos** (véxanse exemplos nas epígrafes anteriores e posteriores).
6. **Capacitación de mandos en métodos participativos.** Formar a mandos en liderado participativo para evitar o autoritarismo ou a estandarización unilateral, así como nunha xusta xestión de equipos para que actúen como apoio e non só na función de monitorización e para que se reduzan os favoritismos e a arbitrariedade. Modalidade: *learning-by-doing*.

Baixo recoñecemento

Este risco defínese como a baixa compensación, a baixa consideración profesional e o trato inxusto derivado da arbitrariedade na xestión de persoal.

Orientacións para evitar, reducir ou eliminar o baixo recoñecemento

Para asegurar a equidade:

1. **Web de mobilidade profesional transparente:** publicar todas as vacantes de promoción e traslado nunha plataforma xeral que explicita os criterios para concursar.
2. Desenvolver un **procedemento de promocións e outro de traslados**, con criterios **claros** de formación, antigüidade e outros, que conte coa participación da representación legal das persoas traballadoras.
3. **Presenza da representación legal das persoas traballadoras nos procesos de selección** (entrevistas e baremacións).
4. **Unificación de criterios para permisos: publicar e difundir de forma transparente os dereitos relativos a excedencias e permisos** para que non dependan do beneplácito da persoa no posto de mando intermedio.



5. Desenvolver **criterios para a asignación de complementos salariais por consecución de obxectivos, produtividade etc.** coa presenza da representación legal das persoas traballadoras.
6. **Eliminar acordos salariais individuais.**
7. Aplicar os criterios para **asignar de forma equitativa carga exornada, festivos, modificacións etc.** establecidos nas epígrafes anteriores relativas ás altas esixencias cuantitativas e ao alto conflito traballo-familia.

Para aumentar a compensación salarial:

1. **Incrementar o salario base** en todas as categorías.
2. **Incrementar os pluses respecto á carreira profesional** das categorías relativas aos postos de enfermeira/o e TCAE. Reducir as elevadas diferenzas co persoal médico nos mesmos pluses.

Para aumentar a consideración como profesional:

1. **Utilizar métodos participativos e asignar tempo con ese fin na carga de traballo:** desenvolver formas de participación directa grupal delegativa e consultiva en horario laboral (véxanse medidas na epígrafe “baixo control”).
2. **Evitar a xestión de persoal baseada na ameaza** de despedimento ante queixas ou na **anulación do criterio profesional** de traballadoras e traballadores, así como a estandarización de procesos ou o autoritarismo.
3. **Implementar as medidas establecidas neste documento** para evitar ou reducir os riscos laborais psicosociais nos distintos postos de traballo e eliminar ou reducir as deficiencias no deseño, a xestión e a organización do traballo para que este sexa saudable, o que supón poñer no centro ás e aos profesionais nos postos de TCAE e enfermeira/u.

