EXPERIENCIAS EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Más allá de la evaluación del riesgo

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

INSTITUTO NACIONAL
DE SEGURIDAD E HIGIENE
EN EL TRABAJO

EXPERIENCIAS EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Más allá de la evaluación del riesgo

Autores

Sofía Vega Martínez
Centro Nacional de Condiciones de Trabajo - INSHT

Ana García Albacar
Inés García Alcázar
Administrador de Infraestructuras Ferroviarias (ADIF)

Bárbara Arellano Fernández
Elena Embuena García
Esteve-Ignasi Gay Costa
Mercé Noguera Vilalta
Asociación de Maestros Rosa Sensat

Albert Mariné Torrent
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Elena Pérez Fernández
Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya

Adelina Beneit i Roig
Grupo Codorníu

Beatriz Murillo García
Mancomunidad Sanitaria de Prevención

Miquel Mira Muñoz
Transportes Metropolitanos de Barcelona (TMB)

Íñigo Apellániz González
Alfonso Davalillo Aurrekoetxea
Universidad País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Eva Cifre Gallego
Alma M. Rodríguez Sánchez
Marisa Salanova Soria
WoNT_Prevención Psicosocial

Coordinación
Sofía Vega Martínez
Centro Nacional de Condiciones de Trabajo - INSHT

Diseño
Concepción Just Ramón y Carmen Rusiñol Sellés
Centro Nacional de Condiciones de Trabajo - INSHT

Edita
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
Torrelaguna, 73 - 28027 MADRID

Imprime
Centro Nacional de Condiciones de Trabajo - BARCELONA

ISBN: 978-84-7425-770-0 Dep. Legal: B-22909-2009 NIPO: 792-09-026-5

PRESENTACIÓN

El ámbito psicosocial continúa siendo en nuestro país uno de los que presentan más escasa actividad preventiva. Sin embargo, cada vez son más las empresas que demuestran que sí es posible pasar del diagnóstico del problema a la acción preventiva. Aumenta el número de organizaciones que han dado ese paso y están actuando en el terreno de lo psicosocial para conseguir unas mejores condiciones de trabajo.

Con el objetivo de estimular la actividad preventiva real en este campo, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) viene desarrollando desde hace algunos años un proyecto de recopilación y análisis de experiencias de intervención psicosocial. Se trata de identificar y difundir casos reales desarrollados en empresas españolas. El análisis de dichas experiencias, a la luz de los factores de éxito habitualmente recomendados, permite proporcionar conclusiones prácticas. Dicho proyecto se enmarca en las actuales políticas de seguridad y salud, tanto a nivel estatal como de la Unión Europea, donde el intercambio de experiencias es, desde hace tiempo, un instrumento más para potenciar la actuación eficaz en materia de salud laboral.

El texto que aquí presentamos es uno de los productos de este proyecto. Está estructurado en tres grandes bloques. El primero incluye datos de contextualización de la realidad de la actividad preventiva psicosocial en nuestro país. El segundo presenta nueve experiencias prácticas de intervención psicosocial. Por último, en la tercera parte se clasifican y analizan los casos, identificándose algunos factores de éxito.

Por supuesto, no están todos los que son. Hay muchas otras organizaciones en este país que están desarrollando experiencias valiosas en este terreno y cuya difusión puede tener utilidad para la comunidad preventiva. Este texto muestra sólo unos cuantos ejemplos.

También queremos aclarar que en ningún momento hemos pretendido elegir a "los mejores". No están aquí por ser "casos ejemplares", sino intervenciones que presentan una coherencia desde el punto de vista preventivo. Ejemplos prácticos que, con sus luces y sus sombras, son una muestra de actuación sistemática y planificada, a medio-largo plazo, que involucran a distintos agentes y representan diferentes formas de abordar este tipo de riesgos.

Se ha puesto el acento en la descripción detallada del proceso de la intervención en la medida que, en el ámbito psicosocial, el proceso y no sólo el resultado es parte esencial de la eficacia de las soluciones preventivas adoptadas. Por ese motivo, son las propias organizaciones protagonistas de cada una de las nueve intervenciones quienes han elaborado la parte central del texto. Sin su colaboración este libro no sería posible, por lo que queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento y reconocimiento, en primer lugar por proporcionar ejemplos de actuación psicosocial más allá de la evaluación del riesgo, y en segundo por haber dedicado su tiempo y su energía a contárnoslos.

Concepción Pascual Lizana
Directora del INSHT

"En el ámbito de la salud en el trabajo, uno de los pecados capitales consiste en emprender estudios sofisticados que describen con todo lujo de detalles el estrés, sus causas y consecuencias… y que se quedan en eso. Diagnosticar sin tratar y aún menos prevenir equivale a pecar por omisión"

Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo.
¿La "sal de la vida" o el "beso de la muerte"?
Comisión Europea, 2000

ÍNDICE

I. ¿PREVENIR EL RIESGO PSICOSOCIAL? 1

1. La situación en España 1
1.1. Marco legal 1
1.2. Se interviene poco: algunos indicadores. 4

2. El contexto de la Unión Europea 14
2.1. El estado de la cuestión 14
2.2. Instrumentos útiles 16

3. Literatura sobre intervenciones psicosociales 17
3.1. Resumen de resultados y limitaciones 18
3.2. Recomendaciones 20

II. DEL DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA A LA ACCIÓN 23

1. Presentación y objetivos 23

2. Metodología 24
2.1. Criterios de selección 25
2.2. Orientaciones para la descripción de los casos. 25

3. Experiencias de intervención psicosocial 26
Caso 1. Implantación de *círculos de prevención* en una empresa de elaboración de cavas. 29
Caso 2. Intervención psicosocial mediante proceso de mediación en conflicto multipartes. 47

Caso 3. Acuerdo sobre prevención y solución de quejas en materia de acoso en una universidad. 65
Caso 4. Aplicación del modelo RED en el proceso de investigación-acción en una esmaltera. 77
Caso 5. Programa integral de prevención de riesgos psicosociales en un centro sanitario. 93
Caso 6. Prevención y tratamiento de las drogodependencias en la empresa 113
Caso 7. Actuación preventiva en un centro público de educación infantil y primaria. 129
Caso 8. Protocolo de adaptación de puesto de trabajo en una Administración de Justicia. 147
Caso 9. Un ejemplo de cambio organizativo en una empresa de transporte público. 161

III. ALGUNOS APRENDIZAJES 175

1. Clasificación de casos 175
1.1. Definición de criterios 176
1.2. Un ejemplo de clasificación 178

2. Factores de éxito 182
2.1. Tratar los riesgos psicosociales como a los demás riesgos 182
2.2. El proceso es tan importante o más que el resultado. 184
2.3. Algunas reflexiones finales 193

ANEXOS

Anexo I. Listado de publicaciones sobre casos prácticos de implementación de acciones preventivas en materia psicosocial en empresas ubicadas en España. 195

Anexo II. Acuerdo marco europeo sobre estrés, 2004. Recogido en el Acuerdo Interconfederal para la Negociación Colectiva 2007 (ANC 07). 196

Anexo III. COM (2007) 686 final. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, por la que se transmite el Acuerdo marco sobre acoso y violencia en el trabajo. 200

Anexo IV. Guión de contenidos para la descripción de los casos. 204

Anexo V. Acuerdo sobre prevención y solución de quejas en materia de acoso en la UPV/EHU. 206

Anexo VI. Circuito de evaluación del riesgo psicosocial en la Corporación Sanitaria Parc Taulí. 221

Anexo VII Plan de acción contra la drogodependencia y el alcoholismo. Recogido en el XII Convenio Colectivo de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles (RENFE), 1998 222

I
¿PREVENIR EL RIESGO PSICOSOCIAL?

1. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

Los riesgos psicosociales siguen siendo una asignatura pendiente de la salud laboral en muchas organizaciones. En este primer capítulo presentamos algunos datos de contextualización con la intención de reflexionar sobre la realidad de la actividad preventiva psicosocial en España.

1.1. Marco legal

En la legislación laboral que regula la prevención de riesgos en nuestro país no existen normas concretas sobre factores psicosociales. El marco legal no regula de manera específica cómo gestionar este tipo de riesgos y sus consecuencias sobre la salud de las personas. No hay límites de exposición, ni en cuanto a la dosis ni en cuanto al tiempo; no hay una metodología única de evaluación, ni criterios legales para establecer prioridades preventivas.

Esta realidad es vivida por algunos agentes preventivos con inquietud, como un obstáculo insalvable a la hora de ponerse manos a la obra: por dónde empezar, cómo medir, cómo saber qué es más importante, cómo establecer el peso de las exposiciones laborales frente a las extralaborales.

Sin embargo, las organizaciones que están interviniendo de hecho sobre los riesgos psicosociales, las que han sobrepasado la fase de la evaluación y están actuando preventivamente sobre los problemas, suelen explicarlo de otro modo. Dicen que es suficiente con las pautas preventivas genéricas. Dicen que no han echado especialmente en falta una legislación específica, que probablemente les habría encorsetado en exceso, impidiendo diseñar una intervención a la medida de sus propias necesidades y circunstancias. Algo que se repite una y otra vez cuando se

analizan casos reales: existen pautas generales, pero no soluciones estándar; uno de los factores clave para que una intervención psicosocial funcione es su especificidad para el contexto en que se desarrolla.

Cabría la reflexión sobre si es imprescindible que exista, por ejemplo, un real decreto que regule los riesgos psicosociales derivados de la exposición a determinadas condiciones de trabajo, al estilo de los que a lo largo de la segunda mitad de los años 90 desarrollaron la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). O tal vez podríamos plantearnos si, en ocasiones, se utiliza la falta de legislación específica como una disculpa para no actuar sobre este ámbito de la salud laboral.

En cambio, el marco legal genérico, compuesto por la LPRL, el RD 39/1997 Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP), y sus respectivas modificaciones posteriores, proporciona definiciones y principios de acción suficientemente claros y aplicables a la práctica preventiva, incluida la psicosocial. Es más, algunos de ellos aluden específicamente al ámbito psicosocial de la prevención (ver tabla1).

[1]Es evidente que evitar los riesgos, combatirlos en su origen, y adaptar el trabajo a la persona forman parte de la prevención primaria. Así mismo, la formulación "en todos los aspectos relacionados con el trabajo" engloba el conjunto de las causas de estrés relacionadas con el trabajo. La obligación del empresario de "integrar y planificar la prevención" es la base de muchas de las propuestas sobre intervención psicosocial.

En definitiva, abordar el riesgo psicosocial implica darle el mismo tratamiento preventivo que se aplica a los aspectos higiénicos, ergonómicos o de seguridad:

- Identificar los riesgos
- Medirlos
- Priorizarlos
- Diseñar e implementar acciones preventivas
- Evaluar la efectividad

Las acciones preventivas en este terreno, como en muchos otros, no suelen ser inminentes ni fulminantes en sus efectos, por lo que lo más habitual será diseñar una intervención planificada que implica establecer objetivos, fases, recursos, responsables, hacer seguimiento, etc. Es decir, actuar con una visión a medio-largo plazo, que es uno de los factores de éxito en que los expertos coinciden cuando analizan experiencias de intervención psicosocial.

Y todo ello se hará con la participación de los trabajadores y/o sus representantes, elementos necesarios a lo largo de todo el proceso para lograr que las acciones sean finalmente eficaces. Porque también se ha identificado sistemáticamente como factor de éxito que las personas a quienes va dirigida la actuación preventiva estén involucradas en su diseño y no se les convierta en meros "receptores pasivos".

En resumen, hay suficientes referencias en el marco legal genérico sobre prevención de riesgos laborales para guiar la actuación práctica en las empresas sobre el entorno psicosocial de trabajo. Y ninguna referencia explícita o implícita que excluya los riesgos psicosociales de las obligaciones preventivas.

---

1. Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La "sal de la vida" o el "beso de la muerte"?. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2000.

LPRL

Art 4.7: Condición de trabajo
Cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador… Específicamente, todas las características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación...

Art. 14: Protección frente a los riesgos
El empresario deberá garantizar la salud y seguridad de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

Art. 15: Principios de la acción preventiva
- Evitar los riesgos
- Evaluar los que no se puedan evitar
- Combatir los riesgos en su origen
- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos, la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud
- Tener en cuenta la evolución tecnológica
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo
- Priorizar las medidas de protección colectiva frente a la individual
- Facilitar las instrucciones necesarias a los trabajadores

RSP

Art 1: Integración de la actividad preventiva
La integración de la prevención en el conjunto de las actividades de la empresa implica que debe proyectarse en los procesos técnicos, en la organización del trabajo y en las condiciones en que éste se preste.
La participación de los trabajadores incluye la consulta acerca de la implantación y aplicación del Plan de prevención, la evaluación de los riesgos y la consiguiente planificación y organización preventiva …

Art. 8: Necesidad de planificación
El empresario planificará la acción preventiva con el objeto de eliminar o controlar y reducir los riesgos, conforme a un orden de prioridades en función de su magnitud y nº de expuestos… en la planificación de esta actividad se tendrán en cuenta los principios de acción preventiva señalados en el art 15. LPRL.

Art 9: Contenido de la planificación
La planificación de la actividad preventiva incluirá los medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos.
Habrán de integrarse igualmente la vigilancia de la salud, la información y la formación.
La actividad preventiva debe planificarse para un periodo determinado, estableciendo las fases y prioridades de su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos y el número de personas expuestas a los mismos, así como su seguimiento y control periódico. En el caso de que el periodo en que desarrolle la actividad preventiva sea superior a un año, deberá establecerse un programa anual de actividades.

Tabla 1. Algunos contendidos del marco legal genérico sobre prevención de riesgos laborales aplicables al área psicosocial

1.2. Se interviene poco: algunos indicadores

El ámbito psicosocial continúa siendo en nuestro país uno de los que presentan menor actividad preventiva. Es cierto que el cumplimiento legal es uno de los elementos que motivan la actuación de las empresas en materia de prevención y, en este caso, la ausencia de legislación específica podría explicar en parte la desatención sobre estos temas. Pero hay más.

Algunos estudios han intentado describir la situación, identificar las causas y traducirlas en forma de necesidades a cubrir. El diagnóstico puede resumirse en que la psicosociología no se ha incorporado todavía en muchas metodologías de evaluación inicial de riesgos[2], y en caso de desarrollarse, los programas preventivos implantados son puntuales y aislados, dirigidos a disminuir los síntomas o trastornos, y en muy pocos casos han sido incorporados desde el inicio del diseño y planificación de la actividad.

Entre los factores explicativos se citan[3]: la falta de información respecto a la nocividad, diversos tópicos y creencias sobre a quién afectan los problemas de estrés (son de carácter individual, afectan sólo a los "predispuestos", a ejecutivos, a tareas intelectuales, son algo inherente al trabajo, etc.) o la incredulidad ante la posibilidad de controlar o eliminar los factores causales.

La falta de reconocimiento de los daños que las condiciones psicosociales de trabajo pueden causar, y de hecho causan, en la salud es otro elemento que contribuye a restar atención a este ámbito preventivo. A menudo estos trastornos de salud acaban derivando al sistema sanitario público, con lo que no revierten en ninguna mejora del entorno laboral aunque ése hubiera sido su origen.

En España no hay datos sobre los costes de enfermedad (mental, musculoesquelética, etc,), absentismo y otros efectos individuales u organizativos causados por el trabajo, como sí existen en otros países[4]. Sin embargo, un reciente estudio[5] estima que sólo en 2004 el coste medio generado por incapacidad temporal debida a los casos prevalentes de enfermedades laborales como el estrés, la depresión o la ansiedad ascendía a 1.676.518.835 €; cifra notablemente por encima del coste de enfermedades cardiovasculares, infecciosas o pulmonares, superada sólo por las enfermedades osteomusculares, cuyo coste medio se estima en 1.725.633.057 €.

Lo cierto es que las condiciones psicosociales de trabajo y sus efectos en la salud continúan siendo poco visibles en nuestro país, entre otras cosas por la ausencia de registros rigurosos y sistemáticos que proporcionen datos relativos a este ámbito preventivo. Ante esta dificultad, hemos propuesto cinco indicadores sencillos que

2. Villaplana-García, M.D., Vera-Martínez, J.J. Receptividad de las empresas ante la intervención psicosocial desde la experiencia de un SPA. Boletín Not@sPI 2001; 3.
3. ISTAS. Estudio sobre necesidades de formación en prevención de riesgos psicosociales para delegados de prevención. Madrid: FOREM, 2000.
4. Houtman, I. Work-related stress. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005.
5. García, A.M., Gadea, R., López, V. Impacto de las enfermedades laborales en España. ISTAS-CC.OO, 2007.

nos permitan pulsar de manera operativa la realidad sobre actividad preventiva en materia psicosocial:

- los datos de las encuestas oficiales de condiciones de trabajo
- la actividad de la Inspección de Trabajo
- las políticas públicas en salud laboral
- las consultas técnicas realizadas al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)
- las publicaciones sobre intervención psicosocial

1.2.1. Encuestas de condiciones de trabajo

El INSHT viene desarrollando desde hace tiempo, y con periodicidad cuatrianual, las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCT). En ellas, además de preguntar a los trabajadores sobre la exposición a factores de riesgo y algunos efectos en la salud, se pregunta también por las actividades preventivas desarrolladas en el centro de trabajo (principalmente mediante el *Cuestionario de Empresa*).

Además, en los últimos años, diversas Comunidades Autónomas han puesto en marcha sus propias encuestas de condiciones de trabajo; en el caso de Navarra se trata ya de la segunda edición. La mayoría de ellas siguen el mismo formato de dos cuestionarios separados para trabajadores y empresarios, por lo que proporcionan información comparable.

En la tabla 2 aparecen datos sobre diferentes actividades preventivas provenientes de las más recientes encuestas de condiciones de trabajo. Los datos se obtienen en la mayoría de los casos del *Cuestionario de Empresa*, y por tanto se expresan en porcentaje de centros de trabajo que han realizado la actividad. Los datos del conjunto del país pertenecen, en esta ocasión, a la V ENCT en lugar de la VI, ya que en la última edición la encuesta se realizó en el domicilio del trabajador, y por tanto no incluía preguntas dirigidas al empresario o sus representantes.

Debe advertirse que existen ciertas diferencias metodológicas entre las encuestas. Por ejemplo, el periodo al que hace referencia la pregunta sobre actividades preventivas son los últimos dos años, excepto en el caso de Catalunya y Euskadi, donde no se especifica referencia temporal, por lo que los porcentajes de respuesta podrían ser mayores. El listado de actividades tampoco es exactamente el mismo en todas las encuestas, y en ocasiones excluye actividades directamente ligadas al ámbito psicosocial, como la realización de estudios o programas de intervención sobre el estrés. A pesar de estas limitaciones, la comparación de resultados sí permite dibujar unas tendencias generales bastante consistentes.

Como muestra la figura 1, los estudios o programas de intervención frente al estrés son la actividad preventiva menos practicada en las empresas españolas. No llega ni al 10% de los centros de trabajo de Navarra, el territorio donde más se realiza. Se encuentra a gran distancia de la práctica de actividades preventivas que podríamos denominar "clásicas", como la evaluación inicial de riesgos, los reconocimientos médicos o la formación. Y la tendencia se mantiene independientemente de la zona geográfica. Incluso hay territorios donde es superior la proporción de

Lugar y año publicación informe	Actividad preventiva							
	Evaluación inicial riesgos	Reconoc. médicos	Formación	Información riesgos/ medidas	Sustitución de productos	Medidas organización del trabajo	Estudios/ programas Intervención estrés	Ninguna
Cantabria, 2006	58,6	56,4	45,3	45,1	12	14,6	2,7	9,3
Castilla-León, 2006	67,2	63,9	48,7	49,6	8,9	15,5	3	13,9
Catalunya, 2007[a]	68,7	62,5	89	39,9[b]	9,8	16,2	-	7,9
Euskadi, 2004	58,8	53,1	49,4[c]	-	17	15,3	-	10,5
Murcia, 2005	-	79	67	62	16	-	6	1,7
Navarra, 2006	67,9	67	57,6	60,7	22,2	35,3	8,2	
España, 2004	61	69	60,5	49,5	15	21	5,3	14

Tabla 2. Actividades preventivas según territorio (datos en % de centros de trabajo). Fuente: Encuestas de Condiciones de Trabajo [d].Cuestionario de Empresa

a. Martinez,J. (coord). Primera Enquesta de condicions de treball de Catalunya. Barcelona: Departamemt de Treball 2008
b. En la encuesta de Catalunya, los datos sobre información, sustitución de productos y medidas de organización pertenecen al sector Industria. Al no disponerse de datos del conjunto de las empresas, se ha elegido este sector por ser el que presenta valores más altos en dos de las tres actividades preventivas referidas-
c. En la Encuesdta de Euskadi, el dato sobre información y formación no se desglosa, incluyendo el porcentaje a ambas actividades preventivas.
d. Todos los documentos consultados que se referencian a continuación han sido obtenidos en la web entre julio y agosto de 2007:
- Garrido, M. (coord.). I Encuesta de Condiciones de Trabajo de Cantabria. Santander: Centro de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2006.
- I Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en las empresas de Castilla y León. Valladolid: Consejería de Economía y Empleo, 2006.
- Encuesta sobre Salud Laboral y Condiciones de Trabajo en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Vitoria: OSALAN, 2004.
- I Encuesta Regional de Condiciones de Trabajo. Murcia: Instituto de Seguridad y Salud Laboral, 2005.
- García, V. II Encuesta Navarra de Salud y Condiciones de Trabajo. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral, 2006.
- Almodóvar, A. (coord.). V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: INSHT, 2004.

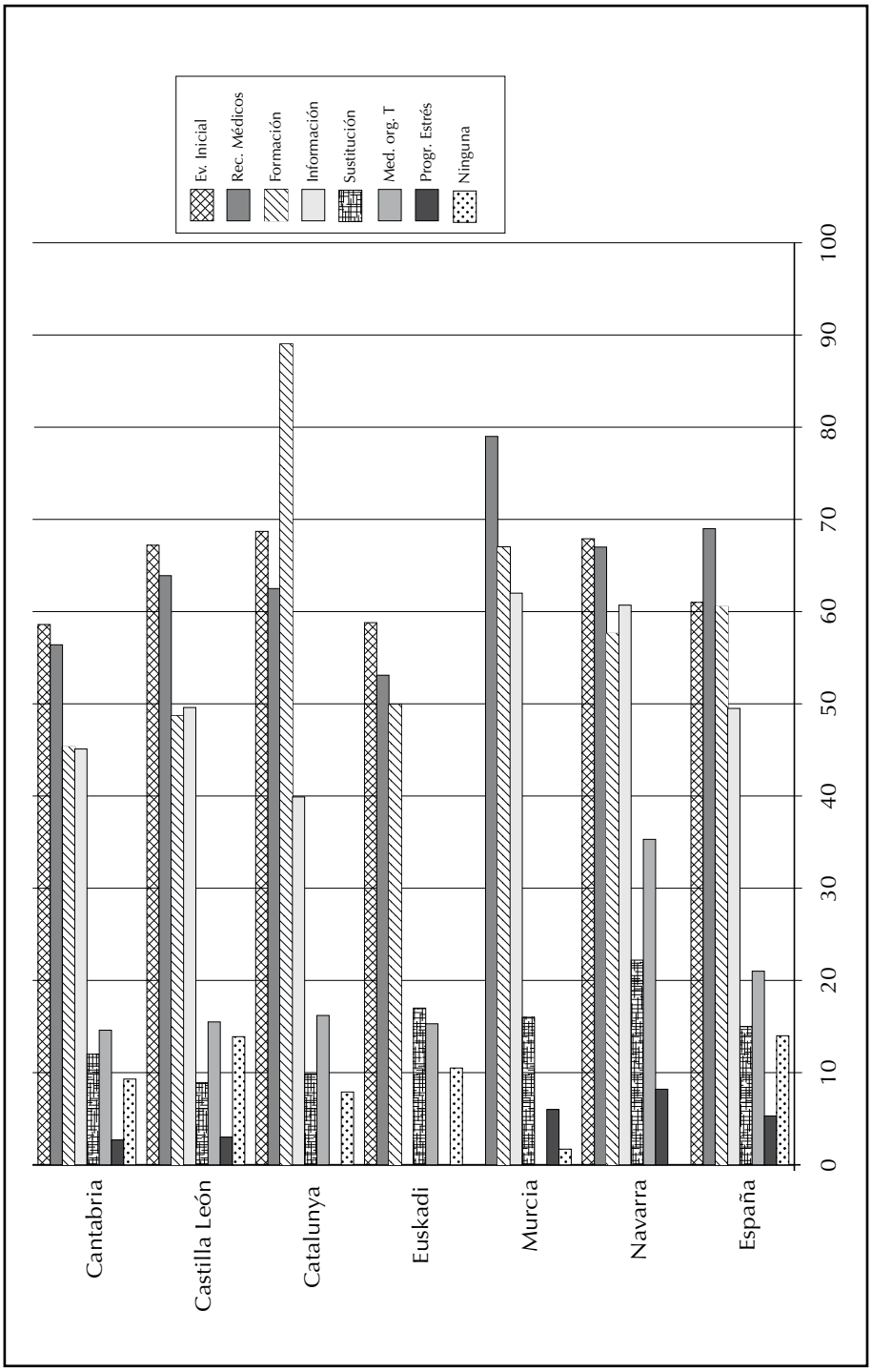


Figura 1. Actividades preventivas según territorio (% centros trabajo)

empresas que no practican ninguna actividad preventiva que la de aquellas que actúan sobre lo psicosocial.

Las medidas de organización del trabajo que practican entre un 15,6% y un 35,3% de los centros de trabajo no pueden considerarse una intervención psicosocial propiamente dicha. Incluyen medidas como pausas, rotación de puestos o coordinación de tareas, aplicables para controlar cualquiera de los posibles riesgos existentes en la empresa, desde los ergonómicos a los higiénicos, pasando por las condiciones de seguridad.

En algunas encuestas de condiciones de trabajo se pregunta a los trabajadores si en su puesto se ha realizado algún estudio específico de riesgos, más allá de la evaluación inicial. A partir de aquí podemos saber cuántos de esos estudios abordaban en mayor profundidad el riesgo psicosocial (en los cuestionarios recogido como *aspectos mentales y organizativos*). La tabla 3 muestra que, excepto en el caso de Navarra, los aspectos psicosociales son analizados en menos del 20% de los puestos donde se hacen estudios específicos de riesgos.

	Estudios específicos sobre riesgos	**Estudios específicos sobre aspectos mentales/organizativos**
Cantabria	27,6	13,9
Castilla y León	41,6	18,6
Navarra	32,5	26,5
V ENCT	34,5	14
VI ENCT	25,5	14

Tabla 3. Estudios específicos de riesgos y proporción de los dedicados al ámbito psicosocial según territorio (datos en % de puestos de trabajo). Fuente: Encuestas de Condiciones de Trabajo.

En la V Encuesta Nacional, ese 14% de los puestos analizados a fondo donde se habían estudiado los aspectos mentales y organizativos es sólo superior al de los estudios específicos sobre vibraciones (11,1% de los análisis específicos de riesgos), radiaciones (8,1%) y agentes biológicos (6,8%). Y se encuentra a gran distancia de los estudios más frecuentes (50,7% sobre posturas, esfuerzos y movimientos; 44,3% sobre ruido y 42,9% sobre seguridad en máquinas, equipos y materiales).

En la VI ENCT[6] se mantiene esta jerarquía en la frecuencia de estudios específicos, y el porcentaje de los dedicados a aspectos mentales y organizativos sigue siendo del 14%, aunque disminuye en casi 10 puntos la proporción de trabajadores que comunican que en su puesto se ha realizado un estudio específico en el último año.

En la encuesta catalana, un 39,2% de las empresas declara haber evaluado durante el último año los aspectos psicosociales y organizativos. Pero no queda claro si como un apartado más dentro de la evaluación inicial de riesgos, o como un estudio específico, por lo que el dato no es comparable al del resto de las encuestas.

6. Almodóvar, A., Pinilla, J.F. (coord.). VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: INSHT, 2007.

Finalmente, en algunas encuestas se pregunta a los trabajadores por el tipo de medidas que se aplican tras el estudio específico, pero no desglosadas por tipo de estudio. Por ejemplo, aparecen medidas de carácter organizativo como el cambio de método, la reducción del tiempo de exposición o la coordinación de tareas, pero no sabemos si para solucionar problemas psicosociales o para cualquier otro tipo de riesgo (por ejemplo, la exposición a sustancias químicas).

1.2.2. La actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social

En cuanto a la actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS), 2006 es el primer año en que se proporciona información de las actuaciones en salud laboral desglosada por áreas. Aunque la información sobre psicosociología y ergonomía aparece agrupada, cabe esperar que la mayoría de los datos correspondan a la primera, ya que las actuaciones relacionadas con ergonomía a menudo se codifican en diversidad de otros códigos de clasificación, relacionados con maquinaria y equipos, instalaciones, evaluación de riesgos, etc., mientras que los aspectos psicosociales se consignan únicamente en ese apartado.

	Total Área Seguridad y Salud Laboral	**Ergonomía –Psicosociología y % del total del Área**
Nº actuaciones	490.745	1.265 (0,25%)
Nº infracciones[e]	34.404	76 (0,22%)
Importe sanciones	115.997.060'62 €	272.670 € (0,23%)
Nº trabajadores afectados por las infracciones	221.257	562 (0,25%)
Nº requerimientos subsanación[f]	119.982	410 (0,34%)

Tabla 4. Actividad de la ITSS en materia de Seguridad y Salud Laboral. España, 2006. Fuente: Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

A falta de datos más detallados que permitan comparar las actuaciones en ergonomía-psicosociología con las de otras áreas preventivas, sí pueden extraerse algunas conclusiones comparando con el total de actividad de la Inspección de Trabajo en esta materia. Como se muestra en la tabla 4, lo ergonómico y psicosocial supondrían alrededor de un 0,25% del volumen total de actividad desarrollada por la Inspección de Trabajo en 2006 en el ámbito de la prevención de riesgos; tanto en cuanto a número de actuaciones, como a número de infracciones, importe de las sanciones y volumen de trabajadores afectados. Los requerimientos de subsanación alcanzan un porcentaje ligeramente mayor.

e. Incluye también requerimientos a la Administración
f. Sólo a empresas privadas

En definitiva, estos datos confirman que el nivel de actividad relacionada con el área psicosocial en nuestro país, también en cuanto a la vigilancia y control desarrollado por la Administración, es sumamente escaso.

Estamos aún lejos de algunos países del ámbito de la UE, como Dinamarca, Suecia, Alemania o Reino Unido, donde la Inspección desarrolla campañas específicas[7] [8] de vigilancia y control, con objetivos e indicadores concretos, centradas en problemáticas psicosociales y/o en sectores, empresas u ocupaciones con mayor prevalencia de este tipo de riesgo. Existe un protocolo de actuación[9] centrado eminentemente en la actividad preventiva de evaluación de los riesgos psicosociales, como guía para que los inspectores comprueben el grado de cumplimiento de la empresa.

1.2.3. Políticas públicas de salud laboral

Como un elemento más que ayuda a describir la actuación sobre un tema determinado en un país, cabría plantearse un análisis de las políticas públicas existentes al respecto. En este caso, habría que evaluar la repercusión de las políticas en materia de sensibilización, detección y actuación preventiva frente al riesgo psicosocial, a nivel tanto estatal como autonómico. Deberían determinarse los obstáculos y elementos que favorecen la ejecución de dichas políticas. Deberían recopilarse y difundirse los resultados y las experiencias de aplicación, contribuyendo al intercambio entre agentes de la prevención.

Se han revisado los planes y políticas autonómicos y estatales de salud laboral en vigor a julio de 2007, comprobándose que apenas existen contenidos específicos focalizados en el área de los riesgos psicosociales. Sí se han encontrado algunas referencias, en su mayoría genéricas, a este ámbito, que se resumen en la tabla 5, ligadas a los riesgos denominados "emergentes", a los efectos de los cambios en la organización del trabajo, la evaluación de riesgos o la formación, o a algunos fenómenos más o menos en boga como el *mobbing* o el *burnout*.

Todas ellas son políticas jóvenes. Carecemos aún de datos de seguimiento que permitan valorar si lo escrito se queda sólo en el papel o si se instrumentalizan los medios de todo tipo necesarios para llevarlo al terreno de la realidad. Cabe destacar, cuando menos, el carácter de acuerdo que la mayoría de estos planes y estrategias tienen, reflejo del diálogo social entre distintos agentes implicados en la prevención.

A nivel estatal, en el reciente documento de Estrategia española de salud laboral[10] el término psicosocial aparece dentro del objetivo 4: desarrollar y consolidar la cultura de la prevención en la sociedad española. En concreto aludiendo a la necesidad de que las políticas públicas integren el conjunto de todos los riesgos, con

7. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo en la práctica. Luxemburgo: Agencia Europea, 2003.
8. Hasle, P., Moller, N. The action plan against repetitive work. An industrial relation strategy for improving the working environment. Human Factors and Ergonomics in Manufacturing 2001; 11 (2): 131-143.
9. Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Protocolo de Actuación Inspectora en Factores Psicosociales. Madrid: Inspección de Trabajo y Seguridad Social, 2006.
10. Estrategia española de seguridad y salud en el trabajo 2007-2012.

Andalucía

Acción 77: estudio sobre riesgos psicosociales, con especial atención al *mobbing y burnout,* dentro del objetivo de crear laboratorios para la atención específica y prioritaria de los riesgos emergentes en los Centros de Prevención de Riesgos Laborales.

Acción 120: impartición de cursos específicos sobre temas de incidencia en la Administración, como *burnout y mobbing* en docentes y sanitarios, y estrés.

Acción 121: elaboración del material para dichos cursos.

Fuente: Plan general para la prevención de riesgos laborales en Andalucía 2003-2008

Asturias

Entre los indicadores de proceso incluyen el porcentaje de accidentes de trabajo evaluados por técnicos de ergonomía-psicosociología, o guías de evaluación de riesgos psicosociales difundidas por SP.

Dentro de la estrategia de mejorar la calidad del sistema de prevención, aparece en el objetivo 6 en dos ocasiones: difundir guías para la evaluación psicosocial (además de otros tipos de riesgo) y evaluar el grado de aplicación de los criterios de evaluación psicosocial en las empresas (sin especificar qué criterios en concreto).

En la estrategia dirigida a impulsar la formación, se incluye en dos objetivos: actualización de la formación de médicos del trabajo y enfermeras, y formación sobre calidad de la evaluación psicosocial para técnicos superiores y SPP.

Fuente: Plan de salud, seguridad y medio ambiente laboral del Principado de Asturias 2007-2010

Canarias

Entre los objetivos está la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo, entre las que se incluye la prevención y protección frente a los riesgos nuevos o emergentes, especialmente (entre otros) riesgos psicológicos y sociales tales como el estrés y el acoso en el trabajo.

Fuente: Concertación social 2005-2008. Plan de reducción de la siniestralidad laboral

Cataluña

Dentro del ámbito de intervención dedicado a impulsar la aplicación de los conocimientos e innovaciones técnicas en la prevención de riesgos, se definen algunas actuaciones específicas relacionadas con la organización del trabajo y lo psicosocial. En concreto, desarrollar protocolos de investigación y evaluación de los riesgos emergentes; elaborar guías y materiales de formación en ergonomía y psicosociología aplicada; investigar la repercusión en materia de prevención de las nuevas formas de organización del trabajo (trabajo temporal, subcontratación, trabajo a tiempo parcial y teletrabajo).

Como indicadores se tendrán en cuenta el número de guías y protocolos, así como el número de investigaciones sobre organización del trabajo. Todo ello se enmarca en el segundo de los cinco objetivos estratégicos: promover conductas dirigidas a valorar la vida y la salud de los trabajadores como valor social de primer orden.

La atención a las nuevas formas de organización del trabajo aparece como objetivo transversal.

Fuente: Pla de govern per a la prevenció de riscos laborals 2005-2008

Madrid

Dentro de la primera línea de actuaciones (promover un enfoque global del bienestar en el trabajo) se encuentra como objetivo prevenir los riesgos psicosociales.

Se contemplan de manera específica en el capítulo V (sectores y grupos especialmente expuestos a riesgo), estableciéndose que las actuaciones de las partes se dirigirán principalmente a los colectivos definidos. Las acciones específicas son la evaluación, la sensibilización y la actividad preventiva de los SP para que reciban igual tratamiento que los demás riesgos.

También aparece en el capítulo de negociación colectiva, donde dice que se incentivarán aquellos convenios que introduzcan cláusulas dirigidas a evitar los riesgos psicosociales, así como todos aquellos aspectos preventivos que mejoren la norma.

Fuente: II Plan director en prevención de riesgos laborales de la Comunidad de Madrid 2004-2007

Murcia

Campañas específicas sobre los riesgos psicosociales dentro de las acciones de información, sensibilización y difusión.

Recoger la investigación y estudios sobre factores psicosociales dentro de los convenios de colaboración con universidades; y también como campo de estudio del Observatorio Regional de Riesgos Laborales.

Fuente: Plan Regional de Prevención de Riesgos Laborales 2005-2007

Tabla 5 . Referencias a los riesgos psicosociales en las políticas de Salud Laboral de distintas Comunidades Autónomas

especial atención, entre otros, a los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo. No hay ninguna otra mención, ni se articula ningún mecanismo o instrucción concretos para desarrollar este asunto.

En este mismo documento, como reflexión sobre las limitaciones que se identifican en la aplicación del marco legal preventivo en esta última década, se apuntan motivos que están claramente relacionados también con la escasa actividad preventiva en el ámbito psicosocial, como por ejemplo:

- Se ha puesto más énfasis en la aprobación de normas jurídicas que en el diseño y ejecución de políticas públicas en materia de prevención.
- Las políticas activas desarrolladas por los poderes públicos (sensibilización y concienciación, información, investigación, formación, incentivación económica) han sido débiles y dispersas, lo que ha dado lugar a la falta de generalización de una cultura de la prevención de riesgos laborales.
- Se ha prestado más atención a la seguridad que a la salud.

En definitiva, las políticas, estrategias y planes de acción públicos en materia de salud laboral hacen referencia a lo psicosocial de manera bastante genérica. Cuando se dirigen a colectivos, riesgos o daños específicos, las prioridades se asignan a objetivos como las empresas de mayor siniestralidad o las enfermedades profesionales[11].

11. Para más información sobre políticas y planes específicos ver el documento: Rodrigo, F., González, J., Daulle, M. Políticas, actividades y recursos en salud laboral de las Comunidades Autónomas. ISTAS, 2006.

[12]Deben evaluarse las políticas en términos de su impacto sobre la salud. Las prioridades preventivas deben establecerse, entre otros criterios, atendiendo al número de trabajadores expuestos. Según esto, el ritmo elevado, la monotonía, la falta de control o los movimientos repetitivos deberían estar a la cabeza de intervenciones en las empresas y programas y políticas de actuación públicas, pero la realidad es que son aspectos totalmente deficitarios en cuanto a atención preventiva.

1.2.4. Consultas técnicas realizadas al INSHT

Una de las actividades del INSHT es dar respuesta a consultas técnicas realizadas por todo tipo de agentes interesados en la prevención. En este caso, se ha considerado como un posible indicador más del nivel de actuación preventiva en materia psicosocial en nuestro país, analizando las consultas realizadas por escrito en el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (Barcelona), desde el año 2002 al 2006.

El porcentaje de consultas sobre psicosociología recibidas durante este periodo de tiempo no alcanza el 3%, salvo en el año 2002, que sube hasta casi el doble (5,9%). En cuanto a los temas, es residual la cifra de las consultas que tratan estrictamente de intervención preventiva. Principalmente se demanda asesoramiento sobre el riesgo psicosocial en general o afectando a diversos colectivos (dimensiones, efectos, etc.) y sobre la evaluación del riesgo. De hecho, en la evolución de estos cinco años (figura 2) se observa un progresivo desplazamiento de las consultas sobre el riesgo psicosocial hacia la evaluación.

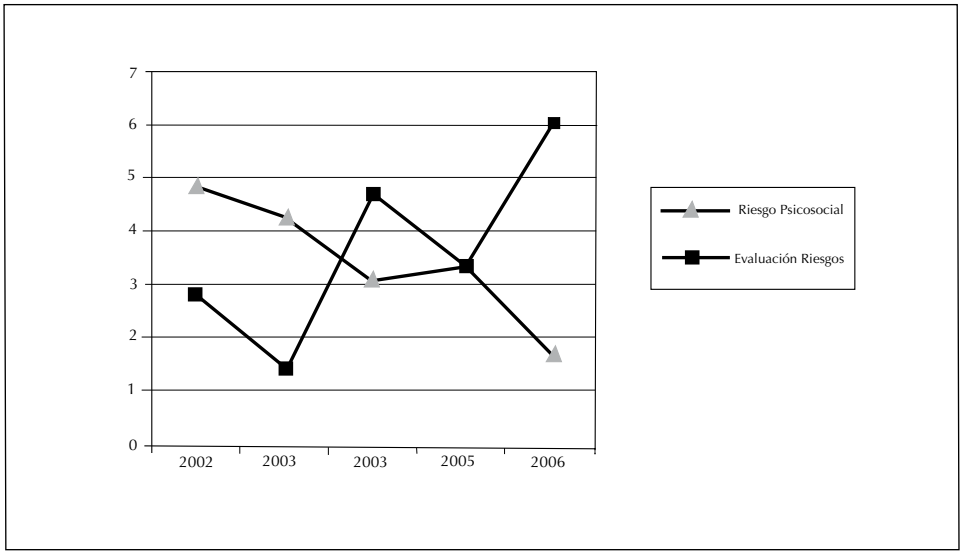


Figura 2. Distribución de las consultas sobre psicosociología en el CNCT entre 2002 y 2006, según tema (datos en %).

12. Benavides, F.G. (coord). Informe de Salud Laboral. España, 2006. Barcelona: Observatorio de Salud Laboral, 2007.

Si consideramos sólo las consultas realizadas al Departamento de Ergonomía y Psicosociología Aplicada del CNCT, la proporción de las dedicadas a temas específicamente psicosociales está entre el 35,7% y el 22,6%, siendo la media del 28,2%. Es decir, por cada 3,5 consultas sobre temas ergonómicos, hay una sobre temas psicosociales.

Estos datos confirmarían, en definitiva, que la actividad preventiva sobre las condiciones psicosociales de trabajo es limitada en comparación con la atención que se presta a otros tipos de riesgo.

1.2.5. Las publicaciones sobre intervención psicosocial

Consecuentemente con todo lo expuesto hasta aquí, son pocas en nuestro país las publicaciones sobre casos reales de intervención psicosocial (ver Anexo I), aunque a nivel internacional han surgido en los últimos años diversos documentos, por ejemplo los auspiciados por la Agencia Europea.

Algunos países del entorno europeo, especialmente los nórdicos, llevan años actuando en este ámbito y dando a conocer sus experiencias. Pero siempre es tentador acudir a las diferencias evidentes entre esas sociedades y la nuestra (valores culturales distintos, organizaciones más democráticas, ciudadanos más habituados a la participación social, Administraciones con más recursos, etc.) para explicar "por qué ellos pueden y nosotros no". Por ello tiene especial relevancia dedicar esfuerzos a describir y dar a conocer las experiencias que se desarrollan en España; analizarlas y compartirlas, de manera que se conviertan en instrumentos de aprendizaje. Mostrar cómo también en nuestro país es posible intervenir sobre el entorno psicosocial de trabajo.

2. EL CONTEXTO DE LA UNIÓN EUROPEA

En materia de prevención de riesgos laborales, como en muchas otras, lo que ocurra en nuestro país está fuertemente condicionado por el contexto de la Unión Europea, del que dimanan políticas, leyes e instrumentos. En la presente década hemos comprobado que existe una voluntad de ocuparse de los riesgos psicosociales a nivel de las políticas comunitarias, se han elaborado diversos materiales prácticos para ayudar a actuar sobre este tipo de problemática, y el diálogo social empieza a dar sus frutos.

2.1. El estado de la cuestión

La Agenda Social Europea, aprobada en el Consejo Europeo de Niza el año 2000, identificó el estrés como uno de los problemas del nuevo entorno laboral que debe contrarrestarse con medidas como la elaboración de normas y el intercambio de experiencias y buenas prácticas. En virtud de esta Agenda la Comisión Europea se comprometió a establecer una estrategia comunitaria sobre salud y seguridad.

En marzo de 2002 la Comisión Europea hizo pública la Estrategia comunitaria para el periodo 2002-2006[13]. Se basaba en un enfoque global del bienestar en el trabajo que tuviera en cuenta la evolución del mundo laboral y la aparición de nuevos riesgos, incluidos los psicosociales. Para ello, contemplaba iniciativas diversas que iban desde la elaboración de normativas al intercambio de buenas prácticas, poniendo mucho énfasis en el diálogo social.

Finalizado el periodo de vigencia de esta estrategia, y habiéndose hecho ya una primera evaluación de sus logros, una de las conclusiones evidentes es que no se ha propuesto ningún tipo de regulación legal sobre el riesgo psicosocial. Más bien al contrario, la Comisión muestra una tendencia a la normativa blanda (*soft laws*) en general en la políticas de la UE. Estamos en un momento político de "impás" legislativo, relacionado especialmente con la ampliación de la UE (los nuevos socios ya tienen suficiente cuerpo legislativo que adaptar e integrar). En ese sentido, resultan clarificadoras algunas de las conclusiones de una Conferencia Europea sobre seguridad y salud laboral celebrada en 2004[14]:

- Hay una evidencia arrolladora de que existen diferentes vías para mejorar los niveles de salud laboral en las empresas, incluso sin introducir nueva legislación.
- Las herramientas básicas para una mejora futura se relacionan sobre todo con el compromiso activo de los distintos agentes.
- La Comisión está buscando específicamente herramientas para complementar la legislación, que no es la única respuesta posible. También tiene como reto reforzar el cumplimiento de la legislación.
- El estrés, la depresión, el acoso sexual son difíciles de gestionar con legislación, requieren que empleadores y empleados hagan esfuerzos por llegar a acuerdos. Además, los cambios económicos constantes hacen inadecuada mucha de la actual legislación.
- La Comisión no quiere tener el monopolio de la regulación en salud laboral y busca implicar a agentes sociales y Estados miembros, especialmente para reforzar la legislación existente. Se parte de la hipótesis de que si la gente es capaz de ponerse de acuerdo respecto a un tema, existen más posibilidades de que cumplan lo que acuerdan que no lo que se les impone.

La nueva Estrategia comunitaria 2007-2012[15] tiene un enfoque mucho menos centrado en el bienestar en sentido amplio y más en la disminución de los índices de siniestralidad. Menciona los aspectos psicosociales sólo en tres ocasiones, relacionándolos con la promoción de la salud mental en el trabajo, la importancia de la negociación entre interlocutores sociales en la prevención de la violencia y la atención preferente que la investigación debe prestar a los "nuevos riesgos".

---

13. Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: Una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2002.
14. European Conference towards effective intervention and sector dialogue in occupational safety and health. Three days about soft laws and voluntary initiatives. Amsterdam: European Commissión, 2004.
15. Mejorar la calidad y la productividad en el trabajo: Estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2007-2012. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2007.

2.2. Instrumentos útiles

En estos últimos años se han desarrollado en el marco comunitario diversas actividades centradas en la problemática psicosocial. Buena parte de ellas tienen que ver con esa búsqueda de instrumentos que complementen la legislación con objeto de mejorar la seguridad y salud de los puestos de trabajo.

2.2.1. Guías, recomendaciones y buenas prácticas

Las entidades y organismos comunitarios son una buena fuente de materiales específicos sobre la gestión del riesgo psicosocial. Por un lado, publican estudios y documentos de carácter científico, como los diferentes informes específicos de explotación de las Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo de la Fundación Europea.

Pero también elaboran documentos muy prácticos y divulgativos dirigidos a los distintos agentes involucrados en la prevención en los lugares de trabajo (ver tabla 6): trabajadores, delegados, empresarios, técnicos. Muchos de ellos se pueden encontrar en castellano y son accesibles desde la web correspondiente.

	Guías / recomendaciones	**Estudio de casos / buenas prácticas**
Comisión Europea	Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo (2000). http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/Ke 4502361/	
Fundación Europea	Estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención (guía para pequeñas y medianas empresas. http://www.eurofound.europa.eu/areas/workorganisation/index.htm	Work related stress (2007).
Agencia Europea	Facts nº 8, 22, 23, 24, 30, 31, 32, 47, 74. http://osha.europa.eu/topics/stress	Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral en la práctica (2003). Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo (2003).

Tabla 6. Materiales divulgativos sobre prevención del riesgo psicosocial elaborados por organismos de la UE.

La Semana Europea que cada año organiza la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo estuvo, en 2002, dedicada al estrés. Ello generó varias publicaciones específicas, entre ellas dos recopilaciones de casos prácticos de intervención psicosocial desarrollados en distintos países de la UE. También se creó en la web un área temática sobre el estrés donde pueden encontrarse, además de los mencionados, otros materiales, casos y enlaces interesantes.

Por su parte, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo editó ya en 1995 un manual práctico dirigido a las pymes sobre cómo abordar el estrés en las organizaciones. Recientemente ha elaborado un estudio[16] revisando ejemplos de prevención del estrés en siete países comunitarios.

2.2.2. Diálogo social

Fruto de la negociación entre las principales organizaciones representantes de empresarios y trabajadores en la Unión Europea, se han firmado estos últimos años dos acuerdos marco sobre temas relacionados con el entorno psicosocial (ver Anexos II y III).

El primero[17] se dio a conocer en octubre de 2004, y ha entrado en vigor tres años más tarde. Su objetivo es proporcionar un marco a empresarios y trabajadores para identificar y prevenir o manejar los problemas del estrés relacionado con el trabajo. En España ha sido recogido íntegramente en el Acuerdo Interconfederal para la Negociación Colectiva (ANC) desde el año 2005, que lo considera un instrumento útil ya que "*proporciona pautas de referencia y criterios de actuación que pueden resultar de utilidad tanto para crear una sensibilización y mayor comprensión de esta materia, como para prevenir, eliminar o reducir el problema del estrés laboral*".

Aún es demasiado pronto para valorar su grado de aplicación a la dinámica cotidiana de las relaciones laborales en los diferentes Estados miembros. Algunos agentes temen que se quede sólo en el terreno de las buenas intenciones. Otros tildan su enfoque de excesivamente centrado en la vertiente individual, frente a la organizativa. En cualquier caso, tiene un gran valor como marco general para construir acuerdos que regulen las condiciones de trabajo y representa una oportunidad para abordar activamente los problemas psicosociales desde la empresa.

El segundo acuerdo[18] se firmó en 2007 y hace referencia al acoso y la violencia en el trabajo en sus distintas formas (física, psicológica, sexual). Sus objetivos son, al igual que en el acuerdo sobre estrés, aumentar el conocimiento y comprensión sobre estos temas y proporcionar un marco de acción para actuar sobre ellos desde la empresa.

3. LITERATURA SOBRE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Hay pocas intervenciones psicosociales, y menos aún intervenciones de las que se haga una cuidada y sistemática descripción y se evalúen los resultados obtenidos[19]. Aunque están aumentando las actuaciones en este campo, aún hay escasa evidencia de su eficacia, y se suele medir el éxito sólo a corto plazo.

16. Houtman, I. (2005): Op. cit.
17. Framework agreement on Work-related Stress, 2004.
18. Framework agreement on Harassment and Violence at Work, 2007.
19. Hoel, H., Sparks, K., Cooper, C. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence stress-free working environment. Geneva: ILO, 2000.

La literatura sobre intervención psicosocial puede agruparse en dos grandes tipos:

- Investigación sobre intervención, que se publica en forma de artículos científicos y que suele seguir metodologías cuantitativas (en ocasiones también cualitativas, como los estudios de casos).
- Recopilaciones de buenas prácticas, normalmente en formato de publicaciones de carácter más divulgativo.

3.1. Resumen de resultados y limitaciones

Algunos autores y/o entidades han realizado revisión y análisis de intervenciones publicadas en la literatura científica. No existe ninguna en España, por lo que se trata siempre de programas preventivos desarrollados en otros países.

La mayor parte de la investigación sobre intervención psicosocial se centra en programas de actuación sobre el individuo (por ejemplo, entrenamiento en técnicas de afrontamiento del estrés). Este tipo de estudios suelen ser de mejor calidad científica que los que analizan actuaciones sobre el entorno laboral organizativo (por ejemplo, rediseño del trabajo), y muestran resultados más consistentes y positivos. En ellos hay más información, y más concluyente.

En este sentido, hay incluso revisiones que comparan la efectividad de distintos enfoques de intervención[20] [21] dentro de los programas de actuación dirigidos a la persona. Las terapias cognitivo-conductuales parecen ser las más eficaces para reducir síntomas individuales, seguidas de las técnicas de relajación, el *counseling* y los programas de manejo de estrés. También se concluye que es esencial la atención temprana para volver al trabajo después de una ausencia debida a problemas psicológicos.

Una excepción a esta pauta fue el excelente libro encargado por la Organización Internacional el Trabajo[22], editado en castellano por el INSHT en 1996. Presenta una recopilación y análisis de diecinueve casos internacionales de intervención psicosocial, principalmente centrados en actuaciones sobre el entorno de trabajo, por contraste con las intervenciones paliativas y de subsanación.

En 2005, la Fundación Europea[23] examinaba ejemplos de prevención del estrés en una muestra de siete países europeos, entre los que se encontraba España. Llega a las mismas conclusiones que todas las revisiones de la literatura científica sobre intervenciones preventivas: la mayoría de la investigación existente se centra en intervenciones dirigidas al individuo, que buscan sobre todo la adaptación de la persona a su entorno. Aunque no se dispone de mucha evidencia científica real sobre la eficacia de la gestión del estrés a nivel organizativo, afirma, sí se están describiendo una cantidad significativa de buenas prácticas.

---

20. Van der Klink, J.L et al. The benefits of interventions for work-related stress. American Journal of Public Health 2001; 91: 270-6.
21. Reynolds, S. Interventions: what work's, what doesn't?. Occup Med 2000; 50 (5): 315-319.
22. OIT. La prevención del estrés en el trabajo. Condiciones de Trabajo, 8. Madrid: INSHT, 1996.
23. Houtman, I. (2005): Op.cit.

Lamontaigne y sus colaboradores han publicado recientemente un amplio informe[24]. Buscan modelos de buenas prácticas, y para ello revisan 90 estudios de evaluación sistemática de programas de intervención frente al estrés, publicados a lo largo de 15 años en la literatura internacional. Clasifican los casos según el enfoque de sistemas utilizado. Su primera conclusión es que está creciendo el número de estudios sobre intervención con un enfoque de calidad alta (con que ellos califican a los programas que combinan actuaciones sobre la organización y el individuo) y media (programas que actúan sobre la organización). También encuentran que el enfoque de sistemas bajo (centrado en la persona) es efectivo a nivel individual, pero tiende a no mostrar efectos favorables a nivel organizativo. En cambio, los enfoques superior y medio presentan efectos favorables tanto en el plano individual como en el de la organización.

En España, una búsqueda bibliográfica (realizada en el fondo documental del CNCT) sobre artículos publicados desde el año 2000 sobre intervención psicosocial arrojó un resultado de 42 documentos. De ellos, sólo cuatro hacían referencia a programas de implementación de medidas preventivas concretas en empresas (ver Anexo I). Todos ellos describen programas de gestión individual del estrés (enfoques cognitivo-emocional y conductual), basados en formación y entrenamiento. Los objetivos son tanto de adquisición de competencias aplicables al trabajo (mejora de la comunicación, gestión del tiempo, habilidades sociales, resolución de conflictos, etc.), como de recursos de autocontrol frente a los estresores. Algunos de los estudios realizados tienen un diseño experimental con grupos control y evaluación pre y post intervención, aunque sólo en uno de ellos el seguimiento dura un año. En algún caso los programas de actuación sobre el individuo se combinan con medidas de asistencia psicológica al empleado, medidas de flexibilidad de horarios y programas de detección de estrés. Aparte de los artículos científicos, se han editado recientemente dos recopilaciones de intervenciones psicosociales.

En definitiva, la bibliografía en nuestro país reproduce fielmente lo que venía ocurriendo a nivel internacional: es escasa y centrada en las intervenciones individuales.

La Fundación Europea identifica al menos tres causas que explican el desequilibrio a favor de los programas centrados en las personas y no sobre la organización:

- Los directivos a menudo siguen pensando que los problemas de estrés se deben a las personas, especialmente por su incapacidad para afrontar las demandas que las empresas marcan.
- Los directivos suelen estar interesados en no tener que cambiar mucho la organización del trabajo para resolver el problema.
- Es más fácil mantener las condiciones técnicas de un estudio experimental cuando se interviene sólo sobre los individuos, que cuando se interviene a nivel organizativo: garantizar la aleatorización, crear un grupo control y hacer el seguimiento, evitar cambios en el grupo objeto de intervención diferentes de los puramente experimentales, etc.

24. Lamontagne, A.D., Keegel, T., Louie, A.M., Ostry, A., Landsbergis, P.A. A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. Int J Occup Environ Health 2007; 13: 258-280.

Efectivamente, una serie de limitaciones metodológicas relacionadas con razones de tipo técnico, ético, práctico y legal dificultan el uso de diseños de investigación potentes y rigurosos en las intervenciones que actúan en el terreno organizativo. Ello hace difícil demostrar una estricta relación causa-efecto en este tipo de programas.

A menudo los programas de intervención organizativa son evaluados como un tratamiento, y por eso a veces no generan efectos visibles. De hecho, no hay ninguna razón para asumir que una intervención preventiva de tipo organizativo produzca beneficios inmediatos.

Además, existe una gran heterogeneidad en los estudios, lo que complica establecer comparaciones entre ellos, y llegar a conclusiones sobre la evidencia empírica de unas y otras formas de actuar frente al riesgo. Es difícil interpretar la eficacia de programas específicos debido a las diferencias en cuanto a objetivos y destinatarios, diseño y metodología de las intervenciones[25].

Por otra parte, un informe sobre los efectos que la cambiante organización del trabajo puede tener en la salud, publicado por el NIOSH en 2002[26], apuntaba que existen otros modelos de intervención organizativa no necesariamente relacionados con salud ni basados en evidencias, que juegan un importante papel en la adopción/difusión de intervenciones sobre las organizaciones. Estos otros enfoques (que pueden ir desde nuevas formas de organización del trabajo hasta las políticas de conciliación, por ejemplo) estarían en contraste con el modelo de salud pública basado metodológicamente en la identificación del problema, la intervención y la evaluación, y pueden convertirse en impedimento a la hora de promover intervenciones dirigidas a mejorar la salud.

[27]Sin embargo, la mayor parte de las revisiones continúan promoviendo los méritos de las intervenciones a nivel organizativo, aunque suponen más tiempo y dificultad, basándose en argumentos como:

- Prevenir es mejor que curar.
- Cuando se trata de intervención primaria, es mejor abordar las causas a nivel organizativo.
- Si el trabajo es realmente estresante, incluso los trabajadores más fuertes podrían desarrollar problemas de salud relacionados con el estrés.

3.2. Recomendaciones

Existe unanimidad sobre la necesidad de que se evalúen las intervenciones psicosociales, se analicen con rigor y se obtenga cada vez mayor grado de información que permita llegar a conclusiones (ver tabla 7). Todo ello es necesario para establecer estándares y recomendaciones útiles para facilitar la acción preventiva en las empresas, guías y materiales prácticos dirigidos a los agentes que intervienen.

---

25. Jordan, J., Gurr, E., Tinline, G., Giga, S., Faragher, B., Cooper, C. Beacons of excellence in stress prevention. Research Report 133. Health and Safety Executive, 2003 http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr133.pdf.
26. Sauter, S.L. et al. The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People. Knowledge Gaps and Research Directions. NIOSH, 2002 http://www.cdc.gov/niosh/02-116pd.html.
27. Houtman, I. (2005): Op. cit.

Son necesarios también los estudios científicos, donde se comprueba cuáles son las intervenciones que mejor funcionan y por qué, y su divulgación. Debe disponerse de evidencia empírica sobre los modelos y estrategias de intervención psicosocial. Se debe fomentar la evaluación de las buenas prácticas existentes, con objeto de identificar los factores de éxito y su divulgación sistemática.

Como afirma Kristensen[28], la investigación sobre estos temas es importante sencillamente porque queremos saber si las intervenciones en los lugares de trabajo tienen o no el efecto deseado. Los estudios de intervención son importantes para evaluar la implementación de los cambios en el lugar de trabajo: cómo, en qué medida y bajo qué condiciones es posible mejorar el entorno laboral. Necesitamos estudiar todos los pasos del proceso de intervención, desde la planificación e implementación hasta los efectos en la salud, pasando por el impacto en la exposición.

Hay que llevar la investigación a la práctica.

Hay que difundir las buenas prácticas existentes; fomentar su evaluación con objeto de facilitar la identificación de los factores de éxito y su divulgación sistemática.

Sigue habiendo preguntas sin respuesta sobre la eficacia relativa de los distintos tipos de intervención, lo que pone de manifiesto la necesidad de evaluar las intervenciones.

El éxito futuro en este área pasa por la creación de redes de interacción y colaboración entre responsables de las políticas, investigadores, interlocutores sociales, profesionales de la salud laboral.

Tabla 7. Algunas conclusiones en la clausura de la Semana Europea del Estrés[29], 2002.

Hay que describir las bases teóricas de las intervenciones (por qué y cómo se espera que una intervención mejore la salud), para que se entienda mejor por qué la intervención funciona, y sea más fácil la generalización a otras situaciones. También sería bueno que se unificasen los indicadores de efectos empleados en las intervenciones psicosociales, lo que facilitaría la comparación entre unas y otras.

En un mundo globalizado, de constantes cambios organizativos, algunos autores[30] remarcan la necesidad de investigar más sobre los efectos que en la salud tienen fenómenos propios de una organización del trabajo tan dinámica (como el *downsizing*, o la intensificación del trabajo), las prácticas organizativas ya aplicadas (como las relacionadas con la calidad o la RSC), o la legislación y las políticas públicas que previsiblemente disminuyen la sobrecarga de trabajo (como las políticas de conciliación).

28. Kristensen, T.S. Intervention studies in occupational epidemiology. Occup Environ Med 2005; 62: 205-210.
29. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo. Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo: perspectivas europeas. Forum 9.2003
30. Sauter, S.L., et al (2002): Op. cit.

II
DEL DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA A LA ACCIÓN

1. PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

Llegados a este punto, y vistos los antecedentes que dibujan el panorama en nuestro país y en nuestro entorno más inmediato, el INSHT ha considerado oportuno recopilar experiencias prácticas de intervención psicosocial desarrolladas en empresas españolas o que cuentan con centros de trabajo en nuestro territorio.

El INSHT, como órgano público científico-técnico de ámbito estatal en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, tiene como una de sus misiones la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo. En este sentido, asume como propia la función de facilitar la difusión de actuaciones preventivas en materia de riesgo psicosocial, y de contribuir a la creación y fortalecimiento de redes de intercambio y colaboración entre los distintos agentes implicados en la prevención de riesgos laborales.

Se pretende presentar casos en los que se demuestre que es posible pasar del diagnóstico del problema a la acción preventiva; algo especialmente necesario en el ámbito psicosocial, donde existe todavía una menor actividad preventiva en las empresas, y donde se perciben diversas dificultades. La mayoría de empresas en nuestro país no han realizado aún una evaluación de los riesgos psicosociales; pero quizá lo más llamativo sea que una buena parte de las que sí lo han hecho se han quedado ahí. Es decir, la evaluación del riesgo se convierte a menudo en un informe presentado y acompañado por una propuesta de medidas preventivas, pero no se traduce en un plan de actuación implementado y evaluado. No se actúa sobre las condiciones de trabajo para mejorarlas y disminuir o eliminar el riesgo. Como mucho, se realiza alguna actividad formativa o asistencial dirigida a los trabajadores.

Por este motivo se consideró especialmente necesario dar a conocer ejemplos de intervención desarrollados en nuestro país. Mostrar empresas y organizaciones

"de carne y hueso", cercanas, de nuestro ámbito cultural y socio-económico, que han dado el paso y están actuando en el terreno psicosocial para conseguir que las personas trabajen en un ambiente más saludable.

Los objetivos generales son:

- Estimular la actividad de las empresas españolas en materia psicosocial, promoviendo acciones prácticas.
- Generar espacios de intercambio de información.
- Proporcionar pautas sobre cómo desarrollar actuaciones preventivas en este terreno.

Para ello se han definido los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y seleccionar experiencias reales de intervención psicosocial en nuestro país.
- Analizar las experiencias para identificar factores de éxito y obstáculos a salvar.
- Ponerlas al alcance de los distintos agentes implicados en la prevención, prestando especial atención al nivel de descripción de los casos.
- Facilitar orientaciones prácticas para la intervención preventiva en materia psicosocial.

Los destinatarios del texto son:

- Técnicos de prevención y trabajadores designados.
- Delegados de prevención y de personal.
- Directivos, responsables de recursos humanos, calidad, producción, mandos intermedios.
- Médicos y ATS/DUE de empresa.
- Asesores en prevención pertenecientes a organizaciones empresariales, sindicales, profesionales.
- Investigadores en materia de Salud Laboral.
- En general, todos aquellos agentes interesados en la generación de un entorno psicosocial saludable en el ámbito laboral.

Con objeto de establecer un lenguaje común que facilite el intercambio de información, se utilizó la siguiente definición de intervención psicosocial*: Actividades dirigidas a actuar sobre las condiciones de trabajo del entorno psicosocial (básicamente, organización del trabajo y relaciones humanas) o sobre los propios individuos, con la intención de mejorar el bienestar y la salud de los trabajadores y eliminar o minimizar su exposición a estos factores de riesgo*.

2. METODOLOGÍA

Se ha optado por el estudio de casos, una metodología cualitativa de investigación. Esta técnica es ampliamente utilizada en las ciencias sociales, y proporciona datos descriptivos que permiten estudiar un fenómeno complejo dentro de su contexto real. Respondiendo a preguntas del tipo "cómo" o "por qué" permite indagar en los mecanismos causales y generar teorías con capacidad explicativa.

2.1. Criterios de selección

Al estilo del procedimiento habitual en este tipo de procesos de identificación de experiencias prácticas, se establecieron unos criterios de selección. Los casos deben cumplir, en la medida de lo posible, los siguientes requisitos:

- Intervenciones reales, no teóricas, que hayan sido aplicadas.
- Que respondan a una necesidad real, partiendo de un adecuado análisis de las causas.
- Implicación y compromiso activo de la Dirección y la estructura.
- Participación activa de trabajadores y mandos en cada una de las fases de la intervención.
- Enfoque sistemático y secuenciado, que establezca una clara estructura de tareas y responsabilidades, y siguiendo un programa definido.
- Intervenciones más centradas en las causas que en los efectos.
- Combinación de medidas colectivas e individuales, dirigidas a la organización y a las personas.

Del mismo modo, se excluyen explícitamente:

- Las evaluaciones de riesgos psicosociales, si no van acompañadas de la descripción de la aplicación real de medidas o actuaciones preventivas.
- Las actividades formativas aisladas, siempre que no formen parte de un programa más amplio y coherente de intervención.
- Los productos o servicios comercializables.

A partir de aquí se inició un proceso de pre-selección a través de informantes clave, que permitió detectar una serie de experiencias que, en principio, respondían al perfil deseado.

2.2. Orientaciones para la descripción de los casos

Uno de los objetivos fundamentales de esta publicación es describir con detalle los procedimientos seguidos por organizaciones de nuestro entorno para actuar sobre los riesgos psicosociales del trabajo. Desde el primer momento se consideró que las propias entidades, a través de las personas que han estado estrechamente vinculadas a cada una de las intervenciones, eran las más idóneas para exponer cada experiencia. Nadie lograría transmitir tanta riqueza de información, conseguiría explicar con tanta precisión cómo se han hecho las cosas.

Con ese propósito, se elaboró un guión para facilitar a las organizaciones la descripción de los casos, proponiendo pautas referentes tanto a la forma como al contenido. Se comenzó la difusión entre los informantes y empresas preseleccionadas en noviembre de 2005, realizando la invitación formal a participar en el proyecto. Se les ofrecía, igualmente, la posibilidad de que fuera el INSHT quien se ocupara de la descripción de su intervención psicosocial, recopilando para ello todos los datos necesarios.

El guión de contenidos (ver Anexo IV) pretende homogeneizar el texto y supone un esfuerzo de sistematicidad a la hora de describir cada paso del recorrido. Interesan los resultados finales obtenidos en la intervención, pero sobre todo interesa conocer

el **proceso** de la intervención, el **cómo**. Para ello se definieron una serie de apartados que proporcionan una guía del proceso (diseño, implementación y evaluación de las actuaciones preventivas), incluyendo los que en la literatura sobre intervenciones psicosociales se identifican como elementos que aumentan la probabilidad de éxito de este tipo de programas. Se incluyen también otros elementos menos analizados en la actividad preventiva psicosocial, pero igualmente de utilidad; por ejemplo, no estamos aún en condiciones de plantearnos estudios basados en el análisis de coste-beneficio en las intervenciones psicosociales en la empresa -como se hace en otros países o en otros ámbitos preventivos-, pero incluir también ese punto de vista parece coherente para caminar en la dirección de proporcionar las mayores evidencias posibles sobre los efectos de las intervenciones psicosociales.

3. EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Se presentan nueve casos prácticos. En primer lugar hay que advertir que no son los únicos ejemplos de intervención psicosocial que se están desarrollando actualmente en nuestro país, ni se ha pretendido seleccionar a los mejores. Pero sí son una muestra de actuación sistemática y planificada sobre aspectos relativos al entorno psicosocial de trabajo y representan diferentes formas de abordar este tipo de riesgos.

Los casos no intentan ser una muestra representativa de los sectores/ocupaciones con mayor prevalencia de riesgo psicosocial en nuestro país. Por ejemplo, los trabajadores temporales, las mujeres con doble jornada -laboral y doméstica-, las cajeras de hipermercado, los operarios de líneas de montaje de electrónica o las trabajadoras textiles son colectivos con alta exposición a entornos psicosociales poco saludables que no aparecen en esta muestra de intervenciones.

La selección de las experiencias es intencionadamente heterogénea tanto en el tipo de intervención preventiva (primaria, secundaria, terciaria), como en el tipo de agentes que las lideran/intervienen (SPP, delegados de prevención, asesores externos, etc.), o el tipo de enfoques y metodologías. Se ha intentado mostrar una amplia diversidad, dentro de unos requisitos de selección. Y acompañar esa diversidad de una detallada información sobre el proceso de intervención, la evaluación de los resultados, los factores de éxito y las dificultades.

El objetivo último es facilitar la potencialidad de transferencia de las experiencias a otras empresas, situaciones o sectores. Por supuesto, teniendo presente que cada uno de los casos ocurre en un determinado contexto que condiciona absolutamente su desarrollo, y que no hay soluciones universales, exportables sin más.

En cuanto a los sectores, participan empresas tanto públicas como privadas de actividades que van desde el transporte hasta la sanidad, pasando por la elaboración de cavas o la enseñanza universitaria. Como era de esperar, son mayoría las experiencias del sector servicios, en primer lugar, dada la distribución de actividades productivas en nuestro país; y en segundo término, puesto que este tipo de actividades determinan, en general, una mayor atención hacia los riesgos psicosociales.

La exposición de los casos evidencia que, a pesar del aún escaso volumen de

intervenciones preventivas en nuestro país sobre este tema, es factible actuar con éxito en el ámbito psicosocial cuando realmente se tiene voluntad de abordarlo. Hay cada vez más empresas que han iniciado la experiencia, buscando soluciones a su medida, y han llegado a la necesidad de actuar desde distintos puntos de partida. Se insiste en la necesidad de tratar el riesgo psicosocial igual que a los demás riesgos, es decir, cumpliendo los mismos procedimientos en cuanto a su abordaje, y aplicando los mismos principios preventivos universales recogidos en la LPRL, lo que incluye la prioridad de las intervenciones primarias, que actúan sobre los factores de riesgo y no exclusivamente sobre las personas que los padecen.

CASO 1 IMPLANTACIÓN DE CÍRCULOS DE PREVENCIÓN EN UNA EMPRESA DE ELABORACIÓN DE CAVAS

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Cavas Codorníu, bodega ubicada en Sant Sadurní d'Anoia (Barcelona), comarca del Alt Penedès; perteneciente al Grupo Codorníu, dedicado a la elaboración de vinos y cavas.

Informante: Adelina Beneit i Roig.
Responsable del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Grupo Codorníu.
Avinguda Jaime Codorníu s/n, 08770 Sant Sadurní d'Anoia
Tel: 938 183 232; Fax: 938 910 822; E-mail: a.beneit@codorniu.es

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

El Servicio de Prevención del Grupo Codorníu, en cumplimiento de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (artículo 4.7) y del RD 39/1997 del Reglamento de Servicios de Prevención (artículos del 3 al 5), y habiendo realizado la identificación y evaluación de riesgos teniendo en cuenta los aspectos relacionados con la seguridad, la higiene y la ergonomía, da un paso más y se plantea inicialmente la identificación de los riesgos psicosociales en Cavas Codorníu.

Este planteamiento coincide con un cambio de Delegados de Prevención en el Comité de Seguridad y Salud (CSS). En el seno de dicho Comité, y a través del asesor en materia de salud laboral de CCOO, sindicato mayoritario en el Comité de Empresa, se baraja la posibilidad de realizar la evaluación de riesgos psicosociales utilizando el método ISTAS-21 (CoPsoQ).

El Servicio de Prevención expresa su acuerdo en utilizar dicho método para realizar la evaluación, y a petición del CSS así lo manifiesta a la Dirección de Cavas Codorníu, obteniendo una respuesta muy favorable. Los técnicos de ISTAS se reúnen con la Dirección de la empresa y con el CSS para explicar las características técnicas del método y su forma de aplicación.

A partir de este momento, Cavas Codorníu firma con ISTAS un documento comprometiéndose a realizar la evaluación y, lo más importante, a aplicar medidas preventivas en función de los resultados obtenidos.

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

El colectivo destinatario de la intervención es la plantilla de Cavas Codorníu, una bodega del Grupo Codorníu destinada a la elaboración de cavas, con un número de 280 trabajadores, lo que representa aproximadamente un 35% del total del Grupo. La mayoría de los trabajadores son hombres, operarios de producción directa; trabajan a dos turnos, de mañana y tarde, con horario continuado. La contratación es indefinida y la antigüedad media de la plantilla es alta.

Por decisión de todas las empresas pertenecientes al Grupo (Codorníu, S.A., Legaris,S.L., Raimat,S.A., Bodegas Bilbainas,S.A. y Cellers Scala Dei,S.A.) se acordó la constitución de un Servicio de Prevención Mancomunado entre dichas empresas ya que pertenecen al mismo sector productivo y grupo empresarial, tal como está previsto en el artículo 21 del RD 39/1997.

El Servicio de Prevención Mancomunado (SPM) asume como propias las especialidades de Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicosociología Aplicada, y concierta externamente la Vigilancia de la Salud.

Los recursos humanos a nivel técnico son los que se expresan en la figura 3. Cabe señalar que en cada centro de trabajo de las cinco empresas del Grupo se

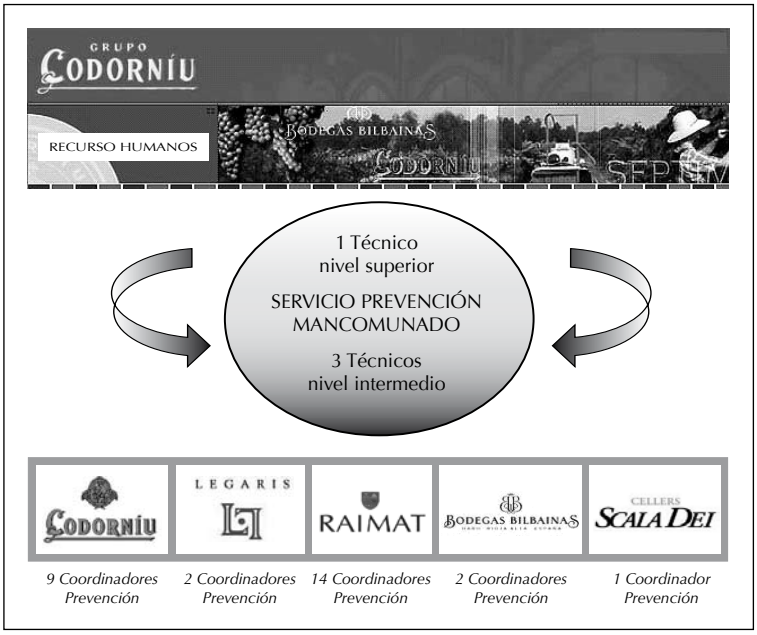


Figura 3. Recursos humanos del Servicio de Prevención Mancomunado.

dispone de la figura del Coordinador de Prevención, que es la persona de contacto con los técnicos del SP. Además se da la circunstancia de que en Cavas Codorníu se encuentra ubicado físicamente el Servicio de Prevención.

Por lo que se refiere a la representación de los trabajadores, en la figura 4 se muestra en qué empresas del grupo, en función del tamaño de la plantilla, se dispone de Comité de Seguridad y Salud o de Delegados de Prevención (DP).

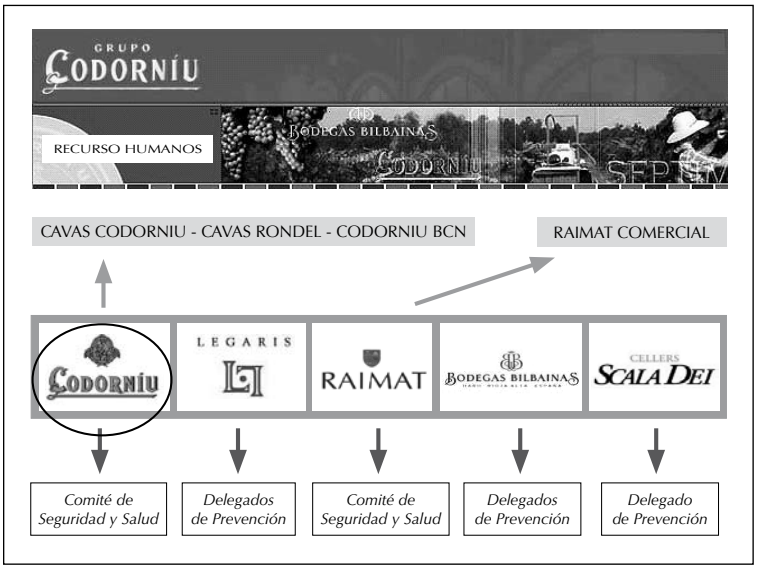


Figura 4. Representación de los trabajadores en materia de salud laboral en el Grupo Codorníu.

Durante el mes de julio de 2002 se inicia el proyecto de evaluación de riesgos psicosociales en Cavas Codorníu. Es la **primera etapa** de un largo proceso, que empieza por el acuerdo total en el seno del Comité de Seguridad y Salud primero, y con la Dirección del centro después, sobre el método a utilizar y la posterior designación de un *Grupo de Trabajo* creado "ad hoc" para liderar el proyecto.

En dicho grupo se incluyen los representantes de los trabajadores de CCOO y de UGT, el Responsable del Servicio de Prevención y un representante de la Dirección de la empresa.

El *Grupo de Trabajo*, siempre con el acompañamiento de los técnicos de ISTAS, inicia la **segunda etapa** en octubre de 2002, desarrollándose las siguientes fases:

- Definición del alcance de la evaluación: unidades de análisis.
- Adaptación del cuestionario a la realidad de Cavas Codorníu: preservación del anonimato.
- Diseño de la forma de distribución, respuesta y recogida: preservar confidencialidad y garantizar participación.
- Edición del material y reunión informativa: sesión para todos los trabajadores.
- Entrega y recogida del cuestionario: la entrega en sesión informativa y la recogida en urnas para preservar el anonimato.

- Informatización de datos: a cargo de una entidad externa, con coste a la empresa, para asegurar la confidencialidad.
- Análisis de datos: realizado por los técnicos de ISTAS.

Dentro del contexto metodológico utilizado, disponer de los resultados cuantitativos del cuestionario no proporciona aún toda la información necesaria para implementar acciones preventivas concretas. Por ello, con los datos obtenidos se continúa el proceso de intervención, que se describe en los siguientes apartados.

4. OBJETIVOS

A partir de este momento, a corto plazo se plantean como objetivos generales el análisis e interpretación de los resultados del cuestionario; a medio plazo, la propuesta, priorización y aprobación de medidas preventivas.

El *Grupo de Trabajo* resumió las necesidades de mejora en cinco objetivos (ver tabla 8), que abordan diferentes áreas de las condiciones psicosociales de trabajo. Dentro del calendario de aplicación de medidas, el primer objetivo específico de la intervención es **Enriquecer el trabajo**, ya que el origen de la exposición son los trabajos repetitivos y monótonos, con escaso margen de autonomía y con pocas posibilidades de aplicar las propias habilidades y conocimientos y de aprender cosas nuevas. Es en este objetivo en el que se centra la intervención descrita en este texto.

Hay que concretar las medidas preventivas destinadas a eliminar o reducir la exposición a la baja influencia con relación a las propias tareas o las de la sección de trabajo, las bajas posibilidades de desarrollo en el trabajo, las altas exigencias sensoriales y el alto conflicto de rol.

5. MARCO TEÓRICO

ISTAS-21 (CoPsoQ) es una adaptación a la realidad española del Cuestionario Psicosocial de Copenhagen, desarrollado por el Instituto de Salud Laboral de Dinamarca. Identifica y mide la exposición a condiciones de trabajo y su organización, que aumenten la probabilidad de alterar el estado de salud de los trabajadores. La adaptación de dicho método en España fue liderada por ISTAS.

El referente teórico de este instrumento son, básicamente, los modelos de estrés *Demandas-control-apoyo social* y *Esfuerzo-Recompensa* (Karasek, 1977; Johnson y Hall, 1988; Siegrist,1995). A partir de ellos se pueden agrupar en cuatro grandes áreas las dimensiones de la organización del trabajo y sus condiciones, que afectan a la salud de los trabajadores:

- Exigencias psicológicas del trabajo
- Control sobre los contenidos y las condiciones de trabajo
- Apoyo social
- Compensaciones del trabajo

El método identifica y mide 21 dimensiones que forman parte de los cuatro grupos antes mencionados.

Cabe reseñar que el manual de este método incluye no sólo un cuestionario para evaluar riesgo psicosocial, sino toda una guía metodológica para intervenir en este ámbito: desde el acuerdo sobre las condiciones necesarias para iniciar la evaluación del riesgo, hasta el seguimiento de la eficacia de las medidas preventivas implementadas. En este caso se han seguido las distintas fases del recorrido, lo que supone un enfoque metodológico determinado, basado en la participación activa de los trabajadores en todas las etapas del proceso, y orientado a una acción preventiva concreta y eficaz.

6. FACTORES SOBRE LOS QUE SE ACTÚA

En el objetivo dirigido a enriquecer el trabajo se actúa, principalmente, sobre cuatro factores: baja influencia en el trabajo, alto conflicto de rol, altas exigencias sensoriales y bajas posibilidades de desarrollo en el trabajo.

7. FASES Y METODOLOGÍA

En junio de 2003 los técnicos de ISTAS entregan el "Informe de resultados de la encuesta de identificación y medida de factores de riesgo de naturaleza psicosocial" a la Dirección del centro y al Servicio de Prevención. A partir de este momento se acuerda con la Dirección mantener el *Grupo de Trabajo*, con el objetivo de interpretar los resultados del Informe, analizando el origen de las exposiciones desfavorables para la salud.

Entre julio y diciembre de 2003 se sitúa la siguiente etapa, desarrollándose seis sesiones de trabajo por parte del grupo designado, de aproximadamente cuatro horas de duración cada una, donde se debaten los cuatro grandes bloques que agrupan las 21 dimensiones evaluadas. Es una etapa muy importante en la que los miembros del *Grupo de Trabajo* tienen muy presente que la prevención es una tarea de todos los agentes sociales de la empresa.

A lo largo del año 2004 se desarrolla la etapa de propuesta de medidas preventivas frente a los factores de riesgo psicosocial. Dichas propuestas se concretan a través de la definición de cinco grandes objetivos de intervención, como muestra la tabla 8, desarrollados por el *Grupo de Trabajo*, y que agrupan algunas de las dimensiones que pueden representar un riesgo para la salud.

Se presentan y discuten con la Dirección del centro los objetivos y las propuestas, y se aprueban. Luego se presentan en sesión informativa a todos los trabajadores.

A partir de febrero de 2005, se inicia la siguiente fase del proceso con la aplicación de medidas preventivas, concretando que el primer objetivo de intervención va a estar destinado a enriquecer el trabajo. Se priorizó este objetivo básicamente por dos razones: para actuar sobre la dimensión peor valorada en la evaluación (había

Objetivo	Origen del problema	Factores afectados	Ejemplo de medidas
A. Enriquecer el trabajo.	Trabajos repetitivos y monótonos, muy similares, con escaso margen de autonomía y pocas posibilidades de aprender cosas nuevas.	- Baja influencia. - Alto conflicto rol. - Altas exigencias sensoriales. - Bajas posibilidades de desarrollo en el trabajo.	Crear círculos de prevención con participación directa de trabajadores.
B. Implementar una política de Recursos Humanos enfocada a las personas.	Falta de una política de Recursos Humanos.	- Baja estima . - Baja calidad de liderazgo . - Altas exigencias de esconder emociones.	Sensibilizar a trabajadores y mandos para implementar esta nueva política.
C. Mejorar los procesos.	Trabajos en líneas de producción .	- Bajo control sobre los tiempos de trabajo. - Altas exigencias cuantitativas.	Análisis y revisión conjunta de los procesos.
D. Definir y valorar puestos de trabajo.	Variación salarial debida a la rotación de puestos (plus de calificación y mantenimiento).	- Alta inseguridad.	Creación de una comisión paritaria al efecto.
E. Implementar una política de comunicación sobre la cotidianidad.	Falta de información a tiempo sobre lo que afecta al trabajo diario.	- Baja previsibilidad.	Asistencia de la Dirección del centro a los *Círculos de Prevención*.

Tabla 8. Definición de los cinco grandes objetivos de intervención

una gran prevalencia de exposición a baja influencia en el trabajo), y porque se valoró que actuando sobre este factor podrían obtenerse también mejoras en otros, como el conflicto de rol o las posibilidades de desarrollo.

Los pasos que se han seguido para la intervención sobre el objetivo e*nriquecer el trabajo* son los siguientes:

A) Escoger grupos piloto para la intervención preventiva

A partir de los resultados de la evaluación, se proponen dos grupos piloto: uno es el compuesto por los encargados de sección (mandos intermedios) y el otro está formado por los trabajadores de las secciones de Stocks y Tiraje[31], que compartían encargado. Se pactó empezar por Stocks por ser una sección con un grupo de trabajo muy consolidado, de 17 personas con gran experiencia en su trabajo; también porque en él había dos delegados, uno de ellos miembro del *Grupo de Trabajo*, lo que permitía más mecanismos para realizar seguimiento del proceso y velar por que se desarrollara dentro del contexto de intervención psicosocial que se había generado.

31. Del catalán *tiratge*, hace referencia al proceso de embotellado.

B) Informar y formar respecto a cómo será la intervención y los procedimientos
Antes de poner en marcha la iniciativa, y para comprobar cuál podría ser la receptividad de la plantilla, los delegados hablaron con el colectivo de trabajadores y celebraron dos sesiones en las que participó el 95% de la sección. En ellas se identificaban problemas habituales, y se pedían propuestas de acciones; una de las conclusiones fue que los trabajadores sí querían un espacio de participación.
Para estos dos grupos piloto se realiza una primera sesión formativa con el objetivo de aprender técnicas de trabajo en equipo y de resolución de problemas. La formación la realiza un consultor externo, durante mayo-junio de 2005, desarrollándola en dos jornadas formativas de cuatro horas cada una. La información contextual la realiza el Servicio de Prevención.

C) Constitución de los *Círculos de Prevención*
Después de conseguir los objetivos formativos, cada uno de los grupos se constituye en *Círculo de Prevención*, con participación voluntaria de los miembros.
El *Círculo* tiene un doble objetivo:

- Primero, analizar las tareas que se realizan en cada una de las secciones y todas las tareas que se realizan en otros departamentos de la empresa para que funcionen dichas secciones. El hilo conductor del círculo son los diagramas de flujo de las tareas de la sección y sus interrelaciones.
- Después, proponer alternativas a la forma de trabajar y a los procesos actuales, que conlleven un enriquecimiento del trabajo permitiendo la participación de los trabajadores en las decisiones relacionadas con las propias tareas y las de la sección, haciendo trabajos con más contenido que permitan aplicar conocimientos, aprender cosas nuevas.

Los *Círculos de Prevención* cuentan con la ayuda de un moderador y un observador. Los técnicos de ISTAS que nos han asesorado en el proceso actúan como moderadores, y un miembro del *Grupo de Trabajo* es el observador de los *Círculos*. El resultado de los *Círculos* es una relación de posibles medidas preventivas destinadas, en este caso, a enriquecer el trabajo, que necesariamente se deben analizar para poder rediseñar el proceso.
Respecto a la dinámica, los *Círculos* se reúnen en horario de trabajo, creando así un espacio específico que antes no había (no se celebraban reuniones de sección). Las sesiones duran entre media hora y una hora, tiempo durante el que se detiene la producción, con el compromiso por parte de todos de que se debe recuperar el trabajo, lo que en la práctica no supone una sobrecarga.
En principio, se estableció una periodicidad semanal, que luego fue ajustándose en función de las necesidades. Por ejemplo, se decidió espaciar las reuniones en la sección de Stocks para que hubiese tiempo material de aprobar y aplicar algunas de las propuestas que hacía el propio *Círculo*, ya que es importante visualizar los resultados para retroalimentar el proceso y dotar de sentido la participación en los grupos.
El Director asiste a algunas reuniones de los *Círculos:* al principio, para hacer visible su implicación en el proceso y formalizar el espacio de encuentro; después, con una periodicidad mensual. Al inicio de la reunión el encargado comenta cuál es el trabajo a realizar durante la próxima semana y cómo y

quiénes lo tienen que realizar. A partir de aquí, se abre el debate con preguntas, propuestas, etc.

D) Aplicación de medidas preventivas

Los Círculos de Prevención de las secciones de Tiraje y Stocks identificaron un conjunto de medidas preventivas destinadas al enriquecimiento del trabajo. La fase de análisis de dichas propuestas y de diseño de recomposición de proceso se realiza a partir de septiembre de 2005.

Las propuestas surgidas en cada *Círculo* son recogidas en un acta por el encargado. Algunas son resueltas directamente por él, y se aplican de manera rápida. Otras, por su envergadura o complejidad, son canalizadas por el encargado en las reuniones semanales con Dirección, lo que puede dilatar en el tiempo su implementación. Cuando hay propuestas que no son aprobadas, Dirección explica y justifica razonadamente los motivos.

Los *Círculos de Prevención* analizan separadamente el conjunto de tareas que se realizan en las secciones, detectan diversas deficiencias y realizan propuestas que se pueden agrupar en dos tipos:

- Propuestas de soluciones a problemáticas concretas que afectan a la producción y al bienestar de los trabajadores.

  Se trata de un conjunto de medidas destinadas a afrontar problemáticas concretas o puntuales relacionadas con la producción. Afectan al bienestar de los trabajadores porque pueden resultar altamente estresantes, en tanto que dificultan que la producción pueda salir a tiempo y con el nivel de calidad exigido. La mayoría de ellas pueden ser implementadas de manera más o menos inmediata, en algún caso seguramente después de un estudio técnico.

  Todas las propuestas requieren la creación de espacios formales para que puedan ser formuladas, discutidas e implementadas, y constituyen en sí mismas ejemplos de valor añadido en la participación directa de los trabajadores. Las reuniones de sección pueden constituir este espacio de formulación y discusión.
- Propuestas destinadas al enriquecimiento del trabajo en las secciones.

  Se trata de un grupo de medidas destinadas a enriquecer el trabajo consiguiendo aumentar la variedad de tareas que realiza cada uno de los trabajadores de la sección, dotando dichas tareas de un mayor contenido. *Contenido,* en este contexto, significa complejidad de tareas y participación en la toma de decisiones que les afecten.

  Dichas propuestas son las más adecuadas desde el punto de vista de la prevención de riesgos psicosociales, ya que van dirigidas a mejorar la influencia y las posibilidades de aplicación y desarrollo de habilidades y conocimientos. Además, presentan ventajas adicionales en tanto que pueden contribuir potencialmente a la mejora de otras dimensiones psicosociales, como el refuerzo, el soporte social, el sentimiento de grupo, la calidad del liderazgo y la estima.

En las tablas 9 y 10 observamos los escenarios donde se han desarrollado las reuniones de sección, y la forma de participación en el mantenimiento, reparación,

modificación y adquisición de maquinaria, instalaciones y materiales. La primera sería un ejemplo de las "propuestas de solución a problemáticas concretas", mientras que la segunda ilustra el apartado "propuestas para el enriquecimiento".

8. AGENTES IMPLICADOS

El proceso de intervención en su conjunto está siendo extraordinariamente participativo, y en ello radica una de las condiciones indispensables para que funcione. Hay, por tanto, muchos colectivos y figuras implicados; intentaremos destacar el papel de algunos de los más decisivos.

El *Grupo de Trabajo***,** compuesto por SPM y DP, ha sido el verdadero motor de la experiencia, liderando el proceso. Su papel, además de adaptar y preparar la fase de evaluación de los riesgos, ha sido fundamental a la hora de analizar e interpretar cualitativamente los resultados del cuestionario, identificando el origen de las exposiciones concretas a los riesgos y elaborando propuestas específicas para mejorar las condiciones de trabajo. Desarrolla, por tanto, funciones de propuesta, consulta, seguimiento; y también toma decisiones sobre muchos aspectos técnicos y metodológicos de la propia intervención.

El *Grupo* es una entidad creada expresamente para este proceso, lo que le confiere un valor diferente al que representa la suma de sus partes. Pero sus componentes por

	Propuesta	Acuerdo
Objetivos	Regularizar un espacio de participación, discusión, propuesta y acuerdo sobre la realización cotidiana de las tareas.	Dirección se compromete con el objetivo y ofrece no solo el espacio de participación sino que se involucra personalmente asistiendo periodicamente a las reuniones.
De qué se habla en las reuniones	Todo lo que pueda afectar a la producción, que se deba conseguir durante la semana, (ejemplo: cómo y dónde se deben colocar las botellas, quién lo hace...), problemas detectados en la producción (ejemplo: palés que se rompen) y propuesta de soluciones.	Hay evidencia de las reuniones con Dirección y Servicio de Prevención. Información del proceso: acta de las reuniones entre encargado y trabajadores y de las que, además, asiste Dirección.
Cuándo	Después de la reunión del encargado con Dirección de producción.	También cada vez que haya una situación que lo requiera: Tiraje de Rondel en S.Sadurní.
Participante	Todos los trabajadores de la sección.	Todos los trabajadores de la sección de Tiraje y Stocks.
Medidas acompañantes	- Crear el espacio de tiempo. - Refuerzo (feed-back de lo que se ha hecho con las propuestas).	Reuniones con el encargado y periodicamente con la Dirección y el Servicio de Prevención. Se debe retornar la información.

Tabla 9. Escenario para reuniones de sección. Propuesta de solución a problemáticas concretas

Objetivos	- Aumentar de manera regular la variedad de las tareas: mantenimiento y pequeñas reparaciones. - Influir en las mejoras de maquinaria e instalaciones: los mecánicos deben escuchar a los trabajadores. - Influir en la adquisición de maquinaria y materiales: compras, calidad, laboratorio... escuchan a los trabajadores. - Incluir tareas de mayor complejidad: reparaciones, control y propuesta de modificaciones.
Cuándo	- Puntualmente, cuando los mecánicos realicen las operaciones de reparación, mantenimiento y modificación de maquinaria e instalaciones. - Cuando se estudie la compra de materiales. - Regularmente, para determinadas operaciones de reparación y mantenimiento.
Participante	Todos los trabajadores de la sección de Tiraje y Stocks.
Medidas acompañantes	Formación en el "aprender haciendo" con los mecánicos. Crear el espacio de tiempo

Tabla 10. Participación en el mantenimiento, reparación, modificación de maquinaria e instalaciones en el momento de modificación de la sala de Tiraje

separado también han tenido un papel decisivo en la experiencia. El *Servicio de Prevención* ha intentado ejercer un papel de asesor neutral, ni más ni menos que como lo define la normativa, proporcionando las garantías técnicas del proceso, siendo reconocido tanto por Dirección como por los trabajadores. Con su trabajo y actitud ha contribuido al máximo consenso y entendimiento ente ambas partes, ha velado porque el proceso no se pervierta y se mantenga al margen de los lógicos conflictos en las relaciones laborales entre representantes de los trabajadores y Dirección.

Por su parte, los *Delegados de Prevención* han tenido un papel clave en proporcionar confianza a los trabajadores y credibilidad al proceso. Han aportado la visión de los trabajadores desde el diagnóstico de los problemas a la implementación de las medidas, y son el interlocutor con Dirección. Tienen también un importante papel en el seguimiento constante de los *Círculos*, lo que permite reconducir la dinámica si es necesario, asegurándose de que no se pervierten los fines.

Desde el principio se tuvo claro que la concreción de las medidas preventivas debían realizarla los *trabajadores* de las secciones implicadas, por razones de tipo tanto metodológico como operativo. Su participación voluntaria en los *Círculos de Prevención* y las propuestas que aportan dan sentido a toda la intervención. El propio proceso ha servido para que los trabajadores adquieran confianza en la participación; las evidencias han convencido a los que al principio se mostraban más reticentes o reacios a implicarse.

La *Dirección* del centro ha apostado desde el primer momento por la actuación en el ámbito psicosocial. Se ha comprometido y eso, en la cultura de esta empresa, signi-

ficaba que si iniciaba un camino era para continuarlo hasta el fin. Su compromiso se ha hecho visible, por ejemplo, asistiendo y participando en reuniones de trabajo en distintos momentos del proceso. La disposición de recursos materiales y temporales destinados a la intervención ha sido otra forma de concretar su implicación.

El rol de los *encargados* de sección ha sido imprescindible en la medida que enriquecer el trabajo de los operarios afecta directamente algunas de sus funciones tradicionales. Su actitud puede dinamizar o torpedear extraordinariamente el funcionamiento de los *Círculo*s. De hecho, en algunas secciones se ha requerido más tiempo para ponerlos en marcha debido a la necesidad de formar y preparar adecuadamente a los mandos para esta nueva forma de trabajar; tanto como persona que lidera la dinámica grupal del *Círculo*, como por los cambios en algunas competencias que se deriven de las propuestas del propio *Círculo*, espacialmente las relacionadas con que los trabajadores tengan cada vez más influencia en la forma de organizar el trabajo de la sección.

9. RESULTADOS OBTENIDOS

Las imágenes que se muestran a continuación son parte de la presentación hecha por el *Grupo de Trabajo* con la participación y apoyo de la Dirección a todos los trabajadores en marzo de 2006, con el objetivo de mostrar datos concretos sobre la aplicación y los resultados obtenidos con la implantación de las propuestas surgidas de los *Círculos de Prevención*. Se presentan las acciones desarrolladas en cada sección.

9.1. Sección Stocks

Entre julio de 2005 y marzo de 2006 se celebran 17 reuniones de los *Círculos de Prevención*.

Listado de medidas preventivas a aplicar para corregir, por ejemplo, situaciones como las ilustradas en la figura 5:

- Comunicación plan de producción semanal.
- Cambio asientos carretillas Bosch.
- Cambio luces carretillas.
- Reubicar botellas para ganar espacio.
- Mejorar iluminación rampas.
- Mejoras en seguridad decantadores.
- Colocar fuentes de agua en la sección.
- Aplicar normativa tabaco.
- Mejorar suelo de Cava Catalunya para facilitar desplazamiento cargas.

Hasta el momento actual se han implantado diversas medidas que han proporcionado avances en distintos ámbitos:

- Mejorar procedimientos de trabajo concretos.
- Mejor mantenimiento de las instalaciones.
- Mejoras en la señalización del producto almacenado, disminuyendo las posibilidades de errores.

Figura 5. Algunas situaciones a corregir en la sección de Stocks antes de la intervención.

- Mejoras en las condiciones de trabajo ambientales, así como en el orden y limpieza.
- Facilitación del reciclaje, aportando los medios necesarios y evitando que suponga una carga de trabajo.

Las mejoras a nivel psicosocial se comentan más adelante, en el apartado de evaluación de la intervención.

Resumen de las mejoras aplicadas:

- Subida de botellas al piso 0, colocando una persona en el turno de tarde para alimentar los ascensores.
- Modificar la tarea de arrimar el tiraje, mejorando las tareas posteriores de desarrimado y decantado al evitar unas 400 maniobras/jornada.
- Ampliar la separación desde la pared en el arrimado del tiraje, para mejorar el espacio reducido en el decantado.
- Añadir un soporte en los decantadores, lo que aumenta la seguridad y evita roturas de material.
- Partir en dos los tableros de los decantadores, con lo que se economiza al tener que cambiar sólo el material desgastado.
- Alargamiento de los ganchos de decantar, lo que evita tener que recoger del suelo unos 100 palés/jornada.
- Modificación de los vagones transportadores procedentes de Rondel, lo que mejora la seguridad de transportista y carga.
- Dotación de una pistola a presión para mejorar la limpieza y mantenimiento de las máquinas de romover.
- Adaptación de decantadores para los *packs magnum*, lo que evita la necesidad de cambiar de palé y ahorra esfuerzo físico.
- Uso de etiquetas adhesivas para marcar las zonas de trabajo y señalización de tareas y espacios.

- Uso de nueva máquina de barrer durante 5 h/jornada.
- Baterías de recambio para las carretillas.

9.2. Sección Tiraje

Entre julio de 2005 y febrero de 2006 se celebran cuatro reuniones de los *Círculos de Prevención* conjuntas con la sección de Stocks, más otras tres de Tiraje.

Listado de medidas preventivas a aplicar:

- Rodapiés flejadora línea 1 y despaletizador línea 2.
- Mejorar aislamiento acústico del proceso (colocar doble cristal).
- Colocar contenedores para residuos.
- Dotar de armarios para útiles limpìeza.
- Cambiar plataformas de trabajo.
- Cambiar distribución interior palés para optimizar orden en la sección.
- Reubicación tableros al lado del paletizador.
- Colocar extractor.
- Mejorar superficies de trabajo.
- Insonorizar motores rodillos.
- Reorganizar turnos.
- Mejorar iluminación sala.
- Colocar perímetro de seguriad en elevador.
- Creación vestuarios y comedor.
- Dotación de taburetes ergonómicos.
- Mejorar los EPI.
- Dotación de baterías recambio traspaletas.

Todas estas mejoras fueron aplicadas en el cambio de la sala de tiraje. En las figuras 6 a 10 se pueden apreciar distintos detalles de la sección antes, durante y después de la intervención.

La actividad de los *Círculos* en la sección de Tiraje se ha visto ralentizada por varios motivos. En primer lugar, se trata de una sección con trabajo estacional (desde fin de año hasta junio, aproximadamente). A lo largo del proceso de intervención ha habido un cambio de encargado, por jubilación del que hasta entonces compartían con la sección de Stocks. El nuevo encargado provenía de otro centro de trabajo, recientemente fusionado con el de S. Sadurní, con una cultura preventiva sensiblemente diferente. Ello puso de manifiesto la necesidad de repetir la actividad formativa sobre riesgo psicosocial y sobre trabajo en equipo, dirigida a los nuevos encargados.

En ambas secciones, durante las primeras reuniones de los *Círculos*, surgieron dificultades: conflictos entre encargados-trabajadores, reproches, la tentación de que aquel espacio de encuentro se convirtiera en una ocasión para sacar a relucir problemáticas de todo tipo. La figura del observador, delegado de prevención, miembro del *Grupo de Trabajo*, fue muy útil para detectar estas situaciones y reconducir la dinámica del *Círculo* para que no se pervirtieran sus objetivos iniciales. Poco a poco, todos fueron comprobando que el *Círculo* funcionaba y era útil, y la participación se normalizó e incluso fue aumentando.

Figura 6. Sección de Tiraje antes de la intervención (I)

Figura 7. Sección de Tiraje antes de la intervención (II).

10. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Respecto a los objetivos relacionados con el propio proceso de evaluación y actuación sobre el riesgo psicosocial, se ha llevado a cabo la interpretación cualitativa de los resultados del cuestionario, para todas las unidades de análisis previamente definidas. Esta actividad se ha realizado mediante mecanismos que aseguran la participación activa de mandos, trabajadores, Dirección y delegados. Ello facilita que el grado de

Figura 8. Sección de Tiraje durante la intervención.

Figura 9. Sección de Tiraje después de la intervención (I).

Figura 10. Sección de Tiraje después de la intervención (II).

conocimiento sobre la problemática a tratar y la implicación de los distintos agentes en el centro de trabajo sean resultados clave para la continuación del proceso.

Por lo que se refiere al objetivo específico de enriquecer el trabajo, sigue en marcha la planificación de medidas preventivas concretas, habiéndose consolidado en las secciones de Stocks y Tiraje.

En las secciones donde aún no se habían instaurado los *Círculos* se ha considerado necesario que estuviese presente en el arranque de la dinámica alguna de las personas que han estado involucradas en todo el proceso de intervención. Por ello, una vez reincorporada la responsable del SPP, Cavas Codorníu tiene previsto impulsar los *Círculos de Prevención* en las secciones de Carga, Expedición A y Expedición B, Logística, Celler, Benjamín, y Administración y Técnicos a partir de finales de 2007.

El grupo piloto compuesto por encargados no se llegó a constituir en *Círculo de Prevención* debido a los cambios ocasionados por la fusión de centros, comentada anteriormente. Una vez realizada la formación pertinente, se pretende incorporarlos a la dinámica de la intervención psicosocial desde diciembre de este mismo año.

Los datos de seguimiento corresponden a la sección de Stocks. Como **indicadores cualitativos** de evaluación, hasta el momento se han utilizado las opiniones de diversos agentes internos involucrados en la intervención. Dichas opiniones han sido recogidas formalmente mediante dos mecanismos de seguimiento: las actas de las reuniones periódicas del *Grupo de Trabajo* y las notas de las reuniones de los *Círculos de Prevención*, elaboradas por los propios trabajadores.

Estas herramientas sirven para valorar si estas reuniones son útiles para alcanzar el primero de los cinco grandes objetivos de intervención psicosocial (ver tabla 8). Los *Círculos de Prevención* son la concreción de la medida preventiva "establecer mecanismos de participación grupal en la toma de decisiones relativas a la propia tarea y sección". Su objetivo era reducir las exposiciones a cuatro de los riesgos detectados en la evaluación psicosocial: la escasa influencia, las elevadas exigencias sensoriales, la falta de posibilidades de desarrollo en el trabajo y el alto conflicto de rol.

La puesta en marcha de los *Círculos de Prevención* ha permitido mejorar el grado de influencia que los trabajadores tienen sobre las tareas propias y las de su sección, así como proporcionar oportunidades para que cada cual desarrolle sus propias habilidades. Paralelamente, la dinámica grupal favorece la disminución de los conflictos de rol. Han mejorado las relaciones sociales entre todos los trabajadores de la sección, incluyendo el encargado, así como la comunicación y la organización del trabajo cotidiano en la sección. Varias de las medidas aplicadas se dirigen a mejorar las condiciones ambientales y materiales de las instalaciones y equipos de trabajo, de modo que se adapten lo mejor posible a las exigencias sensoriales del trabajo y no las acrecienten.

A medio plazo, cuando el proceso esté consolidado en todas las secciones, está previsto aplicar de nuevo el cuestionario de evaluación psicosocial como mecanismo de evaluación de la eficacia de la intervención. De ese modo se obtendrán **indicadores cuantitativos** de evaluación.

Ha disminuido la conflictividad en los equipos y también las incidencias de producción. Y ha habido una mejora evidente en las condiciones de trabajo, además de las psicosociales, en las ambientales, de seguridad y ergonómicas. Podrían presentarse cifras de porcentajes de propuestas de los *Círculos* aprobadas e implantadas, pero no se considera adecuado este indicador cuantitativo para evaluar la intervención. Las propuestas son muy diversas en cuanto a su contenido, complejidad de aplicación o repercusión, y traducirlo a números o plazos de respuesta podría simplificar en exceso (hacia el triunfalismo o todo lo contrario) el proceso.

Uno de los elementos que más nos ayudan a valorar lo que estamos haciendo es la satisfacción de todos los que intervienen en el proceso. En ese sentido, se considera de especial relevancia la progresiva integración voluntaria en los *Círculos* de personas que al principio desconfiaban de ellos y no participaban.

11. COSTE

No se hizo un presupuesto de la intervención pero, si hubiera que hacer una valoración económica, habría dos costes directos claros:

- Las horas de producción empleadas, máxime en una intervención en la que participan activamente diversos agentes y durante un periodo de tiempo prolongado.
- La formación para trabajadores y encargados sobre trabajo en equipo y riesgo psicosocial, realizada por personal externo.

En este caso no se considera que la existencia de un presupuesto resultase necesario o beneficioso para la intervención en sí misma o para la cultura preventiva en general. Es más, puede que una valoración de los costes directos hubiera implicado mayores dificultades para poner en marcha la intervención.

En último termino, creemos que, además de invertir para preservar la salud de los trabajadores, la intervención está siendo rentable a nivel social, y que eso tiene repercusiones económicas a medio y largo plazo para la empresa.

12. VALORACIÓN FINAL

A nivel macro, podrían identificarse varios elementos que han favorecido una experiencia como esta. El primero es el apoyo claro de la Dirección. Cada empresa tiene su cultura y en la nuestra, si Dirección se compromete, luego no te deja por el camino. Esto se relaciona estrechamente con otra de las condiciones necesarias, que es tener claro que se trata de un proceso a largo plazo, y era importante afrontarlo con la mentalidad de que, si lo empezábamos, iríamos hasta el final.

El hecho de disponer de SPP implica algunas ventajas (conocer el entorno, los distintos agentes y la cultura de la empresa) a la hora de argumentar a Dirección, buscar alianzas, aprovechar al máximo los recursos disponibles. También ayudó el hecho de tener consolidados otros temas de prevención, lo que hacía que el SPP se hubiese ganado ya un respeto y credibilidad tanto ante Dirección como ante los trabajadores.

Ha sido un elemento imprescindible el consenso en el CSS y entre SPP y DP, que desde el primer momento estuvieron de acuerdo en el instrumento para evaluar los riesgos y en la metodología a seguir durante la intervención. La implicación de la parte social en todo el procedimiento facilita la transparencia de la intervención y la confianza e implicación de los trabajadores.

A nivel micro, o más relacionado con el propio procedimiento de la intervención, algunas recomendaciones serían:

Empezar haciendo una prueba piloto, en un colectivo en el que se den las condiciones más favorables para poner en marcha la intervención y controlar su evolución. En nuestro caso la sección de Stocks era la más adecuada, y la dinámica y resultados obtenidos nos han permitido lograr ánimos, argumentos y aprendizajes para hacerla extensible a otras secciones.

Es importante que las propuestas generadas por los *Círculos* sean tenidas en cuenta formalmente, analizadas y aplicadas oportunamente. De otro modo, la creación de una dinámica de expectativas no cumplidas generaría desconfianza y resistencia ante cualquier actuación posterior.

Del mismo modo, debe haber un constante *feed-back* desde y hacia el *Círculo de Prevención*. Debe informarse periódicamente del estado de aprobación y aplicación de las medidas que se proponen. Y el resto de la empresa debe visualizar la labor del *Círculo*. Lo mismo ocurre con el *Grupo de Trabajo*: su labor debe ser transparente para el conjunto de los agentes de la empresa.

Es importante que exista un control periódico del funcionamiento del propio *Círculo*, y mecanismos para desatascar posibles obstáculos. Por ejemplo: la posibilidad de aclarar malentendidos o actitudes inadecuadas de algunas figuras clave, detallar información sobre cambios importantes que afecten al trabajo de la sección involucrada, etc. Se trata de evitar que el *Círculo* se pervierta convirtiéndose en un espacio no constructivo, de reproches y reticencias. En el caso de la sección de Stocks, facilitaba esta labor el hecho de que el observador del *Círculo*, delegado de prevención, participara también en el *Grupo de Trabajo*, y dispusiera de acceso directo a Dirección para resolver estos temas.

El papel del encargado es crucial en las reuniones de la sección, como transmisor de la estructura de la empresa, como receptor de las iniciativas y propuestas de los trabajadores. Son decisivas las acciones concretas encaminadas a involucrarles en el proceso, por ejemplo, que se les haya formado/informado y proporcionado los recursos, tiempo y confianza necesarios para que empiecen a funcionar de modo distinto al tradicional.

Sant Sadurní d'Anoia, noviembre 2007

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Moncada, S., Llorens, C. (2004). Método COPSOQ ISTAS21. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). http://www.istas.ccoo.es/descargas/m_metodo_istas21.pdf.

CASO 2 INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL MEDIANTE PROCESO DE MEDIACIÓN EN CONFLICTO MULTIPARTES

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Centro perteneciente a una empresa de servicios sociales con ámbito de actuación en la provincia de Barcelona.

Informante: Beatriz Murillo García
Técnica de Prevención.
Associació Mancomunitat Sanitària de Prevenció
Avinguda Tibidabo, 21. 08022 Barcelona
Tel: 932 531 841, Fax: 932 111 428, E-mail: bmurillo@chc.es

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

En enero de 2005 desde la Dirección del centro de trabajo objeto de evaluación e intervención se detectan problemas en el clima laboral y un aumento de las bajas en la plantilla, informándose al Servicio de Prevención.

El Servicio de Prevención (SP) decide incluir en la planificación para ese año la elaboración de un taller de formación – intervención, con el objeto de detectar y evaluar los riesgos psicosociales.

La acción planificada consistía en lo siguiente:

- Detectar, mediante la aplicación de técnicas cualitativas, las percepciones y necesidades de los trabajadores en relación con la interacción con los usuarios, dadas sus peculiaridades e incidentes que van surgiendo.
- Generar un marco en el que el trabajador tenga la posibilidad de expresar sus inquietudes y pensar sobre su día a día del trabajo desde un espacio de confianza y confidencialidad ajeno a la organización.
- Dar información a los trabajadores que les permita comprender cómo, trabajando determinadas conductas y actitudes, pueden mejorar la calidad de relación que se establece con el usuario, el acompañante (si es el caso) y los diferentes componentes del equipo de trabajo.
- Dar formación a todos los trabajadores sobre los riesgos derivados del trabajo con discapacitados físicos, en sentido tanto psicosocial como ergonómico.

Antes de llevar a cabo la actividad planificada un grupo de trabajadores realiza una denuncia a la Inspección de Trabajo, que insta a realizar la evaluación de riesgo psicosocial en el plazo de cuatro meses. Dicho requerimiento hace que se adelante la fecha de puesta en marcha de la actividad que ya estaba planificada.

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

Se trata de una empresa de servicios sociales que consta de diferentes centros de trabajo, dedicados a los ámbitos de la salud y la educación especial, gestionados por unos servicios centrales comunes (gerencia, dirección, administración, recursos humanos, mantenimiento, informática, etc.). Su ámbito geográfico de actuación es la provincia de Barcelona.

En el centro de trabajo en el que se realiza la evaluación y posterior intervención psicosocial, la actividad que se desarrolla consiste en dar atención y cuidado personal a discapacitados físicos que, debido a sus especiales características, lo precisan para su actividad diaria.

El colectivo destinatario de la intervención es toda la plantilla, que está compuesta por un director de centro, catorce cuidadores y un auxiliar administrativo. Además, hay un equipo interdisciplinar compuesto por: un psicólogo, un trabajador social, un fisioterapeuta y un diplomado universitario en enfermería, responsable higiénico sanitario, que desarrollan actividades en el centro una media aproximada de cuatro horas a la semana (excepto la fisioterapeuta, que tiene asignadas siete horas).

La modalidad del Servicio de Prevención de la empresa es la de Propio Mancomunado. El servicio está compuesto por un equipo de técnicos que realiza las evaluaciones iniciales e informes específicos, actividades de formación e información, elabora los protocolos y asesora a los coordinadores que hay en cada centro de trabajo y al resto de profesionales que están encargados de ejecutar actividades preventivas concretas.

En el centro de trabajo donde se realiza la intervención hay un médico del trabajo, un coordinador de prevención y una serie de trabajadores que desarrollan tareas relacionadas con la organización de la prevención: registro y comunicación de accidentes de trabajo, coordinación de visitas para vigilancia de la salud, coordinación de sesiones de formación e información, planificación, seguimiento y actualización de evaluaciones de riesgos, planes de emergencia, medidas preventivas, coordinación con empresas subcontratadas, etc.

En la organización de la prevención se realizan reuniones mensuales a las que asisten el representante de adjunto a gerencia, el coordinador de prevención, un técnico de prevención y las personas de la plantilla que desarrollan tareas relacionadas con la prevención de riesgos laborales en su empresa. Además, según el tema que se esté trabajando, también asisten los profesionales que puedan estar implicados, por ejemplo: responsable de mantenimiento, responsable de formación, directores de centros, etc. El Comité de Seguridad y Salud es intercentros, está compuesto por ocho personas y se reúne una vez al mes.

La intervención psicosocial que se ha llevado a cabo en el centro se inició en abril de 2005 y se puede dividir en varias etapas:

- Detección y valoración de los riesgos psicosociales: 4 meses.
- Intervención mediadora: 6 meses.
- Introducción paulatina de cambios organizativos: 6 meses.
- Reevaluación psicosocial para valorar la incidencia de los cambios que se han implantado: 2 meses.

4. OBJETIVOS

Objetivos a *corto plazo*:
- Identificar y evaluar los factores de riesgo psicosocial de origen laboral.
- Generar, a partir de la técnica de evaluación que se aplica, un ambiente de confianza que rebaje la tensión que existe en el momento y ayude a introducir las posteriores actuaciones preventivas.
- Elaborar y presentar propuestas preventivas.

Objetivos a *medio plazo*:
- Aprobar una planificación de medidas preventivas, consensuada con el Comité de Seguridad y Salud y la Dirección del centro.
- Iniciar las acciones preventivas con una fase de mediación.
- Mejorar la calidad de las relaciones.
- Restablecer la confianza en el equipo de trabajo.
- Una vez se han trabajado aspectos emocionales, reubicar a trabajadores más antiguos que entienden que no han de seguir interactuando con ciertos usuarios concretos.

Objetivos a *largo plazo*:
- Minimizar la exposición a riesgos psicosociales, mejorar el ambiente de trabajo y la calidad de las relaciones y dotar al personal de las habilidades necesarias para manejar situaciones de tensión e interactuar con el equipo de trabajo y el usuario.
- Dotar al personal de las herramientas y habilidades necesarias que les permitan trabajar en equipo y prevenir la aparición de conflictos, tanto en la interacción dentro del equipo como con el usuario.
- Revisar de manera conjunta los protocolos de trabajo y realizar evaluaciones y actualizaciones periódicas.
- Fomentar la participación de todos los trabajadores en las reuniones de trabajo.
- Reforzar los circuitos de comunicación e información.
- Programar el volumen y tiempo de trabajo asignados para cada turno de manera conjunta.
- Establecer un sistema de rotación de personal de manera consensuada.

5. MARCO TEÓRICO

En el estudio de las condiciones de trabajo y salud laboral la identificación y valoración de los factores de riesgo psicosocial es necesaria no sólo para evitar consecuencias negativas en los trabajadores y en la organización, sino también para promocionar el bienestar y la satisfacción, la calidad de vida laboral y un correcto desarrollo de los procesos de trabajo.

Cuando se habla de factores psicosociales en el ámbito laboral se hace referencia a un concepto complejo y polifacético, y en 1986 la OIT lo definía como "*las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las con-*

diciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia" .

En toda interacción y relación social se generan situaciones de conflicto. El conflicto no debe ser siempre entendido como algo negativo, pero sí que cada vez deviene más necesario crear los marcos adecuados de sistemas de resolución para que éstos puedan ser tratados y solventados.

La mediación es un proceso en el que una tercera persona neutral interviene con la finalidad de facilitar el entendimiento entre las partes, para que sean éstas las que solucionen sus conflictos de manera cooperativa, eficiente y eficaz, a través de un acuerdo que incluye los intereses y las necesidades de todas las partes involucradas.

El fin último estaría en la construcción de soluciones integradoras y consensuadas, según la Recomendación del Consejo de Ministros de los Estados Miembros*: "La mediación es un proceso en el que un tercero que no está directamente interesado en las cuestiones que son objeto de conflicto, facilita la comunicación entre las partes para ayudarles a resolver dificultades y alcanzar acuerdos*".

Con un proceso de mediación se consigue:

- Interactuar bajo la comprensión y el respeto.
- El auto-reconocimiento de las partes y enfoque desde los intereses.
- Ayudar en el respeto de los valores individuales y colectivos.
- Crear protocolos para tomar decisiones.
- Mejorar el espacio entre las partes.
- Ordenar la comunicación.
- Valorar la información.
- Hacer el conflicto trabajable, transformable.
- Ayudar a utilizar la comunicación como base del acuerdo.
- Conseguir herramientas para construir acuerdos.

La mediación tiene en cuenta que los elementos que más a menudo se relacionan con el conflicto tienen mucho que ver con el cambio, el crecimiento y el desarrollo de las personas y de los grupos y las relaciones que se establecen. Todo ello con la finalidad de mantener una relación sana y mutuamente satisfactoria, que ayuda a replantearse la cultura o la estructura de poder de la relación.

El proceso se desarrolla mediante la combinación de reuniones conjuntas, o en su caso por separado, con el objeto de que el mediador llegue al mejor entendimiento de todos los implicados para poder ayudarles a resolver el conflicto. La mediación es totalmente confidencial, el mediador no divulgará a terceros ningún aspecto relativo a los asuntos tratados por las partes. Por tanto, el mediador será la persona que atenderá a las partes y les ayudará a resolver sus diferencias pero no tendrá autoridad para imponerles una solución. Es necesario destacar que se trata de un proceso totalmente voluntario, que tanto las partes como el mediador pueden decidir dejar en cualquier momento que consideren oportuno.

6. FACTORES SOBRE LOS QUE SE ACTÚA

- Malas relaciones interpersonales.
- Falta de reconocimiento.
- Ausencia de *feedback* sobre el trabajo.
- Problemas con la evaluación del rendimiento.
- Sobrecarga emocional.
- Exigencias de esconder emociones.
- Riesgo de *Burnout*.
- Trato con clientes (usuarios), clientes conflictivos.
- Falta de autonomía.
- Exposición a violencia de usuarios.

7. FASES Y METODOLOGÍA

A continuación se detallan las fases de proceso que corresponden a tres etapas fundamentales: la evaluación de la exposición, la propuesta y planificación de actividades preventivas y la intervención propiamente dicha.

7.1. Evaluación de la exposición a riesgo psicosocial

Se realiza evaluación de riesgo psicosocial en el centro de trabajo, el objetivo es identificar factores de riesgo psicosocial, establecer las acciones correctoras, medidas preventivas y estrategias de intervención a adoptar.

7.1.1. Selección y diseño de la metodología de trabajo en el Comité de Seguridad y Salud

Debido a la propia complejidad de los factores psicosociales (dependen de aspectos de la organización y de cómo estos aspectos son vividos y percibidos por los trabajadores) y a las características del centro y sus usuarios (participan de manera activa en el funcionamiento del centro), resulta necesario identificar los factores de riesgo psicosocial por grupos, equipos y ambientes de trabajo. Se requiere la participación de los trabajadores, mandos intermedios, agentes sociales y expertos.

Según procedimiento de trabajo del SP se proponen en el marco del Comité de Seguridad y Salud las diferentes metodologías y técnicas existentes para la evaluación de riesgos psicosociales, objetivos, ventajas e inconvenientes de cada técnica, y es aquí donde se consensúa la técnica a utilizar y se diseña el trabajo de campo. En esta ocasión y partiendo de las características del centro y de la problemática que presenta, se decide utilizar metodología de evaluación cualitativa: se proponen la técnica de entrevista semi-estructurada y la técnica de grupos de discusión. Teniendo en cuenta la situación que está viviendo el centro se elige finalmente la primera opción.

La entrevista semi-estructurada o semi- dirigida es una técnica de investigación basada en el método cualitativo que permite obtener cierta información deseada de un sujeto determinado de antemano, mediante una conversación directa siguiendo un guión previo y preciso. Como técnica de recopilación, va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre; en ambos casos se recurre a una guía, que puede ser un formulario o un guión orientativo con una serie de cuestiones para conducir la conversación.

En cuanto al trabajo de campo, con la ayuda del asesoramiento del personal técnico se toman las siguientes decisiones:

- Elegir el momento y lugar adecuado, esto es, no interrumpir tareas urgentes y que el entrevistado cuente con el tiempo necesario evitando tener que cortar el discurso. Por ello se realiza todo un *planning* de entrevistas en el que se cuenta con suplentes.
- Disponer en el centro de trabajo un lugar que reúna las condiciones adecuadas: un sitio tranquilo, cómodo, que permita en todo momento sensación de confidencialidad en aquello que el entrevistado esté transmitiendo.
- Registrar o grabar los discursos, que es una de las ventajas que ofrece la técnica de la entrevista, permite detectar interesantes aspectos complementarios a los verbales (entonación, pausas, dudas, etc). En esta ocasión se decidió no recurrir a la grabación porque se pensó que podía generar cierta hostilidad o incomodidad en los entrevistados, y se utilizó un sistema de recogida de datos mediante anotación.
- Consensuar el discurso que utilizarían todos los posibles informantes (Direcciones, DP, representantes del Comité de Empresa, etc.) acerca del proceso de evaluación. También se establecieron unas instrucciones para realizar la entrevista (evitar influir en el entrevistado, no expresar asombro ante ninguna respuesta, crear una corriente de empatía de manera que facilite las mejores condiciones comunicativas posibles).

7.1.2. Reunión con Direcciones y Coordinador de Prevención del Centro

Se celebra una reunión donde el técnico del SP, en función de lo que se ha consensuado en el Comité de Seguridad y Salud, confecciona una agenda de entrevistas e incide en la importancia de mantener el mismo discurso y ser cuidadoso con los requisitos que especifica la técnica y requisitos de trabajo de campo. Siempre con el objetivo de no sesgar ni influenciar los discursos que construirán los entrevistados.

7.1.3. Realización de trabajo de campo

En el caso de la evaluación de este centro de trabajo, se realizaron entrevistas a 15 trabajadores en función de los diferentes puestos de trabajo que desempeñan (diez cuidadoras, un trabajador social, un fisioterapeuta, un psicólogo, un responsable higiénico sanitario y un auxiliar administrativo). Las variables que definen a estos individuos son las siguientes:

- Sexo: No discriminatorio, tanto hombre como mujer.

Dimensión o categoría de estudio	Riesgos detectados
Áreas y funciones de los entrevistados	Diferencias en cuanto a concepción de las formas de trabajo.
Exigencias cuantitativas	Sensación de falta de tiempo para realizar el trabajo debido a como están repartidas y organizadas las tareas para los diferentes turnos.
Exigencias cognitivas y grado de responsabilidad	Falta de autonomía. Sobrecarga de trabajo. Tareas repetitivas y con escaso contenido.
Exigencias psicológicas	Sobrecarga emocional. Exigencias de esconder emociones. Trato con el usuario, usuario conflictivo.
Claridad, ambigüedad y conflicto de rol	Comunicación insuficiente, las reuniones de equipo no llegan a consenso. Dificultades para trabajar en equipo, equipo poco cohesionado y muy dividido. Sensación de no contar con toda la información necesaria para realizar el trabajo (diferencias de percepción por grupos). Recursos insuficientes para realizar el trabajo como sienten que tienen que hacerlo. Creencia de que las formas para llegar a los objetivos están poco claras. Diferencias muy marcadas de criterios en cuanto a cómo entiende que ha de ser la atención y cuidado del usuario. Pautas de trabajo poco definidas.
Apoyo social	Sensación de falta de apoyo por parte de los superiores y compañeros (poca valoración como trabajador y por el trabajo realizado). Sensación de falta de reconocimiento por la institución y por el usuario.
Relaciones personales	Baja calidad de las relaciones con los usuarios. Baja calidad de las relaciones con los compañeros y superiores.
Aspectos que se echan en falta en el trabajo diario	Trabajo en equipo, la comunicación y la falta de consensos, el funcionamiento de las reuniones, la figura de la Dirección y también se hacen alusiones a la estructura del edificio y la falta de recursos.

Tabla 11. Resumen de riesgos identificados en la evaluación psicosocial

- Edad: No discriminatoria.
- Puesto de trabajo y Categoría Profesional: Cuidadores, trabajador social, fisioterapeuta, psicólogo, responsable higiénico sanitario y auxiliar administrativo.
- Relación laboral (Tipo de contrato): Fijo, interino.
- Turno de trabajo: Turno de mañana, turno de tarde, fines de semana.
- Jornada (Horario): Toda la jornada, media jornada, horas sueltas.

En todo momento se dispuso de un espacio para realizar las entrevistas, pero también se dio a elegir a los entrevistados, por lo que se realizaron en diferentes espacios donde ellos se encontraban más cómodos

Todas las entrevistas se realizaron dentro de la jornada laboral; su duración fue entre una y dos horas, y en todos los casos se dispuso en el centro de una persona de refuerzo para evitar sensaciones de urgencia ni limitaciones de tiempo a los trabajadores. Las entrevistas se realizaron durante cinco días.

7.1.4. Análisis de resultados y elaboración de informe final

Dado que el objetivo es la evaluación de puestos de trabajo y no la evaluación de situaciones individuales de los trabajadores, los resultados se refieren a los aspectos que más se repiten en los discursos construidos durante las entrevistas. La información obtenida se analizó y agrupó en los ocho grandes bloques que presenta la tabla 11.

7.2. Propuesta de intervención, planificación de actuaciones y presentación de resultados

Con los resultados de las entrevistas agrupados por dimensiones o categorías de análisis se proponen medidas preventivas, insistiendo en el hecho de que al actuar sobre una dimensión se incidirá en el resto. Desde el SP se proponen una serie de actuaciones y se orienta sobre la prioridad de implantación.

1. En las reuniones de trabajo que se vienen realizando, crear un espacio en el que los trabajadores puedan expresar cuáles son los problemas que encuentran en el trabajo del día a día, buscar soluciones y estrategias de afrontamiento conjuntas.
2. En estos espacios se ha de introducir la figura de un mediador externo a la organización que facilite este espacio de diálogo, trabaje los conflictos interpersonales y restablezca las relaciones de confianza y respeto entre los profesionales y de éstos con los usuarios.
3. Una vez se vayan realizando las sesiones y se haya rebajado la tensión que existe en el ambiente de trabajo, así como fortalecido las relaciones del equipo, se ha de pasar a trabajar los aspectos resumidos en la tabla 12.
4. Por último se realizará una reevaluación para ver cómo se ha vivido la implantación de dichas medidas.

Tanto los resultados como las propuestas se presentan en el Comité de Seguridad y Salud, pidiéndosele que haga las aportaciones que crea convenientes.

Todos los miembros del CSS están de acuerdo con las acciones preventivas que se proponen, únicamente aparecen dudas respecto a lo que implica un proceso de mediación y quién tendría que ser la persona encargada de llevar a cabo dicho proceso. Desde el SP se amplía esta información y se insiste en el hecho de que debe ser una persona ajena a la organización, para conseguir el mejor resultado del proceso y garantizar la transparencia.

En el marco del Comité también se acuerda cómo se devolverán los resultados a

A nivel grupal	A nivel organizativo
Marcar una filosofía y valores aceptados por todos.	Marcar directrices claras de cuál es la política de la empresa en relación con la atención y cuidado del usuario
Revisar los circuitos y protocolos de trabajo, en especial los Programas Individuales (principal herramienta de trabajo para seguimiento, cuidado y tratamiento del usuario)	Dotar al equipo de los recursos adecuados para su correcto desarrollo
Elaborar mecanismos de eficacia de los planes y medidas que se vayan implantando	Definir y clarificar de manera periódica el nivel de participación que se otorga a los trabajadores y a los usuarios
Elaborar documento de acogida para las incorporaciones o sustituciones donde se informe respecto a las tareas y funciones a desempeñar y los procedimientos que existen (esto les ayudará a revisar y actualizar todo el trabajo previo que se está haciendo)	Facilitar la rotación de los profesionales por diferentes centros

Tabla 12. Objetivos del trabajo del grupo durante la intervención.

los trabajadores. Se decide que antes de hacer la devolución se procederá a la contratación del mediador y hacer dicha presentación una semana antes de comenzar el proceso de mediación, con el objeto de no generar incertidumbre entre los trabajadores ni tensar más el ambiente. La empresa se ocupará de dicha contratación y presentará propuestas a los miembros del CSS.

Una vez se ha contratado al mediador y ha propuesto un calendario de actuación, se realiza un sesión con todos los trabajadores y se les informa de los resultados de la evaluación y las intervenciones que se van a realizar. El Técnico de Prevención hace esta devolución de la información, sesión a la que también acuden los Delegados de Prevención, representantes del Comité de Empresa y el adjunto a Gerencia de la institución a la que pertenece el centro de trabajo.

7.3. Intervención

Tras la devolución de los resultados de la evaluación de riesgos a los trabajadores con el objetivo de ayudarles a aceptar en conjunto la problemática existente en el centro, y hacerles ver que lo que percibían individualmente era común al conjunto del colectivo, se comienza el *Proceso de Mediación*.

7.3.1. Premediación

El mediador, a raíz del informe de evaluación de riesgo psicosocial, realiza una serie de entrevistas con Gerencia y Dirección de la institución y con los trabajadores del centro objeto de intervención para poder hacer un diagnóstico de los

conflictos y determinar si el caso es mediable, es decir, si dadas las características y tipología del conflicto, el proceso de mediación resulta una herramienta adecuada para su resolución.

Una vez decide que el caso es mediable, marca un calendario de actuación y unos objetivos.

- Objetivos:
  – Poner en marcha el proceso y que continúe una vez que la mediación haya acabado formalmente.
  – Priorizar que descienda y luego desaparezca el "recelo a hablar", tanto entre trabajadores como entre usuarios y trabajadores.
  – Acordar unas reglas del juego y cumplirlas.
  – Comprender que ponerse de acuerdo no significa opinión unánime, y diferenciar entre debate y pelea.
  – Facilitar cambio de discurso: pasar del discurso individualista y agresivo a un discurso más solidario, de equipo, esperanzado y consciente de sus derechos y responsabilidades.
  – Integrar a los usuarios (los residentes) en el proceso de mediación.
- Calendario: La intervención mediante el proceso de mediación tendrá una duración máxima de seis meses, siempre y cuando no se llegue antes al acuerdo. Se pone una fecha límite porque el objetivo es que los implicados aprendan a relacionarse, negociar y consensuar solos, y no se acostumbren y acomoden a la presencia del facilitador. Se llevará a cabo mediante la realización de cinco sesiones mensuales:
  – Dos con todos los residentes y todos los trabajadores, incluido el Director.
  – Una con todos los trabajadores, incluido el Director.
  – Una con todos los residentes que sea posible.
  – Una con Gerencia.

7.3.2. Mediación

El proceso de mediación propiamente dicho se resume en la tabla 13, describiendo el contenido de cada etapa.

7.3.3. Evaluación

Está prevista una reevaluación psicosocial para el segundo semestre del presente año con el objetivo de comprobar el efecto de la intervención y los cambios implantados.

8. AGENTES IMPLICADOS

Durante todo el proceso desde la detección hasta la intervención han venido participando diferentes agentes, cuyas funciones se presentan en la tabla 14. El objetivo siempre ha sido legitimar todo el proceso y dotarlo de transparencia.

PROCESO DE MEDIACIÓN		
Duración	**Etapas**	**Descripción**
2 meses	Principio del proceso, acogida de las partes, primeros compromisos.	Reuniones en el centro de trabajo: Se establecen los acuerdos respecto al funcionamiento de éstas. Asistencia, puntualidad, no interferencias, respetar turnos de palabra y no acudir a reproches, acusaciones, ataques personales. Se consigue, después de dos años, reunir a todos los actores implicados en el día a día del trabajo, se logra un diálogo conjunto y un primer acuerdo. Reuniones con Gerencia: Informar sobre los avances y obtener la información necesaria acerca del centro, así como documentación existente que pueda facilitar el trabajo en las reuniones. Interesa además dejar claro que también son actores en el proceso y que es necesaria su participación.
	Valoración de las propias percepciones. Hacer comprensible el conflicto.	Durante las siguientes reuniones surgen problemas y divisiones constantes para respetar el acuerdo de funcionamiento que se había establecido, se dan divisiones y acusaciones. En estas reuniones se van haciendo visibles para todos los actores cuáles son los puntos de confrontación y cuáles son los posibles puntos de colaboración por los que se podría comenzar a trabajar. En este punto del proceso se da el abandono de una parte de los actores. Sienten desconfianza, les resulta doloroso y no consiguen abrirse al diálogo. El proceso continúa y poco a poco comienzan a respetarse las reglas del juego.
3 meses	Establecimiento de bases y líneas del centro. Construcción de una visión conjunta. Creación de agenda.	Se comienza a trabajar con la base de un documento teórico y técnico: Texto de bases y líneas elaborado en 2001 por la Gerencia (este texto había sido presentado a los trabajadores, pero al hilo de los acontecimientos y el ambiente que existía, no había llegado a los trabajadores y no había sido interiorizado por estos). A partir de este documento se trabaja sobre conceptos relacionados con sus demandas (que ya aparecían en la evaluación de riesgos y primeras partes del proceso). Trabajo en equipo, colaboración y acuerdo. Durante este periodo, y una vez superado el abandono de algunos trabajadores, se continúa trabajando en sesiones en las que se dan momentos de avance y retroceso. El estilo de estas reuniones va pasando de un discurso agresivo a un discurso colaborador. En estas sesiones se va creando una agenda en la que se van marcando aspectos concretos sobre los que trabajar en el marco del consenso.
	Generación de ideas creativas. Propuestas transformadoras.	Durante esta etapa se trabaja en la revisión y actualización de protocolos de trabajo y se decide un cambio de nombre del centro (las partes creen que el nombre actual corresponde a la filosofía y función del centro que ya existía, pero no con el proceso de cambio que en ese momento se estaba impulsando). La dinámica de trabajo que se establece crea un ambiente distendido y los debates transcurren en tono de respeto y colaboración.

Tabla 13. Etapas del proceso de mediación (continúa en la página siguiente)

1 mes	Propuestas realistas, cierre del proceso	Se cierra el proceso con una evaluación por grupos y propuestas de acción para continuar trabajando. Todos los grupos realizan una valoración nueva del proceso y manifiestan una voluntad de continuar trabajando en lo que han marcado. Han encontrado una manera de debatir y trabajar de modo calmado. Todos manifiestan la importancia de continuar trabajando estos aspectos y dinámicas que se han generado durante el proceso de mediación, para evitar que vuelvan a aparecer conflictos y como medio de prevenirlos. En el momento que termina el proceso ya se habían revisado tres protocolos y existe todo un *planning* de revisión y actualización de protocolos. También se han comenzado los trámites de cambio de nombre del centro. Se decide volver a celebrar las asambleas de centro donde participan los trabajadores, usuarios, Dirección del centro y Gerencia de la institución, y que hacía dos años que habían dejado de celebrarse.

Tabla 13. Etapas del proceso de mediación

Fase	Personas implicadas	Función	Comentarios
Selección y diseño metodología evaluación riesgos	Coordinador de prevención	Realizar convocatoria y preparar reunión	Con el asesoramiento del técnico de prevención se consensúa la metodología de evaluación
	Técnico de prevención	Propuesta y toma de decisiones	
	Comité de Seguridad y Salud	Toma de decisiones	
Diseño de trabajo de campo	Técnico de prevención	Presentar propuesta y requisitos que se han de tener en cuenta. Consensuar discurso informativo. Gestionar suplencias para los días en que se realizan las entrevistas.	
	Delegados de prevención	Consensuar los aspectos relacionados con el trabajo de campo: fechas, lugar, espacios, discurso informativo.	
	Coordinador de prevención Dirección	Diseño de *planning* de entrevistas Coordinar agenda de trabajo con el técnico de prevención. Legitimar el proceso. Gestionar suplencias de los trabajadores para los días que se realizan las entrevistas.	

Tabla 14. Agentes implicados en la intervención y sus funciones (continúa en la página siguiente)

Trabajo de campo	Técnico de prevención	Elaboración de entrevistas.	
	Trabajadores	Colaborar en la elaboración de las entrevistas.	
Análisis resultados y elaboración informe final	Técnico de prevención	Elaborar informe. Propuesta de medidas preventivas.	
Propuesta de intervención y planificación de actuaciones	Técnico de prevención	Presentar resultados y orientar sobre las medidas preventivas que se han de priorizar.	
	Comité de Seguridad y Salud	Consensuar priorización de medidas preventivas.	
	Dirección	Legitimar las implantación de medidas preventivas. Gestionar la implantación.	
Presentación de resultados a trabajadores	Coordinador de prevención	Coordinar agendas para la elaboración de sesión informativa.	
	Técnico de prevención	Elaborar resumen de resultados. Presentar resultados y medidas preventivas a implantar.	
	Delegados de Prevención	Legitimar los resultados y medidas a implantar.	
	Dirección	Legitimar los resultados y medidas a implantar.	
Intervención	Mediador externo, Director del centro, trabajadores y usuarios	Liderar el proceso de mediación.	
	Trabajadores	Participar de manera voluntaria en el proceso.	
	Usuarios	Participar de manera voluntaria y activa en el proceso.	
	Dirección	Participar de manera activa en el proceso. Legitimar las conclusiones que se elaboran a raíz del proceso. Procurar las herramientas y recursos para llevar a cabo las acciones que dimanan del proceso.	
Evaluación de la intervención	Técnico de prevención	Valorar el impacto de los cambios implantados a partir de la intervención.	En fase de planificación, pendiente de elaborar.
	Coordinador de prevención	Coordinar agendas y reuniones para comenzar la nueva fase de evaluación.	

Tabla 14. Agentes implicados en la intervención y sus funciones

9. MATERIALES Y DOCUMENTOS

A lo largo de todo el proceso se utilizan y publican diferentes materiales, la mayoría son documentos en papel o digitales.

- Sesión y diseño de metodología de evaluación: presentación en *power point*, acta del Comité de Seguridad y Salud.
- Diseño del trabajo de campo: presentación en power point, *planning* del calendario de entrevistas, documento informativo explicando metodología y acciones a desarrollar para todos los posibles informantes del proceso de evaluación.
- Trabajo de campo: guión de entrevista, plantilla en papel para recogida y registro de información.
- Análisis de datos y elaboración de informe: equipo informático.
- Propuesta de intervención y planificación de actuaciones: informe de evaluación y medidas preventivas, presentación en *power point*, acta del Comité de Seguridad y Salud.
- Presentación de resultados a trabajadores: transparencias y retroproyector.
- Intervención: documentación proporcionada por la Gerencia con política de empresa, papelógrafo, soportes de papel, documento: informe sobre la evolución del proceso.
- Valoración de la intervención: revista interna de la institución, publicación de artículos de los trabajadores explicando la experiencia.

10. RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos en la fase que podríamos denominar de post-mediación son los siguientes:

- *Cambios de centros de trabajo*.
  Se realizan tres cambios de centro de trabajo a aquellos trabajadores que, pese a haber intervenido parcialmente en el proceso, sienten que no pueden seguir trabajando en el centro.
  Desde el Servicio de Prevención se creían necesarios los traslados, pero no inmediatos; se recomendó no realizar estos cambios hasta que no se hubiesen trabajado determinados aspectos como la confianza, así como el volver a encontrar sentido al trabajo asistencial, para evitar que las personas fuesen a trabajar a los nuevos centros con percepciones de experiencias negativas.
- Realización de *reuniones mensuales entre trabajadores y Dirección del centro*.
  En estas reuniones se continúan trabajando y revisando los protocolos de trabajo y el documento de acogida a las nuevas incorporaciones y acogidas. También se elaboran mecanismos de evaluación de la eficacia de los cambios y protocolos que se acaban implantando.
  En estas reuniones se elabora un orden del día y un acta con la finalidad de que la información llegue a todo el mundo por igual, se facilite la comunicación, se optimice el tiempo de reunión y quede constancia de los acuerdos y conclusiones a los que se llega.

- Celebración de las *Asambleas de centro*.
- Desde Gerencia también se continúa con las *tareas de planificación y aprobación de presupuestos* relacionados con las reformas estructurales del centro y adquisición de recursos.

En la actualidad los trabajadores aún están inmersos en las diferentes actividades planificadas a partir del proceso de mediación, especificadas anteriormente.

11. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Está planificado que el SP realice una evaluación mediante una técnica cualitativa con objeto de poder valorar nuevamente la exposición a riesgo psicosocial y el estado en que se encuentran las recomendaciones que se han dado, qué aspectos se han modificado y cuáles están en proceso de cambio, así como detectar nuevas necesidades.

El procedimiento a seguir será el mismo que se explica más arriba: decidir la metodología y la técnica más adecuada en el marco del Comité de Seguridad y Salud y, a partir de ahí, diseñar del trabajo de campo.

No obstante, se dispone ya de algunos indicadores que permiten hacer una primera valoración de la experiencia. Durante este periodo han disminuido la rotación de personal y las bajas. Incluso, ha habido trabajadores que, estando de baja, han asistido a las sesiones del proceso de mediación.

El equipo de trabajo ha recuperado las relaciones de confianza y ha entendido la necesidad del cambio constante en el marco del consenso. Esto se refleja en la asistencia masiva de los trabajadores a las reuniones, tanto internas como las que se realizan con los usuarios.

Otro aspecto positivo que ayuda a valorar los resultados obtenidos son los comentarios que los trabajadores han hecho en la revista interna de la institución en la que han explicado la experiencia:

> … *"Ha habido cambios en nuestro centro. ¡Yo creo que sí! Vamos creciendo poco a poco y vamos aprendiendo. Este proceso ha sido como un parto largo y difícil, pero finalmente ha llegado. Hay ganas e ilusión y tenemos diálogo y respeto (al menos lo intentamos, que ya es mucho) y esto nos hace más fácil nuestro trabajo. Hay problemas y los habrá, pero ¿dónde no hay problemas?. Ya que el centro tiene vida y continúa avanzando conseguimos los objetivos. ¡Yo lo creo y no tengo ninguna duda!.*
>
> *Han sido unos años muy duros pero ha valido la pena llegar hasta aquí. Perdimos el rumbo, pero ahora parece que lo hemos vuelto a encontrar. (…) Nos sentimos vivos y con aires renovados, como si estuviésemos creando de nuevo este servicio... ".*
>
> *(Extraído de un artículo elaborado por una trabajadora).*

La cohesión que está alcanzando el equipo también se refleja en la relación con el usuario, que vuelve a ser partícipe en las decisiones de funcionamiento del centro y se siente escuchado y valorado. Una vez finalizó el proceso de mediación se comenzaron a realizar las actividades exteriores (excursiones y fiestas) conjuntas de trabajadores y usuarios y la valoración de las dos partes es muy buena.

"…Este buen ambiente no sólo se respira en el turno de mañana sino también se puede apreciar en el turno de tarde y en el de noche, tanto entre los compañeros como con los residentes. Esta dinámica da para mucho y nos permite explorar y crear nuevas actuaciones de una forma conjunta. Sobre todo para poder realizar más actividades (…) Cada una diferente y todas ellas con un excelente nivel de participación y de valoración. Excursiones culturales y lúdicas, celebraciones, sesiones de cine al aire libre (…) Todo esto se puede hacer si en el día a día consigues la complicidad y la colaboración de los usuarios y te esfuerzas por mantener una muy buena relación y comunicación entre los cuidadores de todos los turnos...". (Extraído de un artículo en el que varios trabajadores hacen una presentación en la Revista interna del centro).

La Dirección de la institución también hace una valoración buena, participando activamente en las reuniones en las que se pide su presencia y en las Asambleas de centro.

12. VALORACIÓN FINAL

Como valoración final, cabe destacar la importancia de la colaboración y participación del trabajador en todo el proceso desde la evaluación y detección hasta la posterior intervención. Sólo haciéndoles participes y protagonistas se podrá conseguir un buen resultado.

Igualmente ha devenido imprescindible y totalmente significativa la implicación del Comité de Seguridad y Salud, representantes de los trabajadores y de la Dirección durante todas las fases. Sólo así se ha podido transmitir transparencia a lo largo de todo el proceso, siendo ésta una condición imprescindible, dado el grado de desconfianza que existía en el equipo de trabajo.

El hecho de trabajar con personas, sus percepciones y características individuales, implica siempre la posibilidad de que haya partes de los procesos de cambio que, aunque deseados, puedan provocar rechazo pudiendo llegar a ser vividos como una amenaza.

En la implantación de cambios a medio-largo plazo se corre el riesgo de que el personal caiga en la desidia, el aburrimiento y les cueste ver la realidad del proceso. De ahí lo importante de la transparencia, reevaluación y devolución periódica de los resultados parciales.

En el ámbito en que nos movemos es imprescindible instaurar la cultura del "cuidado del cuidador".

En ocasiones, y a pesar de la buena voluntad de las partes, se encuentran trabas estructurales para poder llevar a cabo las medidas correctoras. En este caso se ha presentado con la posibilidad de mover al personal de un centro, ya que, en según qué casos, se va contra convenio negociado y consensuado por la parte social y la empresarial.

Barcelona, abril 2007

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Farré, S. Gestión de conflictos: taller de mediación. Un enfoque socioafectivo. Barcelona: Ariel, 2004.
(2) Flower, A. Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos en las rganizaciones. Barcelona: Paidós Empresa, 1993.

CASO 3 ACUERDO SOBRE PREVENCIÓN Y SOLUCIÓN DE QUEJAS EN MATERIA DE ACOSO EN UNA UNIVERSIDAD

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO.

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Informantes: Íñigo Apellániz González
Jefe del Servicio de Prevención
UPV/EHU, Aulario II, Campus de Leioa, 48940-Leioa, Bizkaia
Tel: 946 013 187, E-mail: i.apellaniz@ehu.es

Alfonso Davalillo Aurrekoetxea
Director de Profesorado
UPV/EHU, Rectorado, Campus de Leioa, 48940-Leioa, Bizkaia
Tel: 946 015 049, E-mail: alfonso.davalillo@ehu.es

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

En las primeras aproximaciones sobre la identificación y evaluación de riesgos, en el seno de la UPV/EHU y dentro de los denominados riesgos psicosociales, se detectó la existencia de determinadas actuaciones que podían catalogarse de *mobbing*. Al mismo tiempo se observó, por un lado, que las denuncias se iban incrementando en número de forma considerable y, por otro, que las personas involucradas en las mismas se veían reflejadas en las estadísticas de Incapacidad Temporal o Licencias MUFACE.

La afectación en un colectivo heterogéneo como es el universitario, tanto a nivel de denuncias ante la Inspección de Trabajo, como de demandas judiciales, o simplemente como quejas internas, hizo que el tema nos preocupara.

El *mobbing*, planteado como riesgo laboral, presenta distintas características que no debemos olvidar: implica una falta de interés y de motivación, supone absentismo, provoca la necesidad de sustituciones, contribuye a crear un clima negativo en el colectivo afectado, aspectos todos ellos que debemos tener en cuenta y que van a afectar a toda organización.

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

Estamos hablando de un colectivo de 5.600 personas aproximadamente, del cual 1.500 son personal de administración y servicios (PAS) y 4.100 son profe-

sores. Es cierto que porcentualmente el número no ya de "afectados", sino de "denunciantes" y "denunciados" es muy bajo. Pero también es cierto que el riesgo del que estamos hablando supone que se ejerza una violencia psicológica de manera sistemática y durante un tiempo prolongado sobre otra persona en el lugar de trabajo (conforme a la definición de Leymann), lo que no es permisible desde ningún punto de vista.

Otro aspecto a tener en cuenta es el ámbito en que nos encontramos: la universidad pública, institución de derecho público, al servicio de la sociedad, que tiene el compromiso ineludible de calidad y excelencia, al servicio de la enseñanza superior mediante la docencia, la investigación, el estudio, la extensión cultural y universitaria, los procesos de gestión y los servicios que sustentan sus actividades.

No se trata, pues, de una cuestión de números, y no podemos ni debemos pensar si el problema afecta a pocos o muchos trabajadores. Basta que uno solo sufra una situación de acoso, para que se deba intervenir activamente, tanto preventivamente como en las diferentes fases del problema.

La resolución de 7 de abril de 2003 (BOPV de 13/8/03) del Rector, de constitución, organización y funcionamiento del Servicio de Prevención propio, reunió en un único Servicio de Prevención al personal del Servicio Médico y a los técnicos de prevención, quedando organizado en dos áreas: el Área Sanitaria y el Área Técnica. En la actualidad trabajan en él 13 profesionales. Queda definido como el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de la comunidad universitaria, asesorando y asistiendo a la Administración, a los trabajadores, a sus representantes y a los Comités de Seguridad y Salud Laboral (CSS). Además de las cuatro especialidades, asume desde 2005 la gestión medioambiental de la UPV/EHU.

La UPV/EHU tiene constituidos tres CSS de Campus (Araba, Gipuzkoa y Bizkaia) y un cuarto CSS Intercampus, al que le corresponde tratar los temas comunes al conjunto de la universidad.

4. OBJETIVOS

Conscientes de todo lo anterior, teníamos dos opciones:

- Responder a las denuncias y representar a la UPV/EHU ante la Inspección de Trabajo y los Juzgados, es decir, una **actuación pasiva**.
- Abordar el problema desde una fase primaria y trabajar en el marco de la prevención, con todo lo que ello implica, es decir, una **actuación activa**.

Optamos por el segundo tipo de estrategia, y para ello se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Establecer en la UPV/EHU un protocolo que permita conocer cuanto antes los casos de acoso.
- Ofrecer a la persona afectada un procedimiento de gestión y resolución del conflicto.
- Ofrecer a la persona afectada todo el apoyo de la universidad.

El objetivo general sería lograr que dicho protocolo ejerza una involución en la génesis de casos de acoso, gracias a su efecto disuasorio.

5. MARCO TEÓRICO

Se utiliza como marco teórico la definición de acoso psicológico de Leymann (1990), entendiéndolo como una situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente y durante un tiempo prolongado, sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo.

Para Leymann la diferencia entre el *mobbing* y cualquier otro conflicto entre personas en el mundo laboral es que el mismo no se desarrolla entre iguales sino que la víctima ocupa una posición de inferioridad, bien sea jerárquica o de hecho, respecto del agresor.

Como modelo de referencia de abordaje del *mobbing* se emplea el Convenio Colectivo sobre Prevención y Resolución de Reclamaciones en materia de acoso, firmado por la Organización Internacional del Trabajo y el sindicato de la OIT en 2001.

6. FACTORES SOBRE LOS QUE SE ACTÚA

Se aborda la tarea preventiva como:

- Prevención primaria: antes de la aparición del problema. El Acuerdo adoptado en la universidad entre la Administración y los trabajadores pretende ser en sí mismo una medida disuasoria ante los posibles acosadores. Para ello se ha procedido a la difusión del mismo en todos los ámbitos de la universidad.
  En el Acuerdo se definen las conductas y la población susceptibles de aplicación; se designan los responsables de la resolución de las quejas; se establecen plazos para la presentación y su respuesta (siendo ésta obligada); y finalmente, se remarcan dos principios básicos: el de confidencialidad y el de ausencia de represalias.
- Prevención secundaria: cuando el conflicto existe. Se facilita la posibilidad de abordarlo en su fase embrionaria a través de un procedimiento informal que no tenga registros posteriores.
  De no ser posible esta primera solución, se da paso a un procedimiento formal. Ambos tienen claros los objetivos: son sistemas de alerta rápidos que ponen a la presunta víctima en contacto con expertos y que ofrecen apoyo social, médico e incluso psicológico. Consiste fundamentalmente en recabar información del afectado, del presunto acosador, de la Administración, del Servicio de Prevención, de los Delegados de Prevención y de los compañeros para poder tener un amplio conocimiento sobre la organización y la exposi-

ción a riesgos. Además, con ello se permite la defensa de las partes y se garantiza la información de las conclusiones a todos los implicados.

- Prevención terciaria: se trata de cuidar de la persona acosada facilitando apoyo médico, jurídico, psicológico, social y contactando con asociaciones de afectados. La UPV/EHU dispone, y pone a disposición de las partes, los servicios de la Asesoria Jurídica, del Servicio de Prevención y del Servicio de Psicología Aplicada. Existe una asociación en la UPV/EHU denominada Hirigoyen, que asesora a todo aquel que necesite información y ayuda.

7. FASES Y AGENTES IMPLICADOS

El Servicio de Prevención propio, con el apoyo de la Gerencia y de la Vicegerencia de Personal, profundizó primeramente en el conocimiento del concepto de *mobbing* y después en las formas de prevenirlo. La conclusión principal fue la necesidad de elaborar un acuerdo en materia de acoso en el trabajo, específico para nuestra institución. Se lo trasladamos a la Gerencia y al Equipo Rectoral, que nos dieron su visto bueno para continuar con la tarea.

Con esa intención, a través de la parte social conseguimos el texto del Convenio Colectivo de la OIT. Lo estudiamos en profundidad y vimos la posibilidad de adecuarlo a la universidad. Formulamos un primer borrador, que trasladamos a diversas personas de distintos ámbitos con la intención de conocer su opinión: al Jefe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Bizkaia, a profesores expertos en *mobbing*, a un representante de Osalan[32], a un representante del INSHT, a la Asesoría Jurídica de la universidad y a la Dirección de Profesorado de la universidad.

Desde el primer momento fuimos muy conscientes de que para seguir adelante con este trabajo necesitábamos el respaldo de la Administración de la UPV/EHU y de las organizaciones sindicales con representación en nuestra universidad: CCOO, UGT, CSIF, STEE, ELA y LAB. Por ello, y una vez recibidas las aportaciones de las personas consultadas, la exposición ante la representación sindical era el siguiente paso a dar, y así en el Comité de Seguridad y Salud Laboral Intercampus se presentó el borrador del protocolo, que tuvo una excelente acogida.

Nos reunimos en ocho sesiones extraoficiales consiguiendo consensuar, tras dos meses de trabajo, un documento final que fue presentado a la firma en el Comité de Seguridad y Salud Laboral Intercampus de fecha 6 de octubre de 2003, y suscrito en esta fecha por el Rector de la UPV/EHU y todas las representaciones sindicales.

A continuación se utilizaron los cauces de información/formación previstos, así:

- Toda la plantilla recibió una copia del Acuerdo y una guía del mismo.
- Se formó sobre la prevención de la intimidación y el acoso en general.

32. Organismo autónomo administrativo adscrito al Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, que asume las tareas de promoción y prevención de la salud y la seguridad de los trabajadores.

- Se formó y capacitó a las personas con responsabilidad en prevención y a los Delegados de Prevención, en esta materia del acoso en general y sobre el funcionamiento del Acuerdo en particular.
- Se dio a los que participan en los procedimientos de gestión un curso básico sobre el proceso y las técnicas de mediación.
- Se publicó una declaración suscrita por el Rector en la que se recogen los principios del artículo primero.

Se da información más detallada a las personas cuando acuden por primera vez al procedimiento. Por otra parte, el Servicio de Prevención deberá realizar encuestas y estudios anónimos evaluadores. Durante el curso académico 2005-2006, se aplicará el método ISTAS21, cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Tras debate en el seno del CSS Intercampus y traducción al euskera, está prevista la firma del Anexo XIV del método en la próxima reunión del CSS Intercampus para dar comienzo con la difusión de la versión media.

8. MATERIALES Y DOCUMENTOS

Los materiales generados por la intervención son el Acuerdo propiamente dicho (ver figura 11 y Anexo V) y un folleto utilizado en las actividades de difusión interna (figura 12). Se realizó una edición de 6.000 ejemplares de cada documento, y ambos se publicaron en texto bilingüe castellano-euskera.

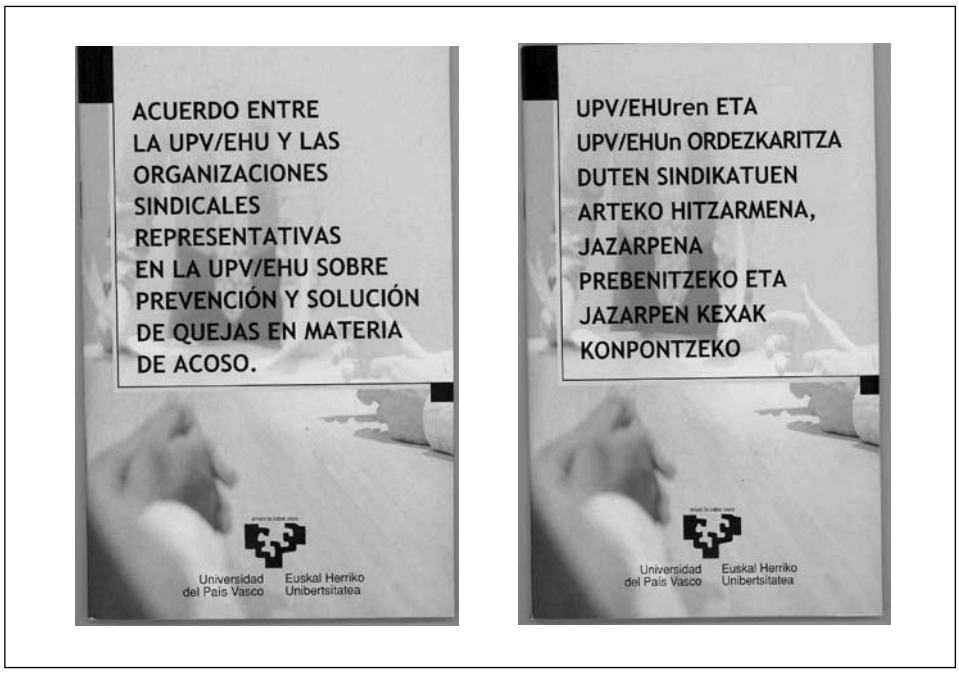


Figura 11. Portadas del Acuerdo sobre Prevención y Solución de Quejas en materia de Acoso

El Acuerdo finalmente firmado consta de 22 artículos y un preámbulo con la siguiente estructura:

- Principios directores
- Definiciones
- Prevención
- Disposiciones generales
- Resolución extraoficial de los incidentes en materia de acoso
- Proceso de solución mediante diálogo
- Solución mediante pronunciamiento
- Medidas transitorias
- Cuestiones diversas

Desde el preámbulo ya se hace referencia al principio sobre el que pivota el Acuerdo, que es el respeto a la dignidad de la persona, como derecho fundamental. Así, el objetivo es establecer un método progresista basado en la coparticipación de la UPV/EHU y los sindicatos, que se aplique a la prevención y a la solución rápida de las quejas relativas a todas las modalidades de acoso con las garantías debidas y mediante procedimientos imparciales y justos.

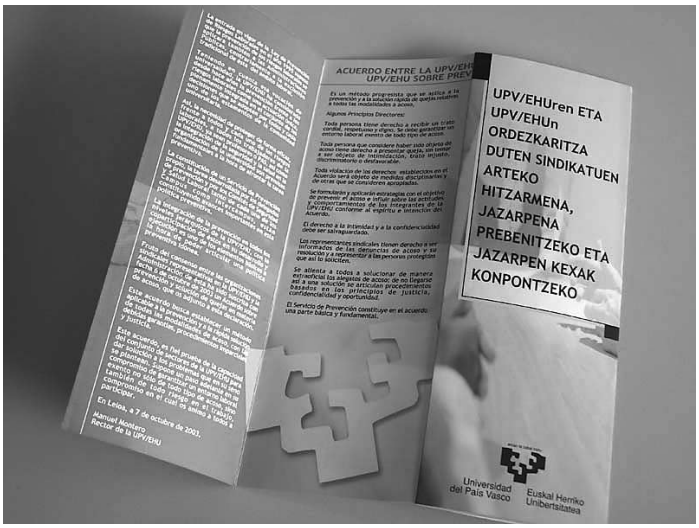


Figura 12. Folleto divulgativo sobre el Acuerdo.

Toda vez que estos comportamientos afectan a la salud mental y/o física y al bienestar de los individuos, socavando los objetivos y la labor de la UPV/EHU y empañando su reputación, se reconoce el derecho de los que se consideran objeto de acoso a presentar una queja.

Los **principios directores** son diecisiete y de ellos destacamos:

- El derecho de toda persona a recibir un trato cortés, respetuoso y digno. Se establece el compromiso de facilitar un entorno laboral exento de todo tipo de acoso.

- El acudir a los procedimientos previstos en el Acuerdo se hará sin temor a ser objeto de intimidación, trato injusto, discriminatorio o desfavorable.
- El derecho del que presenta la queja a solicitar, como medida cautelar, dejar de trabajar con la persona denunciada.
- La violación de estos derechos será objeto de medidas disciplinarias.
- Se formularán y aplicarán estrategias para influir en las actitudes y comportamientos de las personas que integran la UPV/EHU.
- Salvaguarda de los derechos de intimidad y confidencialidad durante todo el proceso.
- Derecho de los sindicatos a representar a cualquier persona protegida si así lo solicita y de información de las denuncias y de su resolución.
- El Servicio de Prevención constituye una pieza básica y fundamental como elemento de información y asesoramiento.

En el artículo sobre **definiciones**, cabe destacar lo siguiente:

- En "personas protegidas" se incluyen: los miembros del profesorado, los miembros del PAS, los que habiendo sido profesores o personal del PAS aleguen que su relación terminó (despido, dimisión, etc.) debido a una situación de acoso, teniendo un plazo de tres meses desde la fecha de extinción de su relación contractual para invocar la queja.
- Tras la definición del acoso, se recogen una serie de supuestos, que no conforman una lista cerrada, de intimidación, de acoso sexual y de acoso por razones ideológicas, políticas o sindicales.

Se crean dos **figuras con un rol específico** dentro del protocolo de actuación: el *Aldezle* y el *Comité Arbitral*.

El *Aldezle* es una persona que sirve de contacto permanente al denunciante a lo largo de todo el proceso y que reúne las siguientes características: ser neutral, contar con una preparación y entrenamiento específicos en la problemática del *mobbing*, conocer los procedimientos y mantener contacto con toda la línea jerárquica para, de esa forma, poder proponer soluciones. No se trata solamente de escuchar y actuar como receptora de los problemas, sino de disponer de mecanismos eficaces para evitar que el conflicto prosiga su escalada. Dicho de otra manera: debe poseer cierto grado de autoridad y autonomía.

El Claustro Universitario de la UPV/EHU aprobó el 21 de mayo de 2003 sus nuevos Estatutos (Decreto 322/2003, de 23 de diciembre), y en su artículo 10.3 reconoce la nueva figura del *Aldezle* o Defensor Universitario como órgano unipersonal. En el Capítulo VII, artículo 105, se indica cómo el *Aldezle* velará por el respeto de los derechos y las libertades de los distintos miembros y colectivos que forman la comunidad universitaria, ante los órganos y servicios universitarios. Deberá proveer y desarrollar modos alternativos, no adversariales e imparciales, para prevenir y resolver los problemas y conflictos relacionados con la actividad universitaria en todos sus niveles.

A día de hoy todavía el *Aldezle* no ha sido nombrado y el Acuerdo recoge en sus medidas transitorias (artículo 21.3), cómo, en tanto en cuanto no sea designado, las funciones que el procedimiento le otorga serán ejecutadas por el Servicio de Prevención.

El *Comité Arbitral* es un órgano paritario compuesto por seis personas, tres por la Administración y tres por la parte social. Se trata de un órgano al que la persona denunciante recurre si no queda satisfecha con la propuesta formulada por el *Aldezle*, o si la acción propuesta no se lleva a la práctica.

El **procedimiento** a seguir es el siguiente:

1. Si una persona entiende que está siendo objeto de acoso, presentará un escrito por sí misma o por medio de su representante legal.
2. La primera opción es la *resolución extraoficial***.** Solicita entrevistarse con el demandado y, para ello, puede pedir información y asesoramiento y hacerse acompañar por alguna persona, como el Jefe del Servicio de Prevención, representantes sindicales, el *Aldezle* o Defensor Universitario, etc. Desde la presentación de la queja hay diez días para resolverla.
3. La segunda opción es la *solución mediante el diálogo*, solicitando reunión entre la persona protegida y el superior correspondiente.
4. La siguiente posibilidad es presentar queja escrita ante el *Aldezle* en el plazo de 2-3 meses desde el incidente o conducta denunciados. Éste podrá organizar reuniones, solicitar declaraciones y requerir documentos o información. Tiene de 30 a 60 días para preparar un informe y formular propuestas de solución.
5. Y por último existe la *solución mediante pronunciamiento*, donde el demandante acude al Comité Arbitral. Una vez solicitada la documentación necesaria, este órgano dispone de 30 días para celebrar, si procede, una vista oral y llegar a una conclusión. Emitirá una propuesta a las partes implicadas, y también al Rector, que tiene 15 días para decidir.

Cuando el Rector no acepte la propuesta, dará explicaciones detalladas a las partes y al Comité Arbitral. Por otro lado, la no constatación de los hechos denunciados no supondrá la toma de represalias contra el denunciante; no obstante, sí se adoptarán medidas contra las denuncias fraudulentas o que no respondan al objeto del procedimiento.

El Acuerdo entró en vigor el 1 de enero de 2004.

9. RESULTADOS OBTENIDOS

Durante el año 2004, diez fueron las quejas presentadas: ocho vinculaban a miembros del profesorado y dos a personal de administración y servicios (ver figuras 13 y 14)

Los motivos de las mismas fueron de muy diversa índole: problemas con la asignación docente, con el número de alumnos, con el número de asignaturas, con el horario de la docencia, con la organización interna del departamento, con las unidades docentes, con la redacción de actas, con las plazas, sus concursos y sus perfiles, con el Servicio de Control del Profesorado, con la problemática ante excedentes y con los problemas de filias y fobias de todo colectivo.

De las diez quejas, en seis de ellas la labor de mediación satisfizo a las partes, siendo retirada la queja. Actuaciones como reducciones de carga docente, mediación entre las partes o cambios de puesto de trabajo fueron bien recibidas.

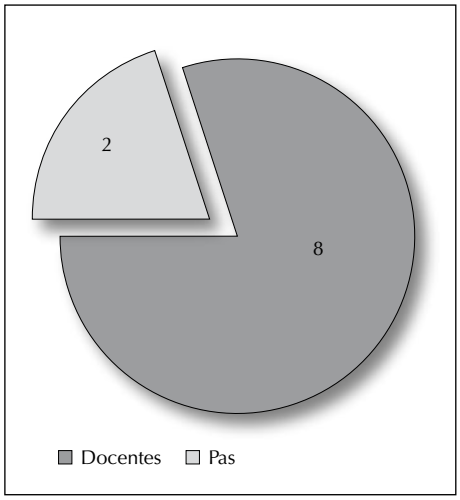


Figura 13. Distribución de quejas presentadas en 2004, según tipo de colectivo.

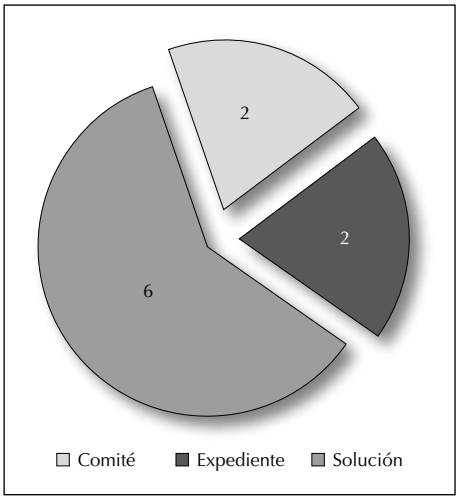


Figura 14. Mecanismo de resolución de las quejas presentadas en 2004.

Otras dos quejas fueron elevadas ante el Comité Arbitral y tratadas en su seno, y las dos restantes coincidieron en el tiempo con sendos expedientes disciplinarios.

Durante el año 2005, tres fueron las quejas presentadas: dos vinculaban a miembros del profesorado y una a personal de administración y servicios.

10. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El artículo 296 del Decreto 322/2003, de 23 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos de la UPV/EHU, recoge en un apartado específico la necesidad de lograr, entre otras, la garantía de la salud, bienestar y seguridad de los miembros de la comunidad universitaria, así como su protección frente a las situaciones de acoso en el entorno laboral, y la ausencia de discriminación de sus miembros.

La integración de la prevención en todos los niveles jerárquicos de la UPV/EHU, con la coparticipación de éstos en su desarrollo y ejecución, es uno de los elementos básicos a la hora de poder articular una política preventiva. Fruto del consenso entre todas las organizaciones sindicales con representación en la UPV/EHU y la Administración de ésta, surgió el acuerdo que desarrollaba el art. 296 antes citado.

Dos son los años de aplicación del Acuerdo en el seno de la UPV/EHU, siendo éste muy bien acogido. Su articulado y su difusión en la universidad han sido herramientas que han dado respuesta a los trabajadores que así lo solicitaron.

El número de casos tramitados en 2005 ha descendido, si bien cuantificar el éxito por el número de intervenciones creemos que es un error. Creemos que el Acuerdo se ha convertido en una buena herramienta por dos motivos. En primer lugar, por la posibilidad de establecer una resolución extraoficial de mutuo acuerdo entre las

partes. Y en segundo lugar, por el carácter disuasorio del procedimiento. Con él, actuaciones definidas como acoso tienen ahora peor cabida en la universidad.

La satisfacción de la parte social y de los representantes de la Administración hace que la vigencia del procedimiento no esté cuestionada, siendo éste recogido como articulado específico en el nuevo Acuerdo Regulador de las condiciones de trabajo para el personal de la UPV/EHU, ahora en negociación. Incluso la propia Inspección de Trabajo, conocedora y partícipe en la gestación del Acuerdo, aconseja y deriva al propio Acuerdo los casos de los que tiene conocimiento para promover una resolución del conflicto sin mediar denuncia alguna.

A buen seguro, con el nombramiento del *Aldezle*, el Acuerdo cobrará más fuerza aún, si cabe.

Desde la firma y aplicación del Acuerdo, muchos han sido los organismos interesados en el contenido y aplicación del mismo. Gobiernos regionales, universidades y empresas ha mostrado su interés en conocer el desarrollo del proceso. La herramienta se ha presentado en distintos foros, tanto científicos, como formativos.

El Acuerdo está citado en la publicación "El acoso moral en los lugares de trabajo", del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco como mejora de la posición social de las personas.

11. VALORACIÓN FINAL

El Acuerdo recoge en su articulado su validez para dos años, acordando la prórroga si no mediara necesidad de nueva negociación. Los firmantes eran conscientes de la necesidad del Acuerdo, pero también veían necesario articular un procedimiento de actualización cuando la experiencia o la legislación así lo indicaran.

Es un buen acuerdo, tal vez no el mejor, pero sí es válido para la UPV/EHU. Toda empresa que desee implantar un sistema de gestión de discrepancias y de los conflictos debe tener como prioridad asegurar el derecho a la queja y al anonimato de las personas usuarias. Dicho sistema debe contener unas reglas básicas de activación, su procedimiento y marcar los derechos y las obligaciones de las partes implicadas en el proceso. Como mínimo se deben proponer el cuándo, cómo, dónde y ante quién, la obligación de respuesta, las garantías de confidencialidad y la seguridad de que no habrá represalias para quien denuncia ni para quienes aportan información o intervienen de cualquier manera en el procedimiento.

Leioa, febrero 2006

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Convenio Colectivo sobre prevención y solución de reclamaciones en materia de acoso entre la Oficina Internacional del Trabajo y el Sindicato de la OIT. Ginebra; 2001.

(2) Martín, F., Pérez, J. López, J.A. El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Nota Técnica Preventiva 476. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1998.
(3) Observatorio Vasco sobre Acoso Moral en el Trabajo-Mobbing. El acoso moral en los lugares de trabajo. Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.
(4) Peñasco, R. Mobbing en la universidad. Madrid: Adhara; 2005.
(5) Velázquez, M. Mobbing, violencia física y estrés en el trabajo. Aspectos jurídicos de los riesgos psicosociales. Barcelona: Gestión 2000; 2004.

CASO 4 APLICACIÓN DEL MODELO RED EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN EN UNA ESMALTERA

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Empresa esmaltera, auxiliar del sector cerámico, ubicada en la Comunidad Valenciana.

Informantes**:** Eva Cifre, Marisa Salanova y Alma M. Rodríguez.
Equipo de Investigación WoNT_Prevenció Psicosocial. Universitat Jaume I de Castellón.

Contacto: Dra. Eva Cifre.
WoNT_Prevenció Psicosocial. Área de Psicología Social
Universitat Jaume I. Campus Riu Sec s/n. 12071, Castellón.
Tel: 964 729 588, Fax: 964 729 262, E-mail: cifre@psi.uji.es

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención psicosocial surge tras el ofrecimiento del equipo de investigación a la Gerencia de la empresa de realizar una evaluación de riesgos psicosociales, no realizada hasta entonces, así como la intervención en función de los resultados obtenidos en las áreas que se acordara. Además, el equipo de intervención también señaló la necesidad de terminar el proceso con una nueva evaluación de riesgos psicosociales, tanto de las áreas intervenidas como de las que no, para poder así realizar una correcta evaluación de la efectividad de dicha intervención.

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

Empresa esmaltera, del sector cerámico, con una plantilla de 112 empleados en el momento de realizar la intervención. Las tareas de prevención se realizaban desde el Servicio de Prevención de la propia empresa, compuesto por un médico del trabajo y un ATS. El ATS a su vez era el técnico de prevención de la empresa (especialidad en ergonomía y psicosociología aplicada). Las tareas principales de prevención realizadas hasta aquel momento se habían centrado en la evaluación e intervención en los riesgos de tipo físico de los puestos de trabajo, evaluación llevada a cabo por un SPA (Unión de Mutuas). También había existido colaboración del Departamento de Calidad, en concreto de la persona encargada del cumplimiento de la normativa para mantener la certificación de la ISO9001, a la hora de realizar

la descripción de puestos de trabajo y sus riesgos físicos asociados. Además, existía un Comité de Seguridad y Salud compuesto por tres representantes de la empresa y tres delegados de prevención.

El colectivo al que inicialmente se dirigió la intervención psicosocial estuvo compuesto por toda la plantilla de la empresa: oficinas, planta, laboratorios, diseño, almacenaje, mantenimiento, comercial. Por tanto, contaba con todo tipo de formación (básica en planta y en almacenaje, con formación profesional en oficinas, mantenimiento y laboratorios; con formación superior en diseño, oficinas, laboratorios y área comercial). La plantilla estaba compuesta mayoritariamente por hombres, tanto en puestos de operarios (*blue collar workers*), como en oficinas, laboratorios y diseño (*white collar workers*); las mujeres ocupaban, en cambio, sólo este segundo tipo de puestos.

Figura 15. Laboratorio

El proceso global (evaluación inicial-intervención-evaluación de la eficacia) en el ámbito psicosocial llevado a cabo duró aproximadamente un año. Tras una primera evaluación de los riesgos psicosociales (primera puesta en contacto con la realidad de la empresa), la intervención psicosocial comenzó poco antes del mes con las entrevistas de retroalimentación a todas las áreas (*feedback survey*), y la intervención más concreta en profundidad se realizó aproximadamente a los dos meses de la detección.

Cabe señalar que consideramos *intervención psicosocial* a todo el proceso llevado a cabo desde la primera evaluación de riesgos psicosociales hasta el *feedback* ofrecido tras la segunda evaluación, puesto que la primera evaluación ya supuso (tal y como ellos manifestaron en las diferentes entrevistas de *feedback*) que los empleados percibieran que la empresa se "preocupaba por ellos" de una manera diferente: teniendo en cuenta sus opiniones y necesidades respecto a los aspectos no tangibles de sus puestos de trabajo. Además de esta intervención psicosocial que podemos denominar "*global*" en toda la empresa, también se describirá una *actuación específica de intervención* en una de las áreas de la empresa, surgida tras la primera evaluación de riesgos psicosociales realizada.

4. OBJETIVOS

El objetivo general de la intervención fue realizar la evaluación de riesgos psicosociales de la empresa, con la consiguiente puesta en marcha de acciones de intervención derivadas de la propia evaluación inicial.

Objetivos específicos

1. Realizar un análisis de puestos de trabajo en función de las características psicosociales.
2. Dar retroalimentación (*feedback*) de los resultados obtenidos en el estudio a los empleados que han participado (acción de información).
3. Actuar sobre los puestos con más riesgo psicosocial mediante acciones específicas.

Objetivos a corto, medio y largo plazo

1. A corto plazo, dar retroalimentación (por áreas y, en caso de que así lo solicitaran los propios interesados, de forma individual) para que tanto la empresa como los empleados fueran conscientes de los resultados obtenidos y propusieran estrategias de mejora.
2. A medio plazo, llevar a cabo la mayor parte de las estrategias de intervención propuestas.
3. A largo plazo, que la empresa y los empleados fueran conscientes de los riesgos psicosociales asociados a los puestos y, cuando no fuera posible su eliminación, participaran en la propuesta de estrategias de mejora continua. Cultivar una cultura de prevención también psicosocial.

5. MARCO TEÓRICO

El marco teórico que hemos seguido en todo el proceso de Evaluación-Intervención ha sido el modelo de Demandas-Recursos Laborales (Demerouti et al, 2001), ampliado posteriormente por el equipo de investigación WoNT (Salanova, 2005) en el llamado Modelo de Recursos-Emociones-Demandas (RED). En este modelo, se considera Riesgo Psicosocial al desequilibrio entre las Demandas del puesto/empresa y los Recursos (personales y relativos a la organización) con los que cuenta el trabajador para hacerles frente. Este desequilibrio tendrá consecuencias (a corto o largo plazo) sobre la salud psicosocial del trabajador que podrán llegar a convertirse en "daños psicosociales" o emociones negativas tales como *burnout*, ansiedad, depresión, tecnoestrés. Estos daños psicosociales, a más largo plazo, podrán llegar a tener consecuencias sobre la organización como "daños organizativos" (ejemplo: absentismo, reducción del desempeño, rotaciones involuntarias).

Además, hemos seguido las estrategias de investigación-acción propuestas por la *European Association of Work & Organization Psychologists (EAWOP)*. La investiga-

ción-acción se refiere a un proceso de cambio basado en el acopio sistemático de datos y la selección de una acción de cambio fundada en lo que indica el análisis de los datos (Shani y Pasmore, 1985). Su importancia radica en que proporciona una metodología científica para manejar un cambio planeado (Robbins, 2004). Este proceso de investigación-acción consta de cinco etapas, muy semejantes a las del método científico, que se describen en el apartado 7.

6. FACTORES SOBRE LOS QUE SE ACTÚA

Tal y como se ha podido ver en las diferentes áreas, en la intervención global, y partiendo del modelo RED, se actuó aumentando los Recursos laborales de los empleados (control del puesto, *feedback* sobre su actuación, mejorando el clima organizativo, etc.), disminuyendo las Demandas (sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol, etc.) y mejorando por tanto las Emociones, como indicadoras de la salud mental en el trabajo (disminuyendo el *burnout*, aumentando el *engagement* o vinculación psicológica con el trabajo, y las experiencias de *flow* o experiencias óptimas de trabajo, aumentando la satisfacción laboral, etc.). En la figura 16 se muestra el Modelo RED con las principales variables y relaciones entre ellas.

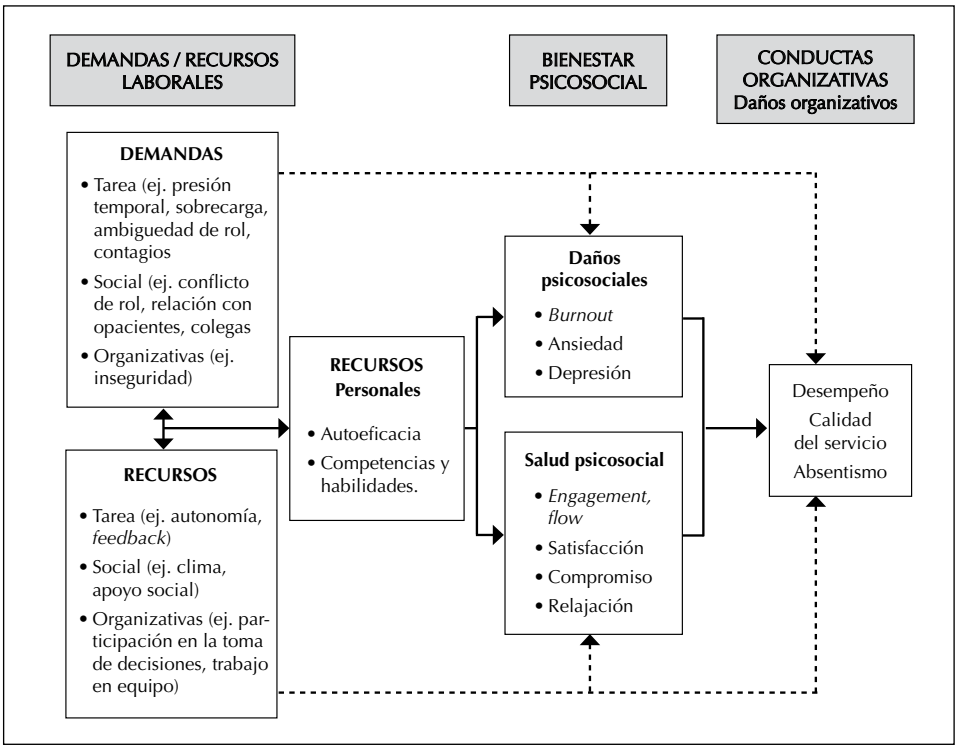


Figura 16. Modelo General RED (Recursos-Emociones-Demandas)

En el grupo en que se realizó una actuación específica (Laboratorio 1) se incidió principalmente sobre el factor de *clima de innovación*. Los empleados de esta área estuvieron de acuerdo en que no se les permitía hacer innovaciones en el contenido de su trabajo, en contra de lo que esperaba la Gerencia y en contra de los propios intereses de la empresa. Además de aumentar este "recurso laboral" específico del puesto, se actuó de manera colateral en otros factores como fueron una mejora en otros recursos laborales (percepción de un mejor clima de apoyo) y en las emociones percibidas (motivación intrínseca y disminución de la ansiedad) respecto a los grupos en los que no se había intervenido.

7. FASES Y METODOLOGÍA

A continuación se describen las etapas del proceso general de abordaje de los riesgos psicosociales y, en segundo lugar, las de la intervención psicosocial propiamente dicha en el Laboratorio 1.

7.1. Del proyecto global

Desde el Modelo Teórico RED y teniendo en cuenta las etapas del proceso de investigación-acción, las fases que seguimos en todo el proyecto global fueron las siguientes:

1. Fase de diagnóstico.
   Recogida de información a partir de análisis del material proporcionado por la empresa (descripción de puestos de trabajo elaborada por el responsable de Seguridad y Salud de la empresa y la responsable de Calidad, el organigrama de la empresa, etc.) y la cumplimentación de un cuestionario de autoinforme elaborado por el equipo WoNT_Prevenció Psicosocial (http://www.wont.uji.es): el cuestionario RED.es, adaptado al caso de la empresa en particular.
2. Fase de análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios.
   Para facilitar la comprensión de la situación, se elaboraron tanto informes de la empresa en global como de las diferentes áreas de trabajo. Tras esta primera evaluación de los riesgos psicosociales (en colaboración con el Servicio de Prevención), se pasa un informe a Gerencia con los resultados obtenidos (en global, y por áreas, comparándola con el resto de la empresa y con una muestra normativa). En esa reunión, se autoriza a los investigadores (agentes de cambio) a dar el *feedback* a los participantes en el estudio.
3. Fase de retroalimentación.
   Se mantuvieron entrevistas de *feedback* con los responsables de las diferentes áreas y, en la medida de lo posible, con todos los participantes en la evaluación (*survey feedback*). El *feedback survey* es una estrategia de intervención organizativa basada en la comunicación bidireccional entre los facilitadores (o evaluadores) y las personas sobre las que se ha realizado una evaluación. A grandes rasgos, a través de la comunicación oral y bidireccional se llega a conocer más sobre el problema en cuestión y al final se plantean estrategias

de mejora organizativa que estén bajo el control de las personas que las llevarán a cabo. Se entregó a todos los participantes un informe con los resultados por área, explicando el modelo utilizado y comparando, de forma gráfica, los resultados de su área con el resto de la empresa en cada grupo de factores evaluados. El agente de cambio les animaba a que interpretaran con sus propias palabras los resultados (*la foto de la situación*, como la denominaban en la empresa) y a que propusieran acciones de mejora cuyo desarrollo estuviese bajo su propio control.

4. Fase de acción.
   Tras estas sesiones de *feedback* se entregó de nuevo un informe a la Gerencia de la empresa, donde se especificaban las estrategias propuestas de mejora en cada área. La Gerencia decidió que había un área particular que, por sus características y relevancia para la empresa, así como por la sorpresa que suponían los resultados encontrados, debía ser intervenida inmediatamente. Se trata de la intervención psicosocial específica propiamente dicha, que en este caso se llevó a cabo (al menos hasta el segundo pase de cuestionarios) sólo en un área de la empresa, y que se detalla más adelante.
5. Fase de evaluación.
   Seis meses después del primer pase de cuestionarios, se llevó a cabo una segunda evaluación de los riesgos psicosociales, con el fin de comprobar la eficacia del proyecto. Tras ello, se volvieron a realizar sesiones de *feedback* con todos los participantes de esta segunda evaluación, y se entregó un informe final a la empresa recalcando la importancia de algunas de las acciones que todavía no se habían llevado a cabo y señalando los beneficios de las acciones emprendidas.

7.2. De la intervención en una de las áreas

En este apartado describiremos las acciones específicas que se llevaron a cabo en el Laboratorio 1 (en la tabla 15 puede verse un resumen de las acciones desarrolladas en distintas fases de la intervención).

Los análisis realizados y las sesiones de *feedback* hicieron patente que los riesgos psicosociales principales del área se centraban en una falta de innovación, falta de autonomía y baja calidad de la formación recibida. Para llevar a cabo acciones específicas se siguieron los siguientes pasos: entrevistas individuales, análisis cualitativo de las mismas y elaboración de un informe con propuestas de mejora.

7.2.1. Entrevistas individuales

En profundidad con todas las partes implicadas, tanto con los empleados, como con el supervisor inmediato y con la supervisora general del departamento al que pertenecía este laboratorio y el área de producción. El objetivo de estas entrevistas era localizar el foco más específico del problema, así como sus posibles causas, para posteriormente pasar de nuevo a una propuesta de mejoras.

	Supervisión	Organización de la tarea	Formación
Identificación de causas	Trabajo mecánico. Ausencia de contenido. Imposibilidad de cambios. Trato no igualitario. Falta de reconocimiento.	No se ven los resultados del trabajo. Imposibilidad de proponer o innovar. Elevado ritmo de producción. Falta de confianza de los supervisores.	Falta información sobre cursos generales. Falta formación específica *on the job.* Formación inadecuada a las nuevas incorporaciones.
Medidas propuestas	Cambio en estilo de dirección. Sesión formativa: explicitar funciones y motivar. Fomentar habilidades para trabajo en equipo.	Crear grupo de mejora. Crear normas para hacer visible el final del proceso de trabajo. Facilitar la propuesta y aplicación de mejoras en los colores.	Oferta de formación general a medida de cada puesto. Clarificar criterios para formación específica impartida por supervisores.
Medidas aplicadas	Reubicación supervisores. Sesiones para definición de funciones dirigidas a cambio en estilo dirección.	Rediseño de puestos/tareas. Aumentar autonomía y capacidad de innovación.	Informar sobre procedimiento de formación específica para el puesto.

Tabla 15. Acciones sobre los tres elementos del entorno psicosocial en Laboratorio 1

7.2.2. Análisis cualitativo del contenido de las entrevistas

Donde los riesgos anteriormente descritos quedaron especificados en problemas con: 1) el estilo de supervisión, 2) la organización de la tarea y 3) la formación recibida por parte de la empresa.

Respecto al *estilo de supervisión* existía una percepción generalizada de no conocer el porqué de la realización las tareas, sobre todo en una de las subáreas. Se realizaban las tareas de una manera muy mecánica y se tenía la sensación, en la mayoría de los casos, de que no se les dejaba innovar o hacer propuestas de mejora. También se detectó una percepción de favoritismo por parte de los supervisores y de falta de reconocimiento de las tareas y/o propuestas realizadas.

Respecto a cómo estaba *organizada la tarea*, se percibía por parte de los técnicos de laboratorio que no veían los resultados de lo que hacían, y que no se les dejaba hacer propuestas o innovar en lo que hacían, por lo que su desarrollo profesional en el trabajo era prácticamente nulo. Los empleados culpaban de ello al alto ritmo de producción, que no les solía permitir observar resultados anteriores para proponer nuevas ideas (esto incluso en el área de I+D). Otra causa de esa baja innovación, decían, era la falta de confianza de los supervisores tanto en las capacidades de los técnicos como en su capacidad de guardar secretos relacionados con la formulación del producto.

En cuanto a la *formación recibida* de la empresa para el desempeño del puesto de trabajo, los problemas se centraban en dos niveles diferentes. En cuanto a la formación general, tanto los técnicos como los supervisores coincidían en señalar

el retraso con el que se recibía información de cursos generales, como los de informática o idiomas, cursos que consideraban importantes para su desempeño en el puesto de trabajo. Tal era el retraso que, generalmente, el Laboratorio 1 se quedaban fuera de la oferta.

Por lo que respecta a la formación específica, debido al secretismo que hay en el sector respecto al tema de "colores", se veía difícil que pudieran realizarse cursos por parte de alguien de fuera de la empresa. Lo que sí echaban de menos los técnicos era una formación concreta por parte del/los supervisor/es (explicar para qué se hacen las cosas: formación *on the job*). Sin embargo, esta información contradecía la proporcionada por los supervisores, que señalaban que sí se realizaba.

Esta forma de realizar formación específica para el puesto de trabajo también parecía presentar problemas cuando había nuevas incorporaciones al grupo de trabajo. Se tenía la sensación de que la formación del nuevo trabajador no era todo lo completa que debería, ya que siempre se le encargaba esa misión a la última persona en incorporarse.

7.2.3. Elaboración de un informe con las propuestas de mejora

De acuerdo con estos resultados, se elaboró un informe en que se recogían las propuestas de intervención surgidas de los pasos anteriores y sugeridas, en gran medida, por los participantes en el proceso: supervisores y empleados del área afectada. Estas estrategias se centraban en los tres ámbitos recién mencionados, propuestas que se relacionan de manera muy directa entre sí.

En cuanto a la *supervisión*, se propuso un cambio en el estilo de dirección que se estaba llevando a cabo, centrado principalmente en el desarrollo mecánico de las tareas. Para ello se planteó tener una sesión formativa con los supervisores, donde se pretendía hacer explícito lo que se espera de una persona que desempeña este puesto. En este sentido, se daría información sobre las funciones del supervisor que incluyen, entre otras, la distribución de tareas en función a las competencias/preferencias, la disponibilidad, la evaluación del desempeño y de las necesidades formativas de los miembros del equipo y, muy importante, la motivación individualizada y/o grupal de cara al desempeño de las tareas y cooperación en el grupo.

En cuanto a la *organización de la tarea*, y en función de las propuestas realizadas por los propios miembros de los equipos de trabajo, se propuso realizar un grupo de mejora. En este grupo se realizaría cada mañana una reunión de todos los miembros del equipo para ver los resultados del día anterior, fomentando la participación de los componentes, y donde se les explicara el porqué de las decisiones posteriores a tomar. También se propuso establecer normas para que siempre se pueda ver el final del proceso iniciado en el laboratorio. Con ello se pretende aumentar la *identidad de la tarea*. Además, sobre todo en relación con la subárea que manifestaba descontento respecto a que no se les permitiera realizar propuestas de mejora, se propuso que los supervisores dieran opción a los técnicos de proponer mejoras de los colores y hacer sus propios desarrollos. Esto, además de darles mayor sensación de innovación en el puesto, les permitiría aprender

de sus propios errores, lo cual a su vez conllevaría una función de formación en el puesto y de motivación.

En relación con la *formación* recibida en la empresa, se propuso, en cuanto a la formación general, que el departamento de personal ofertara una formación que cumpliera ciertas características (en el puesto, realizarla gran parte dentro del horario laboral,...), es decir, que fuera hecha a medida de las necesidades del puesto. En cuanto a la formación específica, se propuso que los supervisores dejaran explícitos los criterios subyacentes a la hora de ofrecer formación a los empleados (formación por etapas, según hicieron patente), para evitar la sensación de que no se les quiere transmitir la información, y la suspicacia que ello conlleva.

7.2.4. Comunicación de las propuestas a Gerencia

Se mantuvo una reunión con la Gerencia en la que se entregó y explicó el contenido del informe anterior.

7.2.5. Toma de decisiones por parte de la Gerencia

Tras consultar de nuevo con los supervisores (inmediato y superior) así como con algunos de los empleados, la Gerencia decidió qué estrategias adoptar. Algunos de los motivos por los que el gerente, en concreto, decidió actuar en esta área fueron la importancia que se le concedía para el rendimiento general de la empresa, además de lo sorprendente de los resultados, puesto que se tenía la concepción de que precisamente esta área debería ser de las más innovadoras de la empresa. En ello también influyeron experiencias personales del gerente, técnico químico de profesión que había trabajado anteriormente en el laboratorio en cuestión. En concreto, se decidió actuar (tras consulta con la supervisora del departamento al que pertenecía ese laboratorio) haciendo un rediseño de puestos/tareas y reubicación de algunos de los agentes implicados. El resto de medidas fueron desechadas por el momento (aunque se verá que algunas fueron retomadas posteriormente).

7.2.6. Implantación de las estrategias de mejora

Las acciones llevadas a cabo se centraron en el rediseño de puestos, la reubicación de algunos supervisores y la realización de acciones de información.

Respecto al *rediseño de puestos*, se dividió el área en dos subsecciones, una más relacionada con algunas tareas más cercanas al desarrollo y el control del color, y otra con la racionalización del producto.

Dada la nueva estructura del área, también se realizó una *reubicación de algunos supervisores*, manteniendo algunas reuniones con ellos para definir sus funciones (anteriormente mencionadas) de manera que se pudiera llevar a cabo un auténtico cambio de estilo de dirección. Sin embargo, ante las reticencias presentadas por el supervisor inmediato (el mayor foco de problemas con los subordinados) a realizar dicho cambio, además de por sus manifestaciones señalando su incomodidad en

ese puesto (lo estaba desempeñando sobre todo por la remuneración económica que suponía y no porque le gustara esa responsabilidad ni las funciones que acarreaba), la empresa optó por cambiarlo de puesto y de unidad, ubicándolo en otro más acorde a sus competencias técnicas y sociales. Para suplirle se ascendió a una de las técnicas del laboratorio, que contaba con la confianza de sus compañeros, y con las competencias tanto técnicas como sociales (entre otras, un estilo de dirección más adecuado) que requería el puesto.

Finalmente, se llevaron a cabo *acciones de información* sobre el procedimiento de formación para el puesto, haciendo explícito para todos los miembros del área el proceso que se estaba utilizando ("formación por etapas").

Las medidas fueron implantadas todas al mismo tiempo, con una duración aproximada de dos meses. Debido a su implicación personal en el área, la implementación fue supervisada directamente por el gerente, aunque la ejecución cotidiana, así como la toma de decisiones concretas fue llevada a cabo por la supervisora del departamento general. Además, contaron con la ayuda técnica del equipo WoNT, concretando su participación en el día a día.

7.2.7. Evaluación de la efectividad de las estrategias

Enlazando con la fase 5 del proyecto global (evaluación de la acción), se llevó a cabo una nueva evaluación de los riesgos psicosociales de toda la empresa. El procedimiento y resultados se detallan más adelante.

8. AGENTES IMPLICADOS

Aunque el Servicio de Prevención Propio colaboró con la evaluación y la intervención de manera general (ofreciendo material de apoyo, documentación necesaria, etc), los verdaderos partícipes de todo el proceso fueron, además de la Gerencia, los responsables de las distintas áreas evaluadas, así como la responsable de Calidad de la empresa (que formaba además parte del Comité de Seguridad y Salud).

Estos responsables participaron tanto en las reuniones iniciales con la Gerencia, como en la distribución de los cuestionarios (animando a la gente a participar), así como en las reuniones que hemos llamado de *feedback* o de retroalimentación, y en las reuniones finales con Gerencia donde se explicaban los resultados obtenidos y las posibles propuestas de mejora. Su participación en el proceso, pues, fue crucial. Además, en todas estas reuniones con Gerencia también participó el Comité de Seguridad y Salud, colaborando por tanto en las distintas etapas clave, como la planificación de medidas, aplicación/ejecución de acciones, seguimiento de la implementación, evaluación de la eficacia de las acciones, etc. Sin embargo, hay que resaltar que las decisiones finales siempre fueron tomadas por Gerencia, haciendo uso del poder que le otorgaba su puesto de liderazgo en la empresa.

Este fuerte liderazgo llevado a cabo por Gerencia no quita, sin embargo, importancia al papel que tuvieron los trabajadores (y no sólo sus supervisores) en todo el proceso. Los trabajadores se hicieron oír a partir de las entrevistas de *feedback*,

donde interpretaban los resultados y proponían estrategias de mejora. Sin embargo, la toma de decisiones final (tras consulta con el Comité de Seguridad y Salud, de los supervisores y de los informes ofrecidos por el equipo WoNT como "agente externo") tanto sobre las áreas en las que intervenir, como sobre el tipo de intervención, fue siempre de Gerencia.

Por otro lado, y como ya se ha comentado anteriormente, a pesar de que se tuvieron contactos con el SPP, con el Servicio de Calidad, etc., el interlocutor directo del "agente externo" en esta evaluación de Riesgos Psicosociales fue siempre, de nuevo, Gerencia.

9. RESULTADOS OBTENIDOS

Atendiendo a los objetivos enunciados, se obtuvieron los siguientes resultados:

- La evaluación de los riesgos psicosociales a partir del análisis de los puestos en diez áreas de trabajo diferentes (N=107).
- La realización de 10 entrevistas grupales de *feedback* en las 10 áreas de la empresa, con una participación de aproximadamente el 90% de los trabajadores.
- La presentación de propuestas de acciones preventivas para cada una de esas áreas.
- La actuación específica en el área de Laboratorio 1.
- La reevaluación de las condiciones psicosociales tras la implementación de medidas correctoras (N=72).

En base al modelo teórico RED los resultados de la evaluación se presentaron en función de los tres bloques principales cubiertos por el cuestionario: Demandas del puesto/empresa, Recursos personales y laborales y Emociones en el trabajo. En la tabla 16 se resumen los principales riesgos detectados en esta primera evaluación psicosocial, así como las propuestas realizadas.

En cuanto a la intervención específica en el Laboratorio 1, realizando un rediseño de tareas se conseguía el objetivo de dotar a los distintos puestos de mayor autonomía y creatividad/innovación, así como de mayor variedad y riqueza de tareas. Ello aportaba mayor autonomía, con la consiguiente posibilidad de aplicar mejor sus conocimientos y habilidades. Además, esta medida posibilitaba un mayor ajuste entre la formación de la persona y el puesto o tareas a desempeñar, lo que permitía por tanto un mayor desarrollo personal del trabajador.

Las reticencias del supervisor del laboratorio ante el cambio en el estilo de dirección supusieron uno de los obstáculos de la intervención. La solución adoptada finalmente generó un resultado satisfactorio para todas las partes, demostrando la importancia de que exista una correcta adaptación entre el puesto y la persona y sus competencias.

Por otro lado, en el Laboratorio 1 además de los resultados esperados hubo mejoras colaterales, tales como la mejora en el clima de apoyo, aumento del interés intrínseco en el trabajo y disminución de la ansiedad relacionada con el trabajo.

Área	Riesgo detectado	Propuestas de intervención
Laboratorio 1	Ver apartado específico	
Laboratorio 2	Altas demandas Conflicto de rol Agotamiento emocional	Análisis separando cada caso
Laboratorio 3	No percibir utilidad del trabajo No tener en cuenta resultados	Proponer método para mejorar metodología: mayor eficacia Adecuación formación exigida al perfil del puesto
Control	Sobrecarga cuantitativa Presión temporal simultánea	Aumentar personal en equipos Mejorar criterios selección personal
Producción	Escasa autonomía Ritmo impuesto por máquinas	Rediseño en puestos secadora y hornos
Almacenes	Situación adecuada	Análisis separando operarios/supervisores
Diseño	Situación adecuada	
Mantenimiento	Remuneración no satisfactoria	Análisis separando áreas y puestos
Asistencia técnica y Ventas	En exportación: Demandas emocionales Conflicto rol No posibilidad de planificar	Mejorar criterios para selección personal
Oficinas y servicios centrales	Sobrecarga cuantitativa Elevadas exigencias mentales Bajo nivel de salud mental	Análisis separando oficina técnica/ administración Rediseño puestos en oficina técnica

Tabla 16. Principales riesgos y propuestas preventivas identificados en la primera evaluación psicosocial.

10. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se hizo una evaluación principalmente de los resultados, a partir de la evaluación de riesgos psicosociales pre y post intervención (T1 y T2). A la hora de llevar a cabo los análisis el Laboratorio 1 se consideró grupo "experimental" frente al resto de la empresa, para verificar si los cambios habidos entre Tiempo 1 y Tiempo 2 (seis meses después de la intervención) fueron debidos a la simple participación en el proceso general de investigación-acción (que ya consideramos intervención psicosocial), o a las actuaciones específicas llevadas a cabo.

Se utilizaron técnicas estadísticas multivariadas para determinar el efecto de los resultados obtenidos. Los datos más relevantes se resumen en una mejora significativa respecto al principal riesgo percibido en el primer pase de cuestionarios, es decir, el clima de innovación. En este sentido, los análisis muestran un aumento significativo de dicho clima en el Laboratorio 1 (de 3,6 a 4,7, en una escala de 0 a 6) con F (1, 64) = 5,47, p> ,05, lo que no ocurrió en el resto de la empresa (el clima pasó de 3,8 a 3,9). En este sentido, y teniendo en cuenta también los resultados colaterales comentados anteriormente, se aprecia una disminución en el nivel de las Demandas

y un aumento en el nivel de Recursos laborales lo que lleva, en general, a una mejora de la salud mental en la empresa y una disminución de los daños psicosociales (principalmente ansiedad) detectados.

Además, y no por el simple efecto del paso del tiempo o de la intervención general en la empresa (ya que en el resto de áreas no ocurrió así), se apreciaron mejoras en los componentes centrales de *engagement* o vinculación psicológica con el trabajo (aumentando de 4,4 y 4,1 sobre 6 en vigor y dedicación, respectivamente, a 5,1 en ambos casos, siendo la diferencia significativa a un nivel de p<,05 y p<,01, respectivamente) y de *flow* (experiencia óptima en el trabajo, en concreto en su dimensión de absorción, que aumentó desde 3,9 a 5,5 sobre 6, con una diferencia significativa a un nivel de p<,05), así como de la autoeficacia (o creencia en la propia eficacia de realizar las tareas en el futuro, que aumentó de 4,1 a 4,7 sobre 6, siendo la diferencia significativa a un nivel de p<,05) de los empleados en los que se intervino.

Estos resultados, desde nuestro punto de vista, pueden tener tres explicaciones plausibles:

- Éxito de las intervenciones realizadas. La mejora de los resultados puede estar mostrando el éxito de las intervenciones propuestas tras el informe realizado en T1. Además, la mera evaluación del contexto psicosocial puede haber demostrado a los empleados una "sensibilización" por parte de la Dirección de la empresa hacia sus problemas, lo cual puede haber redundado en un aumento de los indicadores de salud mental (aumento del clima de innovación, de la autoeficacia general y específica, de experiencias de flow y del *engagement* de los empleados) en el trabajo. Esto es lo que llamamos los efectos positivos del *feedback survey*.
- La mortandad (32%) de la muestra respecto a T1 puede indicar que los empleados menos satisfechos en su puesto de trabajo no respondieron en este segundo pase de cuestionarios.
- Por aprendizaje y deseabilidad social. Aunque existía la posibilidad de que los cuestionarios se cumplimentaran de manera anónima, era posible detectar al sujeto participante debido a diferentes características sociodemográficas (edad, sexo, antigüedad, etc.), sobre todo en las áreas con menos empleados. Puede que el miedo a posibles represalias hiciera que los empleados prefirieran mostrar a nivel cuantitativo una visión más positiva de la que se podría percibir en determinados casos a nivel cualitativo. Además, esta "deseabilidad" pudo ser favorecida en el segundo pase de cuestionarios por el *feedback* que se les proporcionó sobre sus resultados en T1, lo que les hubiera permitido "aprender" el significado de los diferentes ítems e instrumentos de medida.

Por todo ello, y ajustándonos a los resultados objetivos obtenidos, podemos señalar que los posibles riesgos aparecidos eran los riesgos psicosociales del puesto de trabajo (al presentar en los dos momentos de recogida puntuaciones muy similares), y que como tal deberían reflejarse en el análisis de puestos de la empresa (tanto en lo referente a Calidad como al manual de Prevención de Riesgos Laborales).

En cuanto a la evaluación del proceso, fue de tipo cualitativo, en función del *feedback* ofrecido por los agentes que participaron en él a través, principalmente, de entrevistas individuales con los responsables de todas las áreas de la empresa y con los empleados que voluntariamente se ofrecieron a participar en dicha evaluación del proceso.

11. COSTE

El coste aproximado de la intervención global (un año: evaluación de riesgos psicosociales, intervención y reevaluación) fue de 11.000 euros en concepto de pago a los agentes externos de cambio, materiales, etc. que participaron en el proceso. Además, se requirió la participación de un estudiante en prácticas de la titulación de Psicología, así como la colaboración de la responsable de Calidad de la empresa.

En cuanto al tiempo invertido por los empleados en general, fue aproximadamente de dos horas en total, divididas en la cumplimentación del cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales (aproximadamente 20-25 minutos cada uno de los dos pases) y su participación en las dos entrevistas de *feedback*. Aunque los cuestionarios fueron cumplimentados fuera de horario de trabajo (los empleados se los podían llevar a su casa y los devolvían rellenados en aproximadamente una semana), la empresa facilitó la participación de los empleados en el proceso, siendo los supervisores los encargados de planificar el día y la hora de las sesiones de *feedback*, contando en ellas con el mayor número de empleados posible de cada unidad.

En cuanto al coste específico de la actuación llevada a cabo en el Laboratorio 1, aunque no contamos con las cifras exactas, podemos decir que fue un coste muy bajo, puesto que sólo implicó un aumento de salario de la persona que fue ascendida para que llevara de manera diferente la coordinación y supervisión del laboratorio en cuestión.

12. VALORACIÓN FINAL

Una de las principales dificultades encontradas en la intervención fue la suspicacia de los empleados, por un lado porque pensaban que no iban a conocer los resultados de la intervención (por lo que se tuvo que realizar la tarea de explicar y convencer de que conocerían esos resultados). Por otro lado, pensaban que no se iba a hacer nada "en serio" que repercutiera en sus condiciones de trabajo, es decir, que la intervención no iba a tener consecuencias prácticas.

Estas suspicacias se trabajaron principalmente a través de las reuniones de *feedback*, informes personalizados cuando se requirieron y posterior puesta en marcha de algunas de las estrategias propuestas por los trabajadores.

Por otro lado, también nos encontramos reticencia por parte de la Gerencia en llevar a cabo algunas de las propuestas de mejora realizadas por los empleados, en algunos casos quitándole la importancia que para ellos tenían.

Como aspectos positivos cabe destacar la alta implicación de los responsables de las áreas, así como de los empleados cuando se daban cuenta de que su participación "servía para algo". Alta implicación también en las medidas que se tomaron basadas en sus opiniones (importancia de la participación en la toma de decisiones).

Además, hay que señalar que uno de los beneficios principales encontrados, y unido intrínsecamente al modelo de investigación-acción, es que cuando los empleados han participado en la etapa de retroalimentación, el proceso de cambio adquiere un ímpetu propio. Empleados y grupos que tomaron parte se convierten en una presión interna constante para producir el cambio (Robbins, 2004). En concreto en este caso, sabemos que tras la segunda evaluación de riesgos psicosociales ya mencionada, la empresa (por presión en parte de los propios empleados) siguió llevando a cabo algunas de las propuestas de mejora no puestas en marcha en principio, tales como:

- Implementación de cursos de formación sobre motivación y habilidades para mandos intermedios, a los que asistieron la mayoría de los agentes implicados.
- Cursos de formación específicos según las necesidades manifestadas en las áreas.
- Incorporación, siguiendo las recomendaciones marcadas con relación al perfil de la nueva persona, en el área de Control.
- Incorporación en el Laboratorio 3 de una persona con la formación requerida por el puesto (FP-II).

De este modo, quedó patente que la misma evaluación e intervención en riesgos psicosociales, aunque fuera muy específica, permitió una mayor sensibilización y concienciación de la empresa respecto a estos riesgos, hasta ese momento desconocidos para ellos, así como por parte de los propios trabajadores.

Cabe señalar como comentario final que, aunque en el proceso completo de evaluación-intervención-evaluación hubo obstáculos y barreras tanto técnicas como sociales (comentadas anteriormente), éstas podrían resumirse en que no había experiencia previa en materia de actuaciones psicosociales y por tanto, se generaban suspicacias, escepticismos que en algunas ocasiones eran difíciles de superar. Una vez se van realizando acciones y se ve la utilidad, se va generando una cultura de aprendizaje dentro de la organización y se "aprecia" el valor de las actuaciones realizadas.

No obstante, nuestra valoración de todo el proceso fue muy positiva, ya que en muchas ocasiones lo difícil es comenzar, pero una vez dentro del proceso, si éste se lleva a cabo desde posiciones científicas y con modelos altamente validados, se puede apreciar que todo "fluye". Al final, se confirma el hecho de que merece la pena "cuidar" a las personas y velar por su salud psicosocial, ya que las personas son el valor social y humano más importante de la organización.

Castellón, marzo 2002

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Demerouti, E., Bakker, AB., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. The job demands resources model of burnout. Journal of Applied Psychology 2001; 86: 499-512.
(2) Robbins, S.P. Comportamiento organizacional (10ª edición). Méjico: Pearson Educación, 2004.
(3) Salanova, M. Metodología WONT para la Evaluación y Prevención de Riesgos Psicosociales. Gestión Práctica de Riesgos Laborales 2005; 14: 22-32.
(4) Shani, A.B., Pasmore, W.A. Organization inquiry: Towards a new model of the Action-Research process. En D.D. Warrik (comp.), Contemporary organization development: Current thinking and applications (págs. 438-448). Glenview, I.L. Scott: Foresman.

CASO 5 PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN UN CENTRO SANITARIO

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Corporació Sanitària Parc Taulí, entidad que ofrece servicios sanitarios diversos en la comarca del Vallés Occidental.

Informante: Albert Mariné Torrent
Servicio de Prevención CSPT
Parc Taulí s/n 08208 Sabadell
E-mail : amarine@cspt.es

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

La conveniencia de crear un programa específico de atención psicosocial para los trabajadores surgió de la detección de problemáticas emocionales de diversa índole por parte del equipo de salud laboral. Éstas se habían ido evidenciando a través de diversas actividades como el seguimiento del absentismo, los exámenes de salud programados y las visitas espontáneas. Fue a través de esta actividad como se detectaron un mayor número de situaciones conflictivas, al profundizar en el diagnóstico de problemas de salud como cefaleas, contracturas musculares y astenia. Así mismo, el proceso de evaluación culminado en 1994, con la realización de un mapa de riesgo, puso de manifiesto problemas de orden psicosocial en diversos ámbitos.

Paralelamente desde el Departamento de Personal se habían detectado diversas situaciones que, tratadas a través de la respuesta ordinaria, no obtenían una resolución aceptable. Un análisis en profundidad de los contenidos mostró que tenían que ver con situaciones conflictivas personales e interpersonales. Ello puso de manifiesto la necesidad de profesionalizar el tipo de atención requerida mediante la competencia y el conocimiento específicos de los aspectos psicológicos implicados en este tipo de situaciones.

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

La Corporación Sanitaria Parc Taulí (CSPT) es un consorcio patrimonial de titularidad pública que ofrece servicios sanitarios dentro de la comarca del Vallés Occidental y fundamentalmente para el Catsalut, que es la aseguradora pública en Catalunya. La población de referencia es de 391.546 habitantes. Se constituyó como tal en el año 1987, después de un proceso de fusión de cuatro empresas sani-

tarias existentes en el sector. Está constituida actualmente por seis centros, que son: Hospital de Sabadell, Centro Sociosanitario Albada, Salud Mental Parc Taulí, UDIAT Centro de Diagnóstico SA, Sabadell Gent Gran y Atención Primaria Parc Taulí SA, que tienen personalidad jurídica propia y que funcionan de forma autónoma. El número total de trabajadores es de 2500. La corporación cuenta con 758 camas hospitalarias.

Algunos datos relevantes dan cuenta del elevado nivel de actividad del centro. Cabe destacar que se trata del segundo hospital en número de urgencias dentro del territorio catalán. Los niveles de eficiencia han sido reconocidos con la mención de mejor centro en los últimos cuatro años en la categoría de "hospital docente" por parte de la agencia evaluadora IASIST. Ello se ha conseguido gracias a la introducción de criterios racionalizadores de gestión clínica y una permanente orientación a la demanda.

Las políticas de personal se han orientado a la incentivación individualizada, al desarrollo de planes de carrera profesional y a la formación continuada de todos los colectivos.

Debido a la naturaleza de la actividad realizada en la CSPT y al número de profesionales, era obligatorio constituir un Servicio de Prevención para cada uno de los centros que la integran. Se optó por establecer un Servicio de Prevención Propio Mancomunado, visto el marco legal que ofrecían el Reglamento de los Servicios de Prevención y la propia LPRL, y ya que coincidían características de actividad similar, proximidad en el área geográfica, un mismo objetivo empresarial y una voluntad explicitada en los respectivos consejos de gobierno de caminar juntos en la gestión de la prevención. Así mismo, se optó por asumir todas las especialidades previstas en la ley, diferenciando desde el inicio las funciones de ergonomía y psicosociología como espacios de atención independientes.

Además se incorporaron profesionales que son referentes dentro de ámbitos de relevancia en la CSPT, con carácter de colaboradores estrechos dentro del propio servicio a fin de acercar esta cultura preventiva a los profesionales de la institución.

En la actualidad el SP cuenta con cinco técnicos superiores, que cubren todas las disciplinas, y dos administrativas, todos a tiempo completo.

4. OBJETIVOS

El objetivo original del programa era cuidar la salud mental de los profesionales a través de una estrategia amplia que contemplara aspectos preventivos de nivel primario, secundario y terciario. El *cuidar al que cuida* era, de hecho, un principio guía del marco conceptual de la institución. Durante los primeros dos años el objetivo del programa quedó básicamente circunscrito a poner en marcha un dispositivo de atención individual, personalizada y confidencial para los trabajadores con problemas psicológicos y relacionales, en la línea de los dispositivos de *counseling* laboral instaurados en muchos países europeos.

Posteriormente el programa se ha ido desarrollando de forma progresiva, incorporando objetivos que engloban aspectos preventivos de carácter más amplio, de

tipo formativo, de apoyo y de detección de condiciones laborales adversas y su posterior mejora, tal como recomiendan diversos autores (1,2).

Los objetivos actuales del programa de prevención de riesgos laborales son:

1. Generar un espacio de cuidado de la salud mental de los profesionales a través del dispositivo de *counseling* coordinado con Vigilancia de la Salud.
2. Detectar precozmente los conflictos interpersonales que puedan generar disfunción y favorecer un marco de abordaje apropiado, asesorando a los responsables de los equipos en la gestión de los mismos.
3. Evaluar y monitorizar los diversos factores de riesgo psicosocial en los lugares de trabajo.
4. Dar soporte grupal en situaciones de estrés agudo.
5. Formar en la adquisición de recursos personales preventivos frente al riesgo psicosocial y especialmente frente al desgaste emocional.

5. MARCO TEÓRICO

Se partió de un modelo transaccional del estrés laboral según el cual la persona es contemplada como un agente activo que de forma continuada trata de adaptarse a los cambios y dificultades, haciéndoles frente a través de la comprensión, la experiencia y el control emocional. En el caso de los profesionales sanitarios, el manejo de situaciones nuevas y complejas constituye de hecho el núcleo de la propia profesionalidad, entendida ésta como una cualidad que va más allá de las competencias estrictamente técnicas.

Para la conceptualización de los factores generadores de estrés en el medio laboral, se ha utilizado el modelo de demanda-control-apoyo (3,4). Este modelo ha sido utilizado en diversos estudios dentro del ámbito sanitario (5,6). Junto con este modelo, se ha tenido muy en cuenta el concepto de trabajo emocional ligado precisamente a las profesiones de atención a personas (7). El contacto continuado con pacientes, especialmente en situaciones de gran dependencia o de gravedad, requiere un autocuidado emocional continuado y un adecuado trabajo en equipo para evitar el desgaste y, en última instancia, el agotamiento emocional.

6. FACTORES SOBRE LOS QUE SE ACTÚA

Siguiendo la conceptualización de los factores psicosociales según los modelos expuestos, se ha incidido fundamentalmente en estos factores:

- Potenciación de las capacidades de afrontamiento del estrés a través de la atención individualizada mediante el dispositivo de ayuda psicológica, así como de la formación de los equipos.
- Mejora de los elementos constitutivos del apoyo social en el trabajo a través del fortalecimiento del trabajo en equipo y de la formación de los mandos en un estilo de liderazgo facilitador.

7. FASES Y METODOLOGÍA

A través de la reflexión continuada en el seno del Servicio de Prevención sobre aspectos de la organización que pueden incidir sobre el estrés percibido por los trabajadores, se han ido añadiendo las distintas iniciativas que se describen a continuación. Se han tratado de armonizar todas las actuaciones dentro de la coherencia de una estrategia que reuniera intervenciones tanto de tipo preventivo primario, como de intervención precoz y de rehabilitación de los trabajadores afectados.

La tabla 17 detalla el cronograma de las actividades realizadas.

1996	Creación programa de "*counseling* laboral". Nombramiento responsable. Redacción de proyecto que contempla aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria.
1997	Puesta en funcionamiento de un dispositivo de atención psicológica personalizada dentro del ámbito de salud laboral.
1998	Inicio de actividades formativas específicas.
1999	Inicio de la actividad de consultoría para mandos.
2000	Evaluación riesgos psicosociales por puesto de trabajo (154 puestos) según el modelo de demanda-control-apoyo.
2001	Implementación de la valoración de salud psíquica dentro de los exámenes de salud. Creación del grupo de prevención del riesgo psicosocial dentro del Comité de Seguridad y Salud.
2002	Compromiso directivo con la gestión de los resultados de las evaluaciones psicosociales.
2003	Reevaluación riesgo psicosocial. Redacción y puesta en funcionamiento de una guía de prevención del acoso moral.
2004	Reevaluación riesgo psicosocial. Formación específica para mandos sobre el liderazgo dirigido a la prevención de riesgos psicosociales.
2005	Reevaluación riesgo psicosocial. Redacción y puesta en funcionamiento de una guía de prevención de la violencia.

Tabla 17. Cronograma de las actividades realizadas.

7.1. Programa de *counseling* o asesoramiento psicológico

El punto de partida se sitúa en el año 1996, cuando se pone en funcionamiento un dispositivo dentro de la propia institución con el objetivo de ofrecer ayuda a los trabajadores que presenten algún tipo de problemática psíquica. Se partía de la experiencia de los dispositivos de *counseling* laboral, de larga tradición en las empresas europeas y norteamericanas (8,9). Se nombró responsable del mismo a un médico psiquiatra, psicoterapeuta acreditado por la Federación Española de

Asociaciones de Psicoterapia y especialista en prevención de riesgos laborales. El dispositivo se caracterizó desde un primer momento por:

- Encontrarse ubicado dentro del ámbito del Servicio de Salud Laboral.
- No limitarse a los problemas estrictamente relacionados con el lugar de trabajo y el desempeño del rol laboral.
- Garantizar absoluta confidencialidad.

El programa proporciona desde entonces atención psicológica centrada en el problema fundamental que presenta la persona, ayudándole a encontrar la mejor forma de enfrentarse al mismo. Se realizan módulos de atención breves de 3-8 sesiones, aunque si el problema lo requiere se realiza un tratamiento de mayor duración. Por ejemplo, en personas con trastornos psíquicos más complejos, se realizan tratamientos psicoterapéuticos más largos combinando, si es necesario, con tratamiento psicofarmacológico.

Cuando se detectan dificultades importantes que tienen un claro origen laboral (figura 17), y siempre con la conformidad del trabajador, se procede a profundizar en las dinámicas conflictivas o factores de estrés del puesto de trabajo. Para ello se implica al responsable de ámbito y eventualmente a otros trabajadores afectados.

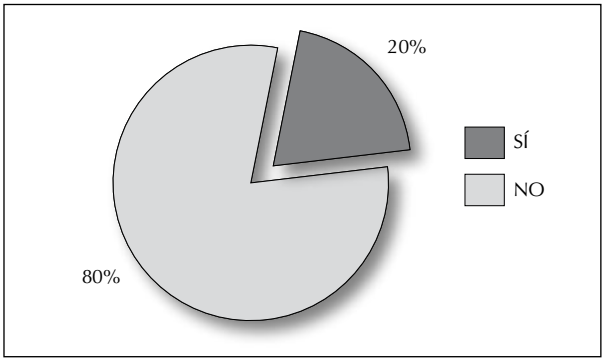


Figura 17. Problemáticas laborales en casos atendidos.

En todo momento se ha reforzado la confidencialidad de la información clínica y laboral, para ofrecer garantías a los trabajadores. La historia clínica es propia y exclusiva del programa. En los casos de conflictos interpersonales, no se procede a realizar ninguna investigación sin la conformidad del consultante. En caso de posible acoso moral, se pone especial celo en cuidar al consultante de posibles represalias. Este aspecto ha sido acordado con el Servicio de Personal y los Delegados de Prevención.

7.2. Evaluación y gestión preventiva de los riesgos psicosociales

En el año 1998 se valoró la necesidad de evaluar los riesgos psicosociales de toda la organización. El objetivo consistió en medir la intensidad de los distintos factores de riesgo implicados en la generación del estrés laboral y poder así realizar las inter-

venciones adecuadas. El disponer de una evaluación inicial completa de todos los puestos de trabajo permitiría, a través de posteriores reevaluaciones, monitorizar los cambios producidos. Se decidió utilizar el cuestionario de contenido de trabajo de Karasek-Johnson (10,11) que mide los siguientes factores: carga de trabajo, problemas de organización del trabajo, participación, autonomía, desarrollo de habilidades, apoyo de mandos, apoyo de compañeros. Se añadió una valoración del estrés de rol (conflicto y ambigüedad), estado de salud mental y satisfacción. Además, se decidió dejar un espacio abierto para comentarios sobre la realidad del puesto de trabajo y posibles propuestas de mejora.

En octubre de 2000 se procedió a realizar la evaluación de riesgos de los 154 puestos de trabajo de la organización, a través de este cuestionario de 64 preguntas. La implicación de los Delegados de Prevención fue el factor clave que hizo posible un nivel de respuesta elevado para este tipo de estudios. La media global fue del 70%.

Durante el año 2001 se realizó una información exhaustiva a los diferentes comités directivos de los resultados de la evaluación. Paralelamente, se informó de los resultados globales a todos los trabajadores adjuntando resumen junto con la hoja salarial (ver más adelante, en materiales), y poniendo a disposición de todos los profesionales la información pormenorizada de los resultados de su propio puesto de trabajo. Es importante destacar que en las distintas evaluaciones realizadas los factores que tienen mayor correlación con los problemas de salud mental, valorados a través del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12 (12), son la carga de trabajo y la falta de apoyo por parte del mando. Así mismo el apoyo de los compañeros, la posibilidad de desarrollo de habilidades y la participación son los factores que tienen mayor correlación con la satisfacción laboral.

Posteriormente se ha reforzado el compromiso directivo de realizar y gestionar la evaluación de riesgos psicosociales (ver Anexo VI). Desde el año 2003 se ha procedido a reevaluar 74 puestos de trabajo con un total de 786 trabajadores. Los criterios de reevaluación han sido: situación desfavorable en la primera evaluación del año 2000, existencia de cambios importantes y acciones de mejora, y conocimiento de la existencia de problemáticas nuevas.

7.3. Formación

La formación desarrollada tiene por objetivos:

- Dar a conocer la existencia de riesgos psicosociales y sus posibles efectos en la salud y la falta de satisfacción en el trabajo.
- Ofrecer estrategias para gestionar el estrés a partir de su reconocimiento.
- Sensibilizar a los mandos y responsables de ámbito sobre su papel en la detección de malestar en los equipos y en el reconocimiento de las causas.

Las primeras acciones formativas se llevaron a cabo en 1998 y estuvieron dirigidas a mandos intermedios y auxiliares de enfermería. Posteriormente se realizaron en servicios como cuidados intensivos y servicios con pacientes de alta dependencia. Desde el año 1999 se han puesto en marcha tres grupos de técnicas de relajación anuales. Desde el año 2002 se realizan módulos formativos sobre riesgo psicosocial dentro de los cursos de prevención laboral para los colectivos de enfermería

y de servicios generales. Igualmente se han llevado a cabo acciones formativas para médicos MIR. Así mismo se han realizado sesiones generales sobre el síndrome del *burnout* y el acoso moral.

Dado que el trabajo sanitario supone una continuada implicación emocional, con lo que conlleva de riesgo de desgaste y agotamiento, se han dirigido diversas acciones formativas a la mejora de las habilidades comunicativas y de manejo de las propias emociones. En este sentido, la comisión de formación de la institución ha impulsado cursos con docentes externos sobre inteligencia emocional, comunicación en grupo y trabajo en equipo.

A raíz de la constatación, a través de las distintas encuestas realizadas, de la importancia crucial del apoyo del superior y del desarrollo del sentido de participación en la disminución de problemas psíquicos y en la mejora de la satisfacción (13), se decidió organizar en el año 2003 un curso para mandos. Tenía por objetivo desarrollar sus capacidades de manejo de situaciones conflictivas y de conocimiento sobre cómo mejorar el trabajo en equipo.

7.4. Vigilancia de la salud

La orientación de la vigilancia de la salud hacia la salud mental de los trabajadores y hacia la minimización de los riesgos psicosociales constituye una estrategia clave en el mundo laboral actual. Se trata de un aspecto reconocido por muchos autores y, en el caso de la experiencia que se describe, está facilitado por la existencia del dispositivo de *counseling*, con el que actúa de forma sinérgica. Las actividades desarrolladas son las siguientes:

7.4.1. Plan asistencial.

Cualquier trabajador puede pedir consulta por un problema de salud. El servicio realiza una primera aproximación diagnóstica y valora su posible relación con la actividad laboral desarrollada. Posteriormente canaliza, si es necesario, la profundización diagnóstica y el tratamiento hacia los distintos dispositivos del propio centro hospitalario o de la asistencia primaria general. Si se detecta un sufrimiento emocional, se recomienda al trabajador la visita con el dispositivo de *counseling*.

7.4.2. Exámenes de salud.

Tal como obliga la legislación, se realizan los exámenes de salud específicos de aquellos trabajadores que están en ámbitos de riesgo. Dada la ubicuidad de los riesgos psicosociales y su impacto en la salud, en estos exámenes se decidió incluir desde el año 2003 el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12 para detectar posibles problemas psíquicos. En general la iniciativa ha sido bien recibida al explicar el sentido de la misma. Además de los reconocimientos específicos pautados, cualquier trabajador puede pedir una evaluación de su estado de salud, en la que se incluye también una primera valoración de su salud mental y su percepción de estrés en el lugar de trabajo.

Durante el año 2003 se realizó además un estudio, mediante la encuesta *Work Ability Index (WAI)*. Este cuestionario consta de 60 preguntas que evalúan la susceptibilidad del profesional a las demandas físicas y mentales del trabajo a través de su autopercepción de salud, los diagnósticos médicos y los días anuales de baja laboral por enfermedad. Permite detectar profesionales en riesgo de "claudicar" laboralmente y recomendar, consecuentemente, la implantación de estrategias preventivas o correctoras. Mediante este cuestionario se ha detectado una autopercepción de problemática psicológica en un 15,7% de los trabajadores. Además, se ha constatado que aquellos trabajadores con problemas osteomusculares acuden más al médico si padecen, además, problemas psíquicos.

7.4.3. Gestión del absentismo.

Desde el servicio se ofrece ayuda a los trabajadores que se encuentran en situación de baja laboral. Se trata de evitar generar sentimientos de control persecutorio, poniendo a disposición, si es preciso, los distintos servicios asistenciales del hospital. Para aquellas personas que se encuentran de baja por problemas de ansiedad o de depresión, se ofrece ayuda desde el dispositivo de *counseling*.

La experiencia ha demostrado que el tacto al tratar los problemas psicosociales y relacionales en las entrevistas con los trabajadores y el poder disponer de tiempo de escucha suficiente son las claves para evitar la posible sensación de intromisión y, en consecuencia, la actitud defensiva de los trabajadores. Además, el poder poner a su disposición un dispositivo de ayuda psicológica específico y confidencial contribuye a que la persona encuentre sentido a la indagación.

7.5. Prevención del acoso moral

Durante el año 2003 se decidió impulsar la redacción de un protocolo de actuación ante las situaciones de acoso moral en el trabajo. La iniciativa partió del Servicio de Prevención, al haberse detectado situaciones conflictivas que pudieran tener características propias del acoso moral sistemático. Esta circunstancia junto con la creciente preocupación dentro del ámbito sanitario, acerca de esta problemática (14), llevaron a impulsar y desarrollar la iniciativa.

Para ello se constituyó un grupo de trabajo formado por miembros del Servicio de Prevención, un cargo directivo y Delegados de Prevención, que durante un periodo de seis meses se dedicó a recopilar información sobre el tema y discutir iniciativas para minimizar la probabilidad de aparición, determinando el tipo de ayuda necesaria para la persona afectada. Fruto de este proceso fue la redacción de una guía de actuación (ver figura 18).

La guía:

- Describe y reconoce el fenómeno como prevalente en el ámbito sanitario.
- Determina tres niveles de prevención.
- Explicita un protocolo de actuación con unas recomendaciones dirigidas a los trabajadores sobre cómo actuar en situaciones de posible acoso.

En las diversas acciones formativas sobre riesgos psicosociales emprendidas con

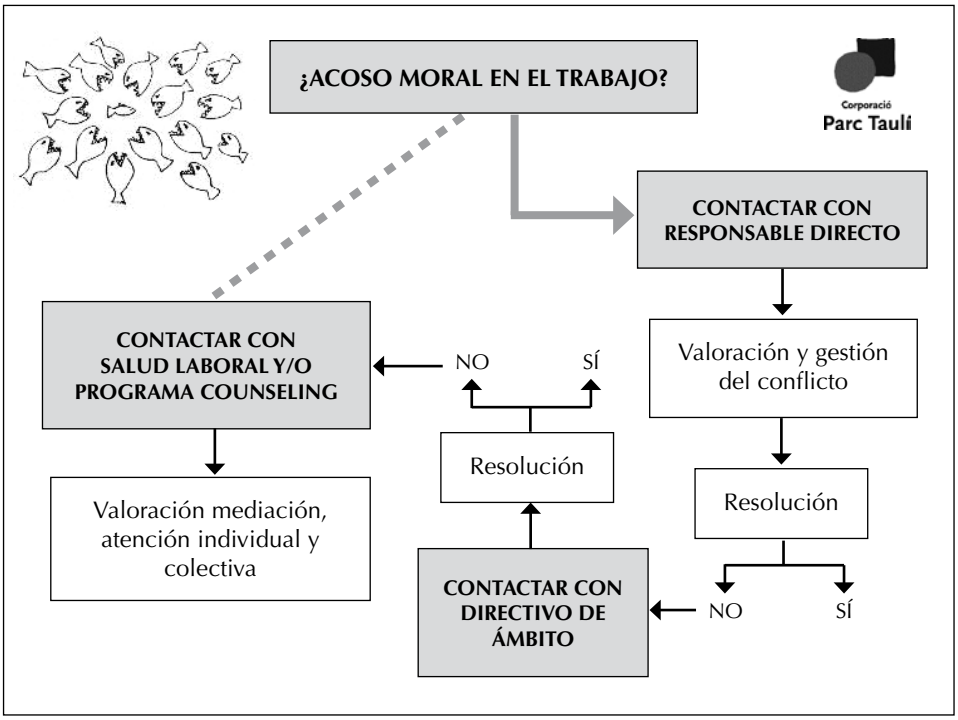


Figura 18. Circuito de comunicación/gestión en caso de acoso moral

posterioridad a la redacción y difusión de la guía, ha sido tratado el tema siempre de forma rigurosa, huyendo de todo alarmismo, y explicando las pautas de comunicación asertiva como mejor defensa contra las conductas de acoso, marginación y vejación.

7.6. Consultoría

El ejercicio del rol de liderazgo en contextos complejos como el hospitalario es reconocido como especialmente complejo y estresante, requiriendo en muchas ocasiones apoyo específico (15). Éste suele ofrecerse a través de los propios equipos directivos con que se organiza la institución y a través de las redes de apoyo directivo, tanto formales como informales.

Así mismo, desde 1999 cualquier responsable de ámbito puede consultar para exponer una situación problemática dentro de su equipo de trabajo en la que estén implicados conflictos interpersonales o exista un clima laboral negativo. Desde el programa se ofrece escucha diagnóstica sobre el tipo de dificultad y consejo sobre su manejo. Algunas situaciones pueden derivarse hacia entrevistas diagnósticas o actuaciones de apoyo al equipo o a algún profesional. La responsabilidad de este programa recae en dos miembros del propio Servicio de Prevención.

7.7. Prevención de la violencia

La violencia contra los profesionales es un factor de estrés de primer orden que ha sido en general reconocido sólo recientemente como tal. Con el fin de proteger la integridad física y psíquica de los profesionales de la Corporación se ha puesto en marcha un plan de actuaciones con el lema *En el Parc Taulí, violencia cero.*

Para llevar a cabo este plan se constituyó en 2004 una comisión con representantes de los ámbitos implicados más directamente: la parte social, la Dirección, el propio Servicio de Prevención. Entre los objetivos del plan está la identificación de las actuaciones preventivas a llevar a cabo, los planes de formación correspondientes y el soporte médico, psicológico y legal necesarios para cada profesional que lo requiera. La figura 19 muestra el circuito de actuación en caso de agresión.

8. AGENTES IMPLICADOS

La iniciativa de la creación de un programa de *counseling* partió conjuntamente de la Dirección General del centro y de la Dirección del Departamento de Personal. Después del nombramiento del responsable de este dispositivo, le fue delegada la responsabilidad de diseñar y poner en marcha las distintas estrategias preventivas. El conjunto de acciones que se han desarrollado posteriormente han sido consensuadas con la Dirección del Servicio de Prevención. Ésta, juntamente con la Dirección de Personal, ha ido realizando el seguimiento y evaluando las distintas actuaciones emprendidas. Los mandos intermedios han sido consultados en el proceso de evaluación de riesgos psicosociales. Así mismo, la implantación de medidas correctoras a partir de los datos de las evaluaciones ha sido liderada por los cargos intermedios con el apoyo del Servicio de Prevención.

El papel de los DP ha sido clave sobre todo en el proceso de implementación de algunas medidas como la propia evaluación de riesgos psicosociales y la prevención del acoso moral y la violencia. Su participación se ha articulado a través del Comité de Seguridad y Salud. Este órgano paritario comenzó a funcionar en el año 1999. En el año 2002 se decidió, para que fuera más operativo, poner en marcha comisiones de trabajo específicas para abordar los distintos aspectos de la prevención. Una de ellas es la comisión de riesgo psicosocial que está formada por dos técnicos, un cargo directivo de la empresa y tres delegados de prevención. Esta comisión ha canalizado la mayor parte de las inquietudes con respecto al estrés laboral, su análisis y posibles estrategias de mejora.

Las principales actividades desarrolladas por la comisión han sido:

- Formación de los propios miembros de la comisión.
- Identificación de problemas a partir de la información recogida en los distintos ámbitos por parte de los delegados y los técnicos.
- Redacción del protocolo de prevención del acoso moral.
- Programación de la metodología y logística del proceso de evaluación continuada.

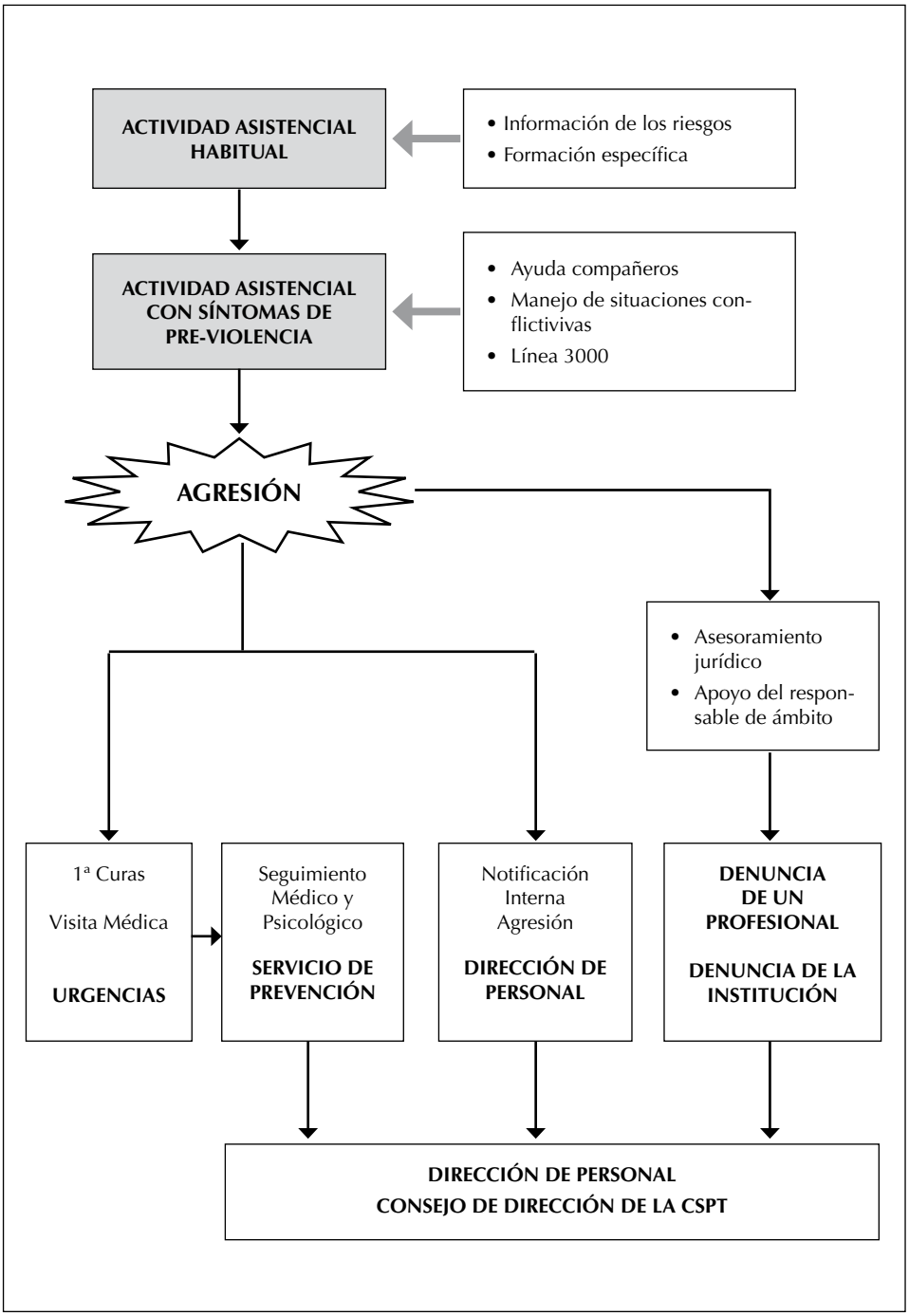


Figura 19. Circuito de actuación en caso de agresión.

9. MATERIALES Y DOCUMENTOS

A lo largo de todos estos años, han sido numerosos los materiales o productos creados para implementar las diversas acciones descritas. A modo de muestra se adjuntan algunos de ellos en la tabla 18 y figura 20.

En la Revista Taulíreport[33] aparecen artículos sobre distintos programas y planes (nº 7: *mobbing*; nº 13: violencia).

FACTORES ANALIZADOS	RESULTADOS	PROPUESTAS DE MEJORA
DEMANDAS: Carga de trabajo y problemas en la organización del trabajo	Percepción de elevada carga de trabajo	Mejora de la organización del trabajo en los diferentes ámbitos, analizando objetivos y tareas ineludibles y revisando los recursos necesarios para llevarlos a término
CONTROL: Desarrollo de habilidades, autonomía y participación	Niveles medios/altos de autonomía y desarrollo de habilidades y más bajos niveles en participación	Reforzar las estrategias de participación, teniendo en cuenta las aportaciones de los profesionales
APOYO: por parte de compañeros y de superiores	Apoyo alto por parte de compañeros y moderadamente inferior por parte de superiores	Seguir mejorando el trabajo en equipo y promover el papel de apoyo de los directivos y mandos intermedios
ESTRÉS DERIVADO DE LA TAREA ASISTENCIAL	Se constata el impacto psicológico de la práctica asistencial sin ser, en general, severo	A través de la formación técnica, la mejora de la organización y la comunicación y gestión de los conflictos
COMPENSACIONES: Valoración y Promoción	Sensación de insuficiencia en la promoción en muchos ámbitos	Informar y promover los mecanismos de promoción y progreso profesional en la medida de las posibilidades
PROBLEMAS DE ROL: Ambigüedad y conflicto	Existencia de conflicto de rol o sensación de tener que realizar tareas que no son propias	Clarificación de funciones dentro de los equipos profesionales
INFORMACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROPIO TRABAJO	En bastantes ámbitos se da una información insuficiente	Promover la evaluación de la actividad y la comunicación entre los profesionales y los responsables de los diferentes ámbitos respecto a la información de los resultados
GRADO DE SATISFACCIÓN	Satisfacción laboral globalmente alta	Reforzar la autoestima profesional y el sentido de pertenencia a un proyecto común
ESTADO DE SALUD: Física/Psíquica (ansiedad y depresión)	Autopercepción buen estado de salud , si bien se constatan niveles de ansiedad altos en bastantes ámbitos	Reforzar los planes de vigilancia de la salud y las estrategias personales de manejo del estrés

Tabla 18. Resumen sobre la evaluación y medidas de mejora enviado a todos los trabajadores. Año 2001.

33. http://www.tauli.cat/tauli/cat/lacorporacio/taulireport/taulireport.htm

Figura 20. Material gráfico contenido en el dossier que recibe el personal de nueva incorporación.

10. RESULTADOS

A continuación se presentan algunos resultados relacionados con las distintas actividades del programa.

Las **actividades formativas** se han dirigido especialmente a la mejora de la capacidad para afrontar las exigencias emocionales y el estrés, y por otro lado al fortalecimiento del trabajo en grupo y la gestión del trabajo en equipo. En los últimos seis años se han desarrollado un total de 38 acciones formativas relacionadas con la prevención de riesgos psicosociales que se resumen en la tabla 19. Han supuesto una participación de 1.345 trabajadores y 11.446 horas lectivas.

Además, desde el año 97 se realizan dos cursillos anuales de ocho sesiones de aprendizaje de técnicas de relajación, en grupos de diez participantes.

El **programa de *counseling*** se ha ido consolidando a lo largo de estos años. En las figuras 21-24 se presentan datos de la evolución de la actividad y la frecuencia por grupos profesionales y tipo de patologías. Se consideran primeras visitas las de aquellos trabajadores que consultan por primera vez o que vuelven a consultar después de al menos tres años.

Es importante subrayar que la aceptación del programa por parte de los trabajadores, que se plasma en la adherencia al mismo y el nivel de peticiones directas

Área Temática	Acción formativa	Duración	Nº particip.	Horas totales
Habilidades comunicativas	La atención al cliente	16	9	144
	Las competencias profesionales en la actividad profesional	3	38	144
	Inteligencia emocional: la comunicación en la atención al cliente	20	20	400
	Calidad de servicio y atención al cliente	16	15	240
	Es posible comunicarse bien: inteligencia emocional (dos ediciones)	40	20	400
	La comunicación en la atención al cliente	28	12	336
	Habilidades de comunicación en pediatría	25	25	625
	Inmigración y salud en el contexto sanitario	11	20	220
	Habilidades de comunicación en pediatría	25	25	625
	La comunicación en la atención al cliente	28	13	364
Habilidades relacionales para la mejora del trabajo en equipo	La inteligencia emocional aplicada a la relación interpersonal (dos ediciones)	40	64	1280
	Atención a la diversidad cultural y social	17	24	408
	La inteligencia emocional	11	18	198
	Las competencias emocionales en la actividad profesional	3	38	114
	Atención a la diversidad cultural y social	17	24	408
	Habilidades para la participación en reuniones de trabajo	12	31	372
Prevención de la violencia	Actuación en caso de reacción violenta desencadenada. (Tres ediciones en ámbito de urgencias)	12	93	272
Ética y valores	Curso de introducción a la bioética (dos ediciones)	48	29	1176
	Seminario sobre confidencialidad	12	94	376
Mejora de las habilidades de afrontamiento del estrés	Personal de servicios generales	1,5	228	342
	Personal de cocina y alimentación	1	118	118
	Mediación en resolución de conflictos y manejo del duelo para auxiliares geriatría	7	28	196
	Personal centro socio-sanitario	1	30	30
	Enfermería	1,5	107	160,5
Liderazgo facilitador	Liderazgo estratégico	16	15	240
	Liderazgo para cargos del Centro Integral de Servicios Comunes (dos ediciones)	46	30	680
	El riesgo psicosocial y su evaluación: actualización de habilidades para gestionar equipos	11,5	45	517,5
	Habilidades para el liderazgo facilitador	9,5	45	427,5
	El estrés y la satisfacción en el trabajo: la comunicación como eje	9,5	45	427,5
	Actualización sobre competencias para gestionar equipos	8	34	272
	Las habilidades del liderazgo facilitador	8	34	272
	La comunicación como eje del trabajo	8	34	272

Tabla 19. Actividades de formación.

de visita, se debe a su accesibilidad (espera máxima de una semana), a la atención dentro del propio ámbito de salud laboral y a que se refuerza la confidencialidad de la información clínica y laboral.

El proceso dinámico de la **evaluación de riesgos psicosociales** ha permitido:

- Orientar las acciones formativas hacia el auto-cuidado emocional y las competencias relacionales.
- Realizar una vigilancia de la salud teniendo en cuenta el componente psicológico, especialmente en aquellos ámbitos más afectados como son las auxiliares de enfermería.
- Reforzar la formación de mandos y responsables de ámbito en un estilo de liderazgo facilitador.

Los resultados de las evaluaciones psicosociales del ámbito de enfermería quirúrgica de los años 2000 y 2003, por ejemplo, muestran una disminución apreciable del estrés asistencial, de la carga de trabajo y en general una mejora del apoyo por parte de los mandos.

Desde el año 2002 en que se ha empezado a introducir en los exámenes de salud la valoración sistemática de los posibles problemas de salud psíquica, se han realizado 557 reconocimientos. Se ha incluido para ello la aplicación del cuestionario GHQ-12 y una parte de la entrevista dirigida a la detección de problemas psicosociales. Además, tal como se ha explicado más arriba, se ha pasado a todos los trabajadores del centro el cuestionario WAI sobre autovaloración del estado de salud y capacidad laboral, que ofrece datos interesantes de cara a la vigilancia de la salud y a la prevención.

Por lo que se refiere al **programa de prevención del acoso moral,** se han detectado siete situaciones que han requerido algún tipo de atención. Ésta puede circunscribirse a una asistencia individual o acompañarse de una investigación sobre el conflicto con las diversas personas implicadas.

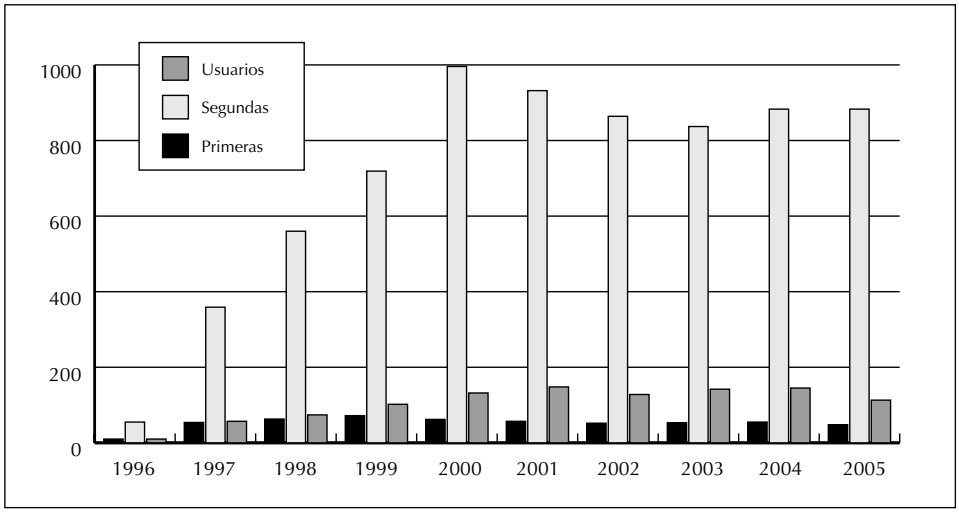


Figura 21. Evolución de la actividad.

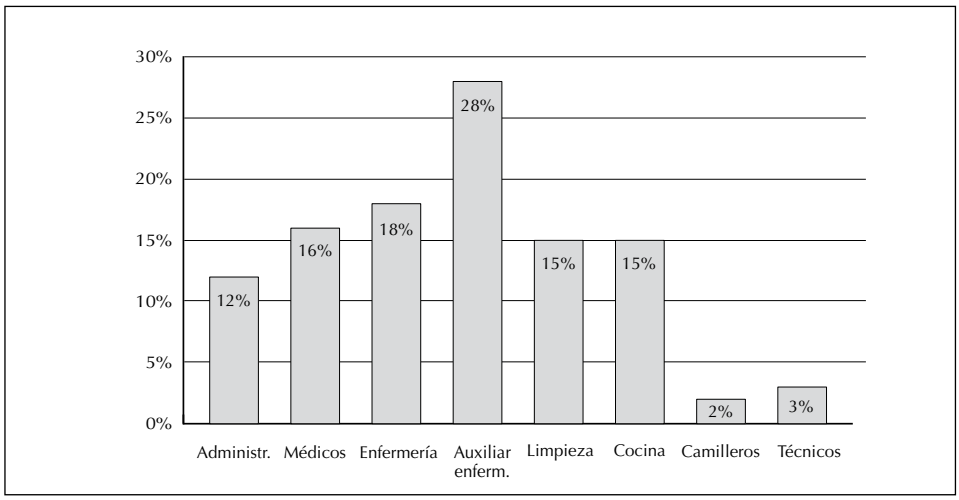


Figura 22. Frecuencia de consultantes por profesiones.

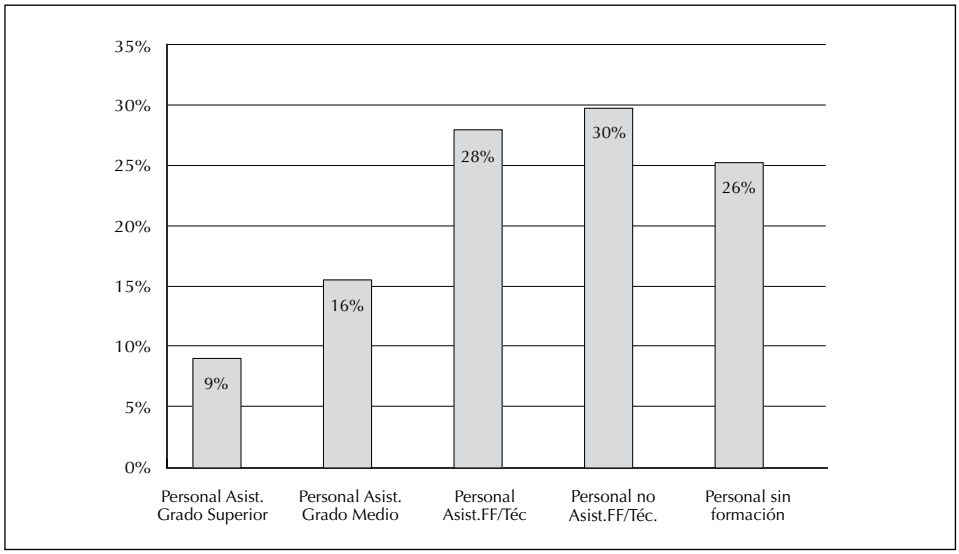


Figura 23. Tasas de consultantes por categoría laboral.

En los últimos cinco años se han mantenido diez reuniones con los diversos ámbitos directivos, y siete reuniones con los trabajadores para tratar de los resultados de las evaluaciones y de cómo implementar medidas de prevención. Se han realizado cinco sesiones generales de hospital sobre temas relacionados como el acoso moral, el síndrome del *burnout* y la metodología de la evaluación de riesgos psicosociales.

Se han realizado diversas actividades de **difusión externa**, publicaciones y pre-

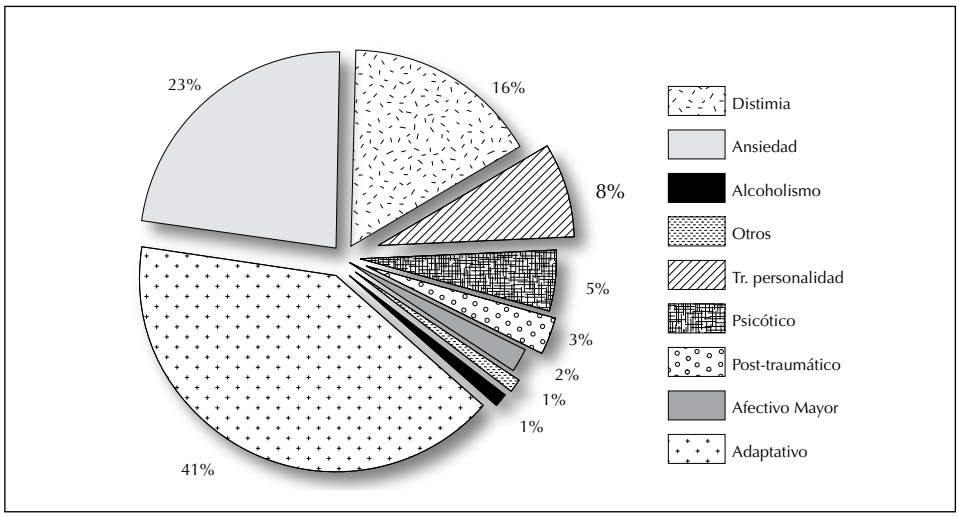


Figura 24. Frecuencia del tipo de trastorno.

sentaciones públicas en entidades interesadas en el contenido del programa de prevención de riesgos psicosociales. Entre ellas destacan:

- Jornada sobre *counseling* en el ámbito sociosanitario. Corporación Sanitaria parc Taulí/ Unió Catalana d'Hospitals, 1999.
- Efectividad de las intervenciones para la prevención del estrés. Seminario sobre Efectividad de las intervenciones en salud laboral. IDEC, Barcelona, 2003.
- Gestión integrada de las condiciones psicosociales en un centro sanitario. Jornada Técnica: Intervención Psicosocial en las Organizaciones. INSHT, Barcelona, 2004.
- Work Ability Index: una buena herramienta en vigilancia de la salud. Jornadas Nacionales de los Servicios de Prevención en el Ámbito Hospitalario. Madrid, 2005.
- Ocho años de experiencia en la intervención sobre el riego psicosocial. XII Jornada de Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario. Palamós, 2005.
- Intervenciones psicosociales en situaciones laborales conflictivas. Jornada sobre prevención de riesgos laborales en el ámbito hospitalario. Bilbao, 2005.

11. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

En relación con los objetivos enunciados, la evaluación de los resultados obtenidos permite concluir que:

1. Se han conseguido identificar los factores relacionados con el estrés laboral en todos y cada uno de los puestos de trabajo de la CSPT y normalizar el pro-

ceso de evaluación continuada, así como la información y la gestión de los resultados.

2. Se ha podido sensibilizar a los mandos respecto de la importancia de la prevención en materia de estrés, y específicamente de la importancia de su papel en la detección y gestión adecuada de conflictos, y todo ello gracias a la formación específica y a la accesibilidad de la consultoría.
3. Se ha consolidado el dispositivo de ayuda psicológica personalizada.

Se han propuesto como indicadores indirectos, para la evaluación de los resultados, el nivel de absentismo en términos de número de procesos y de duración de las bajas, y las readecuaciones.

En cuanto al absentismo, no se aprecian variaciones significativas durante los últimos cinco años, en cuyo periodo se ha empezado a realizar un análisis causal sistemático. Se producen sin apenas variación alrededor de 60 procesos de baja anuales por causa psiquiátrica, con una duración media de 140 días, y que representan el 13% de todos los procesos, lo que puede considerarse una cifra baja en relación con la población general.

Por lo que se refiere a las readecuaciones laborales llevadas a cabo en el colectivo de enfermería durante el periodo de diez años, 1993–2003, se observa que la causa psicosocial (estrés laboral, desgaste emocional, conflictos) es la segunda más frecuente de entre las que han motivado la necesidad de reubicar a un profesional en otro puesto de trabajo. Esta necesidad representaba, hasta el año 1997, el 56% de todas las causas; en el periodo 1997-2003, en que ya funciona el programa, disminuyó al 30%. Se puede inferir que el programa ha permitido el tratamiento precoz de determinados problemas, evitando así algunas consecuencias irreversibles en el puesto de trabajo.

Las consultas específicas correspondientes a conductas asimilables a acoso moral se han estabilizado después de una primera fase de implantación del programa.

La comparación de los resultados de las evaluaciones arroja en general una mejora en los factores de riesgo analizados.

Se puede concluir que la opinión expresada en distintos foros, por parte de los diversos agentes internos en cuanto a la idoneidad de un programa integral de prevención de riesgos psicosociales en esta institución, es favorable. A partir de la constatación de su conveniencia tanto por parte de los agentes sociales como de los directivos, motivada por los altos índices de estrés en el sector sanitario, todos ellos han podido ir visualizando sus resultados. De esta manera se han podido gestionar de forma más adecuada los conflictos interpersonales y disponer de un verdadero mapa de riesgo psicosocial.

Desde el punto de vista del responsable del programa, éste se considera plenamente implantado. La posibilidad de su articulación con la Vigilancia de la Salud dentro del equipo interdisciplinar ha sido un factor clave para su implantación. Así mismo, la colaboración con el Departamento de Personal, siempre acompañado por el estricto respeto a la confidencialidad de los datos personales, ha contribuido a su éxito.

El programa ha sido recogido como modelo de buenas prácticas en el Proyecto *Mental Health Promotion* de la Red Europea de Promoción de la Salud del año 2003.

12. COSTE

Hasta el momento no se ha planteado realizar una valoración económica rigurosa del programa. Es previsible que en un futuro sea conveniente hacerlo para poder crecer en términos de recursos humanos empleados. Para ello habrá que mejorar el proceso de evaluación en términos económicos de los resultados, tanto los más tangibles (como el absentismo por causa psicosocial y la rotación de personal), como aquellos más difícilmente cuantificables como el clima laboral.

13. VALORACIÓN FINAL

Dada la escasa experiencia en prevención dentro del campo de los riesgos psicosociales, el camino recorrido durante los diez años de funcionamiento del programa no ha sido fácil. Aun a riesgo de hacer demasiado complejo el abordaje, se tuvo claro desde el inicio que convenía disponer de una visión a largo plazo, con una estrategia que contemplara los distintos niveles de la prevención. Se partió de la atención individual de los problemas emocionales, que sigue siendo un dispositivo fundamental, incorporando progresivamente otros aspectos como la formación y la evaluación.

La posibilidad de realizar un verdadero trabajo en equipo en el seno del Servicio de Prevención, contando con todos los especialistas, ha permitido generar importantes sinergias y llevar adelante el proyecto. Así mismo la implicación de los DP ha tenido una importancia de primer orden, especialmente por lo que se refiere a generar la confianza de los trabajadores con respecto a las evaluaciones de riesgo psicosocial y su posterior gestión. El compromiso del Departamento de Personal y la propia Dirección General del centro avalan el programa en su conjunto y especialmente la gestión del proceso continuo de evaluación del riesgo psicosocial.

Sabadell, diciembre 2005

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Quijano de Arana, SD. de, Navarro, J. El ASH (Auditoría del Sistema Humano), los modelos de calidad y la evaluación organizativa. José. Revista de Psicología General y Aplicada 1999; 52 (2/3): 301-328.
(2) Peiró, J.M. El modelo "AMIGO": marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos humanos en las organizaciones. Papeles del psicólogo 1999; 72: 3-15.
(3) Johnson, J.V. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health 1988; 78 (10): 1336-1342.
(4) Karasek, R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly 1979; 24: 285-295.

(5) Vanagas, G. The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. Cross-sectional study. BMC Health Services Research 2005; 5 (45): 1-8.
(6) Artazcoz, L. Estrés y tensión en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. Gac Sanit 1996; 10:282-292.
(7) Maslach, C. The truth about burnout. San Francisco: CA: Jossey-Bass, 1997.
(8) Henderson, M., Htopf, M., Wesley, S. Workplace counselling. Occupational and Enviromental Medecine 2003; 60: 899-900.
(9) Terani, N. Internal counselling provision for organizations. En: M Carroll, M Walton. Handbook of Counselling in Organizations. London: Sage Publications. London, 1997.
(10) Spence, H.K. Testing Karasek's demands-control model in restrutured healthcare settins. JONA 2001; 31(5): 233-243.
(11) Escribà-Agüir, V. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. Gac Sanit 2001; 15(2): 142-9.
(12) Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson, 1999.
(13) Peiró, J. The influence of work-team climate on role stress, tension, satisfaction and leadership perception. Eur Rev Appl Psychol 1992; 42: 49-56.
(14) Bullying in medicine. Reviews BMJ 2001; 323:1314.
(15) Sperry, L. Corporate Therapy and Consulting. New York: Brunnel/Mazel, 1996.

CASO 6 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LA EMPRESA

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Administrador de Infraestructuras Ferroviarias (ADIF).

Informantes: Inés García Alcázar
Jefe de Gabinete de los Servicios Médicos
Paseo del Rey, 28. 28008 Madrid
Tel: 915 403 370 ; E-mail : igarciaa@adif.es

Ana García Albacar
Responsable del Programa de Atención y Reinserción Laboral (PARL)
Paseo del Rey, 28. 28008 Madrid
Tel: 915 403 395

2. INTRODUCCIÓN

La entrada en vigor de la Ley del Sector Ferroviario el 31 de diciembre de 2004 y el Real Decreto por el que se aprobó el Estatuto de la Entidad Pública Empresarial Administrador de Infraestructuras Ferroviarias (ADIF) han dado lugar a una nueva realidad empresarial. La Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles ha cambiado su denominación, integra al Gestor de Infraestructuras Ferroviarias (GIF), pasa a ser el Administrador de las Infraestructuras Ferroviarias (ADIF) y reduce su objeto social. A la vez, se crea otra empresa, Renfe-Operadora, cuyo objeto fundamental es la prestación de servicios de transporte de viajeros y mercancías. La misión de ADIF es construir, mantener y explotar las infraestructuras ferroviarias en condiciones de seguridad y calidad.

RENFE, Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles, tenía una experiencia de casi veinte años de trabajo en el ámbito de la empresa desarrollando un "Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo" entre sus trabajadores. Los Servicios Médicos de ADIF vamos a exponer esta experiencia como continuadores de la actividad iniciada en el año 1989 por RENFE, manteniendo el mismo Programa, con la misma política y objetivos y los mismos profesionales.

3. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

RENFE tenía asumido desde siempre el compromiso de garantizar la seguridad en el transporte ferroviario. En lo que respecta a las condiciones físicas de los trabajadores de la empresa, desde 1953 define, con criterios de seguridad para el trabajador y su entorno, unas condiciones médico-laborales que se publican en una circular con carácter de normativa interna.

Es en los años ochenta cuando se debate la necesidad de actualizar estas condiciones, adaptándose a la realidad del momento: cambios tecnológicos, pero también cambios en los hábitos sociales; el consumo de drogas afloraba como un gran problema que afectaba a todos los niveles de la sociedad, entre ellos el trabajo.

Ejemplo de ello fue el accidente que se produjo a finales de 1983 en una Compañía Metropolitana, con resultado de 90 personas heridas, ocasionado por la colisión contra otro tren al saltarse el maquinista dos semáforos en rojo. Se demostró que el maquinista conducía bajo los efectos de la heroína y fue condenado a cinco meses de arresto mayor por un delito de imprudencia temeraria, a indemnizar a la empresa con 47 millones de pesetas y con 25 millones a una viajera que resultó con lesiones graves. La Compañía Metropolitana se hizo cargo de la indemnización de la pasajera.

En julio de 1985 se aprueba por consenso entre la empresa y la representación de los trabajadores prohibir el consumo de drogas en determinados puestos de trabajo. Este acuerdo se plasmó en una Circular de Dirección General sobre Reconocimientos Médicos[34], donde se definen las condiciones médico-laborales, incluyendo la "no existencia de indicios analíticos de consumo de drogas", como una condición más a exigir para permanecer en determinados puestos de trabajo. La detección positiva de consumo sería motivo de la retirada del puesto.

En consecuencia, los Servicios Médicos de la empresa comienzan a realizar las pruebas analíticas necesarias para detectar indicios de consumo de drogas. La detección se realiza en los reconocimientos médicos de ingreso y en los reconocimientos dirigidos al personal con responsabilidad en la Circulación. Además, a instancia de la Dirección de Seguridad en la Circulación se hacen controles aleatorios de consumo de alcohol y drogas entre este mismo personal, y se incluyen también categorías laborales de especial riesgo, así como aquellas que están en contacto con el público.

Para llevar a cabo esta función, se consideraron criterios éticos en los que se incluye el método que garantice al trabajador la confidencialidad y la eficacia del proceso.

El hacer detección de drogas obligó a la empresa a tomar una postura frente a los resultados positivos que se obtuvieran. En un principio, se apartaba al trabajador de su puesto de trabajo y se le realizaban nuevos controles. Si se repetía el resultado positivo, se sancionaba e incluso se podía llegar al despido si se evidenciaban nuevos indicios de consumo, basándose en el Estatuto de los Trabajadores, que en su art. 54.2.f) tipifica como causa de despido, *"la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo"*.

34. Circular de Dirección General nº 528, sobre reconocimientos médicos del personal de 1 de julio de 1985.

Esta respuesta de tipo disciplinario causó malestar en el ambiente laboral, aumentando las demandas ante los Tribunales de Justicia por despidos o sanciones que consideraban improcedentes.

Hubo experiencias de todo tipo: despido procedente, improcedente, sanción nula o parcialmente procedente. Del análisis de distintas sentencias se podían deducir varias cosas:

- Que era imprescindible demostrar que el estado del trabajador repercutía negativamente sobre el trabajo, incluyendo los efectos sobre la seguridad para él mismo o terceras personas.
- Que esta situación era reiterativa.
- Que la empresa tenía unas normas aprobadas que debían conocer y cumplir los trabajadores para desempeñar determinadas tareas.

Ante las demandas por sanción o despido por consumo de drogas, la dirección de los Servicios Médicos hizo, a solicitud del Jefe de lo Contencioso-Laboral de la empresa, un informe para establecer la defensa. Este informe fue parte de la contestación que se hizo llegar al Defensor del Pueblo en mayo de 1986, con motivo de diversas quejas de candidatos a ingreso en RENFE respecto a las pruebas médicas de selección efectuadas durante el preceptivo reconocimiento médico previo al ingreso.

El informe aporta argumentos razonables que puede esgrimir una empresa para plantear la conveniencia de realizar detección de consumo de drogas entre todos o parte de sus trabajadores, en función del riesgo para las personas, daños materiales o imagen de la propia empresa. Pero también es cierto que una decisión de esta índole puede enturbiar el clima laboral de forma importante cuando la respuesta ante una evidencia de consumo, por muy justificada que esté, es únicamente disciplinaria.

4. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

Los criterios que nosotros seguimos para implantar un método de consumo de drogas y alcohol fueron coincidentes con los que, un año después, publicó la Sociedad Americana de Medicina del Trabajo, salvo en la conveniencia de disponer de recursos para ofrecer al empleado un tratamiento adecuado a su adicción.

Se propuso entonces la creación de una Comisión Mixta para estudiar la posibilidad de implantar un Plan contra las Drogodependencias y el Alcoholismo en la empresa, dirigido a todos los trabajadores, de forma que la sanción no fuera la única respuesta ante la detección de un consumo, sino que se le pudieran ofrecer al trabajador medidas de tratamiento adecuadas manteniéndole el puesto de trabajo.

El Plan contra las Drogodependencias y el Alcoholismo comenzó a aplicarse en 1990, cinco años después de que se regulase la detección del consumo de drogas entre el personal ferroviario. En la actualidad los Servicios Médicos continúan siendo los encargados de su ejecución, contándose con un responsable para cada uno de los programas que lo integran.

El Servicio Médico está integrado en el Servicio de Prevención Propio de ADIF como disciplina de Medicina del Trabajo. El Plan de Acción contra las Drogodepen-

dencias y el Alcoholismo (PACDA) depende de los Servicios Médicos y directamente de la Jefatura de Medicina Ferroviaria y del Trabajo. Esta es una de las actividades que el Servicio Médico de la empresa desarrollaba antes de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y está íntimamente relacionada con la obligación que tiene nuestra empresa de vigilar por la Seguridad del Transporte Ferroviario, y no porque en las evaluaciones de riesgos se haya detectado una relación entre el consumo y la condiciones de los puestos de trabajo.

En cuanto a los destinatarios, todo el personal de la empresa, una de sus características en los últimos años es el descenso paulatino en el tamaño de la plantilla, así como el aumento de la edad media de sus trabajadores. En 2004 la población laboral era de 29.716 personas y la media de edad superaba los 45 años.

5. OBJETIVOS

Las acciones del Plan de Drogodependencias y Alcoholismo se establecen para todos los niveles de la empresa, están orientados hacia la consecución de objetivos de salud y se realizan con la participación y cooperación de todas las partes implicadas: dirección, sindicatos y trabajadores.

Las actuaciones se dirigen a reducir las causas y las consecuencias del consumo de drogas y alcohol en el medio laboral, mediante acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.

Los objetivos básicos del Plan son:

- Prevenir conductas de consumo de drogas y alcohol.
- Fomentar la responsabilidad y la colaboración de todo el colectivo laboral, en el cumplimiento de las políticas y normas establecidas en el Plan.
- Proporcionar información, asesoramiento y tratamiento a los trabajadores afectados por este tipo de problemas, con el fin de que puedan reintegrarse en el medio socio-laboral.
- Prevenir y reducir la accidentabilidad laboral.
- Mejorar la productividad y la calidad del trabajo.
- Armonizar las relaciones laborales.

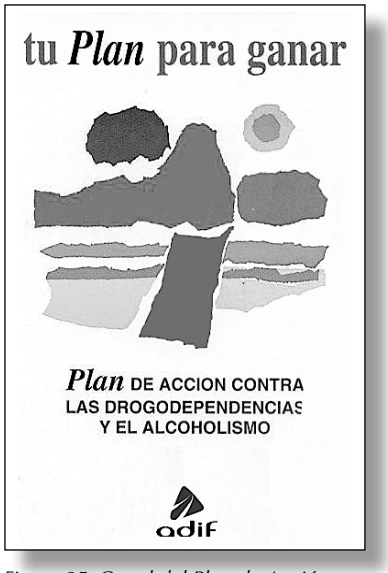


Figura 25. Cartel del Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo (PACDA).

6. MARCO TEÓRICO

Con la oferta de tratamiento que desde la empresa se hace a los trabajadores con problemas de consumo de alcohol o drogas nos iden-

tificamos plenamente con la filosofía de las *Normas Éticas para la Realización de Screening de Drogas en la Empresa*, promovidas por la Asociación Americana de Medicina del Trabajo (AOMA) en 1986.

7. FASES

El Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo pasa a formar parte de la Normativa Laboral de la empresa, incluyéndose en el Convenio Colectivo[35] de RENFE en el año 1989 (en concreto en el Título XIV, Capítulo 1º, arts. 556 y 557), y actualmente en la de ADIF.

Se definen las políticas y objetivos en este campo y se desarrollan dos programas complementarios.

7.1. Programa de Atención y Reinserción Laboral (PARL)

Se inició en 1990, y con él se trata de ofrecer soluciones positivas a distintos problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas, dando una oportunidad al trabajador sin tener que entrar en la dinámica de los expedientes disciplinarios. La finalidad principal de este Programa es conseguir, a través de una oferta de tratamiento, la rehabilitación total del trabajador y reintegrarle a su puesto de trabajo. Es el área en que se centra el Plan de Acción, dado que la prevención que puede hacerse desde la empresa es fundamentalmente de tipo secundario y terciario, máxime teniendo en cuenta la edad media de la plantilla.

Las funciones básicas del equipo que lo desarrolla son:

- Detección de los casos y canalización de las demandas de atención.
- Evaluación de las demandas de atención.
- Información y asesoramiento.
- Oferta de tratamiento.
- Canalización y derivación hacia los centros de tratamiento.
- Seguimiento del proceso de tratamiento.
- Determinación del momento del alta y de reincorporación al trabajo.
- Etapa de reinserción laboral, seguimiento del proceso de vuelta al trabajo, para comprobar la adaptación.

En cualquier caso, el proceso de atención sigue criterios tendentes a un modelo personificado y diversificado, capaz de adecuarse a las características de la persona afectada.

En el apartado 3 hacíamos mención de las condiciones médico-laborales que, por motivos de seguridad, se exigen al personal que interviene en Circulación. Estas condiciones médico-laborales contemplan criterios de visión, audición, cardiovasculares, etc., y también la prohibición de que existan "indicios analíticos de consumo de drogas". Tampoco están permitidos niveles de alcohol en aire espirado por encima de 0,10 miligramos de alcohol por litro de aire.

35. *VIII Convenio Colectivo de Renfe, año 1989.*

El control de consumo de alcohol y drogas de abuso se realiza al personal de Circulación en los reconocimientos médicos periódicos normalizados, en sondeos sistemáticos o con motivo de una incidencia o accidente ocurrido. La detección de consumo de drogas de abuso o de alcohol por encima de los niveles permitidos supone la retirada automática y temporal del puesto de trabajo.

En la fase de detección de consumo, que se inició en 1985, se establecen los siguientes criterios que son coincidentes con los publicados por la Asociación Americana de Medicina del Trabajo un año después:

1. Se planteó la necesidad empresarial que justificaba emprender una acción de esta índole.
2. Se inició un debate en comisiones mixtas, definiendo los límites de las determinaciones analíticas de consumo de drogas hasta alcanzar un consenso entre empresa y representantes de los trabajadores.
3. El acuerdo se hizo público, para conocimiento de todos los trabajadores, en un documento interno de la empresa sobre reconocimientos médicos del personal.
4. Los Servicios Médicos de la empresa diseñaron un método de comunicación de la aptitud a las jefaturas de personal a través de un código, para así garantizar al trabajador la confidencialidad de los resultados.
5. En cuanto al método analítico y a la recogida y envío de muestras biológicas, se tuvo en cuenta:
   - Que el laboratorio de análisis clínicos tuviese los métodos más avanzados y fiables en toxicología y que pudiera garantizar y defender, cuando fuera preciso, los resultados obtenidos en detección de drogas de abuso.
   - Para la recogida y envío de muestras biológicas se diseñó y se puso en práctica un método de "cadena de custodia" interno que enlaza con el que a su vez debía tener el propio laboratorio de análisis clínicos, para garantizar al trabajador la identidad de la muestra analítica desde el principio al final del proceso.
6. La valoración de los resultados y la información al interesado se debía hacer a cargo del médico del trabajo.
7. A las jefaturas de personal sólo se les comunicaría el resultado del reconocimiento médico, basándonos en criterios de aptitud respecto del puesto de trabajo.

Las vías de detección son: en primer lugar, los reconocimientos médicos y los sondeos de alcohol y drogas que se realizan al personal que interviene en la Circulación. En segundo lugar figura la demanda de ayuda por el propio trabajador. Otras vías se dan a través de la colaboración de sindicatos, jefaturas de personal, psicología laboral.

7.1.1. Acceso al Programa de Atención y Reinserción Laboral (PARL)

Para explicar el proceso que seguimos cuando se detectan indicios analíticos de consumo de drogas o de abuso de alcohol, vamos a tomar como muestra el ejemplo

más frecuente, que es la detección a través de los reconocimientos médicos establecidos para el personal con responsabilidad en la Circulación:

1. El médico del trabajo que realiza el reconocimiento y detecta el consumo comunica al jefe inmediato la *No Aptitud Temporal* del trabajador y le informa de que será citado a reconocimiento médico en los Servicios Médicos Centrales.
2. De forma paralela se establece la cita, en los Servicios Médicos Centrales, a una entrevista de evaluación con la responsable del PARL, que tiene como finalidad conocer al trabajador, hablar sobre el consumo que realiza e informarle tanto sobre los recursos que podemos ofrecerle para dejar el consumo, como sobre su situación laboral.
3. Como resultado de esta primera entrevista con el trabajador, se hace una evaluación del consumo y se le integra en lo que denominamos "Módulos de Seguimiento o de Tratamiento". Cuando en la entrevista sólo se evidencia un consumo esporádico o no se manifiesta o reconoce un hábito o dependencia, al trabajador se le incluye en el **Módulo de Seguimiento**, se le aparta durante tres meses de las tareas de riesgo de su puesto de trabajo o se le asignan provisionalmente otras tareas, manteniendo su categoría original y su salario. Durante este periodo, se le somete a analíticas de control sin previo aviso.
   Si por el contrario el consumo es habitual y el trabajador reconoce el problema y acepta voluntariamente la oferta de tratamiento, se le incluye en el **Módulo de Tratamiento** precisando, según el caso, ser retirado de su puesto de trabajo mientras dure el programa de tratamiento, que suele abarcar de 12 a 24 meses. Habitualmente son tratamientos ambulatorios compatibles con el trabajo y personalizados. Solo cuando el tratamiento requiere el ingreso en un centro o comunidad terapéutica, entonces se dará de baja por enfermedad común.
4. En cualquiera de los casos, será el *Tribunal Médico de Evaluación de Capacidades (TMEC)*, formado por tres médicos y el responsable del PARL, el que decide e informa al responsable de Personal de la *No Aptitud Temporal* del trabajador, estableciendo unas limitaciones laborales para que pueda ser acoplado, provisionalmente, en otro puesto de trabajo. Se fija un periodo de tiempo, tras el cual acudirá de nuevo a reconocimiento médico y entrevista con los profesionales del PARL, y como resultado el TMEC emitirá un nuevo informe de aptitud temporal, hasta dar por finalizado el Programa.
5. Una vez finalizado el Programa, se cita al trabajador a reconocimiento médico y psicotécnico, y el TMEC, con los resultados obtenidos y con la información del responsable del PARL, establece la aptitud para su trabajo habitual.
6. En el supuesto de que resulte *No Apto*, se informa a la Jefatura de Personal para su acoplamiento definitivo en otro puesto de trabajo, a través del Comité Provincial de Seguridad y Salud. Si es *Apto*, se le mantiene con una calificación de *Apto Condicionado durante doce meses,* incorporándose a su puesto de trabajo sin restricción ninguna en el desempeño de su actividad, pero con controles analíticos que establecerá el médico laboral. Además, el equipo del PARL mantiene un contacto personal con el trabajador a través de entrevistas, para conocer su adaptación al trabajo y detectar posibles recaídas.

7. Transcurridos los doce meses, el personal calificado como *Apto Condicionado* es citado de nuevo a reconocimiento médico y entrevista. Vuelve a ser estudiado por el Tribunal Médico de Evaluación de Capacidades, que valorará su estado y su evolución a lo largo del último año, y califica y comunica la aptitud definitiva, dando por terminado el proceso.

En una Circular interna sobre Seguridad en la Circulación se establece la obligación de realizar un segundo reconocimiento antes de tomar la decisión de calificar como *No Apto* al personal de Circulación; este segundo reconocimiento médico se realiza en los Servicios Médicos Centrales y es el TMEC quien estudia el caso y decide la aptitud definitiva. Nos referimos a cualquier patología o disminución física que puede ser causa de *No Aptitud*, no solo por consumo de alcohol y/o drogas. Un trabajador puede ser apartado de realizar funciones de Circulación por diferentes causas: un déficit visual o auditivo, ser insulino-dependiente, padecer una enfermedad mental, ser consumidor de drogas, etc., sin desvelar el motivo de la *No Aptitud*. En los Comités de Seguridad y Salud, con el asesoramiento del médico y la confidencialidad a la que estamos obligados, se trata de buscar un acoplamiento en un puesto compatible a todos los *No Aptos* sin establecer diferencias.

Figura 26. Folleto en formato TBO para difusión del PARL.

7.2. Programa de Prevención

*S*e inicia en 1994, con la incorporación a los Servicios Médicos de trabajadores sociales, y trata de sensibilizar a todo el colectivo de la empresa ante los problemas derivados del abuso del consumo de alcohol y drogas.

El Programa de Prevención, además de ser un apoyo fundamental al PARL, realiza una labor de sensibilización de todo el colectivo ante el consumo de alcohol y drogas, imparte cursos de formación dirigidos a mandos y sindicatos principalmente, para conseguir una labor de mediación entre el trabajador con problemas de

consumo y los Servicios Médicos de la empresa. Organiza campañas de prevención a nivel territorial para contribuir a esta sensibilización y fomentar hábitos saludables, divulgar el Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo y los Programas de Formación, tratando de conseguir dos objetivos principalmente:

1. La confianza del trabajador para que se acerque libremente a informarse o solicitar ayuda, directamente o a través de las personas que sean de su confianza.
2. Concebir la ayuda, que todos podemos aportar, de una forma positiva y no paternalista.

La **detección** de trabajadores con problemas de consumo es la primera fase del Programa y para que las actuaciones sean eficaces deben contemplarse todas las posibles vías que permitan identificar los problemas, teniendo en cuenta que las características y complejidad de los mismos requieren que éstas se realicen con la participación de todo el colectivo de la empresa.

Figura 27. Curso de formación dirigido a mandos y representantes de los trabajadores.

La **formación** es la base fundamental del Programa de Prevención. Con el objetivo de formar al mayor número de mandos y representantes de los trabajadores diseñamos unos cursos, que impartimos actualmente, y que denominamos cursos de *"Mediación para la prevención de las drogodependencias y el alcoholismo"*.

Dado que normalmente son estos agentes quienes conocen el problema antes que nadie, tratamos de formarles para que su postura, paternalista muchas veces (encubriendo al trabajador y con riesgo de dar lugar, a largo plazo, a que la situación se agrave), cambie. Se intenta que traten de informar, convencer o al menos derivar al trabajador a los Servicios Médicos o a los profesionales del Plan. El equipo del PARL podrá, a través de una primera entrevista, iniciar un contacto y establecer una relación que ayudará a que el trabajador asuma su problema y admita el soporte que se le ofrece.

Figura 28. Campañas de prevención. Actividades participativas.

Actividades Participativas son lo que denominamos *Campañas*, que organizamos dentro del Programa de Prevención a nivel territorial. De la organización de estas *Campañas* se ocupan, fundamentalmente, los trabajadores sociales; el lugar elegido está abierto a cualquier sugerencia o demanda. La iniciativa se presenta en el Comité de Seguridad y Salud territorial y, liderado por los trabajadores sociales, se forma un comité organizador con la participación voluntaria de los sindicatos y representantes de la empresa. Este órgano se ocupa de ir definiendo, diseñando y organizando las actividades participativas, además de colaborar activamente en la divulgación de la *Campaña*, con el fin de conseguir la mayor participación posible. Se contacta también con organizaciones afines de la Comunidad Autónoma y se establecen vínculos de colaboración, buscando la participación de los trabajadores y sus familias con el fin de fomentar y perpetuar hábitos de ocio saludables.

8. AGENTES IMPLICADOS

El Programa de Atención y Reinserción tiene como responsable a un psicólogo; además cuenta con tres trabajadores sociales y la infraestructura de los Servicios Médicos de ADIF como medios propios, y utiliza la red asistencial pública y/o privada para la oferta de tratamiento, como medios ajenos.

Aunque las vías de detección son múltiples, cabe destacar el papel fundamental que pueden jugar los mandos y representantes sindicales, ya que por su cercanía

con los trabajadores son los que están en mejor disposición de conocer los problemas. El mando o representante sindical que tome contacto con el trabajador debe actuar con realismo y objetividad, haciéndole ver cuáles son sus problemas y, a la vez, creando un clima de confianza suficiente, e informándole acerca de la confidencialidad del PARL para que le permita tomar su decisión de forma voluntaria.

9. MATERIALES Y DOCUMENTOS

Para la realización de las diferentes actividades del PACDA se han creado diversos materiales de difusión: folletos, carteles, cómics, etc. Para las actividades formativas disponemos de un manual elaborado por nosotros y con la colaboración de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. En las figuras 25-28 pueden verse algunos ejemplos.

En el Anexo VII se incluye el texto íntegro del Plan actualmente en vigor

10. RESULTADOS

Se ha hecho un estudio específico de los resultados del Programa de Atención y Reinserción Laboral. A continuación se resumen los datos pertenecientes al periodo 1997-2004, ambos inclusive, sobre trabajadores con problemas de consumo o simplemente consumidores esporádicos de drogas y/o alcohol.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL	
AÑOS	TOTAL
1997	138
1998	145
1999	124
2000	109
2001	112
2002	121
2003	101
2004	127

Tabla 20. PARL. Casos activos por año en el periodo 1997-2004.

La población del estudio son los casos activos. La tabla 20 muestra su distribución por años.

En los trabajadores que tenemos en el PARL también se observa un envejecimiento paralelo al que tenemos en la empresa. En el año 2004 casi el 70% están entre los 41 y 50 años de edad.

El personal de Circulación, que es sobre el que se ejercen controles de consumo de alcohol y otras drogas, representa el 57% de todos los casos activos que tenemos a lo largo de esta muestra de ocho años (tabla 21). El 43% corresponde a trabajadores de otras categorías, que no están definidas como intervinientes en la seguridad de la Circulación (personal de información, taquillas, talleres, administrativo, etc.), y sobre los que no se establecen controles de consumo de alcohol y/o drogas.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	%
PERSONAL DE CIRCULACION	77	72	79	67	71	72	43	76	**57%**
RESTO DEL PERSONAL	61	73	45	42	41	49	58	51	**43%**
TOTAL	138	145	124	109	112	121	101	127	100%

Tabla 21. Distribución de casos activos según tipo de personal en el periodo 1997-2004.

Como ya hemos manifestado, la vía de detección más importante son los reconocimientos médicos y los controles o sondeos de alcohol y drogas que se realizan al personal de Circulación, lo que explica su mayor porcentaje en los casos activos. Que el 43% sea el resto del personal de la empresa que no está sometido a control lo interpretamos como un éxito del Programa de Prevención, ya que corresponde a trabajadores que voluntariamente acuden a solicitar ayuda.

En cuanto al tipo de consumo, la tabla 22 muestra que:

- El alcohol es la droga que ocupa el 70% del consumo, estabilizada en los últimos años.
- Los opiáceos suponen el 7%, en descenso desde el año 2000.
- La cocaína representa el 8%, está estabilizada.
- El *cannabis* representa el 8%, ha aumentado ligeramente desde el año 2000.

Los casos de policonsumo son el 7%, en ligero aumento.

PROGRAMA DE ATENCION Y REINSERCION LABORAL									
CASOS ACTIVOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	**%**
ALCOHOL	83	97	87	81	86	87	77	86	**70%**
OPIACEOS	21	19	12	8	5	2	3	2	**7%**
CANNABIS	12	11	7	6	7	10	5	17	**8%**
COCAINA	9	11	9	9	10	11	7	10	**8%**
POLICONSUMO	12	7	9	5	4	11	9	12	**7%**
TOTAL	138	145	124	109	112	121	101	127	100%

Tabla 22. Evolución del tipo de consumo preferente 1997-2004.

Por lo que respecta a las vías de detección, la tabla 23 muestra que:

- El 52% de los casos los detecta el Servicio Médico a través de los reconocimientos médicos.
- El 24% de los casos acuden voluntariamente.
- El 10% son detectados a través de los sindicatos.
- El 13% de los casos acuden por mediación de las Jefaturas de Personal (RR. HH.).

El 1% corresponde a otras vías como familia, compañeros, etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL									
CASOS ACTIVOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	%
SERVICIOS MÉDICOS	79	76	62	54	63	67	43	61	**52**
VOLUNTARIO	14	27	38	33	27	27	30	42	**24**
SINDICATOS	27	22	12	6	7	7	8	5	**10**
RR.HH.	15	15	10	15	15	20	20	19	**13**
OTROS	3	5	2	1	0	0	0	0	**1**
TOTAL	138	145	124	109	112	121	101	127	100%

Tabla 23. Casos activos según vía de detección 1997-2004.

A lo largo de este periodo de tiempo ha ido aumentando el porcentaje de casos voluntarios, lo que puede atribuirse a la progresiva difusión y conocimiento del Programa.

Los resultados obtenidos se analizan sobre el grupo de trabajadores en los que se da por finalizado el Programa y establecemos una calificación médico-laboral. En la tabla 24 aparece el total de trabajadores al finalizar el Programa, agrupados según dos motivos, y que en ambas situaciones continúan en el trabajo.

- 380 casos completan el programa pautado
- 67 casos abandonan el programa sin finalizarlo

Por último, 26 casos abandonan el programa y además dejan la empresa.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
COMPLETAN EL PROGRAMA	53	65	50	41	38	57	38	38	**380**
ABANDONAN EL PROGRAMA	3	11	11	6	9	6	7	14	**67**
ABANDONAN LA EMPRESA	2	5	0	6	5	1	3	4	**26**

Tabla 24. Casos que finalizan el programa 1997-2004.

La calificación médico-laboral, o aptitud del trabajador para su puesto de trabajo, se establece sobre el grupo de trabajadores que han finalizado el programa o bien lo han abandonado, pero en ambos casos siguen en la empresa (forman un colectivo de 447 trabajadores); no se establece sobre los que abandonan la empresa (26 trabajadores).

Ser *Apto* supone volver a realizar, sin restricciones, las tareas de su puesto de trabajo. Ser *No Apto* supone acoplar al trabajador en otro puesto compatible con su capacidad, sin riesgo para él o terceras personas.

En la tabla 25 aparecen algunos datos relativos a los resultados del programa medidos en términos de retorno al puesto de trabajo inicial. De las 447 personas que vuelven al trabajo, 304 son personal de Circulación y 143 pertenecen al resto de colectivos. El 69% de los trabajadores de Circulación vuelve a su puesto de trabajo y se califica como *Aptos*.

El 31% se considera *No Aptos*, teniendo que ser acoplados en otro puesto de trabajo que no intervenga en la Circulación o entrañe riesgo para él o terceras personas. Muchas veces se mantienen en el puesto pero se restringen sus funciones, por ejemplo, no hacen maniobras pero realizan limpieza y engrase de cambios; o en el caso de *Factores de Circulación,* pueden pasar a ser *Factores Sencillos*. Encontrar un acoplamiento es siempre una dificultad importante para la empresa, por eso el éxito del PARL es conseguir que el trabajador pueda volver a su puesto inicial.

En el caso del personal que no es de Circulación, el 92% siguió en su puesto y un 8% fue cambiado de puesto de trabajo por otros motivos.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y REINSERCIÓN LABORAL				
	APTO		NO APTO	
	nº	%	nº	%
PERSONAL DE CIRCULACION	209	69%	95	31%
RESTO DEL PERSONAL	132	92%	11	8%

Tabla 25. Personal que retorna al trabajo según su aptitud para el puesto inicial.

El hecho de que más del 76% del total de los casos que se reincorporan al trabajo lo hagan en su puesto inicial se considera un indicador del grado de éxito del programa.

11. COSTE

En el capítulo decimoprimero, "Otros Beneficios Sociales", de nuestra Normativa Laboral, en su art. 545 se establece que el Fondo de Ayuda Social, cuya cuantía se fija en Convenio Colectivo, se dedicará en la proporción de un tercio de su totalidad a sufragar el costo del Plan de Drogodependencias y Alcoholismo.

El control del funcionamiento y gestión de los fondos se lleva a cabo por la Co-

misión Mixta de Política Social formada por representación de la empresa y de los sindicatos.

En el XII Convenio Colectivo (1998), se concretó el número de tratamientos a costa de la empresa, limitándose a dos por trabajador.

En el año 2004, el coste que le supuso a la empresa el Plan de Drogodependencias y Alcoholismo fue de 157.050,05€.

12. VALORACIÓN FINAL

Optar por una política de consenso respecto del problema del alcohol y las drogas en el trabajo permite llevar a cabo controles de consumo de drogas sin romper la paz social.

La empresa constituye un marco ideal para la detección precoz, la orientación terapéutica y la rehabilitación laboral de los trabajadores con problemas de consumo.

La detección temprana de adicciones en el ámbito de la empresa permite obtener resultados terapéuticos y de reinserción laboral muy positivos, toda vez que actuamos en estadíos en que todavía no se ha producido un deterioro social, familiar y laboral del individuo, previos a la marginalidad y exclusión social.

Por nuestra propia experiencia, podemos aconsejar a las empresas que decidan implantar un método de detección de consumo de drogas y alcohol entre sus empleados, que la decisión esté motivada y que el proceso de detección se realice garantizando la confidencialidad, el respeto a la intimidad y la fiabilidad de los resultados.

Madrid, abril 2007

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) American Occupational Medical Association. Drug Screening in the workplace ethical guidelines, 1986.
(2) VIII Convenio Colectivo de RENFE, 1989.

CASO 7 ACTUACIÓN PREVENTIVA EN UN CENTRO PÚBLICO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP) Salvador Espriu, de Sant Feliu de Llobregat.

Informantes: Esteve-Ignasi Gay, Mercè Noguera, Bárbara Arellano y Elena Embuena
Grupo de trabajo "Salut i Treball Docent" de l'Associació de Mestres Rosa Sensat, Barcelona.
E-mails: 16115eig@comb.cat, mnogue14@yahoo.com, barellano@cscv.es, eembuena@xtec.cat

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

El Grupo de Trabajo Salud y Trabajo Docente (GTSTD) de l'Associació de Mestres Rosa Sensat, de Barcelona, se constituyó en el mes de octubre del año 2000 con la finalidad de sensibilizar y elaborar propuestas de mejora de las condiciones de seguridad y salud laboral en los centros docentes, de tal manera que facilitara la renovación pedagógica y la promoción de la calidad de la enseñanza.

En abril de 2003 el GTSTD organizó las primeras Jornadas de Salud y Trabajo Docente. El tema central fue *El estado de la situación en los centros docentes,* y se llegó a la conclusión de que para planificar actividades preventivas era necesario avanzar decididamente en la evaluación de los riesgos laborales, poniendo especial atención en los factores psicosociales. Tanto en la enseñanza pública como en la privada, el tratamiento de estos factores no se ha incorporado a la práctica habitual, a pesar de que todo el mundo está de acuerdo en que el estrés es uno de los riesgos laborales de mayor presencia en el colectivo docente, y que actualmente ya se dispone de instrumentos técnicos contrastados para pasar del diagnóstico a la acción preventiva.

A partir de estas conclusiones el GTSTD se planteó la evaluación de riesgos laborales psicosociales con la metodología ISTAS-21 en 11 centros de educación infantil y primaria.

La presente experiencia corresponde a la intervención realizada en uno de estos centros docentes estudiados y los resultados que se presentan se basan en la comparación de los datos obtenidos, debidamente contrastados con los del resto de centros participantes en el estudio y con una muestra representativa de la población general española.

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

La intervención se realizó en el CEIP Salvador Espriu. Está localizado en la ciudad de Sant Feliu de Llobregat, de 42.000 habitantes aproximadamente, situada en el cinturón industrial de Barcelona, al suroeste de su Área Metropolitana.

Fue creado en los años 70 para dar respuesta a las necesidades educativas generadas por el asentamiento de inmigrantes de distintos lugares de España, llegados durante la década de los 60 y los 70. Diez años después se trasladó al edificio que ocupa actualmente, de diseño moderno, funcional, alegre y luminoso (el centro ha recibido el premio FAD: Fomento de las Artes Decorativas).

Es un centro público, dependiente del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya, con dos grupos por curso; incluye el segundo ciclo de la educación infantil (3-5 años) y los tres ciclos de educación primaria (6-12 años). Disfruta del prestigio de ser una escuela activa, en sintonía con la tradición de los movimientos de renovación pedagógica de Catalunya. Su equipo docente ha recibido distintos premios pedagógicos como reconocimiento a su esfuerzo por ser un centro innovador, de calidad y a favor de la inmersión lingüística. Desde sus inicios la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) se ha identificado con el proyecto educativo del centro y ha mantenido una participación muy dinámica.

La plantilla del centro es de 31 personas, de las cuales 29 son docentes, una conserje y una administrativa. La evaluación se ha realizado exclusivamente a los docentes, contestando al cuestionario 27 de ellos. Como características descriptivas de los docentes cabe destacar que el 100% son mujeres, de las cuales un 70% tienen entre 36 y 55 años; el 63 % tiene la principal responsabilidad de las tareas domésticas de su casa; el 60 % tiene una antigüedad en el centro mayor de 10 años; y el 81 % tiene su puesto de trabajo en situación definitiva.

En cuanto a la organización de la prevención, dispone de la figura de un coordinador de riesgos laborales que es un docente funcionario. El Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya cuenta con un Servicio de Prevención central y en cada delegación territorial existe una sección de Prevención de Riesgos Laborales. El Comité de Seguridad y Salud del Departament d'Educació y sus delegados de prevención son elegidos a nivel territorial.

Todo el proceso de evaluación e intervención se realizó a lo largo de los cursos 2004-2005 y 2005-2006.

4. OBJETIVOS

Los objetivo generales del proceso de evaluación-intervención son dos:

- Analizar las dificultades y las oportunidades que implica la realización de la evaluación de riesgos laborales psicosociales en el centro docente.
- Comprobar que las actividades preventivas derivadas de la evaluación de riesgos laborales psicosociales sean útiles para mejorar la organización y minimizar los riesgos psicosociales en el centro.

5. MARCO TEÓRICO

El método seguido, y su marco teórico correspondiente, es una adaptación realizada por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) del método conocido internacionalmente como el Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). Esta metodología fue desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca (AMI) para la evaluación de riesgos psicosociales y la elaboración de actividades preventivas.

6. FACTORES SOBRE LOS QUE SE ACTÚA

Se ha actuado sobre *la doble presencia***,** factor predominante debido a la población eminentemente femenina del centro.

Respecto a las *exigencias psicológicas***,** se ha actuado sobre las exigencias emocionales, cuantitativas, cognitivas, sensoriales y de esconder emociones.

Respecto el *control de trabajo***,** se ha actuado sobre el control de tiempo, posibilidad de desarrollo, influencia y sentido del trabajo.

En cuanto al *soporte social***,** se ha trabajado la posibilidad de relación social, el sentimiento de grupo, la calidad de liderazgo, la claridad de rol y el apoyo social.

Por lo que se refiere a las *compensaciones,* se ha actuado sobre la estima y la inseguridad.

7. FASES Y METODOLOGÍA

Antes de realizar la evaluación del centro, el GTSTD recibió asesoramiento por parte de profesionales de ISTAS, para la comprensión del método y la adaptación del cuestionario al colectivo docente. Se siguieron las etapas y actividades que se describen a continuación.

7.1. Proceso de evaluación de riesgos psicosociales

En primer lugar, se notificó al Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya la iniciativa de este trabajo, desarrollándose a continuación las siguientes etapas.

7.1.1. Acuerdo y designación del grupo de trabajo

Se hizo el primer contacto con la escuela a través de una reunión inicial con el equipo directivo para dar a conocer la propuesta e informar sobre el método, y una reunión posterior con el Claustro, donde se pidió su colaboración.

Para facilitar la participación operativa de todos los agentes implicados se propuso la creación de un *grupo de discusión*, donde participó una representación de cada ciclo educativo, del equipo directivo y la coordinadora de riesgos laborales. Se man-

tuvo abierto al resto del Claustro, por lo que hubo participación esporádica de otros miembros en función de su disponibilidad horaria.

7.1.2. Preparación del trabajo de campo

La decisión del alcance y las unidades de análisis implica la determinación de la información que se puede obtener. Se llegó a la conclusión de que la unidad de análisis más operativa e interesante era el porcentaje de docentes expuestos atendiendo al lugar de trabajo. Éste se determinó según el nivel educativo y la función que se desarrolla, ya que simultáneamente es posible estar en más de un nivel –educación infantil, ciclo inicial, ciclo medio y ciclo superior- y desarrollar una o más funciones –tutoría, especialista, cargo de dirección y cargo de coordinación.

El proceso de información se inició con una primera reunión con el profesorado, donde se explicaron los objetivos, las fases y los términos del método y de su utilización. Se mostró qué son los factores de riesgo psicosocial y los efectos que se derivan sobre la salud; finalmente, se informó sobre la intención básica y esencial de la evaluación de este riesgo, es decir, la actividad preventiva.

7.1.3. Trabajo de campo

La metodología de evaluación empleada utiliza la técnica del cuestionario anónimo más el análisis en grupos de discusión compuestos por trabajadores, técnicos de prevención y dirección. Mide factores de riesgo de la organización del trabajo para los que existe evidencia científica suficiente de su posible efecto perjudicial en la salud. Es una metodología eminentemente pensada para la acción preventiva.

Cada participante podía optar por rellenar el cuestionario en su domicilio o en el centro, con un tiempo de respuesta aproximado de dos semanas. Una vez cumplimentado se acordó depositarlo en un buzón, tal y como indica el método, para garantizar la privacidad y la confidencialidad.

7.1.4. Tratamiento de los datos informáticos e informe preliminar

La informatización de los datos se centralizó en una única aplicación para poder obtener una referencia comparativa del sector docente. Se elaboró un informe preliminar con la distribución de frecuencias, la descripción de las condiciones de trabajo, la exposición a los factores de riesgo psicosocial para poder comparar las puntuaciones con la población de referencia, la prevalencia de la exposición de cada centro y la de toda la población del estudio. Todos estos datos se enviaron telemáticamente al centro para que los pudieran ir trabajando previamente.

A partir de los gráficos obtenidos, se identificaron las exposiciones problemáticas, intermedias y favorables. Los resultados cuantitativos fueron presentados por el GTSTD (figura 29).

7.2. Intervención propiamente dicha

Siguiendo las etapas establecidas en la metodología de referencia empleada, en este caso consideramos ya intervención al proceso de análisis cualitativo de los resultados del cuestionario, desarrollado por el grupo de discusión.

7.2.1. Interpretación de resultados

El análisis de los datos se realizó a través del grupo de discusión que se centró, básicamente, en el estudio de los datos de prevalencia de exposición para las veintiuna dimensiones medidas y su combinación con la unidad de análisis del "lugar de trabajo". Se estableció un calendario de actuación. El grupo de discusión siguió los siguientes criterios generales:

- Encontrar causas a las situaciones que reflejan los resultados. A través de esta estrategia se reflexionó sobre los factores que inciden directamente en ellos.
- Encontrar posibles soluciones.

Esta reflexión llevó a elaborar todo un listado abierto de elementos de mejora.

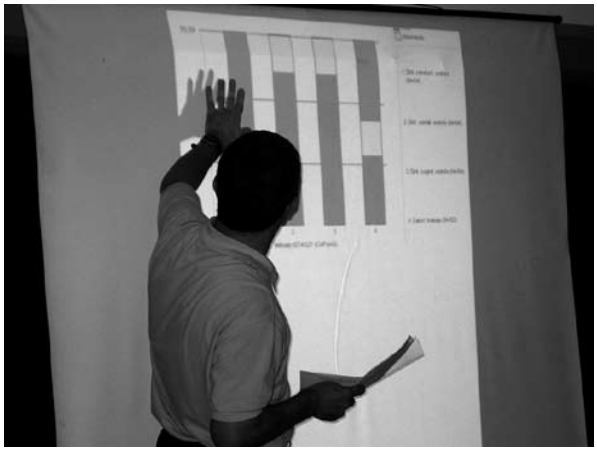


Figura 29. Presentación de resultados del cuestionario.

7.2.2. Priorización de los factores psicosociales a intervenir

Tras un proceso de discusión se realizó una relación de causas, con los criterios mencionados; teniendo en cuenta, como criterio general, qué causas y qué posibles soluciones (medidas preventivas) estaban al alcance del centro de trabajo y cuáles, de acuerdo con su naturaleza y magnitud, sólo estaban al alcance de la Administración.

7.2.3. Propuesta y priorización de actividades preventivas

Se utilizó la metodología de *lluvia de ideas* para hacer un listado de actividades preventivas y su priorización (figura 30). Se realizó un cuadro a partir de uno de los

grupos de discusión, con la priorización de las dimensiones más desfavorables, sus riesgos y su posible actividad preventiva.

7.2.4. Informe final y planificación de la acción preventiva

En el informe final se reflejan todos los datos y todas las conclusiones que han ido surgiendo de las diferentes reuniones del grupo de discusión. Clasificando todas las prioridades y determinando las actividades preventivas.

7.2.5. Implementación de actividades preventivas

Las actividades preventivas fueron propuestas por el grupo de discusión y gestionadas por el equipo directivo implicando a todo el Claustro, y se fueron aplicando progresivamente a lo largo del curso. Se diferenciaron las actividades relacionadas con: la organización interna, la formación y el apoyo de la Administración educativa.

Figura 30. Sesión del grupo de discusión para identificar las condiciones de riesgo y diseñar las actividades preventivas.

7.2.6. Seguimiento de las actividades preventivas

El seguimiento se realizó durante el último trimestre del curso escolar 2004-2005 y el primer trimestre del curso escolar 2005-2006, mediante varias reuniones de los técnicos de prevención con el equipo directivo y la coordinadora de Prevención de Riesgos Laborales del centro, para verificar el grado de desarrollo de la planificación propuesta y su eficacia.

8. AGENTES IMPLICADOS Y FUNCIONES

Distinguiremos entre los agentes externos y los internos. Entre los primeros citaremos los siguientes:

- Equipo evaluador: formado por cuatro miembros del GTSTD, pertenecientes a diferentes ámbitos de la salud y la educación, todos ellos técnicos en prevención de riesgos laborales. Han dirigido y ejecutado la evaluación de forma conjunta.
- Asesoramiento técnico externo: realizado por el centro de referencia de ISTAS de "Organización del trabajo y salud". Han asesorado tanto en el apoyo metodológico, como en la aplicación informática.
- Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya: es la empresa responsable del centro docente evaluado.

Y entre los agentes internos:

- Equipo directivo: fue el órgano que acordó la participación del Centro en la evaluación de riesgos psicosociales y gestionó la aplicación de las actividades preventivas.
- Claustro de docentes: rellenaron los cuestionarios individualmente, previa información sobre los objetivos y contenidos. Posteriormente el Claustro, de forma conjunta, fue informado de los resultados, invitado a participar en el grupo de discusión y en la aplicación de las actividades preventivas.
- Grupo de discusión: formado por la directora, la secretaria, las coordinadoras de los cuatro ciclos (infantil, inicial, medio y superior) y la coordinadora de prevención de riesgos laborales, contando siempre con la presencia de, al menos, dos miembros del equipo evaluador. La función del grupo de discusión fue analizar los resultados obtenidos por los cuestionarios, identificar las causas posibles de los riesgos detectados y proponer las medidas preventivas correspondientes.

9. MATERIALES Y DOCUMENTOS

Se han utilizado los siguientes materiales y documentos:

- Método ISTAS 21 de evaluación de riesgos psicosociales: manual, aplicación informática, cuestionario de evaluación psicosocial. Descargable en http://www.istas.ccoo.es
- Informe preliminar con los resultados de la explotación de datos de la aplicación informática del método.
- Acta de cada sesión del grupo de discusión.
- Presentaciones en *power point* de los resultados obtenidos para el Claustro y el grupo de discusión.
- Copias en CD de toda la documentación para el Centro.
- Fotografías de las actividades realizadas en el Centro.

10. RESULTADOS OBTENIDOS

Los datos presentados en este apartado hacen referencia más al conjunto del proceso seguido hasta el momento, que a las medidas preventivas aplicadas.

10.1. Medida del nivel de estrés y de satisfacción laboral

En la tabla 26 podemos observar los resultados obtenidos de las distintas sintomatologías de estrés y del grado de satisfacción, comparando con los 11 centros educativos estudiados y la población general trabajadora.

El Centro evaluado presenta todas las sintomatologías de estrés superiores a la muestra de los once centros y muy superior a la población de referencia. Mientras, la satisfacción laboral es inferior a la de la muestra y muy similar a la de la población de referencia.

		CEIP Salvador Espriu	Muestra 11 Centros	Población Referencia
Síntomas de estrés	De conducta	43,75	37,50	21,70
	Somáticos	31,25	18,75	13,00
	Cognitivos	40,63	31,25	18,80
Satisfacción por el trabajo		62,50	68,75	62,40

Tabla 26. Puntuación mediana de las tres sintomatologías de estrés y la satisfacción laboral de las docentes del CEIP Salvador Espriu.

10.2. Identificación y priorización de las dimensiones psicosociales de riesgo

Como resumen de los resultados, la tabla 27 muestra la mayoría de riesgos o dimensiones psicosociales agrupadas en dos grandes columnas que incluyen los factores psicosociales desfavorables (fondo sombreado) y los más favorables (fondo blanco). Las dos grandes columnas se han subdividido en otras que representan el porcentaje de personas expuestas a cada situación. La sombreada en tres grupos: más del 66%, entre 50% y 66%, y entre 33% y 50% (por debajo del 33% representa una situación "normal"). La blanca: porcentaje superior al 66%, y entre 33% y 66%.

La integración, la previsibilidad y el refuerzo son las dimensiones psicosociales que se encuentran en situación intermedia.

10.3. Diseño de las actividades preventivas

El grupo de discusión, liderado por el equipo evaluador, propuso un total de diecinueve actividades preventivas (ver tabla 28), de las cuales once estaban relacionadas con la organización interna del trabajo, seis relacionadas con actividades de formación, y dos con demandas de recursos a los Servicios Territoriales del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya.

De las once actividades preventivas relacionadas con la **organización interna** del Centro, dos hacían referencia a la organización horaria, dos a la distribución de tareas, cinco a la planificación de tareas o elaboración de protocolos y las dos últimas se relacionaban con los canales de comunicación con las familias.

De las seis actividades relacionadas con el **asesoramiento externo, la formación e intercambio de experiencias**, se incluían los siguientes temas: informatización de la gestión de datos, control emocional, gestión docente, canales de comunicación internos, seguimientos del alumnado con necesidades específicas, participación en la toma de decisiones, racionalizar en equipo las emociones negativas, y el refuerzo de las actividades del aula.

Las **demandas de recursos** al Servei Territorial d'Educació se concretaban en disponer en el Centro de personal de apoyo para reemplazar a quien tuviera que ausentarse, y aumentar las horas de la administrativa en el Centro, pues sólo se cuenta con media jornada y no se la sustituye en caso de enfermedad.

Factores de riesgo desfavorables			**Fortalezas**	
Mayor 66%	Entre 50% y 66%	Entre 33% y 50%	Mayor 66%	Entre 33% y 66%
Control tiempos	Conflicto de rol	Posibilidad relación social	Posibilidad de desarrollo	Claridad del rol
Exig. psicológica emocional				
Doble presencia	Exig. psicológica sensorial	Sentimiento de grupo	Encontrar sentido en el trabajo	Influencia
Exig. psicológica cuantitativa				
Esconder emociones	Inseguridad	Estima	Calidad del liderazgo	Apoyo social
Exig. psicológica cognitiva				

Tabla 27. Priorización de las dimensiones psicosociales sobre los cuales intervenir.

11. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para evaluar los resultados hemos comprobado si las actividades preventivas se han realizado tal como se había acordado. Podemos observar en las tablas 29-31 cómo, de las diecinueve actividades preventivas propuestas por el grupo de discusión, doce se han realizado, cuatro no y tres se han realizado parcialmente o se han reconvertido. Por lo tanto el índice de eficacia es del 63%.

Dimensión psicosocial	Identificación de la condición de riesgo	Actividades preventivas propuestas
Control de los tiempos	Dificultad para descansar cuando nos sentimos cansadas.	El tiempo de exclusiva del viernes al mediodía se ha reducido a media hora, para compensar la media hora de más del jueves (reunión de Claustro o ciclos que siempre se alargan). Ver cómo lo organizan otros Claustros.
Exigencia psicológica emocional	Se producen situaciones de desgaste emocional (el 85,2 % opina que su trabajo es desgastador emocionalmente; al 40,7% le cuesta olvidar los problemas de trabajo).	Organizar reuniones para poder racionalizar las emociones negativas del trabajo, con algún profesional experto que lo facilite. Formación sobre control emocional.
Doble presencia	Del 100% de las mujeres. De éste, el 63% tienen la principal responsabilidad de las tareas domésticas. Y el 30% la mitad de ellas. En tiempo de trabajo se han de atender demandas de atención a hijos o padres dependientes.	Establecer medidas organizativas que permitan una mayor flexibilidad con responsabilidad. Ver qué medidas organizativas han establecido otros Claustros en relación con este tema. Se debería disponer de una maestra de apoyo para poder reemplazar a quien deba ausentarse.
Exigencia psicológica cuantitativa	Habitualmente se debe trabajar rápido para mantener el ritmo de la clase con tantos alumnos.	Tener prevista la manera de descansar en caso de que se haya producido una sobrecarga de trabajo.
	Cuando se deben corregir los trabajos del alumnado, esto se acumula y nos obliga a no descansar a mediodía o llevar trabajo a casa.	Organizar la manera de poder descargar de alguna tarea a la maestra que deba corregir trabajos.
	Tenemos la sensación de no poder llegar a dar respuesta a las necesidades de nuestro alumnado.	Organizar el apoyo necesario para la tutora con la maestra de educación especial y los profesionales del EAP [g]. Mejorar la organización de las reuniones de ciclo donde compartir el seguimiento del alumnado con más necesidades.
Esconder emociones	Se han de esconder las emociones ante situaciones injustas, como agresiones entre alumnos o casos de desidia familiar.	Organizar reuniones para poder racionalizar las emociones negativas del trabajo, con algún profesional experto que lo facilite. Elaborar un protocolo de actuación para acordar cómo actuar cuando haya casos de desidia familiar. Formación sobre control emocional.

Tabla 28. Identificación de las condiciones de riesgo y las actividades preventivas propuestas por cada dimensión psicosocial priorizada. *(Continúa en la página siguiente)*

g. Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica

Exigencia psicológica cognitiva	Se debe hacer de maestro, psicólogo, asistente social. Se deben tomar decisiones de forma rápida sin tener el apoyo profesional necesario.	Organizar el apoyo necesario para la tutora con la maestra de educación especial y los profesionales del EAP. Estudiar la manera organizativa más apropiada para tratar las demandas complejas (nivel, ciclo, Claustro…).
	Ha aumentado considerablemente el número de inmigrantes extranjeros que presentan otras necesidades que hace falta tener en cuenta.	Seguir organizando el aula de acogida con el apoyo del programa LIC (lengua e interculturalidad) de zona.
Conflicto de rol	El personal de Dirección debe estar pendiente de aspectos domésticos (mantenimiento del Centro).	Organizar la manera de poder delegar el seguimiento de la gestión por parte de la administrativa del Centro.
	Exceso de burocracia, y la administrativa del Servei Territorial sólo viene dos días a la semana.	Pedir un mayor número de horas de la administrativa. Informatizar los informes para facilitar el rellenado. Incluir la simplificación de la burocracia en el asesoramiento actual de informática. Aplicar las recomendaciones del asesoramiento actual de informática.
	Dificultad en el desarrollo de las reuniones (nivel, ciclo, Claustro…): horarios, densidad, resolución de conflictos.	Organizar un asesoramiento para mejorar el funcionamiento de las reuniones del Centro.
	Presión del entorno sobre las salidas de colonias. Las familias no valoran la responsabilidad y el esfuerzo que representan. Cuando se vuelve, hacen comentarios como si se trabajara menos que en la escuela *(¡que morenas os habéis puesto!*). Cada vez son más las maestras que lo viven mal. Se han reducido las colonias al final de ciclo, pero no todo el mundo está de acuerdo.	Mejorar los canales de comunicación con las familias para informar sobre los motivos por los cuales se realizan determinadas actividades y las dificultades que comportan para el profesorado. Favorecer la comunicación bidireccional con un buzón de sugerencias o encuestas para recoger la opinión sobre actividades conflictivas. Favorecer el reconocimiento por el esfuerzo que deben hacer las maestras implicadas.
	Conflictos con familias.	Acabar de organizar un sistema de resolución de conflictos por canalizar adecuadamente los conflictos familiares. Elaborar un protocolo de actuación para acordar cómo hay que actuar cuando haya casos de desidia familiar.
	Conflictos con el alumnado. Son más frecuentes con los monitores del comedor y las maestras especialistas que no tienen la tutoría.	Acabar de organizar un sistema de resolución de conflictos por canalizar adecuadamente los que surgen con el alumnado (revisar los contenidos del Reglamento de Régimen Interior).

Tabla 28. Identificación de las condiciones de riesgo y las actividades preventivas propuestas por cada dimensión psicosocial priorizada. *(Continúa en la página siguiente)*

Exigencias sensoriales	Como se trabaja con mucha concentración y con una atención constante a los detalles, necesitamos tiempos de descanso para recuperar la fatiga mental.	Estudiar la manera de establecer un sistema de apoyo entre docentes para mantener controlado un grupo aula mientras la maestra se recupera de una situación estresante (se deberían ver modelos de otros Claustros).
Inseguridad	Tener que asumir el cargo de Dirección en contra de la voluntad, para evitar que venga una Dirección externa y cambie el modelo de escuela.	Asesoramiento a todo el Claustro para poder ejercer la Dirección, de manera que la pueda asumir cualquier maestra.
Sentimiento de grupo	Hay una diferente implicación por parte de los miembros del Claustro.	Trabajar la cohesión de grupo y aceptar que pueden haber diferentes implicaciones mientras se cumplan unos mínimos aceptados por consenso.
Aprecio	Poco alumnado y familias muestran agradecimiento a la tarea docente. Se observa que hay menos manifestación cuando hay menos comunicación entre familias y docentes, lo cual es inversamente proporcional a la subida del nivel de curso.	Recoger la opinión de las familias en el último trimestre para dar pie a que hagan sugerencias de mejora y favorecer la muestra de agradecimiento. Se podría incluir una pregunta cómo: *¿están satisfechos/satisfechas con la marcha de este curso?*.
Influencia	Las decisiones se toman por mayoría y acostumbra a quedar gente que no está de acuerdo, pero debe llevarlo a cabo.	Incluir en el asesoramiento de la gestión de reuniones cómo hacer sentir cómodas dentro del grupo a las personas que no están de acuerdo con una decisión colectiva determinada.
Previsibilidad	No llega toda la información necesaria para realizar bien el trabajo o para adaptarse a los cambios que se aplican (opinión negativa del 24%).	Incluir el tema de la transmisión de la información necesaria por trabajar en el asesoramiento de gestión de reuniones.
Refuerzo	No se habla lo suficiente de cómo se lleva a cabo el trabajo con los coordinadores (o superiores, opinión negativa del 33,3%).	Incluir en el asesoramiento de la gestión de reuniones la manera de realizar un seguimiento eficiente de los progresos del aula en las reuniones de coordinación de ciclo. Se debería favorecer la reflexión sobre la experiencia en el aula.

Tabla 28. Identificación de las condiciones de riesgo y las actividades preventivas propuestas por cada dimensión psicosocial priorizada.

Las doce actividades preventivas realizadas han sido aplicadas por la propia inercia positiva de la organización del Centro. Respecto a las actividades relacionadas con la organización interna (tabla 29), el índice de eficacia es el más alto, el 77%. Mientras, en las actividades preventivas relacionadas con la formación y el intercambio de experiencias (tabla 30) sólo se ha cumplido un 33%. Finalmente, las actividades preventivas relacionadas con la demanda a la Administración Educativa se han solicitado, pero aún no se ha obtenido respuesta (tabla 31).

Grupo	Actividad preventiva	Realizado
Organización horaria	El tiempo de exclusiva del viernes al mediodía se ha reducido a media hora, para compensar la media hora de más del jueves (reunión de Claustro o ciclos que siempre se alargan)	**Sí**
	Establecer medidas organizativas que permitan una mayor flexibilidad con responsabilidad: seguir el protocolo interno establecido para casos de sustituciones imprevistas, o en casos de necesidades de refuerzo en el aula o en las salidas	**Sí**
Distribución tareas	Tener previsto un refuerzo en el aula en el caso de que se produjera una sobrecarga de trabajo (alumnos nuevos, conflictivos, etc); este aspecto se tiene en cuenta en el protocolo de sustituciones	**Sí**
	Organizar la manera de poder descargar de alguna tarea a la maestra que deba corregir las pruebas de evaluación de las competencias básicas	**Sí**
Planificación de tareas	Organizar el apoyo necesario para la tutora con la maestra de educación especial y los profesionales del EAP, mediante la comisión de atención a la diversidad	**Sí**
	Estudiar, observando modelos de otros Claustros, la manera de establecer un sistema de apoyo entre docentes para mantener controlado un grupo aula mientras la maestra se recupera de una situación estresante	**No**
	Seguir el protocolo de actuación para la prevención de actitudes y comportamientos agresivos del alumnado o de las familias, que figura en el reglamento de régimen interno	**Sí**
	Seguir con la figura de coordinación de un docente con el programa LIC (lengua e interculturalidad) de zona, que recopila material para los nuevos alumnos con dificultad de integración	**Sí**
	Organizar la manera de poder delegar el seguimiento de la gestión por parte de la administrativa del Centro	**Sí**
Canales información familias	Mejorar los canales de comunicación con las familias para informar sobre los motivos por los que se realizan determinadas actividades, y las dificultades que comportan para el profesorado. Favorecer la comunicación bidireccional con un buzón de sugerencias o encuestas para recoger la opinión sobre actividades conflictivas. Favorecer el reconocimiento por el esfuerzo que deben hacer las maestras implicadas	**Sí/No**
	Recoger la opinión de las familias en el último trimestre para dar pie a que hagan sugerencias de mejora y favorecer la muestra de agradecimiento. Se podría incluir una pregunta del tipo: *¿están satisfechos/as con la marcha de este curso?*	**Sí/No**

Tabla 29. Seguimiento de las actividades preventivas relacionadas con la organización interna.

Grupo	Actividad preventiva	Realizado
Soporte informático	Informatizar los procesos burocráticos relacionados con la gestión de datos del aula y la comunicación con las familias	**Sí/No**
Formación	Formación sobre control emocional	**Sí**
	Actualizar los conocimientos y las prácticas de ofimática	**Sí**
	Formación en el propio Centro sobre las actividades de gestión del centro docente	**No**
	Incluir en el asesoramiento de la gestión de reuniones: transmisión de la información necesaria para el trabajo docente en el centro; cómo tratar el seguimiento de los alumnos más necesitados; cómo hacer sentirse cómodas dentro del equipo a las personas que no están de acuerdo con una decisión colectiva desfavorable; poder racionalizar las emociones negativas del trabajo para cohesionar el equipo docente; y cómo realizar un seguimiento eficiente de los progresos del aula en las reuniones de coordinación de ciclo	**No**
Intercambio experiencias	Ver qué medidas organizativas han establecido otros Claustros sobre la flexibilidad horaria, resolución de conflictos, etc.	**No**

Tabla 30. Seguimiento de las actividades preventivas relacionadas con el asesoramiento externo, formación e intercambio de experiencias.

En cuanto a las cuatro actividades no realizadas que hacen referencia a la formación y al intercambio de experiencias, el problema radica en la falta de tiempo para poderlas compaginar con el horario lectivo. En este caso la inercia del funcionamiento interno ha dificultado la aplicación de medidas fuera de su alcance, ya que la decisión de los cursos formativos depende del Plan de Formación de Zona que gestiona el Centro de Recursos Pedagógicos.

Las tres actividades preventivas realizadas parcialmente (Sí/No) las comentamos por separado, ya que tienen una explicación distinta. Por un lado, se encuentran dos actividades relacionadas con mejorar los canales de información con las familias, donde se había planteado aplicar nuevas formas de comunicación y finalmente el Claustro ha considerado que ya existía un buen canal de comunicación, a través del AMPA. En cambio, se ha propuesto una nueva actividad preventiva, que consiste en organizar formación para todo el Claustro para mejorar las habilidades en el momento de afrontar las entrevistas con las familias.

Por otro lado, están las actividades preventivas relacionadas con el soporte informático, que no se han desarrollado suficientemente en todas sus posibilidades debido a la falta de un soporte más duradero, y por considerar que la presentación manual de los informes da una mayor proximidad entre maestras y familias.

Para **evaluar la eficacia del proceso** se han comparado las fechas previstas con las de realización de cada actividad; igualmente se han valorado las actividades propuestas con las que finalmente se llevaron a cabo. En general, el calendario se ha cumplido con pequeñas modificaciones.

Se valora muy positivamente la participación activa del Centro, tanto en la cumplimentación de los cuestionarios, como en el proceso de análisis de los resultados y en las propuestas preventivas.

El equipo evaluador mantuvo una actitud contenida en todo el proceso para evitar influir excesivamente en la valoración de los resultados y en la generación de las actividades preventivas. Sobre todo se procuró que fueran viables en relación con los recursos propios del Centro, ya que esta evaluación no cuenta con el apoyo del Servicio de Prevención competente en esta escuela y la gestión de las medidas preventivas dependerá exclusivamente de la gestión del centro docente. Esto ha hecho que nuestro soporte haya dejado que las propuestas dependan principalmente de la sensibilidad de las personas que ejercen una mayor responsabilidad en el Centro, con la participación de representantes de todos los ciclos.

Grupo	Actividad preventiva	Realizado
RRHH	Solicitar una maestra de apoyo para poder reemplazar a quien deba ausentarse al Servicio Territorial de Educación.	**Sí**
	Pedir a Inspección un mayor número de horas de la administrativa y que se la sustituya en caso de enfermedad.	**Sí**

Tabla 31. Seguimiento de las actividades preventivas relacionadas con el apoyo de la Administración Educativa.

12. COSTE

Conceptos:	**€**
Fotocopias	160
Informatización de datos	267
Material informático	280
Equipo evaluador	2.400
TOTAL	**3.107**

13. VALORACIÓN FINAL

Las **principales dificultades** para llevar a cabo la intervención las encontramos en la planificación y en la gestión de los grupos de discusión. Se acordó realizarlas a mediodía en el horario que el profesorado tiene establecido para coordinaciones, entrevistas con familias, tareas de corrección de exámenes o preparación del trabajo del aula. El tiempo disponible fue de 12:30 a 14:00 horas, pero, como el comienzo coincidía con la finalización del trabajo con el alumnado, fue imposible empezar puntualmente, reduciéndose el tiempo de reunión a una hora. Este hecho, sumado a

que asistían a las reuniones un promedio de doce personas, que no siempre venían las mismas y que la mayoría no había leído la documentación previa, provocó que las reuniones se hicieran densas. Si tuviéramos que repetir la experiencia preferiríamos hacer los grupos de discusión por la tarde con un tiempo mínimo de dos horas.

En la dinámica de las reuniones se observó una falta de iniciativa de los docentes en la búsqueda de actividades preventivas, lo cual atribuimos a que la terminología preventiva y las estrategias de mejora organizativa no forman parte del bagaje del profesorado. Habría sido conveniente realizar, al inicio de nuestra intervención, un mayor número de sesiones previas para definir los conceptos, explicar el marco teórico de la evaluación de riesgos psicosociales y procesos de mejora organizativa.

Otra dificultad se dio con ciertos conflictos que existen en el medio escolar, que dificultan la interpretación y el diseño de unas medidas preventivas viables. Por ejemplo: ¿se deben realizar salidas escolares y colonias?; esto supone una contradicción para el docente y las familias generando un incremento de los factores psicosociales como es el conflicto de rol, entre otros. Este hecho ayudó a replantearse la toma de decisiones y la comunicación interna del equipo docente, conjuntamente con la necesidad de encontrar otros canales de comunicación más eficaces con las familias.

Los **principales aprendizajes** fueron observar la importancia del proceso social de la evaluación/intervención sobre los riesgos. El cuestionario es importante porque permite comprobar el grado de acuerdo de las percepciones subjetivas de los riesgos psicosociales preguntados. Pero después, al analizar las posibles causas en el grupo de discusión, se concretan las debilidades y las fortalezas de la organización, lo que permite diseñar unas actividades preventivas específicas. Por tanto, participar en el diagnóstico sensibiliza y favorece la implicación y el compromiso en la aplicación de las actividades preventivas.

El trabajo conjunto entre técnicos de prevención y profesorado ha producido un enriquecimiento mutuo en la comprensión de los orígenes de los factores de riesgo psicosocial y en la necesidad de aplicar medidas preventivas para protegerse del riesgo residual que comporta el trabajo docente. La implicación emocional en el proceso de enseñanza-aprendizaje constituye un riesgo que no se puede eliminar, pero que se debe saber manejar adecuadamente para convertirlo en una oportunidad de mejora del trabajo docente y así conseguir un mayor sentimiento de auto-eficacia.

Para finalizar queremos resaltar la buena acogida, sintonía y confianza que se ha establecido entre el equipo evaluador, el equipo directivo y la coordinadora de riesgos laborales del Centro, así como la predisposición e implicación de la gran mayoría del Claustro. Sin duda estos dos elementos son decisivos para asegurar el éxito de una actividad tan compleja y trascendente para la organización como es la intervención sobre los riesgos psicosociales.

Barcelona, febrero 2007

Agradecimientos

Queremos agradecer al equipo directivo, a la coordinadora de prevención de riesgos laborales y a todo el Claustro del CEIP la acogida y la colaboración en todo el proceso de la evaluación e intervención sobre los riesgos psicosociales.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Gay, E.I., Milán, M., Noguera, M., Embuena, E. Condiciones de Seguridad y Salud del Trabajo Docente. Barcelona: Rosa Sensat, 2005 (también existe una versión en catalán editada en 2003).
(2) Gimeno, X., Arellano, B., Noguera, M., Rabadà, I. Prevenció dels riscos psicosocials al centre docent. Barcelona: Rosa Sensat, (en prensa).
(3) Moncada, S., LLorens, C., Kristensen, T.S. Manual de la versión media del método ISTAS-21 (CoPsoQ) de evaluación de riesgos psicosocial. Barcelona: ISTAS, 2002.
(4) Rabadà, I. et al. Identificació de riscos laborals psicosocials i proposta d'activitats preventives en centres públics d'educació infantil i primària de l'àrea metropolitana de Barcelona. Barcelona: Rosa Sensat, 2005 (edición policopiada).
(5) http://www.ccoo.es/istas/ CoPsoQ ISTAS-21. Consultado el 13 de febrero de 2006.
(6) http://www.pangea.org/rsensat/marco.htm. Salut i Treball Docent. Consultado el 13 de febrero de 2006.

CASO 8 PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO EN UNA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya

Informante: Elena Pérez Fernández
Subdirectora General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
Tel: 933 164 382; E-mail: eperezf@gencat.net

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

El carácter de la actividad laboral desarrollada en este Departament avalaba la necesidad de que el Servicio de Prevención prestara especial atención, de entre las actividades preventivas, al diseño y aplicación de programas de evaluación de los factores de riesgo psicosocial. La actividad laboral de una parte del personal implica la relación directa con usuarios en situación de internamiento o semi-internamiento. Este es el caso del personal de Centros de Justicia Juvenil y Centros Penitenciarios, cuya actividad laboral se desarrolla en relación con jóvenes infractores y adultos condenados a penas privativas de libertad o sujetos a prisión preventiva. Otra gran parte de la actividad laboral se desarrolla en relación con los diversos usuarios de la Administración de Justicia en todas las modalidades de la acción judicial.

En el caso del protocolo de adaptación de puestos de trabajo, la necesidad derivada de la problemática psicosocial confluyó con la detección de casos de patologías orgánicas manifestadas a la responsable de vigilancia de la salud, que requerían una adaptación del puesto de trabajo.

De manera paralela también se ha impulsado el diseño y aplicación de protocolos de soporte y ayuda psicosocial al personal del Departament.

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

Al Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya se adscriben 171 centros de trabajo propios. Funcionalmente la distribución de los centros es la siguiente: 13 centros penitenciarios, 7 centros de justicia juvenil, 144 edificios judiciales y 9 edificios de carácter administrativo.

En estos centros trabajan personas que se distribuyen en actividades profesionales muy diferentes, y todas ellas son potenciales destinatarias de la intervención

psicosocial que se presenta. Las áreas principales de actividad, expuestas de manera simplificada, son las siguientes:

- Personal al servicio de la Administración de Justicia: 6.301 personas de diversos cuerpos funcionariales distribuidos en 525 órganos judiciales.
- Personal de centros penitenciarios (3.453 personas) y de centros de justicia juvenil (649 personas), también de diversos cuerpos y tipología funcional: vigilancia, educadores, monitores, psicólogos, etc.
- Personal de servicios generales de gestión, administración, mantenimiento y servicios: cocina, lavandería, limpieza (1.107 personas).

La organización de la prevención se define en base a un Servicio de Prevención Propio (SPP) de acuerdo con las previsiones del Decreto 312/1998 de 1 de diciembre, de creación de los Servicios de Prevención de riesgos laborales para el personal al servicio de la Administración de la Generalitat de Catalunya. Al SPP están adscritas todas las especialidades preventivas, entre ellas un área de vigilancia de la salud con especial protagonismo en la intervención que se presenta; cuenta con siete técnicos superiores, seis intermedios y trabajadores designados, y depende de la Subdirección de Recursos Humanos del Departament.

De acuerdo con el "Pacto sobre derechos de participación de los empleados públicos en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Administración de la Generalitat", en el departamento hay tres Comités de Seguridad y Salud laboral (CSS):

- CSS de centros penitenciarios
- CSS del personal al servicio de la Administración de Justicia.
- CSS general (centros de justicia juvenil y servicios generales)

4. OBJETIVOS

Establecer un procedimiento interno para que los trabajadores especialmente sensibles a los riesgos derivados de su trabajo puedan solicitar una adaptación de las condiciones de su puesto y, si esto no es posible, un cambio de trabajo.

Dar a conocer, entre los trabajadores, en general, y entre los agentes con una función específica relacionada con su aplicación, en particular, la existencia, utilidad y condiciones de uso de dicho procedimiento.

Asegurar la aplicación eficaz del protocolo.

Mantener un seguimiento formal de la aplicación del procedimiento, extrayendo los datos y conclusiones pertinentes para su reajuste y para la actividad preventiva en general.

5. MARCO TEÓRICO

A nivel legal, el protocolo se fundamenta en los artículos 25 y 26 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que obligan al empresario a proteger a los trabajadores especialmente sensibles, así como a las

embarazadas y lactantes, ante los riesgos derivados del trabajo. Igualmente, el VI Convenio Colectivo Único del Personal Laboral de la Generalitat de Catalunya regula la adaptación y el cambio de puesto de trabajo por motivos de salud.

En cuanto al marco conceptual, se parte de un listado de los principales factores de riesgo psicosocial que diversos estudios (Crouch, 1984; Schaufeli y Peters, 2000; Millson, 2000) identifican (ver tabla 32). Estas características hacen del trabajo en este tipo de servicio una situación en la que frecuentemente existen riesgos que no pueden ser evitados o eliminados del todo.

Elementos organizativos	Factores de riesgo
Dualidad de finalidades: reinserción, pero también custodia	Ambigüedad de rol
Falta de estándares de valoración del trabajo	Conflicto de rol
Ámbito correccional y tipología de usuario	Inseguridad
Diferencias de rol	Conflictos personales
Trabajo individual en un sistema jerarquizado	Trabajo solitario
Modalidad de trabajo asistencial	Monotonía
	Coste emocional

Tabla 32. Problemática psicosocial en la Administración de Justicia.

Frente a esta situación se intentan aplicar políticas de intervención organizativa con medidas de tipo preventivo que mejoren el contenido del trabajo, disminuyan la presión y favorezcan el reconocimiento, así como medidas de reducción del riesgo físico (sistemas y mecanismos de seguridad). La prevención debe incluir también medidas de atención y apoyo psicológico a los empleados. Pero, del mismo modo, resulta justificada la aplicación de medidas de tipo terciario, como el procedimiento que se presenta.

6. FASES Y METODOLOGÍA

El protocolo se diseñó en el año 2000 y lleva empleándose desde entonces. Es aplicable a todo el personal del Departament y fue aprobado, con carácter previo a su puesta en funcionamiento, en los tres Comités de Seguridad y Salud laboral.

6.1. Elaboración y aprobación del protocolo

Se diseñó en el SPP del Departament y fue supervisado por la Subdirección General de Relaciones Laborales. Su contenido se expuso en los tres CSS, incorporándose las aportaciones que se consesuaron en estos órganos.

Se ha de resaltar que el protocolo marca el procedimiento de presentación, trámite y resolución de las adaptaciones, es decir, es un protocolo de carácter procedimental y no trata las diversas variables preventivas, médicas y administrativas que confluyen en el proceso de adaptación. Estas variables, después de siete años de

funcionamiento del programa, se han ido categorizando a través de la praxis. En este sentido, el consenso se consiguió sin necesidad de grandes debates y en un clima de confianza mutua.

Se hizo especial hincapié en la confidencialidad absoluta sobre los datos de carácter médico, tanto los aportados por los trabajadores como los obtenidos por el médico responsable de vigilancia de la salud del SPP, ya que sólo están disponibles para dicho médico. El facultativo responsable siempre recaba documentalmente la aceptación del trabajador sobre las condiciones de notificación a la Administración de los datos relevantes derivados de la evaluación ergonómica y médica, de carácter imprescindible para el proceso de adaptación.

Igualmente, en el seno de los CSS se acordaron los mecanismos para preservar la identidad de los trabajadores que solicitaban una adaptación, que sólo se identificaban numéricamente. Por otra parte también la valoración médica sobre la problemática del trabajador sólo se expresa en términos de grandes categorías que impidan la identificación de un diagnóstico médico concreto. La derivación de las medidas concretas de adaptación a los órganos de personal recoge únicamente las medidas de adaptación en cada caso.

En los CSS se informa periódicamente sobre los datos relevantes de las adaptaciones en global y por ámbitos, en función de diversas variables (procedencia por ámbitos, número por ámbito, problemática, tipología de las medidas correctoras, datos sobre el personal solicitante: distribución por edad, sexo, etc).

Por último, si bien no queda reflejado en el protocolo por su tipología procedimental, en ningún caso se planteó el uso de los datos obtenidos en un proceso de adaptación para otros fines por parte de la Administración. El clima que en todo momento ha presidido el programa de adaptaciones de puesto de trabajo ha sido de confianza y buenas prácticas.

En la difusión del protocolo se utilizaron los medios informáticos corporativos (página web, intranet del Departament de Justícia) siendo también muy valiosa la tarea de difusión de los Delegados de Prevención del Departament.

6.2. Evaluación psicosocial

En 2001-2002 tuvo lugar una colaboración entre el Departament de Justícia y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Barcelona. En el marco de esa colaboración se realizó una evaluación inicial y específica de factores de riesgo en el personal del ámbito de Justicia.

Se aplicó un cuestionario sobre una muestra de 378 trabajadores, pertenecientes a ocho centros de trabajo de toda Catalunya, representativos del Departament en cuanto a volumen y entorno de trabajo. Los resultados obtenidos sobre estrés laboral están en la misma línea de lo apuntado por la bibliografía específica citada anteriormente. Los centros donde aparecieron resultados de estrés más elevados fueron los de Justicia Juvenil y los Penitenciarios.

Igualmente, durante el año 2007 se finalizará la evolución psicosocial de todos los trabajadores del departamento a través del método ISTAS21. La encuesta es de carácter voluntario y se han realizado 10.000 en todo el Departament de Justícia.

6.3. Contenido y aplicación del protocolo

A continuación se describen las etapas de aplicación del procedimiento propiamente dicho.

6.3.1. Inicio

El protocolo prevé que el inicio de las actuaciones es por solicitud de la persona interesada. Igualmente, se pude instar el inicio a petición de un Delegado de Prevención y del propio Servicio de Prevención, si bien en estos dos casos no se inicia el expediente propiamente dicho si no media petición subsiguiente de la persona afectada.

La persona interesada ha de solicitar la adaptación en un modelo estandarizado que se encuentra disponible en la Intranet del Departament de Justícia. En la solicitud se registran los datos personales relevantes. Es indispensable acompañarla de un informe médico (de la sanidad pública o en su caso de las mutualidades especiales) justificativo y, si es necesario, el informe de la mutua de accidentes de trabajo. Sólo se admiten problemas estrictamente vinculados al entorno laboral.

Los informes médicos han de ser presentados en un sobre cerrado para garantizar la confidencialidad de los mismos. La solicitud se presenta a la Subdirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales.

6.3.2. Tramitación

En todos los casos las peticiones son numeradas por orden de llegada, y hasta su finalización el expediente se identifica numérica y no nominalmente. En los casos en que la petición no se ajuste a los criterios de adaptación de un puesto de trabajo o no cumpla los requisitos indicados, se cursa a la persona interesada un escrito de no admisión de la solicitud, indicando el motivo concreto y las posibilidades de subsanación si son procedentes.

En los casos en que la petición y documentación son correctas se tramita la petición al SPP, a efectos de que en el plazo de dos meses elabore un informe de diagnostico médico y un informe de valoración del puesto de trabajo relativo a su adaptación. El informe final es de adaptación del puesto.

El plazo de finalización del informe es general salvo que en algún caso particular, por la concurrencia de especiales circunstancias, como en las trabajadoras embarazadas, sea necesario un plazo diferente.

En las reuniones de los Comités de Seguridad y Salud se informa, de acuerdo con el ámbito de competencia, de las solicitudes cursadas, las que han sido denegadas y el motivo de denegación, y las admitidas. En todos los casos se informa en relación con la clave numérica de cada expediente.

6.3.3. Valoración técnica

Los informes médicos que acompañan las peticiones son entregados al respon-

sable de vigilancia de la salud, único miembro del SPP con acceso a los mismos. Desde dicha área se realizan las entrevistas, pruebas complementarias, solicitud de informes y todas aquellas actuaciones que se consideren necesarias para establecer un informe médico de orientación diagnóstica, que en todos los casos se elabora desde el área de vigilancia de la salud del Servicio de Prevención, con independencia de los informes médicos aportados.

De forma simultánea, por parte de los técnicos de prevención en la especialidad de ergonomía y psicosociología se realiza una valoración en concreto del puesto de trabajo y de las posibilidades de adaptación. El informe queda integrado en el informe de adaptación del puesto.

6.3.4. Resolución

En el informe se recogen las conclusiones derivadas de las valoraciones técnicas y se concluye el expediente con alguna de las medidas siguientes:

- No procedencia de la adaptación o cambio de puesto de trabajo.
- Adaptación de puesto de trabajo con la relación de las recomendaciones en concepto de adaptación.
- Cambio de puesto de trabajo, en el caso de los laborales en los supuestos previstos en el VI Convenio Colectivo Único en el ámbito del Personal Laboral de la Generalitat de Catalunya. Se emite la resolución necesaria por parte del Secretario General del Departament de Justícia.
- Propuesta de valoración de cambio al *régimen de segunda actividad* en el caso de personal funcionario de cuerpos penitenciarios. Este régimen modifica la situación administrativa de los funcionarios y supone el desempeño de funciones no vinculadas a las de vigilancia penitenciaria. En el caso de recomendar el cambio a segunda actividad se siguen los requisitos establecidos a nivel de decreto, que incluyen la valoración por parte de un tribunal médico.

Las conclusiones del informe se exponen en la siguiente sesión del correspondiente Comité de Seguridad y Salud laboral. Si aparecen dudas sobre el caso o sobre las medidas a adoptar, se puede acordar la gestión de las actuaciones complementarias necesarias y en este caso la adaptación se valora en la próxima reunión del CSS.

6.3.5. Aplicación de las medidas

El expediente finaliza con la tramitación a la persona interesada de la medida concreta de resolución de su solicitud y, en el caso de las adaptaciones de puesto de trabajo, con la tramitación de las recomendaciones concretas. Igualmente se informa a la unidad directiva de que dependa la persona interesada, a fin de que se adopten las actuaciones administrativas necesarias para aplicar las medidas acordadas.

Las adaptaciones de puesto de trabajo se revisan con carácter general anual, salvo que el tipo de patología y/o de problemática requiera reducir o ampliar el plazo de revisión.

7. AGENTES IMPLICADOS Y FUNCIONES

Los agentes implicados en los procesos de adaptación son los siguientes:

- Personal del *Servicio de Prevención*, básicamente el médico responsable de vigilancia de la salud y el técnico superior en ergonomía y psicosociología que intervienen en la fase de valoración médica. Inicialmente se intervino en el diseño del protocolo. El responsable del SPP asiste a los Comités de Seguridad y Salud como asesor.
- La *Subdirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales*, que interviene en la tramitación de las resoluciones administrativas cuando es el caso, o en la tramitación de las recomendaciones a los responsables de personal de las unidades directivas de las que depende el trabajador. El responsable de la Subdirección General asiste a los CSS.
- Los *responsables* (subdirectores generales de personal) que a su vez derivan las medidas de adaptación a los centros de trabajo, y los responsables de dichos centros que las aplican.
- Los *Delegados de Prevención* que componen los CSS, y participan en la fase de valoración paritaria de las adaptaciones.
- Por último el *personal de soporte técnico y administrativo,* que realiza los informes periódicos estadísticos sobre el programa.

8. RESULTADOS

Por un lado se presentan algunos datos de aplicación, cuantitativos, que hacen referencia al tipo de usuarios, procedencia y tipo de patología que origina la adaptación del puesto. Se aportan también datos referidos al tipo de medidas aplicadas

8.1. Impacto del programa

Desde el año 1998 hasta el mes de diciembre de 2006 se han cursado un total de 319 peticiones de adaptación de puestos de trabajo (tabla 33).

Las tablas 34 y 35 muestran algunas características sociodemográficas de los solicitantes. La mayoría son mujeres, la media de edad es de 42,17 años, concentrándose el mayor número de demandas entre los 31 y los 50 años.

El número de solicitudes en relación con el tipo de colectivo y su peso en el tamaño de la plantilla se observa en la tabla 36 y figura 31. El personal de los Centros Penitenciarios y de Justicia Juvenil presenta casi el 50% de las peticiones de adaptación de puesto de trabajo, si bien estas áreas suponen alrededor del 36% del volumen de la plantilla del Departament.

Si atendemos a las solicitudes dentro de cada colectivo, encontramos que Justicia Juvenil y Centros Penitenciarios son los que presentan más porcentaje de demandas de adaptación del puesto (4,2% y 3,9% respectivamente), seguido por servicios centrales (2,5%) y órganos judiciales (2%).

Año	Nº solicitudes	%
1998	1	0,31%
1999	2	0,63%
2000	14	4,39%
2001	23	7,21%
2002	52	16,30%
2003	53	16,61%
2004	60	18,81%
2005	65	20,38%
2006	49	15,36%
Total	319	100%

Tabla 33. Distribución anual de las solicitudes de adaptación.

Mujeres	199	62,38%
Hombres	120	37,62%
Total	319	100%

Tabla 34. Distribución de las solicitudes por sexo.

Rango de edad	Nº solicitudes	%
De 18 a 30	10	3,13
De 31 a 40	137	42,95
De 41 a 50	131	41,07
De 51 a 55	26	8,15
Más de 55	15	4,70
Total	319	100

Tabla 35. Solicitudes de adaptación por edad.

Colectivo	Plantilla total	% Plantilla	Solicitudes adaptación	% Solicitudes
Órganos judiciales	6.301	54,7	129	40,4
Centros penitenciarios	3.453	30	135	42,3
Justicia juvenil	649	5,6	27	8,8
Servicios centrales	1107	9,6	28	8,5
Total	11.510	100	319	100

Tabla 36. Distribución de colectivos y sus solicitudes de adaptación en la plantilla.

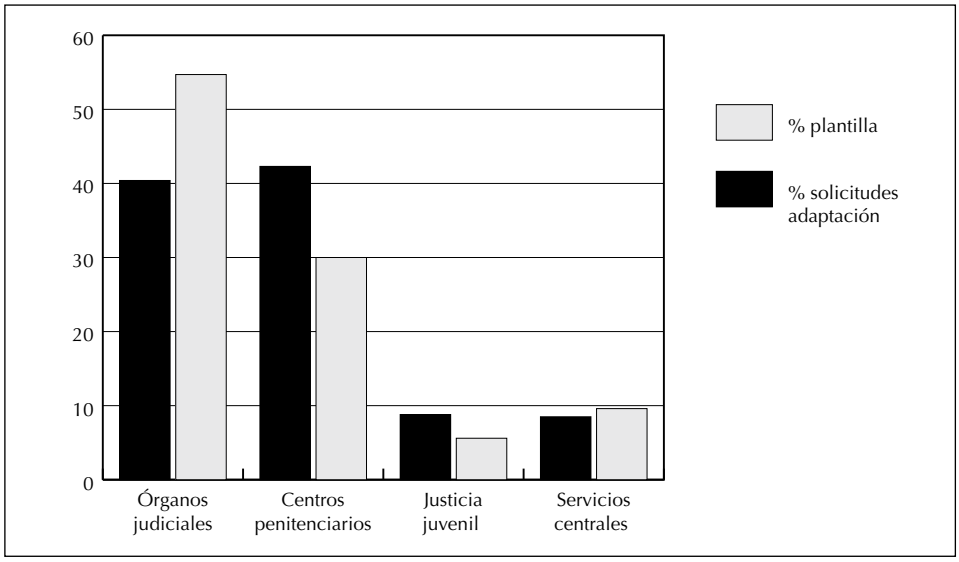


Figura 31. Tipo de colectivo por tamaño en la plantilla y solicitudes de adaptación (datos en %).

Como muestran la tabla 37 y figura32, las patologías de origen psíquico suponen el mayor porcentaje de solicitudes de adaptación del puesto de trabajo, seguidas de las de tipo traumatológico. Entre las primeras, las problemáticas mas frecuentes son ansiedad, depresión, y solicitudes de modificación transitoria de los turnos de trabajo en casos de toma de medicación.

Patología	**N**	**%**
Traumatología	103	32,29%
Psiquiatría	134	42,01%
Cardiología	11	3,45%
Varias [h]	71	22,26%
Total	319	100%

Tabla 37. Solicitudes de adaptación según etiología

Los factores de riesgo que aparecen con más frecuencia en las adaptaciones por los motivos indicados son las elaboraciones sobre la inseguridad física en el trabajo, que afecta principalmente al personal de los Centros Penitenciarios. En cambio, los factores de riesgo que aparecen con más frecuencia en el ámbito de la Administración de Justicia son los relacionados con el ambiente de trabajo y, en ocasiones, la presencia de comportamientos parcialmente compatibles con el acoso laboral.

[h] *Otras patologías, ORL, OFT, etc..*

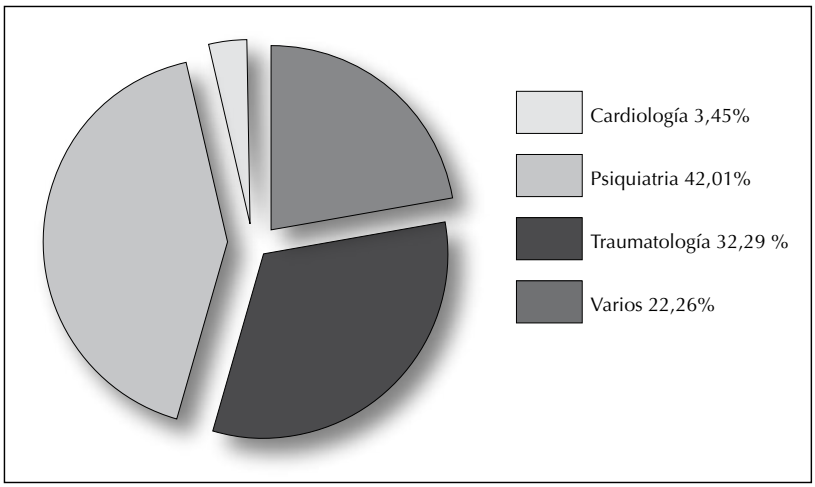


Figura 32. Distribución de las solicitudes de adaptación según tipo de patología.

8.2. Las medidas de adaptación de los puestos de trabajo

Se ha resuelto el 86,5% de las solicitudes, el 4,4% están pendientes de solucionar, y en un 1,2% de los casos la persona interesada ha renunciado. No se han admitido 25 de las peticiones, lo que representa un 7,8% del total.

Las medidas en concepto de adaptación de puesto de trabajo (ver tabla 38 y figura 33) que se aplican con más frecuencia son las siguientes:

- Modificación del sistema de turno de trabajo. Esta medida se aplica en el caso de los turnos de noche en trabajadoras embarazadas, en los casos de prescripción de modalidades de medicación, y trastornos incompatibles con el servicio nocturno. Su carácter es revisable.
- Cambio de unidad de prestación de servicio. El cambio de unidad de servicio supone la recomendación de prestar servicio en unidades de una tipología determinada a través de la adscripción funcional, sin modificar el turno horario ni las condiciones substanciales del puesto de trabajo. Esta medida es de aplicación al ámbito penitenciario.
- Cambio del centro de destino con carácter provisional. Esta medida se adopta en los casos en que las condiciones de movilidad y de incorporación del personal lo permiten, y sin perjuicio de las evaluaciones específicas que correspondan (por ejemplo, traslado de un órgano judicial a otro en la misma localidad). Facilitan la mejora de ambientes laborales deteriorados.
- Adaptaciones funcionales de las tareas del puesto de trabajo (por ejemplo, evitar bipedestaciones prolongadas).
- Adaptaciones del equipo de trabajo (adecuación de mobiliario de oficinas, de sistema de trasporte de cargas, etc.).

Medida correctora	Código	Nº	%
Cambio de puesto de trabajo	CT	97	35,14%
Cambio de turno horario	CTH	22	7,97%
Adecuación de vestuario y equipo de trabajo	AVET	56	20,29%
Definición de tareas o actividades concretas incompatibles y/o limitaciones presentadas	TILP	64	23,19%
Segunda actividad	2A	7	2,54%
Otras	ALT	30	10,87%
Total		276	100%

Tabla 38. Solicitudes resueltas según tipo de medida correctora.

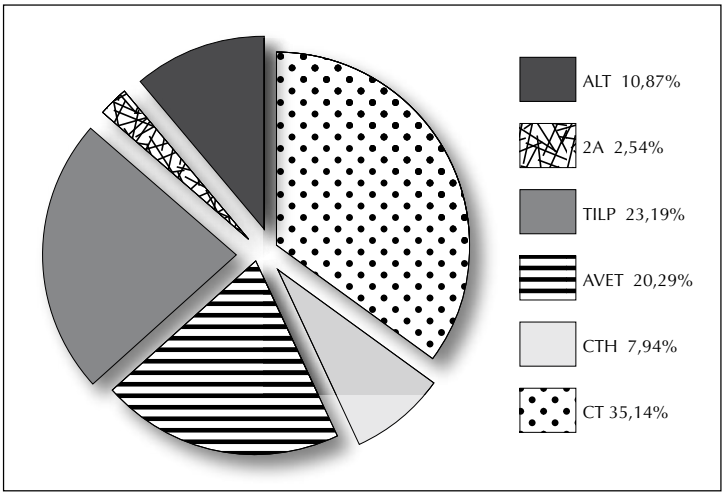


Figura 33. Adaptaciones de puesto según tipo de medida correctora.

9. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se han conseguido todos los objetivos planteados. El protocolo de adaptación de puesto de trabajo es, tanto en relación con el procedimiento como en relación con su finalidad, un programa consolidado de intervención y mejora de las condiciones de seguridad y salud del personal.

La evolución del programa, ya de siete años, permite valorar que las adaptaciones de puesto no sólo inciden en la mejora de las condiciones de trabajo a nivel individual, sino que también mejoran los indicadores de la organización en su conjunto en aspectos tan evidentes como el mantenimiento de la actividad laboral en

trabajadores susceptibles de presentar episodios de incapacidad laboral. La tabla 39 y figura 34 muestran algunos datos al respecto.

Estudio adaptaciones momento Solicitud / Revisión año						**Total adaptaciones revisadas**
	Alta-Alta	Baja-Alta	Alta-Baja	Baja-Baja	Otras	
2003	3	9	0	0	0	12
2004	5	6	1	2	2	16
2005	10	11	4	4	2	31
2006	5	8	1	4	1	19
Total	23	34	6	10	5	78

Tabla 39. Impacto médico-laboral según situación laboral en el momento de la solicitud y en la revisión de la adaptación.

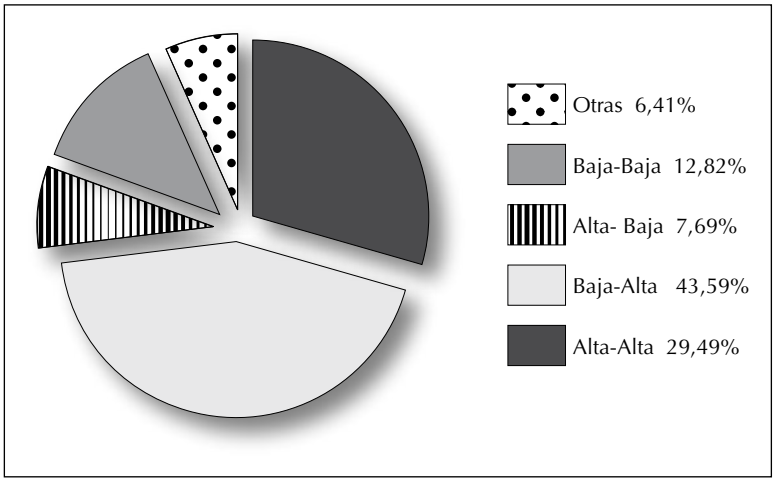


Figura 34. Distribución global de adaptaciones según situación en el momento de la solicitud y en la revisión anual.

En definitiva, podemos concluir que el programa de adaptación de puestos supone beneficios médico-laborales, reducción del absentismo y un incremento de la satisfacción laboral del trabajador.

10. COSTE

La relación coste beneficio del programa no se encuentra formalizada. Cabe indicar que el programa se ha mantenido por la implicación de los agentes que parti-

cipan, si bien ha sido necesario aportar dotaciones de personal en los casos donde se tenía que producir un cambio de puesto de trabajo atendiendo a las necesidades de personal de los citados centros.

No obstante, los buenos resultados obtenidos en la reducción de las ausencias en los puestos de trabajo permiten establecer una valoración económica positiva del programa.

11. VALORACIÓN FINAL

Algunas adaptaciones suponen una alteración sustancial de las condiciones de trabajo, lo que a veces genera problemas por comparación con otros colectivos, retribuciones, modelos de prestación de servicios. Así mismo, existe una limitación intrínseca a la propia Administración pública, que no tiene efectivamente desarrollados todos los cauces de movilidad posibles.

No obstante, el programa supone el esfuerzo especial de la organización ya que implica al Servicio de Prevención, la actividad de los Comités de Seguridad y Salud, las unidades de gestión de personal y la gestión de los responsables de los centros de trabajo. Esto hace necesario tener en cuenta que el mantenimiento del programa de adaptaciones requiere:

- Un soporte explícito de los responsables de la organización.
- Una orientación hacia las personas en la gestión de personal.
- Tratarse de organizaciones de una cierta dimensión, con capacidad para adecuar los servicios y las personas con un coste asumible por la organización y con cierta polivalencia entre los puestos de trabajo.
- Igualmente es conveniente que se trate de organizaciones con expectativas de cierto crecimiento que puedan incorporar las adaptaciones que implican cambios de puesto de trabajo.
- Disponer de un Servicio de Prevención y de un área de vigilancia de la salud que sea percibida con solvencia técnica por parte de la organización, y que también sea percibida como un elemento de ayuda para dicha organización.

Barcelona, mayo 2007

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Crouch. B. Prision guards on the line. (No publicado); 1984.
(2) Diego, N. El estrés asistencial en funcionarios de prisiones. Butlletí Criminològic 1997 ; 26.
(3) Millson, W. Prèdicteurs du stress professionel chez les agents de correction. Memoria de Tesis doctoral. Ottawa : Carleton University, 2000.
(4) Pérez, E., Genís, F., Pueyo, A. Evaluación psicosocial del personal de Justícia. II Congreso Internacional de prevención de riesgos laborales. Gran Canaria, 2002.

(5) Resolució TRI/2764/2005, de 22 de setembre, per la cual es desposa la inscripción i la publicación del Pacte sobre drets de participación dels empleats i empleades públics en matèria de prevenció de riscos laborals en l'ámbit de l'Administració de la Generalitat de Catalunya.
(6) Schaufeli, W.B., Peeters, M.C.W. Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. International Journal of Stress Management 2000; 7: 19-48.

CASO 9 UN EJEMPLO DE CAMBIO ORGANIZATIVO EN UNA EMPRESA DE TRANSPORTE PÚBLICO

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

Transports de Barcelona, S.A.

Informante: Dr. Miquel Mira
Direcció de prevenció i salut de Transports Metropolitans de Barcelona
Calle 60, 21-23, sector A, 08040 Barcelona
Tel: 932 148 320, E-mail: mmira@tmb.net

2. ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

Las actividades preventivas de control de los riesgos psicosociales cabe incluirlas en el plan de prevención, concretamente en el programa de protección de la salud. La planificación de actividades preventivas para el año 2000 incluyó la evaluación de riesgos psicosociales del personal de conducción de autobuses. La priorización de este grupo sobre otros posibles se efectuó en base a que representan el 73% de la plantilla activa de trabajadores de la empresa, que la bibliografía asocia este grupo profesional con estrés en el trabajo y que los datos colectivos de la vigilancia de la salud indicaban que el 20% de los conductores refería un exceso de preocupación por su trabajo, además de tener una percepción de su estado de salud ligeramente peor si la comparábamos con el resto de grupos profesionales. La decisión final de empezar por este grupo de trabajadores se adoptó en el seno del Comité de Seguridad y Salud (CSS).

3. CONTEXTO Y ANTECEDENTES

Transports Metropolitans de Barcelona (TMB) es la denominación corporativa que engloba las empresas Ferrocarril Metropolità de Barcelona, S.A. y Transports de Barcelona, S.A. Esta empresa ofrece servicios de transporte colectivo de viajeros en la ciudad de Barcelona y en otros municipios de su área de influencia. Concretamente, gestiona la explotación de la red de autobuses, la red de metro, el funicular de Montjuïc, el teleférico de Montjuïc, el tranvía Blau y el Barcelona Bús Turístic. Durante el año 2006 se transportaron un total de 550,1 millones de viajeros.

La plantilla de TMB la integran 6.878 personas, de las cuales 2.990 colaboran en los servicios de la red de metro y 3.888 en autobuses. La edad media de los trabajadores de metro en el año 2006 era de 43,80 años y de 41,52 en autobuses.

Los valores que guían el comportamiento de TMB como entidad son: la fidelización del cliente, la competitividad y eficiencia económica, el compromiso con los valores éticos, el trabajo en equipo, las relaciones de respeto y confianza, la igualdad de oportunidades, un entorno de trabajo estable en una organización dinámica con un diálogo social abierto y realista, la innovación tecnológica, la optimización de los recursos, la solidaridad, la diversidad cultural, la accesibilidad, la calidad y el respeto al medio ambiente.

La política social de la empresa prevé diversas medidas, como por ejemplo: un plan de pensiones de empleo, excedencias, reducción de jornada por motivos familiares, cambio de puesto de trabajo por embarazo, permisos retribuidos en doce circunstancias distintas, ayuda para guardería, pases de libre circulación en la propia red de transporte público, préstamos para la adquisición o reforma de la vivienda habitual, posibilidad de anticipos especiales y asistencia social mediante un fondo previsto para ello. A partir de los 60 años es posible solicitar la jubilación parcial según lo previsto en la legislación vigente.

El SP es propio, con dependencia de la Dirección de Prevención y Salud dentro del área de Recursos Humanos. La dedicación de siete técnicos superiores, cuatro especialistas en medicina del trabajo, siete diplomados en enfermería de empresa y el personal administrativo de apoyo aseguran el desarrollo de las actividades previstas para los SP en el marco de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y del Real Decreto 37/1997 de Reglamento de los Servicios de Prevención.

3.1. Colectivo destinatario

La intervención se realizó en el personal de conducción de autobuses, que como función principal tiene: la conducción de autobuses de línea urbana dentro de un horario y recorrido establecidos, expender los títulos de viaje y atender al pasaje, ponerse en contacto con el centro de regulación del tráfico ante cualquier eventualidad propia (del pasaje, tráfico o vehículo) y abonar la recaudación en los depósitos.

El contrato de trabajo es indefinido, su jornada anual es de 1.690 horas, que equivalen a una jornada diaria de 6 horas 40 minutos con un sistema de descansos que consiste en librar alternativamente los sábados o domingos, y trece fines de semana enteros (sábados y domingos) a lo largo del año. En cuanto al tipo de jornada, es mayoritariamente continua (64%) y solo el 26% de los conductores tienen un turno partido (ver figura 35).

En cuanto a las características demográficas de los conductores (ver tabla 40), cabe destacar que el 80,8% tiene menos de 50 años y sólo el 4,3% son mujeres.

3.2. La evaluación de riesgos psicosociales

A partir del consenso en el CSS, la evaluación de riesgos fue el primer paso para la identificación de necesidades del grupo. La información se obtuvo durante el periodo 2000-01 mediante el cuestionario validado de 61 ítems según el modelo *demandas-control y apoyo*. La tasa de repuesta del cuestionario fue del 70%, con una participación total de 1.536 personas.

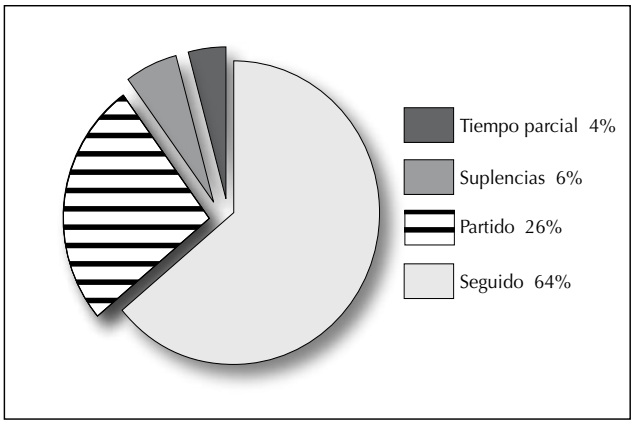


Figura 35. Turno de trabajo.

Grupo de edad	n	%
Edad		
≤ 29 años	439	15,6
30 – 39	1264	45,1
40 – 49	566	20,1
50 – 59	465	16,5
> 60	70	2,5
Sexo		
Mujer	123	4,3
Hombre	2681	95,6

Tabla 40. Edad y género del personal de conducción de autobús.

Los principales riesgos identificados en este estudio en cuanto a exigencias psicológicas fueron el trabajo intenso, el nivel de responsabilidad por el trabajo y la presión percibida por dicha responsabilidad, la duración de la jornada laboral, el exceso de tránsito de vehículos en la ciudad y el exceso de ruido. Respecto a los riesgos relacionados con el control sobre el trabajo, la escasa planificación, el número de descansos y la falta de privacidad fueron los aspectos más destacados. Finalmente, la satisfacción en la relación con compañeros y una relación aceptable con mandos y superiores jerárquicos se identificaron como factores positivos amortiguadores del estrés, aunque dificultados por tratarse de un trabajo que implica cierto aislamiento físico.

Posteriormente a este estudio, en el año 2003 una sección sindical realizó otro de características muy parecidas con un muestra de 688 conductores. Los resultados obtenidos fueron los mismos que los obtenidos previamente por el SP. A continuación exponemos las conclusiones de ambos estudios:

- La conducción es una tarea que, en general, satisface a los trabajadores que la realizan.
- La intervención sobre los factores de riesgo relacionados con las exigencias del propio trabajo es difícil, a excepción de la organización de la jornada de trabajo.
- La posibilidad de potenciar los factores que aumenten la capacidad de control de los trabajadores en el puesto de conducción puede significar una mejora de sus condiciones de trabajo.
- La formación es un elemento muy importante para desarrollar competencias individuales de afrontamiento de los factores de riesgo psicosocial.

4. OBJETIVOS

El objetivo general fue facilitar la mejora de las condiciones de trabajo y de la satisfacción laboral del grupo de personal de conducción a partir de la identificación de factores insatisfactorios de sus condiciones de trabajo.

A partir de este objetivo general, se plantearon cuatro objetivos específicos:

- Conseguir aumentar la capacidad de decisión de los conductores sobre la organización de su tiempo de trabajo.
- Modificar el modelo de organización de la operativa del servicio para aumentar el nivel de apoyo de los conductores en la vía pública.
- Aumentar el reconocimiento social del conductor de autobús.
- Mejorar las competencias personales frente a situaciones que exigen una mayor tensión nerviosa durante el trabajo.

5. MARCO TEÓRICO

Actuar sobre las condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales de las mismas requiere cautela, dada la dificultad de establecer unos niveles de exposición de referencia que garanticen la inocuidad de dicha exposición y por lo tanto la necesidad, o no, de realizar algún tipo de intervención. Más si tenemos en cuenta que los riesgos psicosociales tienen su regulación y control en el amplio marco jurídico del derecho del trabajo.

En nuestro caso, las intervenciones realizadas sobre el personal de conducción se sitúan dentro de un marco de reflexión organizativa, especialmente en el caso de los dos primeros objetivos específicos de la intervención. A la hora de plantear mejoras sobre las condiciones psicosociales del trabajo, se debe buscar la oportunidad y el momento adecuado para llevarlas a término.

En este contexto el plan de prevención de riesgos no puede estar ajeno al devenir de la empresa, y por esta razón la información disponible a partir de la evaluación de riesgos psicosociales fue un instrumento útil que se tuvo en consideración durante este proceso de reflexión organizativa. Las actividades planificadas hacia el desarrollo organizativo que tuvieran relación directa con los trabajadores fueron

incluidas dentro del plan de prevención. En este marco se procuró, y se sigue trabajando en ello, aumentar la participación en general de los trabajadores y, en particular, la de sus delegados de prevención, mejorando los canales de información y comunicación que tienen a su alcance en materia de prevención de riesgos laborales. La formación y sensibilización de toda la plantilla (directivos, mandos, técnicos, trabajadores y sus representantes) sobre la importancia de la prevención de riesgos laborales sigue siendo otro de los elementos estratégicos del plan de prevención.

Centrándonos específicamente en las actividades preventivas dirigidas a controlar los riesgos psicosociales, cabe reseñar aquellas acciones de tipo general que fueron iniciadas en su día y que, en el momento actual y de futuro, mantendrán su continuidad en el tiempo. Estas actividades son:

- Trabajar en el CSS la metodología a utilizar en cada ocasión para realizar la evaluación de riesgos psicosociales, los resultados obtenidos y las posibles intervenciones a realizar.
- Formación de directivos y mandos en técnicas de liderazgo.
- Formación de trabajadores en prevención del estrés laboral y técnicas de relajación.
- Vigilancia individual de casos (sucesos centinela) con trastornos de salud potencialmente relacionados con los riesgos psicosociales de las condiciones de trabajo.
- Vigilancia epidemiológica colectiva, dirigida a la identificación de un aumento en las tasas de frecuencia de problemas de salud relacionados con este tipo de riesgos.

En cuanto a la definición conceptual de los riesgos psicosociales, nos basamos en los modelos de Karasek y Siegrist ampliados con otros tres factores: discriminación, acoso y violencia.

6. FACTORES SOBRE LOS QUE SE ACTÚA

La intervención se planificó para mejorar las dimensiones que parecían más desfavorables para la salud que, en concreto, fueron las relacionadas con estas cuatro áreas:

- La baja capacidad de decisión sobre la organización del tiempo de trabajo y la necesidad de cumplir los horarios del servicio (conciliación de la vida laboral y familiar).
- Las relacionadas con la participación y control sobre el trabajo, por la poca disponibilidad de información sobre el estado de la línea o la falta de información sobre la política y objetivos de la empresa (poca identificación).
- Las relacionadas con la falta de apoyo en su trabajo (trabajo aislado con poca comunicación con los mandos, sensación de desamparo ante las incidencias, etc.).
- Una falta de reconocimiento social interno y externo con sensación de inseguridad frente a la violencia en el puesto de trabajo.

El resto de dimensiones no se identificaban como factores de riesgo y por lo tanto no se consideraron susceptibles de intervención específica.

La intervención respecto a la organización del tiempo de trabajo, por su propia idiosincrasia, es un tema de negociación colectiva y por lo tanto se planificó para poder ser tratada durante el convenio del año 2005.

En cuanto a la mejora de la participación, falta de información y falta de apoyo, la intervención se planteó a través de un cambio del modelo de organización del servicio que permitiera un mejor soporte al conductor en la calle y una mayor participación en la organización del trabajo en su línea.

Referente a la falta de reconocimiento social y a la sensación de inseguridad, se planificó una campaña en los medios de comunicación para mejorar el grado de concienciación y respeto del público en general sobre el trabajo del conductor de autobús.

Por último, se impulsó el inicio de una acción formativa dirigida a mejorar la capacidad de control ante situaciones de mayor tensión nerviosa derivadas de la relación conflictiva con el pasaje, mediante un curso de gestión del conflicto y resolución de incidencias y, posteriormente, otro de autoconocimiento y control.

7. FASES Y METODOLOGÍA

La **primera fase** de la intervención estuvo dirigida a conseguir una mejora en la capacidad de decisión de los trabajadores respecto al tiempo de trabajo. Se trasladó, por razones evidentes, del CSS a la Dirección de la empresa por una parte, y al Comité de Empresa por la otra, para que se introdujese esta cuestión en la agenda de negociación del siguiente convenio colectivo. Esta acción no se pudo llevar a término hasta la finalización, a fecha 31.12.2004, del convenio colectivo vigente por ser una cuestión fundamental regulada en el mismo.

El modelo implicaba que cada trabajador tuviera la posibilidad de trasladar el descanso del fin de semana a un día de descanso de lunes a viernes, a cambio de más descansos y un incentivo económico. Estos cambios estarían más incentivados en la medida que se planificaran con más tiempo y que coincidieran con el periodo estival.

La **segunda fase** de la intervención, dirigida a mejorar el apoyo y el control del conductor en la calle mediante una gestión de proximidad por parte de sus mandos, supuso tener que iniciar un cambio en la organización con una implicación directa de los altos directivos de la empresa. Implicaba la asignación de nuevas responsabilidades que facilitaran dicho cambio bajo la premisa de conseguir que la nueva organización permitiese al conductor disponer de un árbol jerárquicamente claro y completo que le facilite su trabajo con el vehículo en la calle, acompañado de una adecuada supervisión y una correcta administración de personal. La mayoría de actuaciones iban dirigidas a redefinir el rol de los mandos intermedios, e implicaron desde cambios en su ubicación física hasta formación, pasando por mejoras económicas.

En paralelo se puso en marcha la **tercera fase** de la intervención, dirigida a mejorar el reconocimiento social del personal de conducción. Para ello, en el marco del CSS y con el apoyo del Área de Clientes, se inició una campaña de comunicación

que tuvo por lema *Posa't en el seu lloc* (Ponte en su lugar). La campaña tenía tres objetivos específicos:

1. Concienciar al público, clientes del bus de TMB y ciudadanos en general, de las tareas que implica la conducción del autobús por la ciudad de Barcelona.
2. Conseguir mejorar la actitud sobre la figura de los conductores del bus mediante la sensibilización de los ciudadanos respecto a las diferentes problemáticas externas que existen dentro de su tarea diaria.
3. Facilitar el trabajo del conductor dando a conocer pequeñas actitudes que hacen más sencillo su día a día y mejoran también el viaje que realizan otros usuarios.

La **última fase** se realizó directamente sobre el personal de conducción mediante una acción formativa que pretendía mejorar sus competencias individuales. La finalidad era aumentar la capacidad de control frente a situaciones en el trabajo que implican mayores exigencias psicológicas vinculadas a la aparición de episodios de conflicto o violencia con otras personas, usuarias o no del servicio público. El programa de formación se planteó en dos fases: una inicial durante los años 2005/06 con un curso de resolución de incidencias y gestión del conflicto, y otro curso posterior de autoconocimiento y control, que se ha iniciado durante el año 2007.

La tabla 41 muestra un resumen de las acciones desarrolladas en cada una de las fases de la intervención.

Año	Fase	Acción
2005	1. Revisión de la jornada de trabajo y descanso	Negociación en el convenio colectivo de 2005
	2. Cambio de la organización	Desarrollo del modelo de descentralización
2005-2006	3. Mejora del reconocimiento social del personal de conducción	Campaña de comunicación: *Posa't en el seu lloc*
	4. Formación dirigida a mejorar las competencias personales y el control sobre las exigencias intrínsecas del puesto de trabajo (1ª fase)	Curso de resolución de incidencias y gestión del conflicto
2007	5. Formación dirigida a mejorar las competencias personales y el control sobre las exigencias intrínsecas del puesto de trabajo (2ª fase)	Curso de autoconocimiento y control

Tabla 41. Resumen de las acciones desarrolladas en la intervención.

8. AGENTES IMPLICADOS

En todo este proceso, impulsado por el SP difundiendo datos y recomendaciones, cabe resaltar la receptividad y compromiso por parte de la alta Dirección de

la empresa de facilitar las medidas necesarias para mejorar las condiciones de trabajo. En este sentido y para aplicar algunas las recomendaciones realizadas, la Dirección General de Autobuses tuvo que dar instrucciones a todos los departamentos implicados, especialmente a la Dirección de Personal, para que se pudieran conseguir avances en el convenio colectivo. También fue la Dirección General quien tuvo que redefinir organigramas y responsabilidades al equipo directivo para conseguir hacer efectivos los cambios, organizativos y de funciones de las personas, necesarios para alcanzar el objetivo de mejorar la proximidad y el apoyo al conductor.

La participación y gestión realizada de la campaña de comunicación por parte del Área de Clientes ha sido fundamental, creando los elementos y soportes de comunicación para dicha campaña (folletos, carteles en marquesinas, radio, azafatas, traseras integrales de los propios autobuses, prensa y canal metro). Durante el desarrollo de dicha campaña de apoyo al trabajo del conductor, también participó una agencia de comunicación externa que fue la que planificó y gestionó las dos oleadas comunicativas que se han desarrollado en los distintos medios (radio y televisión), con una duración total de cuatro semanas cada una de ellas.

El Departamento de Formación participó de manera decisiva para llevar a término todo el programa de formación planificado y que se sigue manteniendo. El trabajo en el aula lo llevaron a término un equipo de psicólogos externos a la empresa específicamente entrenados para conseguir los objetivos del curso que, mediante técnicas de *role-playing*, pretende mejorar las competencias de los conductores frente a la eventualidad de conflictos. De este modo han trabajado situaciones habituales generadoras de conflictos como, por ejemplo, cuando el pasaje quiere pagar con billetes de 50 euros o moneda extranjera, cuando el autobús está al límite de cochecitos de niños y quieren subir uno más o frente a incidencias del tráfico.

Hay que destacar la actitud positiva de la mayoría de los Delegados de Prevención que ha permitido en el seno del CSS, junto con los representantes del empresario, dar el mejor contenido posible a las intervenciones realizadas en cuanto a comunicación y formación. La participación de los DP ha facilitado la implantación de algunas de las medidas directamente dirigidas a los conductores.

Por último, el Servicio de Prevención, por encargo del Comité de Seguridad y Salud, ha sido quien ha coordinado el trabajo técnico y ha asesorado a los agentes implicados para mantener una coherencia en las diferentes acciones, con el objeto de conseguir el mejor impacto posible.

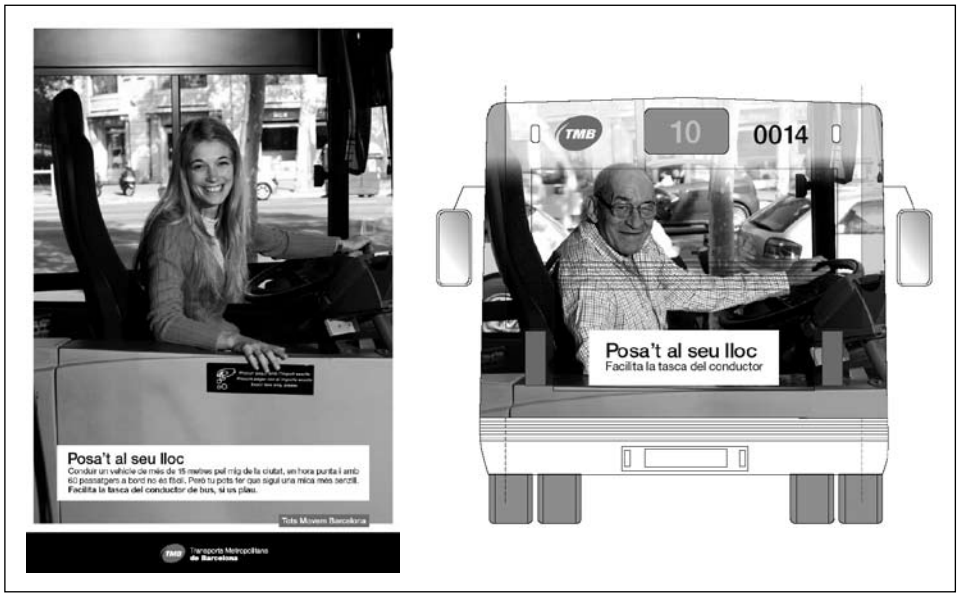
9. MATERIALES Y DOCUMENTOS

El Convenio Colectivo acordado en 2005 recogió en su artículo 22 el pacto sobre la distribución de la jornada de trabajo y los descansos correspondientes, con la posibilidad de que los conductores puedan escoger voluntariamente entre dos opciones de distribución de la jornada laboral. De este modo pueden planificarse los días de trabajo, descanso y vacaciones de forma alternativa a la inicialmente prevista, en función de sus preferencias. Ello significó un avance relevante que per-

mite mejorar, en función de las necesidades individuales, tanto la distribución del tiempo de trabajo como, consecuencia de ello, la mejora de la conciliación de la vida laboral y familiar. A partir de la firma de dicho convenio, el 100% de los conductores tienen la posibilidad de escoger entre dos opciones de calendario laboral. Uno continuista con el tipo de jornada que se venía realizando desde siempre. Otro nuevo, que compatibiliza una mejora del servicio de autobuses ofertado en función de las nuevas necesidades de movilidad de los ciudadanos del área metropolitana de Barcelona, al mismo tiempo que permite aumentar la capacidad de decisión de los conductores sobre la organización del tiempo de trabajo.

La aplicación del nuevo modelo de descansos se recoge en diversas publicaciones internas, como el nº 20 de la revista TMBGestió.

Las figuras 36 y 37 muestran algunas imágenes utilizadas en los materiales de la campaña de comunicación *Posa't en el seu lloc*, que ha permitido contribuir a mejorar la sensibilidad y el reconocimiento social entre el público en general, usuarios y otros conductores de la vía pública, del trabajo que realizan los conductores de autobús. Se emplearon diversos soportes, desde folletos a carteles para marquesinas, opis, radio, traseras integrales para los autobuses o prensa. La intención era basarla en un concepto de comunicación visual que crease empatía entre el público destinatario y la figura del conductor.



Figuras 36 y 37. Algunas imágenes utilizadas en la campaña de comunicación.

También se puso en marcha una campaña dirigida a los otros conductores, *Cediu el pas*, con objeto de que facilitaran la incorporación al tráfico de los autobuses después de las paradas. Consistía en adhesivos para colocar en el exterior de los autobuses (ver figura 38).

Figura 38. Adhesivo de la campaña Cediu el pas.

10. RESULTADOS OBTENIDOS

El acuerdo sobre el nuevo modelo de descansos arrojaba en diciembre de 2007 unos datos de hasta 15.000 traslados individuales de descansos de fin de semana al periodo lunes-viernes. Ello ha permitido, junto con otros factores, una incorporación de 890 nuevos conductores, de los que 787 tienen ya contrato indefinido.

El nuevo *Modelo de Gestión de Proximidad* se aplicó primero como experiencia piloto en una cochera, extendiéndose posteriormente a las demás. El cambio organizativo de la empresa, dirigido a mejorar el apoyo del conductor, significó modificar el sistema de trabajo una vez el autobús está en la calle: se cambiaron los sistemas administrativos y técnicos de cada cochera al objeto de capacitarlas para la gestión completa de sus líneas, reforzándolas, como pivote básico de la gestión operativa de los vehículos y de las personas.

También se abordó la posición y el rol de los mandos directos de los conductores, dotando al conductor de un esquema organizativo claro y eficiente, creando una nueva estructura denominada *Oficina de Centro* en cada cochera**.** Además, se mejoraron los canales de comunicación (atención en ventanilla, tratamiento de accidentes y análisis de los mismos, gestión de quejas, reclamaciones y felicitaciones) que permitieran al conductor una relación directa con la dirección de la empresa.

Se ha facilitado la participación del conductor en las decisiones relacionadas con la organización de su trabajo en la línea mediante reuniones individuales con sus jefes de línea, reuniones colectivas de todos los conductores de la misma línea con su jefe y, finalmente, proporcionando la posibilidad de participar en grupos de mejora o iniciativas individuales que, mediante propuestas estructuradas, se valoran y se aplican en función de su viabilidad.

Finalmente, se han impartido 1.155 horas de formación del curso de *Gestión de Incidencias*, dirigido a un total de 2.324 conductores. El objetivo del curso fue dotar a los conductores de las capacidades necesarias para resolver mejor las incidencias en su entorno laboral, específicamente las relacionadas con el pasaje y el tráfico de otros vehículos en la vía pública. El curso tenía una duración de siete horas y se impartía en grupos de 10-15 conductores con los contenidos siguientes: técnicas de resolución de problemas, autocontrol de las emociones negativas, mejora de la comunicación interpersonal y *role-playing* sobre la resolución de incidencias. En el momento de escribir este texto se está desarrollando el curso de *Autoconocimiento y Control de las Emociones,* que tiene como objetivo mejorar los recursos personales de control emocional y aprender a potenciarlos para nuestro propio bienestar.

A fecha actual se han formado 1.101 conductores en el curso en las 73 sesiones realizadas.

11. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

No se ha realizado una valoración completa de la intervención mediante una nueva evaluación de riesgos psicosociales, que hubiese permitido comprobar la eficacia de las intervenciones respecto a la situación inicial. La previsión es realizarla a finales del año 2008 después de finalizar la última acción formativa. Las herramientas y metodología a utilizar serán establecidas en el seno del CSS a propuesta del SP. No obstante, existen algunos datos indirectos que parecen indicar una cierta evolución positiva. Respecto a la aceptación del nuevo modelo de jornada de trabajo y descansos, el 30% de los conductores han escogido voluntariamente la nueva opción horaria de distribución de la jornada laboral y el grado de satisfacción con la misma es alto, según indican los propios conductores y el número creciente de los mismos que se adhieren a dicho sistema.

Los datos de absentismo total desde 2000 hasta 2006 muestran una primera disminución del índice en la cochera donde se inició la experiencia piloto del nuevo modelo de gestión. A falta de otros indicadores complementarios que permitan evaluar en profundidad la eficacia de la intervención, parecen existir indicios que apuntan, hasta el momento, favorablemente.

La creación de las *Oficinas de Centro* con la finalidad de potenciar y mejorar el nivel de información, consultas y participación de los conductores respecto a su trabajo, conjuntamente con el nuevo liderazgo de los jefes de línea y los mandos intermedios creando nuevos canales de comunicación tanto en la calle como en la cochera, han permitido a los conductores mejorar su motivación. Prueba de ello es el creciente número de conductores implicados en diferentes sistemas de participación (grupos de trabajo e iniciativas individuales de mejora).

En cuanto al impacto de la campaña de comunicación para mejorar la sensibilización social respecto al trabajo de conductor, no se ha evaluado por el coste económico que hubiera supuesto realizar este tipo de estudio. Según refirieron los líderes sindicales y los propios conductores, este tipo de campañas les ayudan a sentirse más apoyados por la empresa.

Respecto al resultado de las acciones formativas realizadas en cuanto a gestión de conflictos, podemos indicar que la evolución en el número de agresiones a conductores se mantiene estable sin diferencias significativas durante los tres últimos años. Ha mejorado mucho el sistema de notificación y vigilancia de dichos sucesos.

12. COSTE

El coste económico de las intervenciones se podría llegar a cuantificar, pero el esfuerzo para recoger todos los datos y el tiempo que se debería invertir en dicha tarea no compensa realizarla en términos de eficiencia. Más aún si tenemos en

cuenta que el planteamiento desde el primer momento se ha hecho en términos de inversión, y no de coste, cuya amortización no puede ser visible a corto plazo.

13. VALORACIÓN FINAL

La estabilidad en el clima laboral y la capacidad de diálogo buscando acuerdos resulta imprescindible para que el SP pueda trabajar estos temas con autonomía dentro de la empresa, y pueda gestionarlos adecuadamente. En especial cuando, como ha sido nuestro caso, existen muchos departamentos implicados en las distintas intervenciones: dirección de operaciones, departamento de personal, relaciones laborales y formación, departamento de marketing y otros menores que también han contribuido de manera decisiva a realizar las actividades planificadas.

Este tipo de intervenciones sobre riesgos psicosociales y por lo tanto intervenciones, al fin y al cabo, sobre la organización del trabajo, el tipo y contenido de las tareas y las relaciones interpersonales en el ámbito laboral, suelen ser valoradas casi siempre de distinta manera en función del momento y los intereses de los agentes implicados (dirección de la empresa, sindicatos y trabajadores). Además, dicha valoración es cambiante en el tiempo en función de las variaciones en el entorno económico, social y laboral. Por lo tanto lo que en este momento se considera un avance relevante en la mejora de las condiciones de trabajo en poco tiempo es asumido, generándose nuevas demandas o necesidades que, si no son atendidas, pueden crear un grado de insatisfacción mayor al valorado inicialmente.

No obstante, hecha esta matización, consideramos que la experiencia ha sido positiva, siendo factores de éxito clave el grado de implicación de la Dirección, las distintas jefaturas y mandos, así como de algunos sindicatos y los propios trabajadores. Sin ella no se habrían llevado a cabo todas las actividades ni alcanzado los objetivos propuestos al inicio de la intervención. Parece evidente que cambios de este tipo no pueden impulsarse sólo desde la salud laboral, por lo que es imprescindible conseguir involucrar a otras instancias dentro de la empresa.

Y si volvemos al punto de inicio de la intervención, queremos recordar la utilidad de disponer de un sistema potente de vigilancia de la salud (algo que va mucho más allá de los reconocimientos médicos, por supuesto) que permita registrar diversos tipos de indicadores que sirvan para detectar necesidades.

Barcelona, octubre 2007

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los Sres. Jose María Satorres e Ignasi Armengol por su implicación y liderazgo del proyecto como, así mismo, también agradecemos la labor realizada por todos los componentes del Comité de Seguridad y Salud de Transports de Barcelona S.A., que han participado a largo de estos años y cuya relación de nombres puede resultar excesiva. También merece especial agradecimiento todo el personal del Servicio de Prevención y Salud que, en mayor o menor medida, han desarrollado la coordinación y gestión del proyecto.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Aronsson, G., Rissler, A. Psychophysiological stress reactions in female and male urban bus drivers. J Occup Health Psychol 1998;3:122-9.
(2) Gimeno, D., Benavides, F.G., Mira, M., Martinez, J.M., Benach, J. External validation of psychological job demands in a bus driver sample. J Occup Health 2004; 46: 43-48.
(3) Helbecque, Y., Gombert, P. Aplicación de un plan de prevención de riesgos relacionados con la violencia a terceros en una empresa de transporte público urbano. Libro de resúmenes de la semana europea de la salud y seguridad en el trabajo . Bilbao: Agencia europea de seguridad y salud en el trabajo; 2003. p 54-56.
(4) Johnson, J.V., Johansson. G.(eds). The psychosocial work enviroment: work organization, democratization and health. Amityville, N.Y.: Baywood Publishing Company, Inc; 1991.
(5) Karasek, R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quarterly 1979; 24:285-308.
(6) Moncada, S., Llorens, C., Krinstensen, T.S. Manual del método ISTAS21 COPSOQ. Barcelona: ISTAS, 2003.
(7) Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., Kristensen, T.S. ISTAS21: versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Arch Prev Riesgos Labor 2005; 8 (1): 18-29.
(8) Pineault, R., Daveluy, C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategia. Barcelona: Masson SA, 1994.
(9) Raggatt, P.T., Morrissey, S.A. A field study stress and fatigue in long-distance bus drivers. Behav Med 1997; 23: 122-9.

III
ALGUNOS APRENDIZAJES

1. CLASIFICACIÓN DE CASOS

Hay diversas formas de clasificar las intervenciones preventivas; la tabla 42 muestra una de las clásicas, aplicada al ámbito psicosocial. Algunos autores añaden otras dimensiones para enriquecer esta categorización, por ejemplo, combinando el tipo de estrategia[35] (preventiva vs. terapéutica) con el foco de actuación (los factores de riesgo organizativos vs. el individuo). O qué se pretende combatir[36] (causas vs. efectos) combinado con el nivel al que se actúa (la organización vs. el individuo dentro de la organización).

Cualquier programa dirigido a intervenir sobre el ámbito psicosocial puede incluir actividades de varios de los niveles y objetivos mencionados como enfoques complementarios, que no excluyentes. Del mismo modo, algunas actividades preventivas están a caballo entre unos y otros. Por ejemplo, el entrenamiento en técnicas de relajación puede ser una actividad terapéutica, a la vez que es una herramienta que mejora el afrontamiento ante un estresor; de modo que podría ser al mismo tiempo prevención dirigida a la persona y tratamiento; intervención terciaria y secundaria.

Por otro lado, el proceso a través del que se implementan las intervenciones tiene también una importancia central. Los más afectados por un problema deben participar en la formulación e implementación de las respuestas a ese problema. Ello pro-

---

35. Moncada, S., Llorens, C. Factores psicosociales. En: Ruiz-Frutos C, Benavides FG, Delclòs J, García AM. Salud Laboral. Barcelona: Masson, 2006.
36. Oeij, P. et al. Combating Psychosocial risks in work organisations: Practice of interventions in Europe. En: McIntyre, S., Houdmont, J. (eds.). Occupational Health Psychology. European perspectives on Research, Education and Practice. Vol. 1. Castelo da Maia: ISMAI, 2006.

bablemente aumenta el control, el sentido de la equidad y de la justicia y el apoyo social, todas ellas dimensiones básicas del estrés. La participación es un principio especialmente importante al desarrollar cualquier intervención psicosocial, y debe ser integrada en la evaluación de la calidad de la intervención[37].

Nivel de intervención		Objetivos de la intervención	Ejemplos
Definición y descripción	**Eficacia**		
1. Primaria **Preventiva, proactiva** *Objetivo:* reducir los factores de riesgo potenciales o alterar la naturaleza del estresor antes que el trabajador experimente síntomas de estrés o enfermedad	+++	Estresores en su origen; organización del trabajo; condiciones de trabajo	Rediseño de tareas, reducción de carga, mejorar comunicación, desarrollo de habilidades de gestión de conflictos
2. Secundaria **Mejora** *Objetivo:* ayudar, mediante conocimientos, habilidades y recursos, a afrontar las condiciones estresantes	++	Respuesta del trabajador ante los estresores	Terapia cognitivo-conductual, formación para *coping*
3. Terciaria **Reactiva** *Objetivo:* tratar, compensar, rehabilitar trabajadores con síntomas duraderos de estrés o enfermedades	+	Efectos adversos de salud, tanto a corto plazo como duraderos, derivados del trabajo	Sistemas de compensación, programas para retorno al trabajo, terapia ocupacional, intervención médica frente al estrés

Tabla 42. Clasificación de intervenciones psicosociales (adaptado de Lamontagne et al., 2007).

1.1. Definición de criterios

Teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas, para clasificar las intervenciones psicosociales descritas en el presente texto se ha empleado un sistema que contempla diversos aspectos agrupados en tres bloques: contexto, tipo de intervención y metodología. Se han elegido elementos que hacen referencia a varios de los factores de éxito identificados en la bibliografía sobre intervención psicosocial.

37. Lamontagne, A.D. et al. (2007): Op. cit.

1.1.1. Contexto

En este apartado se incluyen datos como el *sector de actividad* de la empresa o el tipo de *entidad que lidera* la intervención. También se identifica el *origen* de la actuación especificando, cuando se trate de una evaluación de riesgos, si ésta se realizó a partir de técnicas cuantitativas o cualitativas.

Por último, se contempla el *momento* en que se actuó, clasificando las intervenciones en proactivas o reactivas. Las primeras serían aquellas que intentan evitar la exposición al riesgo y la ocurrencia de la enfermedad. Las segundas son las que se definen como reacción a un efecto determinado, es decir, nacen cuando ya se han detectado indicios de la existencia del riesgo y sus consecuencias en las personas y/o la organización, e intentan minimizar sus repercusiones.

1.1.2. Tipo de intervención

Se han agrupado en este apartado aspectos que intentar definir la esencia de la intervención, haciendo referencia a lo que constituye el ámbito principal de actuación, la estrategia seguida y el nivel de intervención.

El *nivel de actuación* utiliza la clasificación clásica de actividades preventivas primarias, secundarias y terciarias descrita en la Tabla 42.

El *foco de actuación* hace referencia al elemento principal al que va dirigida la intervención, aquello que se intenta modificar. Incluye la organización y el individuo; algunos autores añaden también la interacción entre ambos y el entorno. Este apartado categoriza el ámbito central de la intervención, aunque existan otros complementarios. Por ejemplo, buena parte de los programas de actuación frente al acoso que se han venido implantando en algunos sectores en los últimos tiempos incluyen declaraciones de principios, sistemas de detección precoz, protocolos de actuación una vez se identifica un caso (mecanismos de denuncia interna, de protección a las víctimas, etc) o el establecimiento de medidas disciplinarias. Todas ellas son acciones que inciden principalmente sobre las conductas individuales y no sobre los factores de riesgo organizativos que las favorecen, consienten o alimentan. Por tanto, el *foco de actuación* se encuentra en el individuo aunque, evidentemente, para implementar un programa de este tipo se utilicen determinados mecanismos de la organización, como los canales de comunicación, o las políticas de personal, como puede ser la difusión de un decálogo de *no-tolerancia* del acoso.

La *estrategia* puede ser preventiva, cuando va dirigida a combatir las causas y a evitar la exposición al riesgo, o terapéutica, cuando su intención es combatir los efectos de la exposición. También se resumen brevemente las *medidas* aplicadas.

1.1.3. Metodología

Se incluyen aquí elementos relacionados con el propio proceso de intervención, el cómo; sobre algunos de ellos existe amplia unanimidad en cuanto a su relevancia. En primer lugar, quienes son los principales *agentes involucrados* en el cambio

y, sobre todo, el *tipo de participación* que han tenido los trabajadores destinatarios de la intervención y/o sus representantes. Ésta se codifica como: participación sólo en la detección del problema, en la propuesta de posibles medidas, en la implementación de las medidas y en el seguimiento. Implementación hace referencia a intervenir en el cómo, cuándo y dónde se aplican las medidas, más allá de ser mero objeto destinatario de las mismas. Por ejemplo, asistir a una actividad formativa o adoptar un nuevo método de trabajo que la empresa implanta son actividades en las que, obviamente, participan los trabajadores, pero de modo "pasivo", por lo que no se codificarían como "participación en la implementación".

En segundo lugar se contempla la *evaluación de la intervención*: si se ha realizado o está prevista, en qué momento/s tras la implementación de las medidas, si va dirigida a los resultados obtenidos o también al proceso de la intervención en sí mismo y el tipo de indicadores que se utilizan.

Además, se tienen en cuenta las características de la *muestra* sobre la que se ha actuado: tamaño respecto a la población total (plantilla de la empresa) y tipo de colectivo ocupacional.

Por último se ha añadido como criterio de clasificación la *valoración de costes*: si existe o no, si es real o estimativa, y el tipo de parámetros empleados (económicos, temporales u otros).

1.2. Un ejemplo de clasificación

La tabla 44 muestra las nueve experiencias de intervención psicosocial analizadas, clasificadas según los elementos descritos anteriormente (las siglas empleadas aparecen en la tabla 43) .

Origen	EVR (evaluación de riesgos) CN (cuantitativo)/ CL (cualitativo)
Muestra	*Usuarios* hace referencia al nº de trabajadores que han hecho uso de un programa o protocolo de intervención específicos
Agentes participantes	CSS (comité de seguridad y salud) DP (delegados de prevención) RRHH (departamento de recursos humanos) SP (servicio de prevención)
Participación trabajadores	D (detección problema)/ P (propuesta medidas) /I (implementación) / S (seguimiento)
Indicadores evaluación	A (aplicados)/ P (previstos) PR (predeterminados)/ E (espontáneos) CN (cuantitativos)/ CL (cualitativos) ( ): tiempo de seguimiento CT (condiciones de trabajo) EVR (evaluación de riesgos)

Tabla 43. Siglas utilizadas en la tabla de clasificación de casos prácticos.

		Caso 1	Caso 2	Caso 3
Contexto	**Sector**	Industria alimentaria	Servicios socio sanitarios	Enseñanza universitaria
	Entidad que lidera	Grupo de Trabajo (GT), Servicio de Prevención Propio (SPP)	Servicio Prevención Mancomunado (SPM)	Servicio Prevención Propio (SPP)
	Origen	EVR (CN/CL)	EVR (CL) Bajas, Denuncia	Quejas, denuncias, bajas acoso
	Momento	Proactiva	Reactiva	Reactiva
Tipo intervención	**Nivel actuación**	Primaria	Primaria, Secundaria	Secundaria, Terciaria
	Foco actuación	Organización	Organización	Individuo → Organización
	Estrategia	Preventiva	erapéutica → Preventiva	Terapéutica
	Medidas	Creación de Círculos de Prevención (CdP) como mecanismo de participación grupal en la toma decisiones: mejoras en procedimientos de trabajo, entorno, mantenimiento	Proceso de mediación: recuperación clima, refuerzo dinámica grupal, revisión de protocolos, reanudación de las asambleas de centro, reubicación de trabajadores	Elaboración, difusión y aplicación de Protocolo Acoso: comunicación, investigación, mediación y ayuda
Metodología	**Muestra**	Operarios de producción de dos secciones	Cuidadores, auxiliar administrativo, director y equipo interdisciplinar (n=20)	Plantilla (N=5.600) Usuarios(n=13)
	Participación: agentes y tipo	Grupo de Trabajo, SPP, Dirección, DP, trabajadores, encargados sección, asesoría externa. D, P, I, S	SPM, CSS, mediador, trabajadores, DP, Gerencia. D, I	SPP, sindicatos, rectorado, CSS, asesores externos. P, I (parcialmente)
	Indicadores evaluación	Resultados y proceso: A: PR: CL (opinión implicados mediante actas GT, CdP) ; E: CN (incorporaciones a los CdP, disminución conflictividad e incidencias producción). P: CT: CN/CL (EVR).	Resultados: A: E: CN (disminución bajas y rotación, actividades con usuarios); CL (opinión trabajadores, Gerencia y usuarios) P: CT: CL (EVR). Proceso: E: CN/CL (asistencia reuniones, opinión trabajadores y Gerencia).	Resultados: A: PR: CN (registro casos y resolución (1 año); E: CN (difusión externa)/ CL (opinión agentes implicados). P: CT: CN/CL (EVR).
	Valoración costes	No	No	No

Tabla 44. Clasificación de las experiencias de intervención psicosocial siguiendo los criterios descritos. *(Continúa en la página siguiente)*

		Caso 4	Caso 5	Caso 6
Contexto	**Sector**	Industria cerámica	Servicios sanitarios	Transporte ferroviario
	Entidad que lidera	Asesoría externa, Gerencia	Servicio Prevención Mancomunado (SPM)	Servicios Médicos (SM)
	Origen	EVR (CN/CL)	Problemáticas emocionales detectadas en exámenes salud, y seguimiento absentismo. Conflictos interpersonales, detectados por Dpto. Personal	Aplicación de la normativa interna que implicaba detección de consumo
	Momento	Proactiva	Reactiva → proactiva	Reactiva
Tipo intervención	**Nivel actuación**	Primaria	Terciaria, Secundaria	Terciaria
	Foco actuación	Organización → Individuo	Individuo, Organización-Individuo	Individuo
	Estrategia	Preventiva	Terapéutica → Preventiva	Terapéutica → Preventiva
	Medidas	Rediseño tareas/puestos, reubicación/cambio estilo supervisores, clarificar criterios formación	Programa *counseling;* formación en: estrategias de afrontamiento, autocuidado emocional, trabajo en equipo, liderazgo facilitador; vigilancia de la salud específica, protocolo prevención acoso, consultoría para mandos, plan prevención violencia	Programa de detección, atención y reinserción laboral (actividades de seguimiento y /o de tratamiento) Programa de prevención (actividades informativas, formativas y participativas)
Metodología	**Muestra**	Plantilla (N=112) Trabajadores laboratorio	Plantilla (N= 2.500) Usuarios (formación n=1.345, counseling n=1.051)	Plantilla (N= 29.716) Usuarios PARL (n=977)
	Participación: Agentes y tipo	Asesoría externa, Gerencia, responsables de área y calidad, trabajadores, CSS. D, P; I, S (parcialmente)	SPM, Dirección General y de Personal, mandos, DP, CSS. D, P, I (algunas medidas)	SM, Comisión Mixta, CSS, Dirección, personal del Programa (psicólogo, trabajadores sociales); mandos y representantes trabajadores. Red asistencial externa D, P; I, S (algunas medidas)
	Indicadores evaluación	Resultados: A: PR: CN: Cuestionario EVR+grupo control (6m). Proceso: A. PR: CL: método investigación-acción.	Resultados: A: PR: CN: análisis absentismo (5 años); readecuaciones puesto (10 años); consultas acoso; CT: actualización periódica EVR. Proceso: A: E: CL: mecanismos de gestión resultados EVR, opinión agentes intervinientes.	Resultados: A: PR: CN: análisis casos: tipo de personal, vía detección, motivo finalización programa, aptitud para puesto inicial (8 años).
	Valoración costes	Estimativa Económica/ temporal	No	Real Económica

Tabla 44. Clasificación de las experiencias de intervención psicosocial siguiendo los criterios descritos. *(Continúa en la página siguiente)*

		Caso 7	Caso 8	Caso 9
Contexto	**Sector**	Enseñanza infantil y primaria	Administración de justicia	Transporte urbano
	Entidad que lidera	Asesoría externa	Servicio Prevención Propio (SPP)	Servicio Prevención Propio, (SPP) Dirección
	Origen	EVR (CN/CL)	Detección patologías en vigilancia salud	% plantilla, bibliografía, datos vigilancia salud → EVR (CN)
	Momento	Proactiva	Reactiva	Proactiva → reactiva
Tipo intervención	**Nivel actuación**	Primaria, Secundaria	Terciaria	Primaria, Secundaria
	Foco actuación	Organización, Individuo →Organización	Individuo →Organización	Organización, Individuo →organización
	Estrategia	Preventiva	Terapéutica →Preventiva	Preventiva
	Medidas	Reorganización horaria, distribución y planificación tareas. Formación en control emocional, habilidades comunicación familias y ofimática. Solicitud personal apoyo y sustituciones	Elaboración, difusión y aplicación de Protocolo de adaptación de puestos	Pacto sobre flexibilización descansos. Campaña de comunicación externa. Cambios en el modelo de organización del servicio. Formación en gestión de incidencias y en control emocional.
Metodología	**Muestra**	Plantilla docentes (N= 29)	Plantilla (N= 11.510) Usuarios (n= 319)	Plantilla conductores bus (N=3.888)
	Participación: Agentes y tipo	Asesoría externa, grupo discusión, claustro D, P, I, S	SPP, Subdirección RRHH y Rel. Laborales, estructura de gestión de Personal, CSS, DP. I, S (parcialmente)	SPP, Dirección General, Dirección de Personal, Área de Clientes, Dpto. Formación, CSS, DP, sindicatos, agencia de comunicación externa, formadores externos. D; I ,S (algunas medidas)
	Indicadores evaluación	Resultados: A: PR: CN/CL: comprobación *planning* propuestas (plazos, contenidos, causas). Proceso: A: E: CL: opiniones asesoría externa.	Resultados: A: PR: CN: análisis solicitudes y adaptaciones (9 años), absentismo médico (1 año desde solicitud).	Resultados: A: E: CN: % uso nueva modalidad horaria, índice absentismo cochera piloto, conductores implicados en sistemas participación, % agresiones); CL: opinión conductores/sindicatos sobre nueva modalidad horaria, campaña reconocimiento social. P: CT: EVR (3 años desde inicio intervención).
	Valoración costes	Real Económica	No	No

Tabla 44. Clasificación de las experiencias de intervención psicosocial siguiendo los criterios descritos.

2. FACTORES DE ÉXITO

Tanto en la literatura científica sobre evaluación de las intervenciones psicosociales, como en las recopilaciones de casos y buenas prácticas, se identifican una serie de elementos que suelen estar presentes en los programas exitosos. Estos elementos, con pequeñas variaciones o matices, se repiten en la mayoría de documentos, de lo que se deduce su grado de consistencia a la hora de explicar los requisitos recomendables para actuar sobre los riesgos psicosociales.

Se trata de condiciones necesarias pero no suficientes; es decir, su presencia no garantiza mecánicamente el éxito de una intervención psicosocial, pero sí aumenta sus probabilidades. Por tanto, suponen un referente útil a la hora de diseñar intervenciones, un marco de trabajo basado en el análisis de la realidad que puede guiar la actuación de los distintos agentes y facilitar la puesta en marcha de este tipo de programas.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo, la Organización Internacional del Trabajo, entre otras, han identificado factores de éxito en sus publicaciones. Estas y otras recomendaciones se utilizan como referente para analizar los 9 casos prácticos descritos.

2.1. Tratar los riesgos psicosociales como a los demás riesgos

Durante años hemos escuchado a expertos, agentes sociales y entidades dedicadas a la prevención opinar sobre el estrés, el acoso, el *burnout* y otras manifestaciones de los riesgos psicosociales. Con cierta frecuencia el discurso giraba entorno a dos elementos: la vulnerabilidad individual y las exposiciones extralaborales.

La frontera entre presión y estrés varía considerablemente de una persona a otra; incluso el mismo individuo puede afrontar los estresores de distinta manera según el momento… La gente acude al trabajo sometida ya a una serie de presiones (relacionales, económicas, familiares, etc), lo que hace imposible saber hasta qué punto su malestar se debe exclusivamente al trabajo… Para definir el acoso debe demostrarse la intencionalidad de perjudicar…

Frases como éstas forman parte del "discurso habitual" que impregna el contexto en que el prevencionista desarrolla su labor, colocando el foco de actuación en las personas y no en las organizaciones. No se niega la existencia de este tipo de problemas, pero se complejiza enormemente su abordaje desde el ámbito de la prevención de riesgos laborales. Se emplean enfoques más propios de la clínica o de los recursos humanos que de la salud laboral, se confunden causas con consecuencias, se utilizan instrumentos que no evalúan las condiciones de trabajo o no lo hacen correctamente, se actúa sobre los comportamientos individuales y no sobre las condiciones organizativas, se intentan disminuir los síntomas pero no los factores de riesgo laboral.

Parece necesario remitirse de nuevo a las definiciones y marco conceptual de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por más que pueda resultar redundante. Un factor de riesgo es aquel que incrementa la probabilidad de que ocurra un daño,

patología, enfermedad o lesión. Ello implica que no es necesario que el factor esté presente para que se produzca el efecto, y también que la consecuencia puede producirse en ausencia de dicho factor. La falta de autonomía a la hora de tomar decisiones en el trabajo ha demostrado ser un factor potente para predecir riesgo de estrés y enfermedades derivadas. Pero ocupar un puesto que dispone de autonomía no equivale a estar blindado contra el estrés, ni todas las personas sometidas a una exposición prolongada e intensa al estrés tienen, necesariamente, carencias en la capacidad de decisión.

Las dificultades que pueda suponer el abordaje preventivo del riesgo psicosocial no son mayores que las que implica el de los agentes químicos. Por ejemplo, los límites de exposición profesional[38] que se emplean en higiene industrial son herramientas de gran utilidad preventiva, pero también con limitaciones técnicas evidentes, conocidas y asumidas por los profesionales. No constituyen una barrera definida de separación entre situaciones seguras y peligrosas. Debido a la amplitud de respuestas individuales posibles, son valores de referencia que protegen a la mayoría de la población laboral, pero no a la totalidad. Se establecen a partir de los conocimientos disponibles en ese momento. Son revisados periódicamente en función de los cambios que se vayan produciendo tanto en las condiciones de trabajo, como en los conocimientos científicos o en el marco legal.

Partiendo de esta realidad -los riesgos laborales, que son nuestra "materia prima"-, el enfoque preventivo se basa en una secuencia de acciones concreta: identificar el riesgo, evaluarlo cuando no sea totalmente evitable, intervenir intentando eliminar o reducir la exposición, hacer seguimiento evaluando la eficacia de la intervención y reajustar lo que sea necesario. Y todo esto constituye un proceso de "mejora continua", común a la gestión de cualquier tipo de riesgo, e inspirado en los principios de acción preventiva enunciados en el art. 15 de la Ley de Prevención.

Aplicar este esquema preventivo a los riesgos psicosociales implica "normalizarlos", tratarlos igual que a los higiénicos o los ergonómicos, despojándolos de la visión terapéutica (intentamos prevenir riesgos, no enfermedades) y también de una cierta carga de esoterismo que algunos parecen interesados en mantener.

Aplicar este esquema preventivo también implica algo muy simple pero vital: que se evalúa para actuar, no para acumular datos ni para aparentar interés por algo que, en el fondo, no se quiere abordar. La Agencia Europea lo resume en esta frase: *Una organización no debería comenzar nunca un estudio de las condiciones de trabajo sin que exista la clara intención de tomar medidas en caso de que los resultados así lo aconsejen*[39], a la que podríamos añadir: ni tampoco debería pretender que los resultados del estudio se acomoden a sus intenciones.

La mayoría de los casos presentados en este texto tienen su origen en una evaluación de riesgos psicosociales y siguen la secuencia de acciones descrita en el marco legal. Pero no es la única actividad preventiva que puede generar una intervención en este campo. El control periódico de las condiciones de trabajo, el análisis de los

38. González E (coord.). Límites de exposición profesional para agentes químicos en España 2008. Madrid: INSHT, 2007.
39. Agencia Europea (2003): Op. cit.

daños o un programa de vigilancia de la salud (como ocurre en los casos 5, 8 y 9) pueden detectar necesidades que afectan directamente a las condiciones de trabajo organizativas.

Enfoques provenientes de campos complementarios al de la salud laboral, como el de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, ofrecen también la oportunidad de actuar sobre las condiciones psicosociales. El caso nº 6 es un ejemplo de este tipo de programas en los que, se afirma, *la empresa representa un marco ideal para la detección, orientación terapéutica y rehabilitación*. Sin embargo, en este ejemplo no se explora la posible interacción entre consumo y condiciones de trabajo, ni se potencia la integración del enfoque de la salud laboral y el de la promoción de hábitos saludables. El caso nº 8 tampoco proviene del ámbito psicosocial, sino que podría encuadrarse en el de la gestión preventiva en sentido amplio.

También son cada vez más frecuentes iniciativas ubicadas en contextos no directamente relacionados con la prevención de riesgos laborales, como la conciliación de la vida familiar y laboral o la responsabilidad social corporativa, que suponen, de hecho, intervenciones sobre las condiciones psicosociales.

En definitiva, es importante realizar la evaluación de riesgos psicosociales, pero carecer de ella no es disculpa para no actuar en absoluto sobre ese tipo de riesgos. En ocasiones, una mera identificación del riesgo puede proporcionar suficiente información para pasar a la propuesta y discusión de medidas preventivas. Cuando una necesidad puntual de intervenir se detecte o surja en otros campos distintos al psicosocial o al de la salud laboral, ésa puede ser una buena ocasión para plantearse la evaluación psicosocial y las actuaciones que la siguen.

2.2. El proceso es tan importante o más que el resultado

En intervención psicosocial es importante preocuparse del **cómo** y no sólo del qué. El procedimiento, "las formas", pasan a ser parte de la solución o pueden serlo de nuevos problemas. La fórmula técnicamente más idónea puede resultar un auténtico fracaso si la manera de aplicarla no es la adecuada o si responde a unos objetivos no relacionados en absoluto con la salud[40]. Por ejemplo, la creación de grupos semi-autónomos para aumentar la autonomía y el apoyo social de los trabajadores puede generar, si se aplican sin unas condiciones adecuadas, competitividad entre compañeros o sobrecarga de trabajo, lo que estaría empeorando la exposición a factores de riesgo psicosocial.

Las actuaciones deben realizarse con consenso y con participación activa de todos los agentes en cada una de las etapas de la intervención. Especialmente cuando ésta consista en un cambio organizativo, Karasek[41] afirmaba que, dada la dificultad del objetivo, es muy importante que el programa de intervención dedique buena

40. Llorens, C. et al. Exposición a los riesgos psicosociales y prácticas empresariales de gestión de la mano de obra. Una aproximación. En: V Foro ISTAS de Salud Laboral. Organización del trabajo, Factores Psicosociales y Salud. Experiencias de prevención. Barcelona: ISTAS, 2007.

41. Karasek, R. Prevención del estrés mediante la reorganización del trabajo: Resumen de 19 estudios de casos prácticos internacionales. En: OIT. La prevención del estrés en el trabajo. Condiciones de Trabajo 8. Madrid: INSHT, 1996.

parte de sus esfuerzos y recursos al propio proceso de cambio que se pretende poner en marcha.

2.2.1. Partir de situaciones reales, buscar soluciones específicas

Aunque parezca una "verdad de Perogrullo", la primera condición requerida es que la intervención se base en necesidades reales. Eso conlleva, por lo general, un adecuado análisis de los riesgos, utilizando herramientas y procedimientos rigurosos. Deben evitarse intervenciones unilaterales, que no contengan objetivos de salud y bienestar. Es evidente que actuar sobre las condiciones psicosociales puede tener también otros objetivos estratégicos para la empresa relacionados, por ejemplo, con la ampliación del servicio, la introducción de un sistema de calidad total, la mejora de la imagen corporativa o la diversificación de la producción. Pero debe haber, cuando menos, un equilibrio entre unos y otros, entre los objetivos de salud y el resto, y un grado de consenso suficiente sobre la necesidad de actuar.

Las soluciones no siempre están fuera; es más, casi nunca están fuera, a juzgar por los ejemplos revisados. Las recomendaciones en este punto hablan de usar los recursos del propio contexto, combinadamente con recursos externos. De emplear la pericia de trabajadores y mandos para analizar el problema y desarrollar soluciones adecuadas. De evitar la utilización aleatoria de intervenciones "prefabricadas"[42].

No existe el *vademécum* de la intervención psicosocial que describa el tipo de programas indicados en cada situación. Bien al contrario, revisiones exhaustivas de estudios de intervención, como la publicada en 2003 por el *Health & Safety Executive* británico[43], encuentran especialmente significativas aquellas experiencias que adoptan un enfoque integral, incluyendo métodos específicos para la situación identificados promoviendo un proceso participativo que implica a trabajadores de todos los niveles de la organización, que generan una cultura de "mejora continua" de la propia intervención (revisión, análisis, corrección, etc.), independientemente de que los resultados sean o no exactamente los esperados.

Existen unas pautas de intervención, provenientes de los principales modelos teóricos, y las recomendaciones que pueden extraerse del análisis riguroso de las experiencias y buenas prácticas en empresas reales. Pero a partir de esas líneas generales cada situación, cada contexto, requiere una intervención "a medida", con soluciones específicas que se construyen entre todos los agentes implicados.

Todas las experiencias analizadas presentan actuaciones claramente contextuales, que responden a las necesidades detectadas en un momento y situación determinados. En buena parte son medidas construidas *ex profeso*, mientras que en casos como el nº 3 o el nº 5 se trata de la adaptación de programas o protocolos de actuación ampliamente documentados, conocidos o utilizados en otros ámbitos, enriquecidos con actividades complementarias.

42. Agencia Europea (2003): Op. cit.
43. Jordan, J., Gurr, E., Tinline, G., Giga, S., Faragher, B., Cooper, C. (2003): Op. cit.

2.2.2. Diseñar estrategias a largo plazo, planificar

Debe tenerse claro que la intervención psicosocial es un proceso a largo plazo. Los cambios duraderos, los efectos consolidados a nivel organizativo, no se logran con actuaciones improvisadas, aisladas y poco duraderas, ni actuando sólo sobre las personas. Se requiere un enfoque global y sistemático, que favorezca las intervenciones a nivel primario (las que actúan sobre los estresores de tipo organizativo).

Apostar por estrategias de intervención a largo plazo implica establecer programas bien planificados, definir objetivos secuenciados, proveer los recursos necesarios (económicos, pero también humanos y temporales), asignar responsabilidades entre los distintos agentes, delegar tareas, identificar indicadores que permitan evaluar la eficacia de las acciones desarrolladas y hacer seguimiento de ellas.

Frente a la inmovilidad que puede provocar la lista de necesidades identificada en una evaluación de riesgos, hay que ser consciente de que no es posible solucionarlo todo a la vez y, por tanto, que es necesario abordar los problemas de manera ordenada, estableciendo prioridades, paso a paso. Conviene formalizar la actuación y hacerla operativa, y para ello es necesario planificar. Se trata, ni más ni menos, de concretar las propuestas de medidas en términos operativos y de forma secuenciada, para ir ganando tiempo, aplicando las actuaciones que estén claras (porque existe ya suficiente información y consenso sobre ellas), mientras se estudian otras propuestas[44].

Establecer objetivos y grupos diana

Todas las experiencias prácticas analizadas definen unos objetivos de intervención. En ocasiones aparecen agrupados según el plazo de tiempo que se les asigna (corto, medio y largo plazo), lo que resulta especialmente operativo en el ámbito psicosocial. Tienden a ser objetivos no centrados en mejoras en la salud.

Sin embargo, en algunos de los casos analizados se mezclan objetivos más específicos (*establecer un sistema consensuado de rotación del personal; crear mecanismos para la detección precoz de conflictos interpersonales; aumentar la capacidad de decisión sobre el tiempo de trabajo)* con otros excesivamente amplios o genéricos (*mejorar la calidad de las relaciones; mejorar la productividad y la calidad del trabajo*). Cuanto menos concretos sean los objetivos, mayores dificultades existirán para su evaluación posterior.

La posibilidad de identificar una población diana es también uno de los criterios recomendados a la hora de establecer objetivos específicos para una intervención. Es importante en nuestro caso, porque a menudo, para solucionar un problema detectado en un colectivo, se interviene sobre otro diferente (por ejemplo, para mejorar la falta de autonomía de los trabajadores de una sección podría diseñarse formación sobre técnicas de liderazgo dirigida a los mandos intermedios).

Los cambios organizativos suelen aplicarse primero en "grupos piloto", unidades o colectivos pequeños, que cumplan los requisitos más favorables. Y ¿cuáles son

44. Moncada, S., Llorens, C. (2006): Op. cit.

esos requisitos ideales? Pues la respuesta dependerá del tipo de intervención que se quiera desarrollar, pero una buena guía sería que reúnan la mayor cantidad posible de elementos que se han identificado como útiles: predisposición, no conflictividad, grupo cohesionado, con presencia de agentes clave involucrados en el proceso (representantes de los trabajadores, mandos intermedios…), que presenten una necesidad real de intervención, etc. Parece recomendable que la decisión sobre cuál sería ese colectivo sea consensuada y no unilateral por parte de la dirección.

Los casos 1 y 9 son un ejemplo de este tipo de actuaciones "piloto", que luego se extienden al resto de la plantilla. Los casos 4 y 7 muestran intervenciones "micro" (actúan sobre un colectivo específico y no sobre toda la plantilla), con un componente también básicamente organizativo y aplicadas en grupos reducidos, aunque no impliquen su extensión a otras unidades.

Trabajar con un grupo más reducido permite llevar a cabo un seguimiento adecuado de la intervención, ajustar sobre la marcha las acciones necesarias y adquirir el rodaje y confianza necesarios. También permite que se visualicen los resultados, lo que constituye un elemento de refuerzo de cara a extender la experiencia, tanto para los agentes involucrados en la implementación de las medidas, como para el resto de la organización.

Prever los recursos necesarios

Los principales recursos necesarios en una intervención psicosocial con frecuencia son los temporales y los humanos; ambos se abordarán en el apartado dedicado a la participación. Por supuesto, también hay que contar con recursos económicos, sobre los que vale la pena hacer una reflexión, aunque sea breve.

La mayoría de los casos analizados no hace una valoración cuantitativa del coste de la intervención, ni en términos reales ni estimativos, ni previa ni posterior. Es decir, este tipo de actuaciones no se presupuestan ni se cuantifican. Las razones aducidas son diversas: desde que sería contraproducente que se visualizara el coste porque su elevado importe redundaría en una peor disposición de la entidad a la hora de abordar estas cuestiones, hasta que ello implicaría tener que dar "excesivas explicaciones" a diversos departamentos de la empresa, pasando porque no se dispone de los recursos humanos y temporales necesarios para realizar la evaluación económica o que la intervención se planteó en términos de inversión y no de coste, por lo que su amortización no puede hacerse visible a corto plazo.

Esta realidad apunta algunos rasgos que pueden resultar ilustrativos. En primer lugar, parece que actuar sobre los aspectos psicosociales sigue siendo una actividad que se practica casi "de tapadillo" en las empresas españolas. Incluso las que se ponen manos a la obra tienen dificultades para hacer visible esta labor dentro de la propia organización, hasta el punto que prefieren preservarla de posibles "interferencias". En segundo lugar, es evidente que este tipo de actividades continúan viéndose como un gasto y no como una inversión, en la medida que no proporcionan resultados inmediatos ni tangibles.

Los expertos en valoración de intangibles identifican como una primera dificultad el hecho de que los costes de la actividad preventiva son cuantificables, mien-

tras que los ahorros o costes de la no-prevención son difíciles de identificar con claridad[45]. Aunque en el área psicosocial aún no hemos llegado al punto de afrontar este asunto, parece razonable que la actividad de prevención, como inversión intangible, se cuantifique aplicando la metodología económica desarrollada para la gestión y medición de otros activos no tangibles como el I+D, la formación o la publicidad. En ese sentido, una intervención psicosocial podría evaluarse económicamente calculando el gasto/ahorro que producen los resultados en términos de absentismo médico, pérdidas de productividad o calidad, sanciones administrativas o de otro tipo por incumplimientos, deterioro de la imagen corporativa, etc. Pueden encontrarse algunos ejemplos de este tipo en la recopilación de intervenciones psicosociales de Lamontagne et al. (2007) ya referenciada.

Evaluar la intervención

Uno de los aspectos mejorables comunes a gran parte de los casos revisados es la evaluación de la intervención, tanto del proceso mismo como de los resultados. La evaluación debería formar parte de la planificación de la intervención desde el principio, para poder ir valorando el proceso sobre la marcha y también la eficacia de las medidas aplicadas. Y en este sentido, la evaluación debe ser no sólo a corto plazo sino a medio-largo plazo, ya que el mantenimiento del efecto en el tiempo es uno de los aspectos más cuestionados y aún en lid en la literatura sobre prevención psicosocial.

En la mayoría de los casos revisados no se ha desarrollado aún una evaluación formal de las actuaciones preventivas, aunque cuatro de ellos tienen previsto realizar de nuevo la evaluación de riesgos y otros dos ya la han hecho o están llevando a cabo un control periódico de las condiciones de trabajo. En cuanto al tipo de indicadores empleados, algunos predefinidos y otros espontáneos, son tanto cuantitativos como cualitativos y, en general, registran efectos organizativos y no individuales. Entre los primeros se utiliza el análisis de las bajas médicas, del número de participantes/usuarios en determinados programas o actividades, del índice de rotación de puestos o del número de incidencias en la producción o el servicio. Como indicadores cualitativos se emplean las opiniones de los agentes más directamente implicados en la intervención, recogidas a través de la entidad que la ha liderado o mediante actas. En cinco de los nueve casos se aporta algún dato sobre la evaluación del propio proceso de intervención. Sólo el caso nº 4 utiliza un diseño científico de evaluación, con una valoración pre y post intervención definiendo un grupo control, aunque sus conclusiones presentan limitaciones.

2.2.3. Implicar, establecer procesos de participación activa

Ésta es una de las recomendaciones más reiteradas en intervención psicosocial y también una de las que menos se practican. Todo el mundo habla de participación

45. Núñez, I., Pujol, L. Acción preventiva y generación de activos intangibles. Criterios de valoración. Notas Técnicas de Prevención, nº 751. Barcelona: INSHT, 2008.

pero, evidentemente, ésta puede ser de muy diversos tipos (la mera información, la consulta, la codecisión…), y no todos son igual de eficaces. En demasiadas ocasiones se opta por modalidades rápidas y poco comprometidas que, desde el punto de vista técnico -psicosocial-, son las menos convenientes. Está asumido que no se pueden evaluar los riesgos psicosociales sin recoger información de los trabajadores, bien sea mediante cuestionarios, bien sea utilizando técnicas cualitativas. Pero todo lo que viene a partir de ahí a menudo se convierte en monopolio de "los expertos" (técnicos de prevención y asesores varios), relegando la presencia de los trabajadores a un papel de receptores pasivos, tanto de la información sobre todo el proceso, como de las medidas que finalmente la empresa decida implementar. Sin embargo, una de las recomendaciones en que más entidades y organismos especializados coinciden como factor de éxito de una intervención psicosocial es la de reconocer a los trabajadores como verdaderos expertos. En palabras de la Comisión Europea, *el método "sabemos lo que es bueno para usted, haga lo que le decimos y todo irá bien" no suele funcionar con adultos que conocen su situación mejor que cualquier asesor externo.*

Algo más que dar información

Participación activa implica aportar datos, hacer propuestas, ser consultado y escuchado, tener capacidad de llegar a acuerdos, recibir explicaciones y argumentos cuando las aportaciones propias son rechazadas. Y hacerlo en todas y cada una de las fases de un programa de actuación psicosocial, es decir: la identificación y el análisis de los problemas, pero también la priorización, la propuesta, discusión y diseño de las medidas, su implementación y su seguimiento[46]. Participar en el análisis de las causas de los problemas y discutir sobre cómo arreglarlos favorece la implicación y el compromiso en la aplicación de las medidas preventivas. Por tanto, cualquier empresa que quiera realmente actuar sobre el ámbito psicosocial deberá garantizar la participación activa de las personas correspondientes en estas tareas y etapas, para incrementar el grado de adecuación y compromiso con las decisiones que se tomen, y aumentar así las probabilidades de éxito de la intervención.

Por supuesto, estamos hablando de una implicación en positivo, no de buscar la implicación justa –la estrictamente imprescindible- para evitar el rechazo. Un ejemplo: intentar "meterse en el bolsillo" al comité de empresa para que no se convierta en elemento disonante de una intervención no es exactamente lo mismo que propiciar un proceso real de participación colectiva. Hay que ir más allá. Otro ejemplo: un proceso de reorganización de tareas administrativas en un centro de trabajo será tanto más eficaz en la medida que las personas que desarrollan ese tipo de tareas intervengan en el análisis y diseño del cambio; por supuesto, lo harán acompañadas y asesoradas por jefes, técnicos, etc, pero sin su participación activa y consenso es difícil que el proceso sea exitoso, por más que la dirección haya comunicado a los representantes de los trabajadores sus intenciones. En este sentido, la recopilación

46. Nogareda, C. (coord.). Psicosociología del trabajo. Barcelona: INSHT, 2006.

de casos prácticos encargada por la OIT[47] identificaba algunas ideas clave, como que *es un obstáculo para los programas de prevención del estrés/reorganización del trabajo que la dirección ostente el control constante del diálogo*; o que es deseable un *compromiso de la empresa en cuanto a asumir los riesgos de renunciar a parte de su control sobre la organización del trabajo*.

Quiénes tienen algo que decir

Además de la calidad de la participación, el otro elemento importante a tener en cuenta son los agentes a los que afecta. Los trabajadores y/o sus representantes, la dirección y la estructura de la empresa son personajes relevantes en cualquier programa de actuación sobre los riesgos psicosociales. Es evidente que la alta dirección debe estar convencida e implicada y eso va más allá de, por ejemplo, difundir un escrito a toda la plantilla solicitando su colaboración en la aplicación de un cuestionario o recibir información puntual de cómo va el proceso hasta que llegue el momento de tomar decisiones. Su participación activa, directa o a través de sus representantes, en todas y cada una de las fases de la intervención sería la forma ideal. Su papel es decisivo, además, en la medida en que las intervenciones psicosociales que actúan sobre el origen de la exposición implican cambios que difícilmente podrían ser liderados desde la salud laboral.

Como afirma la Agencia Europea[48], la dirección, el personal y otros agentes representan motivos e intereses distintos, y es importante dedicar esfuerzos a encontrar un compromiso de intereses coincidentes o paralelos, que deberían constituir la base de la cooperación. Obviamente, a ello debe dedicarse una parte importante del esfuerzo que supone la propia intervención. No es algo que suela resultar inmediato ni tampoco imposible; simplemente es un requisito necesario para que la intervención se desarrolle de la mejor manera.

Todos los casos analizados reconocen la utilidad de implicar a la parte social (representantes de los trabajadores). La expresan de diversas maneras: S*irve para transmitir transparencia al proceso y evitar desconfianza…; facilita la implicación de los trabajadores*... Yendo más allá, en algunas de las experiencias se recalca la importancia de implicar a los propios protagonistas de la acción preventiva: C*uando los trabajadores forman parte del proceso se convierten en una presión interna constante para producir el cambio, y éste adquiere ímpetu propio…; desde el principio se tuvo claro que la concreción de las medidas debían realizarla los trabajadores de las secciones implicadas…; sólo haciéndoles partícipes y protagonistas se podrá conseguir un buen resultado…; se da una alta implicación de los trabajadores en las medidas basadas en sus opiniones…; el trabajo conjunto entre técnicos de prevención y trabajadores produce un enriquecimiento mutuo en la comprensión de los orígenes de los factores de riesgo psicosocial y en la necesidad de aplicar medidas…*

En cuanto al nivel de participación, las fases de la intervención donde más pre-

47. OIT (1996): Op. cit.
48. Agencia Europea (2003): Op. cit.

sentes están los trabajadores y/o sus representantes en los casos analizados son la detección y la propuesta de medidas, mientras que el seguimiento es la etapa en las que menos participan. Tanto esta última como la implementación, son fases que se dejan en manos de los técnicos o de los gestores de la empresa, mientras que la participación de los trabajadores es sólo parcial o sólo en algunas de las medidas aplicadas.

En los casos 4 y 7 se especifica que sólo se plantean estrategias de mejora organizativa que estén bajo el control de las personas que las llevarán a cabo.

La receptividad y el compromiso de la alta dirección son mencionados como condición necesaria y presente en las nueve experiencias. Se le atribuye un papel de liderazgo cuando se dan procesos de cambio organizativo (por ejemplo, en los casos 4 o 9), mientras que se destaca su rol práctico en la gestión de la implantación de las medidas preventivas, por ejemplo dotándolas de los recursos necesarios, como en los casos 2, 3, 6 o 7. Se enfatiza la importancia de su soporte explícito en aquellas intervenciones donde se apuesta por estrategias a largo plazo (por ejemplo, los casos 1 o 5), o cuando las repercusiones de la intervención afectan a gran número de unidades de la organización (por ejemplo, el caso 8).

En cuanto a los mandos y estructura de la empresa, algunos casos mencionan su papel como animadores y colaboradores en todas las fases de la intervención o en la implementación de las medidas correctoras. En casos como el 1 o el 9 los mandos intermedios son objeto directo de las actuaciones preventivas. No obstante, en la mayor parte de las experiencias analizadas podría decirse que no se les dedica una atención especial como agentes protagonistas, si tenemos en cuenta que su posición en la organización los convierte en figuras cruciales para cualquier intervención psicosocial.

Mecanismos de participación

No existe una única modalidad posible para conjugar estos dos elementos: agentes intervinientes y nivel de participación. Pero la intervención debe preocuparse de establecer mecanismos de participación de los distintos agentes en cada fase del proceso. En la literatura sobre intervenciones psicosociales hay numerosas menciones a las bondades de los *grupos de trabajo*. Se afirma que el diagnóstico de los problemas en grupo supone un verdadero aprendizaje, que es recomendable crear grupos interdisciplinares compuestos por diversos agentes que aporten diferentes puntos de vista. Dos de los casos analizados emplean esta modalidad para todo el proceso de intervención, constituyendo un grupo de trabajo específico, compuesto por dirección, trabajadores y técnicos de prevención, y asegurando de ese modo la participación de dichos agentes en todas y cada una de las fases del programa. En otras experiencias se crean grupos de trabajo dirigidos a participar en algunas de las actividades o fases de la intervención, pero no en su conjunto. En tres de los casos se constituyen comisiones de trabajo con un objetivo de negociación concreto (elaborar un protocolo, un programa o un apartado del convenio colectivo) integradas por representación de la empresa y los sindicatos. La participación más habitual es la genérica, centrada en la información y consulta a través de los comités de seguridad y salud ya existentes. En cuanto a las formas de participación individuales

consisten, básicamente, en la respuesta a cuestionarios y/o entrevistas propuestas por los asesores en prevención.

Hay algunas cuestiones importantes a tener en cuenta cuando se eligen los mecanismos de participación. Participar requiere tiempo, horas de trabajo dedicadas a otras tareas distintas de las habituales y, por tanto, trabajo que se queda sin hacer. Participar también requiere una cierta formación en el tema que nos ocupa (los riesgos psicosociales) y/o en las propias dinámicas colectivas de debate, toma de decisiones, etc. No todo el mundo está capacitado para integrarse con provecho en una dinámica grupal de la noche a la mañana, menos aún si la colaboración que la empresa le ha exigido durante años es la de ser mero ejecutor de órdenes de trabajo sin opción a plantear alternativa ninguna. Esto puede ocurrir, por ejemplo, con las personas que ocupan puestos de baja cualificación y escaso contenido, y por eso algunos autores recomiendan específicamente dedicar esfuerzos a crear un sentimiento de confianza en ese tipo de colectivos.

Pero la falta de confianza también puede detectarse en cualquier otro grupo ocupacional, estando relacionada sobre todo con experiencias anteriores en las que se hayan incumplido las expectativas generadas, los procedimientos hayan sido menos transparentes de lo deseable, etc. La literatura ha detectado que en ciertas intervenciones organizativas iniciadas por la dirección pueden surgir incertidumbres que supongan un grave obstáculo, por ejemplo, que los empleados sospechen que la intervención conlleva un aumento o intensificación de la carga de trabajo, reducción de la mano de obra, o intentos de evitar la sindicalización[49]. Crear un clima de confianza colectiva es, por tanto, condición necesaria para establecer mecanismos de participación eficaces.

Por último, también es importante que los agentes intervinientes sean elegidos con atención, buscando a personas representativas de cada colectivo y/o cada variable que resulte determinante en el análisis y modificación de la realidad psicosocial. Esto incluye, por ejemplo, personas de distintos turnos si es que existen turnos; personas con mucha antigüedad, pero también nuevas; trabajadores fijos, pero también con contratos temporales, etc. Los mandos intermedios suelen ser agentes determinantes, tanto en positivo como en negativo, en cualquier intervención organizativa, en la medida que muchas de las actuaciones previstas pueden afectar o modificar su rol. Si la estructura de la empresa no se integra activamente en el proceso de intervención, por muy comprometidos que estén los trabajadores y la alta dirección, el programa tiene mayores probabilidades de fracasar.

En definitiva, para establecer dinámicas verdaderamente participativas en la intervención psicosocial, como los expertos recomiendan, debe ponerse atención en evitar ciertos obstáculos ya conocidos. Es aconsejable que haya una fase previa de enseñanza/aprendizaje para adquirir un conocimiento básico del tema, evitar tópicos y culpabilidades y crear un lenguaje compartido. Debe preverse cómo se recupera el trabajo cotidiano que no podrán hacer las personas más involucradas en

49. Landsbergis, P., Silverman, B., Barrett, C., Schnall, P.L. Comités sindicales sobre el estrés y reducción del estrés en los administrativos y obreros de los Estados Unidos. En: OIT. La prevención del estrés en el trabajo. Condiciones de Trabajo 8. Madrid: INSHT, 1996.

la intervención, evitando la sobrecarga o presión temporal extra sobre ellas mismas o sus compañeros. La modalidad o modalidades participativas que se determinen deberían desarrollarse dentro del horario establecido, para no excluir sistemáticamente a quienes no están disponibles más allá de la jornada laboral. Debe elegirse a las personas atendiendo a criterios básicos de representatividad, conocimiento, confianza y respeto de los compañeros, capacidad de comunicar. Deben detectarse las posibles incertidumbres que amenacen el proceso y emplear todos los medios necesarios para construir un clima de confianza, no sólo al principio, sino durante todas las fases de la intervención.

2.3. Algunas reflexiones finales

Hemos hecho un repaso no exhaustivo de varias de las recomendaciones habituales sobre intervención psicosocial, ilustrándolas con los casos presentados. Entre las recomendaciones que no se desarrollan en el texto destacarían, por ejemplo, la importancia de seguir unas bases teóricas o la necesidad de combinar medidas de distintos tipos, dirigidas a la organización, a la detección precoz del problema y a los individuos, priorizando las primeras. No queremos dejar pasar la ocasión de plantear algunas otras reflexiones sobre el estado de la actividad preventiva psicosocial en nuestro país, al hilo del análisis de estos nueve ejemplos reales.

En siete de los nueve casos, el SPP fue la entidad que lideró la intervención desde el inicio, sola o acompañada por alguna otra figura. La literatura psicosocial identifica como un requisito importante encontrar el agente adecuado para el cambio, buscar alianzas y complicidades; también se insiste en la necesidad de utilizar los recursos disponibles en la empresa, combinados con el asesoramiento externo cuando sea necesario.

Disponer de un servicio de prevención propio parece, pues, un potencial recurso interesante a la hora de plantear los temas psicosociales en la empresa (lo que, evidentemente, no equivale a decir que un servicio de prevención ajeno no lo sea). Como admiten algunos de quienes han colaborado en este texto, conociendo la empresa por dentro y sus componentes resulta más fácil "vender" el producto, convencer a la dirección e implicar a los distintos agentes involucrados; salvar los obstáculos y facilitar el mayor grado posible de consenso entre las partes.

Esto nos remite al papel del técnico de prevención en general, que no es el de protagonista, sino el de facilitador de que empresa y trabajadores se entiendan y establezcan las mejores condiciones posibles para actuar sobre los problemas. Su labor tiene que ver sobre todo con aportar datos y dinámicas de trabajo que ayuden a crear un clima de confianza.

Es innegable también que las necesidades preventivas psicosociales suelen plantearse una vez se han cubierto otras más visibles, generalmente relacionadas con los riesgos de accidentes de trabajo o con la existencia de legislación específica. Si ello ha permitido que el SP haya adquirido ya un cierto bagaje, que sea percibido con solvencia técnica y goce de reconocimiento y respeto dentro de la organización, todos estos elementos lo "arropan" a la hora de abordar problemáticas menos tangibles y que, generalmente, provocan mayores resistencias.

Cuando se preguntaba en las experiencias revisadas sobre obstáculos o limitaciones encontrados en la intervención, uno de los más mencionados fue la reticencia que existió en algún momento, especialmente al principio, por parte de distintos agentes. Los trabajadores respecto a la utilidad del estudio o intervención sobre estos asuntos, la dirección respecto a las propuestas de los trabajadores, los mandos intermedios respecto a los cambios en su rol. Paralelamente, varios de los casos hablan del valor de que existan experiencias de actuación sobre estos temas en la empresa, con todo lo que ello implica (sinergias de trabajo conjunto, interdisciplinaridad, normalización de lo psicosocial) a la hora de facilitar cualquier acción posterior. Se trataría de ir articulando pequeños cambios acumulativos que van dando pie a otros, de ir construyendo entre todos unas condiciones que faciliten la intervención psicosocial dirigida, en definitiva, a lograr unas condiciones de trabajo más saludables para las personas.

ANEXO I

Listado de publicaciones sobre casos prácticos de implementación de acciones preventivas en materia psicosocial en empresas ubicadas en España, editadas entre 2000 y 2007. Consulta bibliográfica realizada en el fondo del Centro de Documentación del CNCT, en noviembre de 2007. Incluye artículos de revistas, capítulos de libros y actas de congresos[1].

Hernández, A. Cómo implantar una cultura antiestrés: BT, pionera entre las empresas de telecomunicaciones. Gestión práctica de riesgos laborales 2006; 27: 12-17.

Martín, A. Aplicación de la técnica MBSR para reducir el malestar psicológico en el entorno laboral. Gestión práctica de riesgos laborales 2005; 21: 22-26.

Párraga, J.M. Eficacia de una intervención psicológica para reducir el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. Gestión práctica de riesgos laborales 2006; 27: 32-41.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Prevención del estrés en una residencia de ancianos. En: Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral en la práctica. Luxemburgo: EU-OSHA, 2003.

Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I.M., Llorens, S.

- El caso de un proyecto piloto sobre teletrabajo en una administración pública.
- El mobbing: la evaluación psicosocial del acoso psicológico en el trabajo.
- Evaluación psicosocial del trabajo emocional y el caso de un taller de inteligencia emocional en un hospital.

En: Caso a caso en la prevención de los riesgos psicosociales. Metodología WONT para una organización saludable. Bilbao: Lettera Publicaciones, 2007.

VV.AA. Experiencias de prevención de riesgos psicosociales. Implementar las medidas.

- Enriquecer el trabajo.
- Jornadas compatibles, ritmos y plantillas razonables.
- Trabajar de forma cooperativa, garantizar el respeto y el trato justo.

En: V Foro ISTAS de Salud Laboral. Organización del trabajo. Factores Psicosociales y Salud. Experiencias de prevención. Barcelona: ISTAS, 2007.

---

1. Cuando se han encontrado diversos documentos sobre el mismo caso, se cita siempre el más reciente.

ANEXO II

Extracto del BOE nº 48, de 24 de febrero de 2007, donde se publica el Acuerdo Interconfederal para la Negociación Colectiva 2007 (ANC 07), que recoge el Acuerdo marco europeo sobre estrés de 2004.

El estrés laboral constituye una preocupación creciente de empresarios y trabajadores que ha tenido reflejo a nivel europeo con la suscripción por UNICE, UEAPME, CEEP y la Confederación Europea de Sindicatos (incluyendo representantes del Comité de Enlace CEC/Eurocuadros) de un Acuerdo Marco sobre esta materia.

Al igual que hicimos en el ANC 2003 en relación con el Acuerdo Marco Europeo sobre teletrabajo, las Organizaciones Empresariales y Sindicales firmantes compartimos el Acuerdo sobre estrés en el lugar de trabajo. Consideramos el Acuerdo Europeo un instrumento especialmente útil, ya que proporciona pautas de referencia y criterios de actuación que pueden resultar de utilidad tanto para crear una sensibilización y mayor comprensión de esta materia, como para prevenir, eliminar o reducir el problema del estrés laboral.

CC.OO., UGT, CEPYME y CEOE, en aplicación del Acuerdo Europeo, transmitimos a los negociadores y a los distintos representantes empresariales y sindicales su contenido, adaptándolo de esta manera a la realidad española, de forma que sirva para favorecer la mejora de las condiciones de trabajo y el buen funcionamiento de las empresas.

ACUERDO MARCO EUROPEO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL

El acuerdo fue firmado el día 8 de octubre de 2004, el objetivo de este acuerdo es proporcionar un marco a los empresarios y trabajadores para identificar y prevenir y tomar las medidas necesarias con respecto a los problemas del estrés relacionados con el trabajo.

1.1. ACUERDO MARCO SOBRE EL ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO

1. Introducción

El estrés ligado al trabajo ha sido reconocido a escala internacional, europea y nacional como una preocupación tanto para los empleadores como para los trabajadores. Habiendo identificado la necesidad de una acción específica en este asunto y anticipando una consulta de la Comisión sobre el estrés, los interlocutores sociales europeos han incluido este tema en el programa de trabajo del Diálogo Social 2003-2005.

El estrés puede, potencialmente, afectar a cualquier lugar de trabajo y a cualquier trabajador, independientemente del tamaño de la empresa, de su ámbito de actividad o del tipo de contrato o relación laboral. En la práctica, no todos los lugares de trabajo ni todos los trabajadores están necesariamente afectados.

Tratar la cuestión del estrés ligado al trabajo puede conducir a una mayor eficacia y mejora de la salud y de la seguridad en el trabajo, con los correspondientes beneficios económicos y sociales para las empresas, los trabajadores y la sociedad en su conjunto. Es importante considerar la diversidad de la mano de obra cuando se tratan problemas de estrés ligado al trabajo.

2. Objetivo

El objetivo de este Acuerdo es incrementar la sensibilización y la comprensión de los empleadores, los trabajadores y de sus representantes acerca de la cuestión del estrés relacionado con el trabajo, atraer su atención respecto a los signos que pueden indicar los problemas de estrés ligado al trabajo.

El objetivo de este Acuerdo es proporcionar un marco a los empleadores y a los trabajadores para identificar y prevenir o manejar los problemas del estrés relacionado con el trabajo. No se trata de culpabilizar a los individuos respecto al estrés.

Reconociendo que el acoso y la violencia en el lugar de trabajo son factores potenciales de estrés y dado que el programa de trabajo 2003-2005 de los interlocutores sociales europeos prevé la posibilidad de una negociación específica sobre estas cuestiones, el presente Acuerdo no trata la violencia en el trabajo, ni el acoso y el estrés postraumático.

3. Descripción del estrés y del estrés ligado al trabajo

El estrés es un estado que se acompaña de quejas o disfunciones físicas, psicológicas o sociales y que es resultado de la incapacidad de los individuos de estar a la altura de las exigencias o las expectativas puestas en ellos.

El individuo es capaz de manejar la tensión a corto plazo, lo que puede ser considerado como positivo, pero tiene dificultades en resistir una exposición prolongada a una presión intensa. Además, individuos diferentes pueden reaccionar de manera distinta a situaciones similares y un mismo individuo puede reaccionar de manera diferente a una misma situación en momentos diferentes de su vida.

El estrés no es una enfermedad, pero una exposición prolongada al estrés puede reducir la eficacia en el trabajo y causar problemas de salud.

El estrés originado fuera del entorno de trabajo puede entrañar cambios de comportamiento y reducir la eficacia en el trabajo. No todas las manifestaciones de estrés en el trabajo pueden ser consideradas como estrés ligado al trabajo. El estrés ligado al trabajo puede ser provocado por diferentes factores tales como el contenido del trabajo, su organización, su entorno, la falta de comunicación, etc.

4. Identificación de los problemas de estrés relacionado con el trabajo

Dada la complejidad del fenómeno del estrés, el presente Acuerdo no pretende proporcionar una lista exhaustiva de indicadores de estrés potencial. Sin embargo, un alto nivel de absentismo, de rotación de personal, de frecuentes conflictos o quejas de los trabajadores, constituyen signos que pueden indicar un problema de estrés ligado al trabajo.

La identificación de un problema de estrés ligado al trabajo puede implicar un análisis de elementos tales como la organización del trabajo y los procesos (acuerdos de tiempo de trabajo, grado de autonomía, adecuación de las capacidades del trabajador a las necesidades del trabajo,

cantidad de trabajo etc.), las condiciones y el entorno de trabajo (exposición a comportamientos abusivos, ruido, temperatura, sustancias peligrosas, etc.), la comunicación (incertidumbre respecto a lo que se espera en el trabajo, perspectivas de empleo, próximos cambios, etc.) así como factores subjetivos (presiones emocionales y sociales, sentimiento de no ser capaz de hacer frente, impresión de no ser apoyado, etc.).

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

5. Responsabilidades de los empleadores y de los trabajadores

Conforme a la Directiva marco 89/391, todos los empleadores tienen la obligación legal de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores. Esta obligación se aplica igualmente a los problemas de estrés ligado al trabajo en la medida en que presenten un riesgo para la salud y la seguridad. Todos los trabajadores tienen el deber general de respetar las medidas de protección definidas por el empleador.

Los problemas relativos al estrés ligado al trabajo pueden ser abordados en el marco de una evaluación general de los riesgos profesionales, mediante la definición de una política sobre el estrés diferenciada y/o mediante medidas específicas que apunten a los factores de estrés identificados.

6. Prevenir, eliminar o reducir los problemas de estrés ligado al trabajo

Se pueden tomar diferentes medidas para prevenir, eliminar o reducir los problemas de estrés ligado al trabajo. Estas medidas pueden ser colectivas, individuales o ambas. Pueden ser introducidas en forma de medidas específicas que apunten a factores de estrés identificados o en el marco de una política antiestrés de orden general que incluya medidas de prevención y de acción.

Si las competencias requeridas en la empresa son insuficientes, es posible recurrir a expertos exteriores, conforme a la legislación europea así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

Una vez establecidas, las medidas contra el estrés deberán ser revisadas periódicamente con el fin de evaluar su eficacia, comprobar si se utilizan de forma óptima los recursos y si todavía son adecuadas o necesarias.

Estas medidas pueden incluir, por ejemplo:

- medidas de gestión y comunicación tales como aclarar los objetivos de la empresa, así como el papel de los trabajadores individuales, asegurar un apoyo adecuado de la gestión a los individuos y a los equipos, asegurar una buena adecuación entre el nivel de responsabilidad y de control sobre su trabajo, mejorar la organización, los procesos, las condiciones y el entorno de trabajo,
- formar a la dirección y a los trabajadores con el fin de llamar la atención acerca del estrés y su comprensión, sus posibles causas y la manera de hacerle frente y/o de adaptarse al cambio,
- la información y la consulta de los trabajadores y/o de sus representantes, conforme a la legislación europea así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

7. Aplicación y seguimiento

En el marco del artículo 139 del Tratado, este Acuerdo marco europeo voluntario compromete a los miembros de UNICE/UEAPME, del CEEP y de la CES (y del Comité de Enlace EUROCADRES/CEC) a desarrollarlo conforme a los procedimientos y prácticas propias de los interlocutores sociales en los Estados miembros y en los países del Espacio Económico Europeo.

Las partes signatarias invitan asimismo a sus organizaciones miembro en los países candidatos a aplicar este Acuerdo.

El desarrollo de este Acuerdo se llevará a cabo durante los tres años siguientes a la fecha de firma del mismo.

Las organizaciones miembro informarán acerca del desarrollo de este Acuerdo al Comité de Diálogo Social. Durante los tres primeros años tras la firma del presente Acuerdo, el Comité de Diálogo Social preparará un cuadro anual resumiendo el desarrollo del Acuerdo. El Comité de Diálogo Social elaborará, en el cuarto año, un informe completo sobre las acciones de desarrollo tomadas.

Las partes signatarias evaluarán y revisarán el Acuerdo en cualquier momento, pasados cinco años tras la firma, si así lo solicitara una las partes signatarias.

En caso de cuestiones sobre el contenido del Acuerdo, las organizaciones miembro implicadas, podrán dirigirse conjunta o separadamente a las partes signatarias, que responderán conjunta o separadamente.

En el desarrollo de este Acuerdo, los miembros de las organizaciones signatarias evitarán cargas innecesarias a las PYME.

El desarrollo de este Acuerdo no constituye una razón válida para reducir el nivel general de protección otorgada a los trabajadores en el campo del presente Acuerdo.

El presente Acuerdo no perjudica el derecho de los interlocutores sociales a concluir, en el nivel apropiado, incluido el europeo, acuerdos que lo adapten y/o completen de manera que tengan en cuenta las necesidades específicas de los interlocutores sociales implicados.

ANEXO III

COM (2007) 686 final. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, por la que se transmite el Acuerdo marco sobre acoso y violencia en el trabajo

ACUERDO MARCO SOBRE EL ACOSO Y LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO

26 de abril de 2007

(El texto en lengua inglesa es el único auténtico. La presente traducción no ha sido comprobada ni aprobada por los interlocutores sociales).

1. INTRODUCCIÓN

El respeto mutuo de la dignidad a todos niveles en el lugar de trabajo es una de las características esenciales de las organizaciones exitosas. Por eso son inaceptables el acoso y la violencia, que BUSINESSEUROPE, la UEAPME, el CEEP y la CES (y el comité de enlace EUROCADRES/CCE) condenan en todas sus formas. Consideran que va en interés mutuo de empresarios y trabajadores examinar esta cuestión, que puede tener graves consecuencias sociales y económicas.

Tanto el Derecho de la UE[1] como el nacional establecen el deber de los patronos de proteger a los trabajadores contra el acoso y la violencia en el lugar de trabajo.
En el lugar de trabajo pueden presentarse diversas formas de acoso y de violencia, que pueden:

- ser de carácter físico, psicológico o sexual,
- constituir incidentes aislados o comportamientos más sistemáticos,
- darse entre colegas, entre superiores y subordinados o provenir de terceros como clientes, usuarios, pacientes, alumnos, etc.
- ir desde casos poco importantes de falta de respeto hasta actos más graves, como infracciones penales que requieren la intervención de las autoridades públicas.

---

1 Entre otras, las siguientes Directivas:
- Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico.
- Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.
- Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, que modifica la Directiva 76/207/CEE del Consejo relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de trabajo.
- Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.

Los interlocutores sociales europeos reconocen que el acoso y la violencia pueden aparecer en cualquier lugar de trabajo y afectar a cualquier trabajador, con independencia del tamaño de la empresa, el campo de la actividad o el tipo de contrato o de relación de trabajo. Sin embargo, algunos grupos y sectores pueden tener más riesgo que otros. En la práctica, no todos los lugares de trabajo ni todos los trabajadores se ven afectados.

El presente acuerdo trata las formas de acoso y violencia que se sitúan dentro del ámbito de competencia de los interlocutores sociales y corresponden a la descripción que se hace en la sección 3.

2. OBJETIVO

El presente acuerdo tiene por objetivo:

- aumentar la sensibilización y el entendimiento de patronos, trabajadores y sus representantes sobre lo que son el acoso y la violencia en el lugar de trabajo,

- proporcionar a los patronos, los trabajadores y sus representantes a todos los niveles un marco pragmático para identificar, prevenir y hacer frente a los problemas de acoso y violencia en el trabajo.

3. DESCRIPCIÓN

El acoso y la violencia son la expresión de comportamientos inaceptables adoptados por una o más personas, y pueden tomar muy diversas formas, algunas más fácilmente identificables que otras. La exposición de las personas al acoso y a la violencia puede depender del entorno de trabajo

Se da acoso cuando se maltrata a uno o más trabajadores o directivos varias veces y deliberadamente, se les amenaza o se les humilla en situaciones vinculadas con el trabajo.

Se habla de violencia cuando se produce la agresión de uno o más trabajadores o directivos en situaciones vinculadas con el trabajo.

El acoso y la violencia pueden provenir de uno o más directivos o trabajadores, con la finalidad o el efecto de perjudicar la dignidad de la víctima, dañar su salud o crearle un entorno de trabajo hostil.

4. PREVENIR, IDENTIFICAR Y HACER FRENTE A LAS SITUACIONES DE ACOSO Y VIOLENCIA

Aumentar la sensibilización de todo el personal y darle una formación apropiada puede hacer que disminuya la probabilidad de acoso y de violencia en el trabajo.

Las empresas deben redactar una declaración de que no tolerarán el acoso y la violencia. En esta declaración se especificarán los procedimientos a seguir en caso de incidentes. Entre estos procedimientos puede figurar una fase informal en la que una persona en quien confían tanto la dirección como los trabajadores ofrece ayuda y asesoramiento. Tal vez existan ya procedimientos adecuados para hacer frente al acoso y la violencia.

Un procedimiento es adecuado si tiene en cuenta, entre otros, los elementos siguientes:

- Va en interés de todas las partes proceder con la discreción necesaria para proteger la dignidad e intimidad de todos.
- No debe revelarse ninguna información a partes no involucradas.
-

Las denuncias deben investigarse y tratarse sin demoras injustificadas.

- 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.
- Una ayuda exterior puede resultar útil.

Si se establece que ha tenido lugar acoso o violencia, se tomarán medidas apropiadas contra sus autores. Estas medidas irán de la sanción disciplinaria al despido.

Las víctimas recibirán apoyo y, si es preciso, ayuda para su reintegración.

En consulta con los trabajadores o sus representantes, los empresarios establecerán, revisarán y controlarán estos procedimientos para velar por que sean efectivos tanto para evitar problemas como para tratarlos cuando surjan.

En su caso, las disposiciones de este capítulo pueden aplicarse a casos de violencia exterior.

5. APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO

En el contexto del artículo 139 del Tratado, este acuerdo marco europeo autónomo compromete a los miembros de BUSINESSEUROPE, la UEAPME, el CEEP y la CES (y del comité de enlace EUROCADRES/CEC) para ejecutarlo según los procedimientos y prácticas propios de los interlocutores sociales en los Estados miembros y en los países del Espacio Económico Europeo.

Las partes firmantes invitan también a sus organizaciones miembros de los países candidatos a aplicar este acuerdo.

La aplicación de este acuerdo se llevará a cabo en el plazo de tres años a partir de la fecha de su firma.

Las organizaciones miembros notificarán la aplicación del presente acuerdo al Comité de Diálogo Social. En los tres primeros años tras la firma de este acuerdo, el Comité de Diálogo Social elaborará y adoptará cada año un cuadro sinóptico de cómo va avanzando la aplicación del acuerdo. Asimismo redactará un informe detallado sobre las medidas de aplicación que se hayan tomado, informe que los interlocutores sociales europeos adoptarán en el cuarto año.

Las partes firmantes, a petición de una de ellas, evaluarán y revisarán el acuerdo una vez transcurridos cinco años desde su firma.

Si surgen preguntas sobre el contenido del presente acuerdo, las organizaciones miembros implicadas podrán, conjuntamente o por separado, consultar a las partes firmantes, que responderán conjuntamente o por separado.

Al aplicar el presente acuerdo, los miembros de las partes firmantes evitarán cargas innecesarias para las PYME.

La aplicación del presente acuerdo no justificará reducción alguna del nivel general de protección del que gocen los trabajadores en el ámbito del presente acuerdo.
El presente acuerdo no prejuzga el derecho de los interlocutores sociales a celebrar convenios, al nivel apropiado, incluido el nivel europeo, que adapten o completen sus disposiciones de una manera que tenga en cuenta las necesidades específicas de los interlocutores sociales afectados.

John Monks
General Secretary
of ETUC
(on behalf of the
trade union delegation)

Philippe de Buck
Secretary General
of BUSINESSEUROPE

Hans-Werner Müller
Secretary General
of UEAPME

Rainer Plassmann
Secretary General
of CEEP

ETUC / CES

EUROPEAN TRADE UNION CONFEDERATION
Bd. du Roi Albert II, 5
1210 Brussels
www.etuc.org

BUSINESSEUROPE

THE CONFEDERATION OF EUROPEAN BUSINESS
Av. de Cortenbergh 168
1000 Brussels
www.businesseurope.eu

UEAPME

EUROPEAN ASSOCIATION OF CRAFT SMALL AND MEDIUM-SIZED ENTERPRISES
Rue Jacques de Lalaing, 4
1040 Brussels
www.ueapme.com

CEEP

EUROPEAN CENTRE OF ENTERPRISES WITH PUBLIC PARTICIPATION AND OF ENTERPRISES OF GENERAL ECONOMIC INTEREST
Rue de la Charité, 15
1210 Brussels
www.ceep.eu

ANEXO IV

Guión de contenidos para la descripción de casos.

APARTADO	DESCRIPCIÓN Y ACLARACIONES
Título	Propuesta de título para la experiencia.
Identificación Contacto	Empresa, ubicación. Entidad/persona informante, vía de contacto. La empresa y el informante pueden no coincidir; por ejemplo, una empresa y su SPA.
Origen intervención	Cómo/quién se detectó la necesidad: identificación del riesgo, evaluación de riesgos, evaluación psicosocial, intervención ergonómica, análisis de accidente, vigilancia de la salud, negociación colectiva, conflicto laboral, etc. / Dirección, trabajadores, sindicatos, SP, CSS…
Contexto y antecedentes	Características empresa: sector actividad, tamaño, organización de la prevención. Colectivo destinatario (ocupación, características principales, tamaño), duración intervención, tiempo transcurrido desde la detección de la necesidad hasta la intervención propiamente dicha.
Objetivos intervención	Generales. Específicos. A corto, medio y largo plazo.
Marco teórico	Modelo teórico o enfoque conceptual en que se ubica la intervención (cuando exista uno definido).
Factores sobre los que se actúa	Factores o dimensiones psicosociales sobre los que se pretende incidir o actuar.
Fases	Descripción de las acciones realizadas, detallando las distintas etapas del proceso, la metodología empleada y la duración de cada una.
Agentes implicados y funciones	Agentes externos: SPA, Inspección de Trabajo, consultoras, universidades, organismos asesores de la Administración, sindicatos, colegios profesionales ... Agentes internos: trabajadores, mandos intermedios, dirección, delegados de personal, delegados de prevención, comité de empresa, CSS, SPP, personal sanitario ... Especificar el papel que cada uno de los agentes ha jugado en las diferentes fases de la intervención, así como los mecanismos o técnicas que se han utilizado para ello. El término participación resulta demasiado genérico y puede ser interpretado de multitud de formas diferentes. Le pedimos que detalle quién o quiénes lideraron, fueron consultados, tomaron decisiones finales, propusieron acciones, priorizaron, identificaron problemas, analizaron causas, evaluaron resultados, etc. Y también si lo hicieron mediante círculos de salud, grupos de discusión, entrevistas, cuestionarios, grupos de trabajo, observaciones compartidas, *delphis*, actividades formativas, etc. Se trata de obtener la mayor información posible sobre la implicación de los distintos agentes intervinientes, ya que ese es uno de los factores determinantes del éxito en una experiencia de este tipo. Tiene que ver también con que haya un claro reparto de tareas y responsabilidades entre todos los implicados, y con que la organización disponga de las estructuras de apoyo suficientes para una intervención de este tipo.

continúa en la página siguiente

Materiales y documentos	Materiales de soporte (trípticos, folletos, carteles, programas, CD, etc.) que formen parte de la intervención o constituyan *outputs* de la intervención Fotografías o documentos gráficos y/o audiovisuales que puedan servir para ilustrar la intervención.
Resultados obtenidos	Resultados medibles. Resultados no medibles, imprevistos, colaterales o no relacionados con los objetivos. Los resultados son "con lo que me encuentro después de intervenir"; la evaluación es comparar esos resultados con los objetivos marcados utilizando unos indicadores preestablecidos (por ejemplo: no sabemos si una disminución del 5% del absentismo es suficiente o no; es el objetivo esperado o no; se atribuye sólo a la intervención o hay otros muchos factores que pueden explicarla...)
Evaluación de la intervención	Evaluación del resultado: indicadores empleados para valorar la eficacia y/o medir el impacto de la intervención; momento temporal en que se aplican. Evaluación del proceso: indicadores empleados para valorar la eficacia; momento temporal en que se aplican. Evaluación cuantitativa y cualitativa. Indicadores de cambio a corto y a largo plazo.
Coste	Importe económico presupuestado (si lo hubo), recursos temporales y humanos previstos/empleados, evaluación coste-beneficio/eficacia (por ejemplo, en tiempo/participante).
Valoración final	Principales dificultades encontradas para llevar a cabo la intervención. Principales aprendizajes extraídos de la intervención, criterios de éxito de la intervención.
Bibliografía de referencia	Si pocede, siguiendo las normas Vancouver.

ANEXO V

Acuerdo entre la UPV/EHU y las organizaciones sindicales representativas en la UPV/EHU sobre prevención y solución de quejas en materia de acoso.

Preámbulo

Este Acuerdo tiene por objeto establecer un método progresista basado en la coparticipación entre la UPV/EHU y los sindicatos (en adelante las Partes), que se aplique a la prevención y a la solución rápida de las quejas relativas a todas las modalidades de acoso, con las debidas garantías, procedimientos imparciales y justicia natural, tomando en consideración la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos a los demás. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que aquí se reconocen se interpretarán de conformidad con la declaración Universal de los Derechos Humanos, la declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo, el Ordenamiento jurídico vigente y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ya ratificados por el Estado.

Las Partes reconocen que el presente Acuerdo es una mejora de las estructuras y procedimientos de prevención y solución existentes.

Artículo 1

Principios directores

1.1. Toda persona tiene derecho a recibir un trato cortés, respetuoso y digno. En virtud de este derecho, la UPV/EHU reconoce la necesidad de adoptar medidas para garantizar que todos los miembros del personal disfruten de igualdad de oportunidades y de trato. Las Partes reconocen que todas las formas de acoso constituyen no sólo una afrenta al trato equitativo sino también una falta grave que no puede ni debe ser tolerada. En consecuencia, las Partes se comprometen a garantizar un entorno laboral exento de todo tipo de acoso.

1.2. Los comportamientos antedichos ocasionan daños a la salud mental o física y al bienestar de los individuos. Consecuentemente dichos comportamientos pueden llegar a ser calificados como maltrato físico y/o psicológico a las personas. También socavan los objetivos y la labor de la UPV/EHU y empañan su reputación. Por consiguiente, las Partes acuerdan que toda persona que considere que ha sido objeto de acoso deberá tener derecho a presentar queja y ello sin menoscabo de las acciones civiles y/o penales que la persona acosada pueda ejercitar. En este caso la UPV/EHU podrá personarse como acusación particular, sin perjuicio de las acciones disciplinarias que pueda adoptar.

1.3. La UPV/EHU garantiza el derecho a invocar los procedimientos previstos en el presente Acuerdo sin temor a ser objeto de intimidación, ni de trato injusto, discriminatorio o desfavorable. Dicha protección se aplicará por igual tanto a las personas que formulen un alegato como a aquellas que faciliten información en relación con dicho alegato o que presten asistencia de algún otro modo en cualquier procedimiento previsto en el presente Acuerdo.

1.4. Las Partes acuerdan que todas las personas protegidas que presenten una queja de acoso tendrán derecho a solicitar al superior jerárquico correspondiente, como una de las medidas

cautelares, dejar de trabajar con la persona denunciada sin temor a ser objeto de ningún tipo de trato desventajoso o injusto ni de represalias.

1.5. Las Partes acuerdan que toda violación de los derechos establecidos en el presente Acuerdo será objeto de medidas disciplinarias y de otras medidas que se consideren apropiadas. Para ello, la decisión del Comité Arbitral será trasladada al Rector de la UPV/EHU, quien adoptará las medidas oportunas.

1.6. Las Partes acuerdan formular y aplicar estrategias — que incluirán elementos de información, educación, capacitación, seguimiento y evaluación — con el objetivo no sólo de prevenir el acoso sino también de influir sobre las actitudes y comportamientos de las personas que integran a la UPV/EHU de conformidad con el espíritu y la intención del presente Acuerdo. Tanto los personas que ocupen cargos de responsabilidad como el resto del personal recibirán formación respecto del funcionamiento práctico de este Acuerdo.

1.7 Las Partes destacan que incumbe a todo el personal la responsabilidad de cumplir con las disposiciones en materia de acoso establecidas en el presente Acuerdo. Las Partes desarrollarán todos los esfuerzos para garantizar que todo el personal colabore para la aplicación y el funcionamiento eficaz del presente Acuerdo.

1.8. Las Partes reconocen su obligación de salvaguardar el derecho a la intimidad y la confidencialidad durante todo proceso abarcado por este Acuerdo. Toda la información relativa a quejas en materia de acoso se manejará de modo que se proteja el derecho a la intimidad de todos los implicados.

1.9. La UPV/EHU reconoce el papel de los sindicatos en lo que atañe a la representación de cualquier persona protegida, que así lo solicite, en relación con los asuntos objeto del presente Acuerdo. Asimismo, reconoce el derecho de los sindicatos a estar informados de todas las denuncias de acoso presentadas y su resolución. Éstos, a su vez, se comprometen a salvaguardar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad en los términos expresados en el punto 8 del presente artículo.

1.10. Las Partes acuerdan que se facilitará la asistencia y el apoyo necesarios para asegurarse que, cuando sea posible, un alegato de acoso pueda solucionarse de manera extraoficial entre las partes directamente implicadas.

1.11. Las Partes reconocen que, cuando no se logre llegar a una solución extraoficial entre las partes directamente implicadas, deberán aplicarse los procedimientos previstos en el presente Acuerdo para garantizar que la cuestión se trate con justicia, confidencialidad y oportunidad.

1.12. En todo caso, la propuesta planteada en cualquiera de las vías que se establecen en el presente acuerdo no podrán afectar a derechos de terceras personas, ni su interposición será obstáculo para la tramitación o resolución de los recursos y reclamaciones que conforme a la Ley de procedimiento correspondan.

1.13. La iniciación del procedimiento establecido en el presente Acuerdo, por cualquiera de sus vías, ni interrumpe ni amplia los plazos de reclamaciones y recursos establecidos en la normativa vigente.

1.14.Sin perjuicio de las medidas cautelares que se adopten, la interposición de una demanda civil o de una querella criminal dejará en suspenso el procedimiento que se contempla en este Acuerdo.

1.15 La UPV/EHU proporcionará a las partes implicadas en quejas en materia de acoso la asistencia que corresponda, que incluirá el asesoramiento.

1.16. Las Partes reconocen la necesidad de proporcionar distintos procedimientos alternativos a los legalmente vigentes para la resolución de conflictos a fin de que pueda responderse adecuadamente a la amplia gama de quejas en materia de acoso que pueden plantearse.

1.17 El Servicio de Prevención de la UPV/EHU constituye en este acuerdo una pieza básica y fundamental como elemento de información y asesoramiento y al mismo podrán acudir tanto las personas protegidas como las demandadas y todas cuantas se contemplen en el mismo (Aldezle, Comité Arbitral, Gerente, etc.)

Artículo 2

Definiciones

A efectos del presente Acuerdo:

2.1. La expresión «persona protegida» se refiere a las personas amparadas por el presente Acuerdo, e incluye a:

a) los/as miembros del profesorado;

b) los/as miembros del PAS;

c) toda persona que se haya encontrado en alguna de las situaciones descritas en los párrafos a) a b) antes citados y que alegue que su relación con la UPV/EHU llegó a su término (en forma de dimisión, despido o de otro modo) debido a una situación de acoso, y que invoque el presente procedimiento en un plazo de tres meses desde la fecha en que terminó dicha relación;

2.2. La expresión «demandante» se refiere a toda persona protegida que haya planteado una queja en virtud del presente Acuerdo.

2.3. La expresión «demandado» se refiere a toda persona respecto de la cual se haya formulado un alegato de acoso.

2.4. En el proceso ante el Comité Arbitral, la expresión «participantes» se refiere al demandante, al demandado y a la UPV/EHU.

2.5. La expresión «representante de los sindicatos» se refiere a los miembros de la Junta de Personal o del Comité de Empresa, a los miembros acreditados de los sindicatos, a los delegados de prevención o a cualquier miembro del personal que los sindicatos designen para representarlos.

2.6. La expresión «días» se refiere a días hábiles.

2.7. La expresión «queja en materia de acoso» se refiere a la comunicación a los órganos competentes de la situación de acoso por los medios y procedimientos establecidos en el Acuerdo encaminada a iniciar un proceso de solución de un conflicto derivado por un presunto acoso.

2.8. La expresión «acoso» abarca todo acto, conducta, declaración o solicitud que pueda con-

siderarse discriminatorio, ofensivo, humillante, intimidatorio o violento, o bien una intrusión en la vida privada. Incluye los supuestos que se recogen a continuación, si bien estos no conforman una lista cerrada:

a) intimidación: agresión repetida o persistente, perpetrada por una o más personas, ya sea verbal, psicológica o física, en el lugar de trabajo o en conexión con el trabajo, que tiene como consecuencia la humillación, el menosprecio, el insulto, la coacción o la discriminación de una persona protegida. La intimidación puede manifestarse a través de:

I) medidas destinadas a excluir o aislar de la actividad profesional a una persona protegida;

II) ataques persistentes y negativos al rendimiento personal o profesional;

III) la manipulación de la reputación personal o profesional de una persona protegida a través del rumor, la denigración y la ridiculización;

IV) el abuso de poder a través del menosprecio persistente de la labor de una persona protegida, o de la fijación de objetivos con plazos poco razonables o inalcanzables, o de la asignación de tareas imposibles;

V) el control desmedido o inapropiado del rendimiento de una persona protegida; VI) la denegación inexplicable o infundada de periodos de licencia y formación.

VII) El vaciamiento paulatino del ejercicio de las funciones inherentes a su puesto de trabajo;

b) acoso sexual: toda conducta no deseada de carácter sexual, en el lugar de trabajo o en conexión con el trabajo, que haga que una persona protegida se sienta humillada, coaccionada, discriminada o insultada. Puede considerarse acoso sexual el comportamiento sexual coercitivo utilizado para controlar, influir o afectar al empleo, la carrera profesional o la situación de una persona protegida. También puede manifestarse cuando una o más personas someten a una persona protegida, en cualquier plano, a un comportamiento ofensivo o humillante sobre la base del sexo o la sexualidad de dicha persona protegida, aun cuando pueda no existir una repercusión aparente sobre la carrera o el empleo de la persona protegida de que se trate. El acoso sexual puede manifestarse de diversas formas, entre las que cabe incluir:

I) el contacto físico deliberado y no solicitado, o un acercamiento físico excesivo e innecesario;

II) comentarios o gestos repetidos de carácter sexual acerca del cuerpo, la apariencia o el estilo de vida de una persona protegida;

III) llamadas telefónicas, cartas o mensajes de correo electrónico de carácter ofensivo;

IV) la persecución reiterada y ofensiva contra la integridad e indemnidad sexual;

V) la exposición o exhibición de gráficos, viñetas, dibujos, fotografías o imágenes de Internet de contenido sexualmente explícito, no consentidas y que afecten a la integridad e indemnidad sexual;

VI) preguntas o insinuaciones acerca de la vida privada de una persona protegida, que afecten a la integridad e indemnidad sexual;

VII) bromas o proposiciones sexualmente explícitas que afecten a la integridad e indemnidad sexual;

La prohibición del acoso sexual abarca los comportamientos en el lugar de trabajo o en funciones sociales ligadas al trabajo, durante los viajes o misiones emprendidos en relación con el trabajo, o durante la labor realizada sobre el terreno en relación con proyectos en los que participe la UPV/EHU.

c) Acoso por razones ideológicas y/o por pertenencia a organizaciones políticas o sindicales. Este se manifiesta en lo siguiente: I) acciones destinadas a discriminar, excluir o aislar a una persona por su pertenencia a una organización política o sindical.

II) acciones destinadas a obstaculizar y desacreditar la actuación representativa sindical.

III) la manipulación de la reputación personal o profesional de las personas por su adscripción ideológica o sindical, mediante la difamación, ridiculización o desacreditación.

2.9. La expresión «conciliación» se refiere al proceso por el que un conciliador alienta a las Partes a resolver las cuestiones objeto de litigio entre ellas y a alcanzar una conclusión mutuamente aceptable, lógicamente, en aquellas materias de las que libremente puedan disponer sin afectar a derechos de terceras personas.

2.10. La expresión «superior jerárquico correspondiente» se refiere al superior directo de la persona protegida o a cualquier superior jerárquico.

2.11. El Aldezle o Defensor Universitario de la UPV/EHU tiene como funciones estatutarias las de: velar por el respeto de los derechos y las libertades de los distintos miembros y colectivos que forman la comunidad universitaria, ante los órganos y servicios universitarios y proveer y desarrollar modos alternativos, no adversariales e imparciales, para prevenir y resolver los problemas y conflictos relacionados con la actividad universitaria en todos sus niveles.

Artículo 3

Prevención

3.1. Todas las personas protegidas recibirán una copia del presente Acuerdo. Las Partes se asegurarán de que todas las personas protegidas conozcan de la existencia del presente Acuerdo y procederá a preparar una guía, destinada a todas las personas protegidas, sobre las consecuencias del presente Acuerdo y el funcionamiento del procedimiento aplicable a las quejas en materia de acoso.

3.2. Se facilitará a todas las personas protegidas formación completa, periódica y permanente sobre prevención del acoso sexual, la intimidación y cualquier otra modalidad de acoso.

3.3. La UPV/EHU proporcionará a los servicios con responsabilidad en prevención y en formación, capacitación e información en materia de prevención del acoso en general, y sobre el funcionamiento del presente Acuerdo en particular. Este apartado será también de aplicación a los delegados de prevención. Las personas representativas de las partes que suscriben el presente acuerdo que de algún modo vayan a participar en el proceso

3.4. Se facilitará información acerca del presente Acuerdo a todas las personas protegidas cuando accedan por primera vez al ámbito del presente Acuerdo.

3.5. En el plazo de 30 días desde la firma del presente Acuerdo, la UPV/EHU publicará una declaración sobre prevención y resolución de los casos de acoso dirigida a todas las personas protegidas, y en la que se reflejen los principios directores recogidos en el artículo 1 del presente Acuerdo. Dicha declaración también se comunicará a todas las personas protegidas durante los procesos de incorporación, formación y capacitación a los que se refieren los párrafos anteriores.

3.6. La UPV/EHU creará y mantendrá en lntranet páginas dedicadas a la información sobre la prevención y resolución del acoso y al funcionamiento del presente Acuerdo.

3.7. La UPV/EHU creará y mantendrá fuentes de información más completas y detalladas en relación con la prevención y la solución de los casos de acoso, para uso de las personas protegidas, que deseen obtener dicha información.

3.8. A fin de realizar el seguimiento y la evaluación de la aplicación del presente Acuerdo, el Servicio de Prevención de la UPV/EHU llevará a cabo encuestas y estudios anónimos. Dichas encuestas deberán evaluar la naturaleza y frecuencia de los casos de acoso que se produzcan en relación con el trabajo en la UPV/EHU. El Servicio de Prevención de la UPV/EHU hará públicos la información y los datos recogidos.

Artículo 4

Disposiciones generales

4.1 Inicio del Procedimiento

El procedimiento se iniciará por medio de queja que se presentará por escrito individual de la persona denunciante o de su representante legal. En base al principio de economía procedimental, cabe la acumulación de quejas idénticas o similares.

4.2. Comunicación de información, respeto de la intimidad y confidencialidad

Cuando una persona protegida someta una queja en materia de acoso e invoque los medios previstos en el presente Acuerdo para su resolución, el/la demandante y el/la demandado/a tendrán derecho a que se les comunique todo el material pertinente en relación con el resultado del proceso, con arreglo a las condiciones siguientes:

a) la expresión «todo el material pertinente a efectos del resultado del proceso» se refiere a todos aquellos documentos e informaciones conservados o

b) cuando la UPV/EHU, el/la demandante o el/la demandado/a tengan reservas a facilitar documentos o información pertinentes, deberá solicitar inmediatamente la opinión del/la ALDEZLE acerca de si deben o no facilitarse tales documentos o información. El/la ALDEZLE formulará una recomendación al solicitante con carácter de urgencia, a más tardar diez días después de la fecha de la solicitud, que deberá ser respondida por escrito ante el Aldezle en el plazo de diez días desde la fecha de recepción de dicha recomendación. En la respuesta deberá fundamentar la decisión adoptada sobre la cuestión.

4.3. Resolución extraoficial de las quejas en materia de acoso

La UPV/EHU no conservará ningún registro específico en relación con el proceso extraoficial de resolución de las quejas en materia de acoso.

En aquellos procesos extraoficiales en los que participe algún miembro del Servicio de Prevención, se archivará la correspondiente documentación en el archivo del Servicio, de acuerdo con la legislación vigente.

4.4. Plazos

En caso de incumplimiento del plazo fijado para responder a la presentación de una queja en materia de acoso, el/la demandante tendrá derecho a iniciar la fase siguiente del procedimiento.

Articulo 5

Resolución extraoficial de los incidentes en materia de acoso

5.1. Se alienta a las personas protegidas que consideren que han sido o están siendo objeto de acoso a que traten de resolver en primera instancia el asunto directamente y de manera extraoficial con el individuo o el grupo de que se trate. En este sentido, podrá obtenerse información y asesoramiento por parte de:

a) el superior jerárquico que corresponda al miembro del personal;

b) el/la ALDEZLE o persona que éste designe

c) el/la Jefe del Servicio de Prevención o persona que éste designe

d) un/a representante de los sindicatos e) el/ la Vicegerente de Personal o persona que éste designe

f) el/ la Vicerrector/a de Profesorado o persona que éste designe

5.2. Para entrevistarse con el/la demandado/a, el/la demandante podrá hacerse acompañar por cualquiera de las personas antes citadas o por otra persona protegida, las cuales podrán, si así lo solicita el/la demandante, tratar O facilitar el proceso de resolución extraoficial a través de la conciliación y la mediación. Todo intento de resolver el asunto de manera extraoficial deberá tener lugar lo antes posible después del alegato de acoso.

5.3 Si una persona protegida considera que la resolución extraoficial no es procedente, se prolonga innecesariamente o no ha tenido éxito, podrá acogerse inmediatamente a cualquiera de las opciones incluidas en el proceso de resolución mediante el diálogo.

5.4 En la resolución extraoficial de los incidentes contemplados en este artículo, el plazo de resolución será de 10 días desde la presentación de la queja.

Proceso de solución mediante el diálogo

Artículo 6

Inicio del proceso

6.1. Las personas protegidas que consideren que han sido o están siendo objeto de acoso podrán tratar de resolver sus quejas en esta materia acudiendo a cualquiera de las siguientes instancias:

a) una reunión entre el superior jerárquico correspondiente y la persona protegida;

b) el proceso ante el/la ALDEZLE.

6.2. Todo/a demandante que desee invocar los procedimientos previstos en el articulo 6.1 deberá hacerlo en un plazo máximo de dos meses desde que se produjo el incidente o incidentes que dieron lugar a la queja en materia de acoso o, si la queja en materia de acoso se refiere a una conducta persistente, en un plazo de tres meses desde la última fecha en que se vio afectado por dicha conducta. En caso de que una persona protegida desee invocar el procedimiento pese a haber transcurrido el plazo fijado, deberá remitir una solicitud por escrito al ALDEZLE, que podrá decidir si la queja debe examinarse pese al retraso. Las decisiones del/la ALDEZLE a este respecto serán definitivas y contra las mismas no cabrá recurso.

Artículo 7

Papel de los superiores jerárquicos

7.1. Con el fin de resolver una queja en materia de acoso, un/a demandante podrá solicitar una reunión extraoficial y privada con cualquiera de los superiores jerárquicos correspondientes. De formularse la solicitud, el superior jerárquico deberá prestar asistencia al demandante proporcionando información y asesoramiento en cuanto a las posibles maneras de resolver la queja en materia de acoso. Salvo que el/la demandante disponga otra cosa, el superior jerárquico deberá considerar privada y confidencial tanto cualquier reunión de este tipo como el hecho de que haya sido solicitada. No se conservará ningún registro de la misma.

Artículo 8

Papel del/la ALDEZLE

8.1. Al tratar de quejas en materia de acoso en virtud del presente Acuerdo, el/la ALDEZLE desempeñará las funciones principales siguientes:

a) la investigación de las quejas en materia de acoso, a fin de establecer los hechos en tales casos;

b) la formulación de propuestas para la solución de las quejas en materia de acoso;

c) el examen de cuestiones específicas a las que se refiere el presente Acuerdo.

8.2. En el desarrollo de sus actividades, el/la ALDEZLE actuará con independencia respecto de las Partes en el presente Acuerdo, y ejercerá las funciones correspondientes con plena autonomía.

8.3. Dentro de los limites fijados en el articulo 1.8, el/la ALDEZLE presentará a las Partes un informe anual sobre las actividades emprendidas, las recomendaciones formuladas y las medidas que haya adoptado durante el ejercicio correspondiente.

Artículo 8

Remisión de casos al ALDEZLE

9.1. Un/a demandante podrá referir al ALDEZLE una queja en materia de acoso, ya sea directamente o bien cuando no le parezca oportuno recurrir al proceso descrito en los artículos 5 a 7 o estén en desacuerdo con el resultado del mismo.

9.2. Un/a demandante podrá referir al ALDEZLE una queja en materia de acoso mediante declaración escrita presentada en el plazo fijado en el artículo 6.2. La declaración deberá incluir los siguientes detalles:

a) el nombre del/ de la demandante y la manera de comunicarse con él;

b) la naturaleza de la queja en materia de acoso que se somete;

c) si el/la demandante solicita una reunión con el/la ALDEZLE; y
d) cualquier otro detalle que el/la demandante desee facilitar.

9.3. Una vez que el/la ALDEZLE haya recibido la declaración escrita con arreglo a lo dispuesto en el artículo 9.2, podrá iniciar la investigación de acuerdo con el artículo 8.

9.4. En el desarrollo de su investigación, el/la ALDEZLE podrá solicitar declaraciones a aquellas personas que considere oportuno en relación con la queja en materia de acoso. El/La ALDEZLE también podrá celebrar reuniones o discusiones con dichas personas.

9.5. Al cumplir con su cometido, el/la ALDEZLE podrá requerir la presentación de cualquier documento o información que considere pertinentes.

Artículo 10

Procedimiento ante el/la ALDEZLE

10.1. El/La ALDEZLE podrá organizar reuniones con el/la demandante, el/la demandado/a o cualquier otra persona que considere oportuno mediante simple notificación, con las siguientes limitaciones:

a) una reunión conjunta con el/la demandante y el/la demandado/a sólo tendrá lugar con el consentimiento previo de los mismos;

b) cuando un/a demandante o un/a demandado/a solicite una reunión en privado con el/la ALDEZLE, se le concederá.

10.2. La conducción de las reuniones conjuntas quedará a discreción del ALDEZLE.

10.3. El/La demandante y el/la demandado/a tendrán derecho a ser asistidos en las reuniones por sendos representantes o asesores. También tendrán derecho a hacerse acompañar durante las reuniones por un/a representante de los sindicatos.

10.4. Tras una reunión, el/la ALDEZLE podrá iniciar nuevas conversaciones o investigaciones que le permitan cumplir con sus funciones en virtud del artículo 8.

Artículo 11

Informe del/de la ALDEZLE

11.1. El/la ALDEZLE preparará un informe detallado sobre los resultados del caso remitido y/o del proceso y, de ser posible, formulará propuestas para la solución de la queja.

11.2. Si el/la ALDEZLE no lograra formular una propuesta de solución, presentará un informe fundamentado explicando los motivos que impidieron resolver la queja.

11.3. Se distribuirán copias del informe del/de la ALDEZLE a:

a) el/la demandante;

b) el/la demandado/a;

c) el superior jerárquico correspondiente (si el/la demandante refirió inicialmente la queja en materia de acoso a dicho superior jerárquico).

11.4. Se darán copia de las propuestas de solución formuladas por el/la ALDEZLE a toda persona de la que se requiera la adopción de medidas para llevar dichas propuestas a la práctica.

11.5. El/La ALDEZLE y las personas que reciban copia de su informe tienen la obligación de respetar el carácter confidencial del mismo.

Artículo 12

Plazos

12.1. El/La ALDEZLE dispondrá de un plazo de 30 días desde la fecha de la notificación inicial de la queja en materia de acoso para tratar de encontrar una solución y presentar su informe a las personas que se citan más arriba, en los párrafos 11.3 y 11.4. Antes de que haya finalizado este plazo, el mismo podrá prolongarse por el Aldezle, por otros 30 días, esto es, hasta un máximo de 60 días, previa notificación a los interesados.

Artículo 13

Conclusión del procedimiento de solución mediante el diálogo

13.1. Si no queda satisfecho con la propuesta de solución de la queja en materia de acoso formulada por el/la ALDEZLE, o la acción propuesta por el/la ALDEZLE no se lleva a la práctica, el/la demandante podrá referir la queja al Comité Arbitral en un plazo de 30 días desde la fecha de recepción del informe del/de la ALDEZLE.

Solución mediante pronunciamiento

Artículo 14

El Comité Arbitral

Funciones y Composición

14.1. El procedimiento del Comité Arbitral consistirá en un examen completo de los hechos y/o argumentos objeto de discrepancia entre el/la demandante y el/la demandado/a, tomando en consideración el carácter delicado de las quejas en materia de acoso. Culminará con una propuesta de acción formulada por el Comité Arbitral.

14.2. El Comité Arbitral estará integrado por seis personas: tres en representación de la UPV/EHU y tres en representación de la parte social. Uno de los representantes de la UPV/EHU será el presidente y otro el secretario. La representación social se establecerá de forma rotatoria entre los sindicatos con representación en la UPV/EHU, en turnos que posibiliten que todas las organizaciones sindicales participen en similar número de procedimientos. Cada parte designará sus representantes titulares y suplentes.

14.3 A los componentes del Comité Arbitral les será de aplicación lo establecido en los artículos 28 (abstención) y 29 (recusación) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, de Procedimientos Administrativo

Artículo 15

Remisión al Comité Arbitral

15.1. El/La demandante por sí solo o través de representante podrá remitir al Comité Arbitral la queja en materia de acoso mediante notificación escrita, en un plazo de 30 días a partir de la recepción del informe del/de la ALDEZLE.

15.2. La notificación escrita incluirá lo siguiente:

a) nombre del/de la demandante y manera de comunicarse con él;

b) naturaleza de la queja en materia de acoso que se somete a la consideración;

c) cualquier acción propuesta por el superior jerárquico correspondiente;

d) copia del informe del/de la ALDEZLE;

e) descripción de la solución preferida por el/la demandante;

f) nombres de los/as testigos (de existir) que el/la demandante solicita sean escuchados por el Comité Arbitral, y si solicita una vista oral;

g) copia de toda la documentación acreditativa y de cualquier otra información que se considere pertinente.

Artículo 16

Procedimiento ante el Comité Arbitral

16.1. Una vez que se haya notificado oficialmente la queja en materia de acoso al Comité Arbitral, este último instará al demandado y de considerarlo necesario, al/os órgano/s de la UPV/EHU que entienda oportuno a que formulen por escrito cualquier declaración que deseen hacer. Al escrito acompañarán la documentación que estimen pertinente y podrán solicitar la celebración de vista oral. Dichas declaraciones serán notificadas al Comité Arbitral en el plazo especificado por éste al solicitarlas.

16.2 El/La Presidente del Comité Arbitral dirigirá las labores del mismo. De considerarlo oportuno, los miembros del Comité Arbitral elaborarán normas de procedimiento para el examen de los casos, siempre sujetas a las disposiciones del presente Acuerdo. El/La Presidente estará facultado/a para decidir sobre cuestiones de procedimiento, en consulta con los demás miembros del Comité Arbitral.

16.3. Una vez que el Comité Arbitral haya recibido las declaraciones escritas, tanto del demandante como del demandado y de la UPV/EHU decidirá a petición de parte o de oficio acerca de la necesidad de una vista oral. La decisión del Comité Arbitral en relación con las vistas orales será definitiva e inapelable; en caso de denegar la celebración de una vista oral, el Comité Arbitral dará a conocer los motivos específicos para la denegación.

El/La demandante, el/la demandado/a y el/la representante de la UPV/EHU tendrán derecho a estar presentes durante una vista oral.

A efectos del examen, el/la demandante, el/la demandado/a y la UPV/EHU tendrán derecho a nombrar a un representante en los siguientes términos:

a) el/la demandante y el/la demandado/a tendrán derecho a hacerse representar y acompañar por un/a representante de los sindicatos o por cualquier otro representante de su elección;

b) la UPV/EHU tendrá derecho a nombrar un representante de su elección.

La vista oral se llevará a cabo con arreglo a un procedimiento imparcial, conforme a las normas establecidas por el Comité Arbitral para las quejas en materia de acoso.

El Comité Arbitral conservará un acta de la vista. Los/as participantes tendrán derecho a examinar y a obtener copias del acta.

16.4. El Comité Arbitral podrá exigir en todo momento a cualquiera de los participantes la presentación de documentos o información. Los citados documentos o información deberán faci-

litarse en el plazo fijado por el Comité Arbitral. El Comité Arbitral hará llegar inmediatamente a los participantes copias de los documentos o de la información, salvo cuando decida por unanimidad no comunicar dicha información y proporcione por escrito una decisión razonada a los participantes. El Comité Arbitral fijará un plazo para que los participantes puedan presentar alegaciones. Además, el Comité Arbitral podrá solicitar el asesoramiento o la opinión de expertos de cualquier procedencia. En el examen de una queja en materia de acoso, el Comité Arbitral podrá invitar al/a la ALDEZLE a facilitar información y opiniones.

16.5 Durante el procedimiento ante el Comité Arbitral, si los/as participantes deciden resolver la queja y alcanzar una solución mutuamente aceptable podrán solicitar en todo momento al Presidente del Comité Arbitral que les conceda tiempo para ello; durante el periodo de tiempo concedido por el Presidente, los plazos aplicables al proceso ante el Comité Arbitral (que se especifican en el articulo 16) quedarán en suspenso. Si el/la demandante y el/la demandado/a notifican, mediante un escrito conjunto al Presidente/a, haber alcanzado una solución mutuamente aceptable, se pondrá fin al proceso ante el Comité Arbitral.

Artículo 17

Plazos

17.1. El Comité Arbitral dispondrá de un plazo de 30 días desde la recepción de la notificación escrita para celebrar una vista y llegar a una conclusión en cuanto a la acción propuesta que deberá comunicarse al Rector. En el caso de que el Comité Arbitral decida que no puede completar dicha labor en un plazo de 30 días, deberá informar a los participantes que el plazo se amplia hasta un máximo de 45 días.

Artículo 18

Acción propuesta por el Comité Arbitral

18.1. El Comité Arbitral deliberará en sesión privada sobre la queja en materia de acoso. La acción que proponga será comunicada al Rector e incluirá únicamente la información siguiente:

a) un resumen de los principales hechos del caso, que resulten comprobados a juicio del Comité Arbitral;

b) un resumen de las diligencias ante el Comité Arbitral;

c) un resumen de los argumentos planteados por cada uno de los participantes, y

d) la propuesta razonada del Comité Arbitral en cuanto al fondo y a las soluciones, y si dicha propuesta se adoptó por unanimidad.

18.2. a) El Comité Arbitral comunicará su propuesta de acción a los participantes y al Rector en un plazo de 10 días a partir de la conclusión del examen.

b) El Rector decidirá, en un plazo de 15 días desde la remisión de la propuesta del Comité Arbitral, qué acción adoptar en el ámbito de sus competencias, en relación con la propuesta del mismo, y comunicará su decisión inmediatamente a los participantes.

c) En caso de que el Rector no responda dentro del plazo fijado en el párrafo anterior, la acción propuesta por el Comité Arbitral se considerará como la decisión tomada, que pasará a tener carácter vinculante.

d) Cuando el Rector no acepte la propuesta, dará explicaciones detalladas a las partes y al Comité Arbitral.

Artículo 19

Costas

Todas las costas resultantes de la vista ante el Comité Arbitral correrán a cargo de la UPV/EHU, con excepción de los gastos ligados a la representación externa.

Artículo 20

Intimidación o persecución

20.1 La UPV/EHU se asegurará de que las personas protegidas que consideren que han sido objeto de acoso, las que planteen una queja en materia de acoso o las que presten asistencia en cualquier proceso con arreglo al presente Acuerdo, por ejemplo facilitando información o interviniendo en calidad de testigo, o los miembros del Comité Arbitral, no serán objeto de intimidación, persecución, discriminación o represalias. Cualquier acción en este sentido se considerará como un asunto disciplinario.

20.2 Cuando la constatación de los hechos denunciados no sea posible, en ningún caso se tomarán represalias contra el trabajador denunciante, antes al contrario, se supervisará con especial atención la situación para asegurarse que el acoso no se produce. No obstante lo anterior, se adoptarán medidas contra las denuncias fraudulentas o que no respondan al objeto del presente procedimiento.

Artículo 21

Medidas transitorias

21.1 Las Partes reconocen que, en el proceso de aplicación, podrían surgir otros problemas de carácter transitorio. A petición de una de las Partes podrán negociarse con carácter de urgencia soluciones a dichos problemas de carácter transitorio.

21.2. Las quejas en materia de acoso que se planteen con arreglo a esta disposición transitoria se resolverán con arreglo a los procedimientos establecidos en el presente Acuerdo.

21.3 En tanto en cuanto el Aldezle no sea designado, las funciones que el presente procedimiento le otorga, serán ejercidas por el Servicio de Prevención.

Artículo 21

Cuestiones diversas

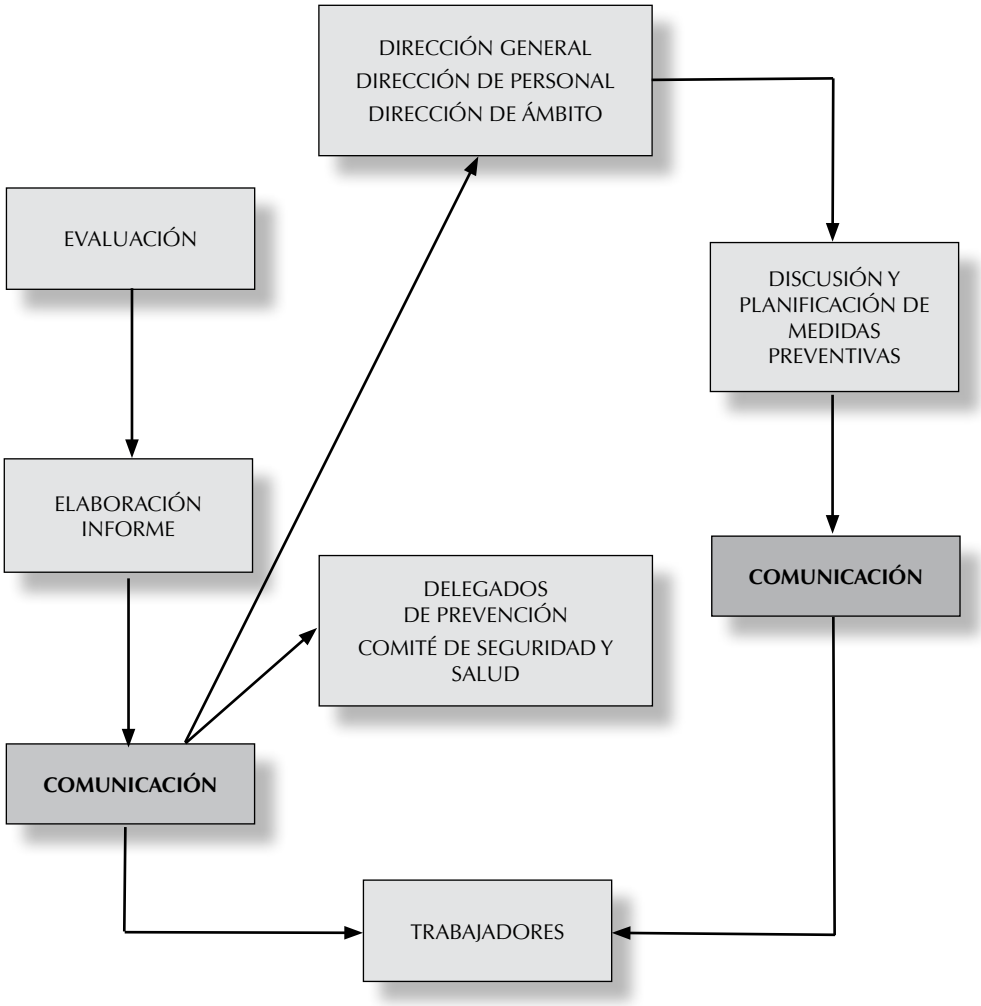
22.1. El presente Acuerdo entrará en vigor el día 1 de enero de 2004, y su validez será de dos años desde la fecha en que comience a aplicarse. Las Partes acuerdan revisar el funcionamiento del presente Acuerdo al final de dicho período. En adelante, o en ausencia de revisión, el Acuerdo seguirá en vigor indefinidamente, entendiéndose prorrogado si no mediara denuncia expresa de la mayoría de cualquiera de las Partes debiendo producirse ésta con una antelación de dos meses al término de su vencimiento.

22.2. Ninguna disposición del presente Acuerdo podrá suspenderse, modificarse, anularse o enmendarse en modo alguno, salvo acuerdo escrito firmado por las Partes. Las Partes, en el seno del Comité de Seguridad y Salud Intercampus, podrán volver a negociar cualquier apartado del presente Acuerdo.

POR FETE-UGT, POR LAB, POR ELA , POR STEE-EILAS ,
POR CC.OO., POR CSI-CSIF , POR LA ADMINISTRACION

ANEXO VI

Circuito de evaluación del riesgo psicosocial en la Corporació Sanitària Parc Taulí.



ANEXO VII

Extracto del BOE nº 246, de 14 de octubre de 1998, donde se publica el XII Convenio Colectivo de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles (RENFE), que recoge el Plan de acción contra la drogodependencia y el alcoholismo

PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA DROGODEPENDENCIA Y EL ALCOHOLISMO

Art. 556.- Políticas y Objetivos

Las actuaciones del Plan de Acción contra la Drogodependencia y el Alcoholismo que se establecen para todos los niveles de la Empresa, están orientadas hacia la consecución de objetivos de salud y seguridad y se realizarán con la participación y cooperación de todas las partes implicadas: dirección, sindicatos, y trabajadores.

Las actuaciones que se establezcan, irán dirigidas a reducir las causas y las consecuencias del consumo de drogas y alcohol en el medio laboral, mediante acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.

Los objetivos básicos del Plan son:

- Prevenir conductas de consumo de drogas y alcohol.
- Fomentar la responsabilidad y la colaboración de todo el colectivo laboral, en el cumplimiento de las políticas y normas establecidas en el plan.
- Proporcionar información, asesoramiento y tratamiento a los trabajadores afectados por este tipo de problemas, con el fin de que puedan reintegrarse en el medio socio-laboral.
- Prevenir y reducir la accidentalidad laboral.
- Mejorar la productividad y la calidad del trabajo.
- Reducir el absentismo.
- Armonizar las relaciones laborales.

La Comisión Mixta de Política Social será la encargada, como Comisión de Trabajo, de desarrollar, coordinar y controlar las acciones de los Programas de Prevención y Atención y Reinserción Laboral. Los gastos derivados de estos dos Programas correrán a cargo del Fondo de Ayudas Sociales, siendo esta Comisión la responsable del correspondiente control presupuestario.

Art. 557.- Desarrollo del Plan de Acción

El desarrollo del Plan se llevará a cabo a través de los siguientes programas:

Programa de Prevención

Establecerá medidas tendentes a cambiar o mejorar la calidad de vida y la educación para la salud, fomentando el autocontrol individual y colectivo ante le problema de la drogodependencia.

Las medidas a desarrollar serán:

- Informativas, mediante la elaboración de folletos, artículos, etc.. que fomenten la sensibilización y la participación del colectivo laboral ente el problema de las drogas.

- Formativas, proporcionando formación y capacitación a los profesionales que intervengan directamente en el Programa y a los estamentos de la empresa que puedan actuar como mediadores: Mandos, Representantes Sindicales, Comités de Seguridad y Salud ...
- Participativas, mediante la realización de actos públicos, jornadas, conferencias, mesas redondas, etc.. destinadas a potenciar y fomentar el nivel de información y participación del colectivo laboral.
- Otras medidas, como fomento de las actividades de tiempo libre (culturales, deportivas, recreativas)
- Mejora de las condiciones de trabajo y de calidad de vida laboral.
- Fomento de la salud, mediante reconocimientos médicos preventivos y asesoramiento en temas de salud.

El soporte básico del Programa de Prevención estará constituido por:

- Medios Propios: Personal especializado (médicos, ayudantes técnicos sanitarios, trabajadores sociales, psicólogos).
- Medios Comunitarios: Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y Municipales y otras instituciones de carácter público o privado con las que en su momento se establezcan convenios de colaboración.

Programa de Atención y Reinserción Laboral

La finalidad principal de este Programa se establece en proporcionar a la persona información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento que le facilite la ayuda necesaria para solucionar los problemas relacionados con el consumo de drogas y/o alcohol y que en última instancia le facilite los apoyos necesarios para lograr un estado en el que se encuentre física, psíquica y socialmente en condiciones de reintegrarse a la vida laboral y social.

El soporte del Programa estará constituido por:

Medios propios: Equipo de trabajo, con carácter interdisciplinar y que podrá estar compuesto por personal especializado y las instancias de la Empresa que oportunamente se determinen (Técnicos, Representantes Sindicales etc..).

Las funciones básicas de este equipo serán las siguientes:

- Detección de los casos y canalización de las demandas de atención.
- Evaluación de las demandas de atención.
- Información y asesoramiento.
- Oferta de tratamiento.
- Canalización y derivación hacia los Centros de Tratamiento.
- Seguimiento del proceso de tratamiento.
- Determinación del momento de alta y la reincorporación al trabajo.
- Seguimiento del proceso de vuelta al trabajo, para comprobar la adaptación.

Medios Comunitarios: en el proceso de atención, se utilizarán los distintos recursos comunitarios que puedan existir tanto en Ayuntamientos como en Comunidades Autónomas, así como los de carácter público o privado, con los que previamente se establezcan concierto de colaboración.

En cualquier caso, el proceso de atención seguirá criterios tendentes a un modelo personalizado y diversificado capaz de adecuarse a las características de la persona afectada.

En el desarrollo de la fase de atención se consideran de especial relevancia las vías de detección

de consumo que existen actualmente, que son los reconocimientos médicos y sondeos que se realizan al personal de circulación, que afectan a una gran parte de la plantilla, y en las que el componente de seguridad es muy importante para enfocar el tratamiento del tema, teniendo en cuenta que pudiera no existir una voluntariedad inicial hacia la oferta de tratamiento.

En cambio, para el resto del personal sobre el que no se realiza determinación de consumo de drogas, y que de forma voluntaria puede solicitar asesoramiento o tratamiento, bien a través de los Representantes Sindicales, Servicios Médicos, Psicología Laboral, etc.. , puede darse una motivación hacia el tratamiento con menos componentes conflictivos desde el punto de vista laboral.

En este sentido las actuaciones a seguir en la fase de atención serán:

1º.- Personal de Circulación

a) En el caso de solicitar voluntariamente el tratamiento sin que haya habido detección a través de las pruebas analíticas, las fases a seguir son:

- Evaluación y estudio del caso por el responsable del Programa de Atención y Reinserción Laboral, con el fin de asesorar y orientar al trabajador sobre las opciones existentes y las más adecuadas en cada caso.
- Retirada provisional del puesto de trabajo mediante comunicación de "no aptitud temporal", a la UN correspondiente.
- Oferta de tratamiento y formalización por escrito de la conformidad del trabajador, aceptando las condiciones del Programa de Atención y Reinserción Laboral.
- Iniciación del tratamiento, gestionando a través de los Servicios Médicos el período de Incapacidad Temporal del trabajador.
- Seguimiento del proceso de tratamiento para determinar en el momento de la reincorporación al trabajo la conveniencia o no de continuar con su trabajo habitual. De la misma forma la Jefatura de Psicología Laboral deberá evaluar las condiciones psicológicas para determinar su aptitud. En los casos en que se considere que no es posible, los Servicios Médicos le calificarán como "no apto" y se *acoplará* por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

En el caso de que se produzca el fracaso o la interrupción del tratamiento, los Servicios Médicos le calificarán como "no apto" y se acoplará por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

b) Cuando exista una detección previa de consumo, a través de los reconocimientos médicos o sondeos, las actuaciones serán:

- Retirada provisional del puesto de trabajo mediante comunicación de "no aptitud temporal", a la UN correspondiente.
- Comunicación inmediata y directa de los casos en que haya resultados positivos a drogas y/o alcohol al Responsable del Programa de Atención, que efectuará un estudio y evaluación del caso con el fin de asesorar, orientar e informar al trabajador de su situación.
- De este estudio y evaluación, puede resultar un período de "seguimiento", con el fin de comprobar el no consumo antes de ser reintegrado a su puesto de trabajo, o una oferta de "tratamiento"; en este último caso se seguirán los mismos pasos que en apartado a) relativos a:
- Oferta de tratamiento y formalización por escrito de la conformidad del trabajador, aceptando las condiciones del Programa de Atención y Reinserción Laboral.
- Iniciación del tratamiento, gestionando a través de los Servicios Médicos el período de Incapacidad Temporal del trabajador.

- Seguimiento del proceso de tratamiento para determinar en el momento de la reincorporación al trabajo la conveniencia o no de continuar con su trabajo habitual. De la misma forma la Jefatura de Psicología Laboral deberá evaluar las condiciones psicológicas para determinar su aptitud. En los casos en que se considere que no es posible, los Servicios Médicos le calificarán como "no apto" y se acoplará por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

En el caso que se produzca la negativa por parte del trabajador a admitir el tratamiento, o el fracaso o la interrupción del tratamiento, los Servicios Médicos le calificarán como NO APTO y se acoplará por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

2º.- Resto del personal

Siempre que el trabajador solicite voluntariamente tratamiento, sin que previamente hay una determinación analítica de consumo de drogas, se remitirá al Responsable del Programa de Atención y Reinserción Laboral y seguirá el mismo proceso que en los apartados anteriores, con la única excepción de que el trabajador no será apartado de su puesto de trabajo, salvo el período de Incapacidad Temporal que marque o aconseje el tratamiento.

En todos los casos, los trabajadores que inicien un tratamiento serán informados de su situación laboral y darán por escrito su conformidad con el mismo.

En cualquier supuesto, se limitará a dos el número de tratamientos que pueden ser solicitados u ofrecidos al trabajador y el proceso a seguir dependerá del tipo de personal de que se trate, según corresponda al descrito en los apartados 1º ó 2º.

La política disciplinaria derivada de conductas laborales será independiente de la posible incorporación del trabajador al plan de actuación Todas las comunicaciones que se hagan a las dependencias sobre la situación de los trabajadores, se formularán, como en el resto de los casos de enfermedad común, en términos de "aptitud", preservando el derecho a la confidencialidad.