AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN

2 0 1 0

Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes

Un estudio de caso en Hospitales de Castellón y Provincia

Susana Llorens y Marisa Salanova (Directoras)

FUNDACION DAVALOS-FLETCHER
"LA FUNDACIÓN DE CASTELLON"

Edita:
FUNDACIÓN DÁVALOS-FLETCHER

Imprime:
GRÁFICAS CREMOR

Depósito Legal: CS 237-2012

ISBN: 978-84-695-4080-0

© Portada: Mario del Líbano y Valeria Cruz-Ortiz

ÍNDICE DE AUTORES (por orden alfabético)

Dña. Hedy Acosta Antognoni. Becaria FPI (Formación de Personal Investigador). Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. hacosta@uji.es

Dra. Eva Cifre Gallego. Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. cifre@uji.es

Dña. Valeria Colombo. Becaria de investigación. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. valeria.colombo@uji.es

Dña. Valeria Cruz Ortiz. Becaria de investigación y posgrado. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. valeria.cruz@uji.es

Dr. Mario del Líbano Miralles. Técnico de investigación. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. libano@uji.es

D. Joan Franco González. Técnico superior en Ergonomía y Psicosociología aplicada del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. Profesor Asociado. Departamento de Derecho del Trabajo. Universitat Jaume I. Castellón. jfranco@uji.es

Dra. Susana Llorens Gumbau. Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. llorgum@uji.es

Dra. Isabel Mª Martínez Martínez. Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. imartine@uji.es

Dña. Isabella Meneghel. Becaria FPI (Formación de Personal Investigador). Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. meneghel@uji.es

D. Ramón Rodríguez Montalbán. Becario FPI (Formación de Personal Investigador). Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. ramon.rodriguez@uji.es

Dra. Alma Mª Rodríguez Sánchez. Personal Investigador Contratado Doctor. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. alrodrig@uji.es

Dra. Marisa Salanova Soria. Catedrática de Universidad y directora del equipo WONT. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. salanova@uji.es

D. Pedro Torrente Barberá. Personal Investigador en formación (Programa VALi+d). Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. torrente@uji.es

Dña. Mercedes Ventura Campos. Profesora asociada. Departamento de Educación. Universitat Jaume I. Castellón. mventura@uji.es

Dra. María Vera Perea. Becaria Post-doctoral. Departamento de Psicología evolutiva, educativa, social y metodología. Universitat Jaume I. Castellón. mvera@uji.es

Prólogo, por Dña. Clotilde Nogareda (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).

Introducción y agradecimientos, por Marisa Salanova y Susana Llorens.

PARTE 1. Desarrollo teórico, conceptual y normativo.

Capítulo 1: Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes: marco teórico y conceptual. Autoría: Marisa Salanova, Alma Mª Rodríguez, Mario del Líbano y Mercedes Ventura.

1.1. Introducción.

1.2. Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP).

1.3. La Psicología de la Salud Ocupacional Positiva en contextos sanitarios.

1.4. Hacia un Modelo de Organización (Sanitaria) Saludable y Resiliente.

1.4.1. Recursos y Prácticas Organizacionales Saludables.

1.4.2. Empleados Saludables.

1.4.3. Resultados Organizacionales Saludables en sanidad.

1.5. Resumen.

Capítulo 2: Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes: marco normativo. Autoría: Joan Franco.

2.1. Introducción.

2.2. Particularidades de la normativa preventiva en la Administración pública y sus repercusiones en el ámbito sanitario.

2.3. El contexto del Sistema Nacional de Salud.

2.4. Marco jurídico general y marco normativo aplicable al personal estatutario.

2.5. Factores de riesgo psicosocial y medidas de prevención en las instituciones sanitarias.

2.6. Resumen.

PARTE 2. Estudio empírico.

Capítulo 3. Metodología de evaluación de HERO-HOS. Autoría: Marisa Salanova, Susana Llorens, Isabel Mª Martínez y Eva Cifre
3.1. Introducción.
3.2. Muestras del estudio.
3.3. Procedimiento de recogida de datos.
3.4. Medidas e instrumentos utilizados.
3.4.1. Entrevistas a la dirección del hospital.
3.4.2. Cuestionarios para empleados y supervisores sanitarios.
3.4.3. Cuestionarios para pacientes/acompañantes.
3.5. Análisis de datos.
3.6. Resumen.

Capítulo 4. Resultados de la evaluación HERO-HOS en dirección. Autoría: Eva Cifre, Hedy Acosta y Valeria Colombo.
4.1. Introducción.
4.2. Entrevista a dirección en el Hospital 1.
4.2.1. Definición de Organización Saludable.
4.2.2. Recursos y Prácticas Organizacionales Saludables.
4.2.3. Resultados Organizacionales Saludables.
4.3. Entrevista a dirección en el Hospital 2.
4.3.1. Definición de Organización Saludable.
4.3.2. Recursos y Prácticas Organizacionales Saludables.
4.3.3. Resultados Organizacionales Saludables.
4.4. Resumen.

Capítulo 5. Resultados de la evaluación HERO-HOS en empleados sanitarios. Autoría: Susana Llorens, Valeria Cruz-Ortiz y Pedro Torrente.
5.1. Introducción.
5.2. *Benchmarking* externo en el Hospital 1.
5.3. *Benchmarking* externo en el Hospital 2.
5.4. Resumen.

Capítulo 6. Resultados de la evaluación HERO-HOS en supervisores sanitarios. Autoría: Susana Llorens, Pedro Torrente y Valeria Cruz-Ortiz.
6.1. Introducción.
6.2. *Benchmarking* externo en el Hospital 1.

6.3. *Benchmarking* externo en el Hospital 2.
6.4. Resumen.

Capítulo 7. Resultados de la evaluación HERO-HOS en pacientes/acompañantes. Autoría: Isabel Mª Martínez, Isabella Meneghel y Ramón Rodríguez-Montalbán.
7.1. Introducción.
7.2. *Benchmarking* externo en el Hospital 1.
7.3. *Benchmarking* externo en el Hospital 2.
7.4. *Benchmarking* entre hospitales.
7.5. Gestión de sugerencias de mejora.
7.6. Resumen.

PARTE 3. Resumen y conclusiones.

Capítulo 8. Resumen y conclusiones del estudio HERO-HOS. Autoría: Susana Llorens, Marisa Salanova y María Vera.

Referencias

pacientes y acompañantes) y garantizar el desarrollo de profesionales y la viabilidad de los resultados económicos.

La preocupación por el bienestar del personal, junto con la presencia de prácticas organizacionales saludables que les ayuden a desarrollar su potencial, serán aspectos claves para que también se produzcan resultados saludables que redunden en los demás factores y repercutan, finalmente, incluso en la situación social y económica actual. Por todo ello, y dado que los hospitales no dejan de ser organizaciones que se encargan de gestionar a personas con problemas, este tipo de instituciones han de iniciar/mantener su camino hacia el reconocimiento como organizaciones saludables (magnéticas).

1.5. Resumen.

En este capítulo se ha presentado el marco teórico y conceptual en el que se sustenta el estudio empírico, atendiendo a la conceptualización de las HERO en el contexto sanitario. Se ha dado difusión al concepto de Organización Sanitaria Saludable y Resiliente y a sus dimensiones, partiendo de las investigaciones más recientes. En primer lugar se ha delimitado el concepto de Psicología de la Salud Ocupacional Positiva como disciplina y profesión. Para pasar, a contextualizar la aplicación de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva en el ámbito sanitario. Finalmente, se ha mostrado el Modelo de Organización (Sanitaria) Saludable y Resiliente que es la base del estudio empírico, así como sus elementos básicos: Recursos y prácticas organizacionales saludables, Empleados saludables y Resultados organizacionales saludables en sanidad. En el siguiente capítulo se retoma el concepto de HERO pero desde el marco normativo que lo sustenta.

Capítulo 2

Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes: marco normativo.

J. Franco

2.1. Introducción.

La crisis económica y financiera mundial que se desencadenó con inusitada virulencia hace unos años todavía está teniendo catastróficas consecuencias en el mundo del trabajo, y en concreto en el sistema sanitario. Bien entrados en la segunda década del siglo XXI, el sistema sanitario español, soporte básico de bienestar y baluarte del Estado social implantado a través de la Constitución Española de 1978 (en adelante, CE), presenta signos de debilitamiento, lo que demanda una eficiente gestión de los recursos disponibles.

En este contexto, son muchos los países europeos que se han visto abocados a emprender reformas estructurales que aseguren la sostenibilidad del sistema en su conjunto. Sin embargo, no tener en cuenta el actual marco normativo en materia de salud y seguridad en las instituciones sanitarias puede incidir negativamente en las "líneas de flotación" del Sistema Nacional de Salud: la calidad de la asistencia ofrecida a pacientes o usuarios, la fortaleza de las organizaciones y, paradójicamente, la salud laboral psicosocial de los profesionales de la salud.

Por otra parte, los importantes cambios que se están produciendo en el sector sanitario, inmerso en un mundo globalizado que plantea nuevas demandas, están modulando las condiciones laborales de sus trabajadores, pues, por ejemplo, el entorno social y tecnológico es muy distinto al de hace apenas unos años. Esas nuevas condiciones a la hora de ejecutar las tareas están estrechamente relacionadas con los factores psicosociales presentes en los diferentes puestos de trabajo, de manera que comienza a ser urgente que el tradicional predominio del plano físico se vea superado mediante una adecuada atención también a la salud psicosocial.

La introducción vertiginosa de nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha generado nuevos riesgos que, unidos a la variedad y complejidad de las tareas, demandan una respuesta inmediata desde un punto de vista jurídico-preventivo a nivel psicosocial (Franco y Salanova, 2009), a lo que habría que añadir otros factores como la escasa estabilidad laboral, las largas jornadas de trabajo o la dificultad para conciliar la vida privada y laboral. Además es un hecho el envejecimiento y el incremento de la población a asistir debido a fenómenos ya no tan recientes como la elevada inmigración que se ha producido en determinados territorios del Estado español, sin haberse producido el correspondiente aumento de plantillas y teniendo que soportar los profesionales de la salud, como consecuencia, una intensa presión asistencial.

A nivel preventivo, el problema que ha venido encontrando la Psicología de la Salud Ocupacional a la hora de afrontar jurídicamente la prevención (también en Sanidad) ha sido su manifestación en el plano de una menor evidencia (Nogareda et al., 2006), a pesar de lo cual sería injusto no reconocer que algunos avances han sido notables, por ejemplo desde lo legislado sobre la materia.

2.2. Particularidades de la normativa preventiva en la Administración pública y sus repercusiones en el ámbito sanitario.

Una sencilla clasificación del personal al servicio de la Administración pública podría sintetizarse de la siguiente forma:

a) Personal funcionario, incorporado de forma permanente a la Administración en virtud de nombramiento legal y con una regulación propia que somete su relación profesional al Derecho Administrativo.

b) Personal laboral, regido en esencia por lo establecido en el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y cuya relación con la Administración está regulada por el Derecho Laboral.

c) Personal estatutario: profesionales mayoritarios en los Servicios de Salud (sanitarios o no, según sus funciones) que pese a mantener una caracterización jurídica "híbrida" y peculiar con respecto al resto de personal, presentan un carácter funcionarial desde la propia relación estatutaria, sin perjuicio de sus peculiaridades específicas, como queda demostrado por la extensa Jurisprudencia que viene remitiendo los conflictos de este personal a la vía jurisdiccional contencioso-administrativa, en lugar de a la social.

La calificación de "estatutario" encuentra su origen en tres estatutos que hasta el año 2003 configuraban el marco jurídico de los respectivos colectivos de personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social (Garrigues et al., 2010):

1) Estatuto del personal médico de la Seguridad Social[3].

2) Estatuto del personal no sanitario de la Seguridad Social[4].

3) Estatuto del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social[5].

Todos ellos, funcionarios, laborales y estatutarios, están inmersos en el ámbito de aplicación del principal pilar que da respuesta al mandato constitucional de velar por la seguridad e higiene en el trabajo y que establece las bases de la política a desarrollar para proteger la salud de los trabajadores, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante, LPRL), debiéndose cumplir, además, el objetivo de mejora progresiva de las condiciones de trabajo marcado por la Unión Europea, mediante la armonización de tales condiciones, en la línea del resto de países de la Unión.

Como se señala en la Exposición de motivos de la LPRL, una vez reconocido el derecho de los trabajadores (en este caso, ya sea personal laboral, funcionario o estatutario, pese al predominio de éste) a la protección de su salud e integridad, la LPRL, como se verá a continuación, establece el conjunto de obligaciones que lo garantizan, así como de qué forma deben actuar —remarcándose el contenido

[3] Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre.
[4] Orden de 5 de julio de 1971.
[5] Orden de 26 de abril de 1973.

obligacional— las Administraciones públicas para incidir "positivamente" en la consecución del objetivo.

La LPRL y sus normas reglamentarias no solamente constituyen legislación laboral conforme al artículo 149.1.7ª. CE, sino que, además, se aplicarán en el ámbito de las Administraciones públicas, constituyendo así norma básica del régimen estatutario de los funcionarios públicos, según lo dispuesto en el artículo 149.1.18ª CE. Desde esta doble vertiente no cabe ninguna duda: cualquier profesional sanitario tiene derecho a la protección de su salud en el trabajo, pues el ámbito de aplicación de la LPRL no distingue entre relaciones laborales en sentido estricto y personal civil con relación administrativa o estatutaria al servicio de las Administraciones públicas. Es más: la política preventiva deberá dirigirse a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo para elevar el nivel de protección de la salud de estos trabajadores, lo que aboca de nuevo a actuar desde la Psicología positiva.

2.3. El contexto del Sistema Nacional de Salud.

El esquema sanitario derivado de la propia CE, con la sobresaliente magnitud del modelo de Estado autonómico, originó la aparición de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, LGS) que creó, a su vez, un sistema de salud basado en el criterio de descentralización territorial mediante transferencias a las Comunidades Autónomas, como conjunto coordinado de los Servicios de Salud.

Desde la propia LGS se estableció que en tales Servicios de Salud se integrarían los diferentes servicios sanitarios públicos de cada ámbito territorial, atendiendo a las "peculiaridades organizativas" de los diferentes centros, por lo que indirectamente, aunque la actual LPRL todavía no había visto la luz, se pudieron contemplar *ab initio* los aspectos psicosociales de la organización del trabajo y no únicamente el régimen jurídico del personal a su servicio, ya que la problemática psicosocial, pese a los sustanciales cambios laborales que se han producido en el ámbito sanitario, no es una cuestión novedosa. Dicho de otro modo, existe una reciente tendencia a denominar como "emergentes" a determinados riesgos psicosociales, ante lo que surge *ipso facto* una pregunta: ¿son tan emergentes estos riesgos, o en realidad son "vino viejo en botellas nuevas"? (Franco y Salanova, 2009). En realidad se trata más bien de riesgos que ya existían, al menos en su mayor parte, pero a los que ahora se les empieza a otorgar la importancia que merecen, evidenciándose la necesidad de ofrecer una respuesta jurídico-técnica actualizada.

Posteriormente, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud (en adelante, EMPESS), además de hacer frente a la necesidad de actualización del régimen jurídico del personal estatutario, incorporó en su Capítulo IV, intitulado "Derechos y deberes", un artículo que aborda los derechos individuales de este personal (art. 17), fruto de la tendencia preventiva adoptada en la LPRL. Entre otros, se alude al derecho a recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como ante los riesgos generales en el sector sanitario o derivados del trabajo habitual, entre los que los psicosociales asumirían un papel preponderante; al derecho a la formación e información específica en esta materia —los factores psicosociales constituyen *per se*

una especificidad a tener en cuenta en la actuación preventiva—; a que sea respetada la dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con corrección, consideración y respeto por jefes y superiores, compañeros y subordinados —las relaciones interpersonales son otra piedra angular en la consecución de organizaciones sanitarias saludables—; al derecho al descanso necesario, mediante, por ejemplo, la limitación de la jornada —aspecto todavía sangrante, pues no resulta complicado encontrar ejemplos de deficientes horarios aprovechando que en ámbitos como el hospitalario "no se puede cerrar nunca"—; al derecho a ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación y objetivos asignados, cuestión que enlaza con uno de los principales factores de la organización del trabajo, capaz de potenciar o minimizar la problemática psicosocial sanitaria: el estilo de mando (autoritario, de "dejar hacer", participativo, paternalista...), que a su vez condiciona tanto la definición como el conflicto de rol del personal estatutario.

Todo ello sin olvidar que los mismos derechos serán aplicables al personal estatutario temporal (en la medida en que la naturaleza del derecho lo permita) y que, de forma reversible, todo el personal estará obligado a cumplir las normas relativas a la prevención de los riesgos laborales y las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con ellos.

2.4. Marco jurídico general y marco normativo aplicable al personal estatutario.

La normativa sobre salud laboral parte, como se indicaba en la introducción, de la propia CE, desde aquella obligación general de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo establecida en el artículo 40.2 y desde el genérico derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43.1.

En un plano inferior por jerarquía normativa aparecen otras leyes como la LGS, que dedica el Capítulo IV del Título I a la salud laboral y matiza en su artículo 21 los aspectos que debe comprender la actuación sanitaria. Entre ellos merece especial consideración el referido a promover la salud integral del trabajador (1.a), pues desde la óptica de los factores psicosociales hace que no baste únicamente acometer el riesgo psicosocial (prisma negativo) desde su evitación y prevención, sino que, a través de la formación, la información y la participación del personal al servicio de las instituciones sanitarias, se deba tender a la consecución de verdaderas organizaciones saludables mediante, por ejemplo, un modelo heurístico (Salanova, 2008) que albergue prácticas saludables de gestión y estructura del trabajo, empleados saludables con capital psicológico positivo y resultados organizacionales igualmente saludables, mediante servicios de excelencia y relaciones positivas con el entorno y con la comunidad (prisma positivo).

Ante la moderna definición de organización saludable (*Healthy Organization*), la Psicología de la Salud Ocupacional abraza dos grandes conceptos: organización y salud (Salanova, 2008). Por lo que respecta al primero, destaca la necesidad de gestionar los procesos de trabajo, incluyendo el diseño de los puestos, los horarios, los estilos de dirección y las estrategias para la adaptación de los empleados, cuestiones que forman parte del contenido histórico del Derecho Laboral.

Por otra parte, en el concepto de "saludable" aparece la visión integradora que se nutre de los resultados de gran cantidad de disciplinas (Franco y Salanova, 2009).

Estas consideraciones trasladan de lleno a otra ley capital a la hora de abordar el marco normativo aplicable al personal estatutario (la referencia exclusiva a este colectivo se justifica por la aludida mayoría que representa, tanto a nivel estatal como autonómico), en estrecha relación con sus condiciones laborales psicosociales, la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, pues a nadie escapa las dificultades que entraña el trabajo que se desarrolla en el sector sanitario —como se analizará en el siguiente apartado—, desde esa perspectiva, así como a la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, especialmente relevante debido, entre otros motivos, a la feminización de determinados colectivos como el de enfermería.

Destacable resulta también el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aunque la mayor parte de sus referencias a la salud laboral de los trabajadores se centren en los reconocimientos médicos y las responsabilidades derivadas de la no observancia de los mismos, como igualmente ocurre con el Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, aunque desde aquí se prevean otras sanciones como respuesta reactiva a incumplimientos de diferente naturaleza. Tras la sucinta aproximación, procede recordar que las últimas modificaciones[6] al Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (en adelante RSP), van en la línea de que las organizaciones (también las sanitarias) implanten una estructura preventiva que favorezca, desde la aproximación técnico-preventiva real, la obtención de una salud integral de las personas que en ellas desarrollan su trabajo.

Las referencias señaladas son imprescindibles para entender el entramado normativo, aunque la principal siga siendo la LPRL, pues como se ha señalado, no cabe ninguna duda sobre su aplicación y la de sus normas de desarrollo (también susceptibles de ser consideradas normas básicas, como el RSP, y por tanto aplicables en todo el territorio español, pudiendo las Comunidades Autónomas desarrollar tales bases preventivas) al personal estatutario (art. 3.1 LPRL). Así lo debe entender el empleador, en forma o no de Administración pública, verdadero obligado a proteger la salud del personal a su servicio en virtud del artículo 14 LPRL, concretado para el personal estatutario en el artículo 17.1 EMPESS (Rivas, 2008).

Las principales leyes por las que se ha visto afectada[7] desde su entrada en vigor en 1996 han incidido, directa o indirectamente, en la necesidad de integrar la

[6] Real Decreto 843/2011, de 17 de junio; Orden TIN/2504/2010, de 20 de septiembre; Real Decreto 337/2010, de 19 de marzo; Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo; Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo; Real Decreto 688/2005, de 10 de junio.

[7] Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio; Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres; Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales (ejemplo más claro); Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

prevención en la empresa. Tal integración es necesaria para alcanzar organizaciones sanitarias saludables y resilientes, demandándose desde la evolución del trabajo en el sector una permanente actualización de la normativa, pues la aplicación del marco normativo constituye el eje sobre el que interactúan todas las disciplinas preventivas para generar este tipo de organizaciones.

Según lo argumentado, las gerencias de las instituciones sanitarias deben entender que la protección de la salud de los trabajadores a su servicio debe basarse, como también se señala en la Exposición de Motivos de la LPRL, en una actuación que no se limite al cumplimiento formal de un conjunto predeterminado de deberes, ni al cumplimiento posterior de situaciones de riesgo ya manifestadas.

Finalmente, dada la abrumadora mayoría del personal estatutario en los Servicios de Salud, resulta procedente finalizar este apartado recalcando el imperio del EMPESS, aplicable al personal estatutario que desempeña su función en las instituciones sanitarias de las Comunidades Autónomas y al que lo hace en las de la Administración General del Estado[8], aunque cada Comunidad Autónoma haya ejercido de manera desigual su competencia normativa en desarrollo del EMPESS[9] (Garrigues et al., 2010), cuestión introducida en la contextualización del Sistema Nacional de Salud, así como con aspectos concretos de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, como normativa estatal básica para todas las Administraciones públicas españolas, igualmente con el correspondiente ajuste legislativo posterior por parte de las diferentes Comunidades Autónomas.

En resumen, cabe diferenciar normas preventivas con impacto expreso en el ámbito estatutario y normativa estatutaria en la que se regulan cuestiones relativas a la prevención de riesgos laborales. Las primeras con importancia cuantitativa y las segundas con mayor énfasis cualitativo, pues pueden albergar aspectos preventivos no regulados —dado el carácter especialísimo[10] del personal estatutario de las instituciones sanitarias— por normas preventivas *strictu sensu*, por lo que se deberá atender de forma prioritaria a la naturaleza preventiva de las normas y añadir después la característica condición estatutaria de los profesionales de las instituciones sanitarias; en ausencia de normas estatutarias de contenido preventivo se acudirá a las normas preventivas aplicables a las Administraciones públicas, en función del ámbito territorial de referencia; y en lo no previsto anteriormente, se aplicará la LPRL y el RSP (Garrigues et al., 2010).

[8] El Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, adapta la legislación de prevención de riesgos laborales a la Administración General del Estado.

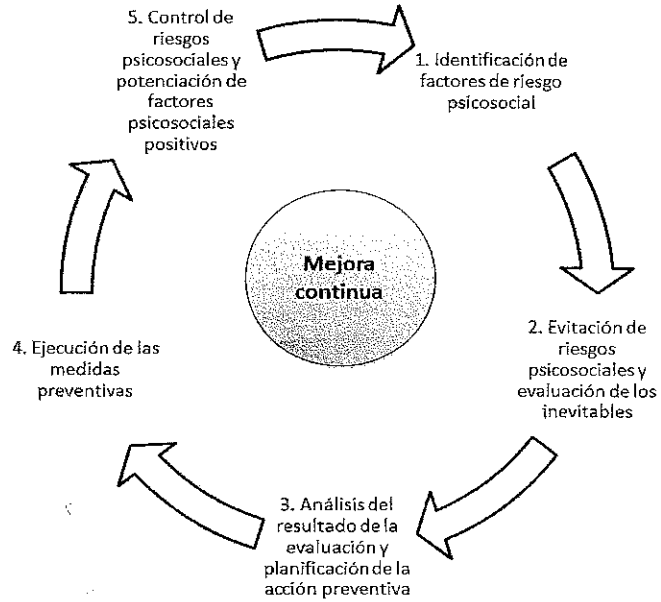
[9] Merece referencia detallada la Comunidad Autónoma de Castilla y León, al contar con normas integrales y sistematizadas: Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León (aprobado por Ley 2/2007, de 7 de marzo, de las Cortes de Castilla y León: BO. Castilla y León 14 marzo 2007; BOE 3 abril 2007) Otras Comunidades han desarrollado aisladamente aspectos parciales del régimen jurídico del personal estatutario de sus Servicios de Salud.

[10] Sirva de ejemplo la especial regulación del tiempo de trabajo, tan directamente relacionado con la salud psicosocial del personal estatutario. Así lo recoge la Exposición de Motivos del EMPESS cuando alude a la transposición al sector sanitario de Directivas como la 93/104/CE o la 2000/34/CE, relativas a la regulación del tiempo de trabajo y su repercusión en la seguridad y salud de los trabajadores.

2.5. Factores de riesgo psicosocial y medidas de prevención en las instituciones sanitarias.

Más allá del nuevo enfoque general que la LPRL plantea, esto es, dar respuesta a las ineludibles obligaciones de identificar y evaluar los riesgos inherentes al trabajo (si no se han podido evitar, entre los que se encuentran los de índole psicosocial) y su periódica actualización, adoptar las correspondientes medidas de respuesta (atendiendo al personal especialmente sensible a los riesgos psicosociales) y controlar la efectividad de las mismas, sin obviar la necesaria formación e información de los profesionales sobre factores psicosociales, el trabajo en los centros sanitarios conlleva una respuesta específica ante sus característicos riesgos (ver Figura 2.1.).

Figura 2.1. Diagrama de actuación preventiva a nivel psicosocial en las instituciones sanitarias



Mientras que algunos factores psicosociales (posible estrés producido por sobrecarga laboral, falta de equidad...) son comunes a la mayoría de las organizaciones empresariales, pertenezcan al sector que pertenezcan, otros llevan el sello distintivo de las profesiones desarrolladas en las organizaciones sanitarias: pérdida de apoyo social por parte de superiores o compañeros; falta de recompensa como, por ejemplo, de reconocimiento o de valoración del trabajo, falta de control de estatus debido a la inestabilidad laboral, cambios no deseados o inexistencia de

perspectivas de promoción; falta de control sobre el trabajo dada la escasa autonomía sobre el contenido del mismo, la imposibilidad de desarrollar las propias habilidades o la pobre participación en las decisiones; exigencias psicológicas como la excesiva presión de tiempo, continuas interrupciones o volumen de trabajo; y, dificultando estas demandas, la continua presencia del componente emocional, tan característico en el sector sanitario[11].

Desde esta perspectiva de contacto habitual con el dolor o la muerte, se suceden otras problemáticas en cadena: incapacidad para responder a ciertas demandas, peticiones excesivas, miedo a cometer errores graves, especialmente cuando determinados colectivos como los Médicos Internos Residentes (MIR) se encuentran en fases tempranas de su aprendizaje, mediando una habitual proliferación de denuncias[12].

Otro de los problemas psicosociales actuales para los profesionales de la salud es la violencia[13] sufrida en el trabajo[14]. Con demasiada frecuencia la asistencia sanitaria se ve envuelta de agresiones físicas o verbales ante las que, más allá de las típicas medidas preventivas encaminadas a elevar la seguridad de los puestos de trabajo (diseño que permita una salida rápida del profesional hacia otro espacio seguro en caso de necesidad, sistemas de alarma, aumento de la vigilancia de seguridad...) y de medidas reparadoras (de ayuda a la persona agredida, de corrección de deficiencias observadas tras el análisis de la agresión, de sanción al agresor...), en pocas ocasiones se incide, desde la prevención, en aumentar los recursos personales de los propios profesionales de la salud (e.g. mejorar la asertividad) para ayudar a evitar que estos hechos se produzcan o para lograr una mejor respuesta en caso de que no se hayan podido evitar. Así se constata en la mayoría de planes de actuación ante agresiones que están apareciendo a lo largo de la geografía española[15].

A partir de lo descrito, en Sanidad cabe agrupar los factores psicosociales según su grado de objetividad o subjetividad. Entre los objetivos se encontraría el

[11] El componente emocional ya ha sido tenido en cuenta por diferentes grupos de investigación como, por ejemplo, WONT Prevenció Psicosocial de la Universitat Jaume I de Castellón, cuyos componentes prevén esta importantísima particularidad del trabajo desarrollado por el personal estatutario.

[12] No se trata de cuestionar el indudable avance que ha supuesto que pacientes o usuarios sean conscientes de sus derechos, sino de reflexionar sobre la conveniencia de una excesiva judicialización de la Sanidad, así como sobre la pérdida de respeto que están padeciendo la mayoría de colectivos que en ella desarrollan su trabajo.

[13] Según el Acuerdo Marco Europeo, se considera violencia laboral 'cualquier incidente en el que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido por otra persona en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo'.

[14] Como no se cuestiona que todas las partes conozcan y puedan hacer uso de sus derechos (y obligaciones, olvidadas a veces), tampoco se formula un alegato a favor de que pacientes o usuarios tengan que 'rendir pleitesía' a los profesionales sanitarios (como ocurría en el pasado), sino que, del mismo modo que se demanda cultura preventiva desde la seguridad y la salud, se entiende que la sociedad en su conjunto debería establecer mecanismos que aumentaran la educación en la relación profesional-paciente/usuario.

[15] Sirva de ejemplo el Plan integral de prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario público de la *Generalitat Valenciana* (PIP) que, pese a los innumerables aspectos positivos que contiene —la mera existencia del Plan ya supone un logro— se centra fundamentalmente en 'qué hacer ante una agresión', cuando, como se ha venido insistiendo, la LPRL insta a que, siempre que sea posible, se intente evitar el riesgo.

entorno ambiental de trabajo, esto es, espacios de trabajo, calidad del aire, ruido, iluminación...; el contenido de las tareas a desarrollar, destacando, por encima incluso de la física, la carga mental de trabajo (responsabilidad, utilización de equipos, etc.), la autonomía y el ritmo de trabajo, resultando por ello urgente, pese al difícil contexto económico, una correcta distribución de personal; y, aspecto principal, la propia organización del trabajo en los centros sanitarios, que requiere compaginar con criterio aspectos cuantitativos y cualitativos, lo que no se puede llevar a cabo si se descuida la programación racional de las tareas (e.g. mejores turnos de trabajo y coherentes períodos de descanso para alterar lo menos posible los ritmos circadianos) o el estilo de mando, debiéndose apostar por los comunicativos, participativos y que refuercen correctas relaciones personales entre Áreas y Servicios, pues además de dar cobertura a artículos como el 18 LPRL (Información, consulta y participación de los trabajadores), la transparencia que atesoran facilita la generación de organizaciones sanitarias saludables mediante la amortiguación del estrés laboral.

Los subjetivos hacen alusión a las características personales y sociales que hacen que un profesional de un centro sanitario responda de una forma determinada ante las exigencias de las tareas a desarrollar: tipo de personalidad, variables individuales como el sexo o la edad, capacidades[16], experiencias, expectativas o contexto socio-familiar, suponen los ejemplos más representativos. No obstante, se insiste, está ampliamente demostrado[17] que la generación de los riesgos psicosociales en los centros sanitarios depende en mayor medida de la organización del trabajo que de las características de cada profesional.

Lo cierto es que la exposición al riesgo psicosocial en Sanidad es susceptible de propiciar consecuencias de distinta naturaleza, la mayoría de ellas relacionadas con el estrés, con repercusiones fisiológicas, cognitivas y conductuales. Cuando cronifica se puede llegar incluso al burnout, el cual, pese a que se puede manifestar en otros sectores, aparece más fácilmente en contextos como el sanitario, caracterizándose por presentar tres dimensiones: altos niveles de agotamiento emocional (el profesional siente "que no puede dar más de sí", sobre todo a nivel afectivo); altos niveles de despersonalización, que implican una actitud distante hacia pacientes o usuarios en general; y bajos niveles de competencia personal, asociados a una evaluación negativa de la eficacia en el trabajo por el propio profesional. El *mobbing* (hostigamiento psicológico laboral) se caracteriza por ser una conducta repetitiva y sistemática como ataque a la dignidad de la persona, práctica que desafortunadamente vienen albergando algunas instituciones sanitarias hasta que se convierte en un daño derivado del trabajo.

El inicio de una correcta respuesta preventiva por parte de las instituciones sanitarias es el cumplimiento del marco normativo aplicable, especialmente del

[16] El artículo 15 LPRL obliga a tomar en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores (en este caso, personal fundamentalmente estatutario) en el momento de encomendarles tareas (15.2), sin duda como derivación del 'principio clave' de la acción preventiva, adaptar el trabajo a la persona (15.1.d.), tan importante en el ámbito de las organizaciones sanitarias, del mismo modo que obliga a prever las distracciones e imprudencias no temerarias que pudieran cometer estos profesionales, debiéndose tener en cuenta en todo momento la evolución de la técnica (15.1.e.), con las grandes repercusiones psicosociales que estas obligaciones comportan en el ámbito sanitario.

[17] Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSHT), etc.

capítulo III de la LPRL, al ser aquí donde se matiza el conjunto de derechos y obligaciones derivados del derecho básico del personal estatutario a la protección de su seguridad y salud, o lo que es lo mismo, el correlativo deber de las instituciones sanitarias de asegurar la salud y la seguridad del personal a su servicio. Ahora bien, siendo cierto que la descripción del panorama psicosocial en las instituciones sanitarias obliga a hacer alusión a la vertiente negativa, ampliamente señalada, resultaría poco ambicioso aceptarlo, no pudiendo obviar la respuesta jurídico-preventiva la vertiente positiva.

Para abordar el estado actual de la cuestión no es suficiente con valorar simplemente los riesgos psicosociales sanitarios, sino que la tendencia hacia la obtención de organizaciones sanitarias saludables, como vertiente positiva, es tan importante como la respuesta a la negativa, meta que solamente es posible alcanzar a través de estructuras organizativas con prácticas saludables de gestión y la apuesta por empleados igualmente saludables.

Es por ello por lo que la actuación técnica debe partir de la consideración del concepto de factores de índole psicosocial, y no únicamente del riesgo psicosocial, pues los primeros permiten el estudio de ambas partes, la negativa y la positiva, dando entrada ésta, por tanto, a una Psicología Ocupacional más positiva, para lo cual no bastará con centrarse en el trastorno (lo que va mal), sino también en lo que funciona bien, aproximación holística que el Derecho tendrá que considerar.

En este contexto resulta imprescindible entender la clásica definición de adaptación (Piaget, 1975), que consiste en desarrollar dos procesos paralelos o simultáneos, asimilación y acomodación. El primero supone una incorporación de los objetos a los esquemas de conducta, amoldar hechos de la realidad al patrón de la estructura o esquema cognitivo de desarrollo; el segundo implica la tendencia del organismo a cambiar sus respuestas, y por lo tanto sus esquemas, ante las demandas ambientales (implicaría la necesaria formación del personal estatutario en materia psicosocial). Los equilibrios y desequilibrios entre los procesos asimilativos y acomodativos explicarían el desarrollo cognitivo, la estabilidad y el cambio de conducta en el trabajo desarrollado en los centros sanitarios.

Tal definición de adaptación, pese a no ser jurídica, sí puede servir de guía para poder entender la magnitud de la pretensión legal aludida a nivel psicosocial, obligación remarcada en el artículo 15 LPRL, que establece como principio básico de la acción preventiva "adaptar el trabajo a la persona (asimilación), en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a 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" (Franco y Salanova, 2009).

Por su parte, desde la LPRL, su principal desarrollo reglamentario (el RSP) y las posteriores modificaciones legislativas, se ha venido insistiendo en la necesidad de integrar la prevención de riesgos laborales en la empresa, en este caso en las instituciones sanitarias, en todos y cada uno de sus centros de trabajo, en todos sus niveles jerárquicos y en todas sus actuaciones, obligación organizacional reiterada en la vigente redacción del artículo 16 LPRL dedicado al plan de prevención de riesgos laborales, a la evaluación de riesgos y a la planificación de la actividad preventiva,

fases en las que los factores psicosociales deberán ser objeto de análisis al mismo nivel que el resto de vertientes preventivas y mediante cuantas medidas sean necesarias (art. 14.2 LPRL).

2.6. Resumen.

En este capítulo se ha presentado el principal marco normativo relacionado con el concepto de Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes, atendiéndose a las particularidades de la normativa preventiva en la Administración pública y enfatizándose las del contexto sanitario. Se han matizado las características del Sistema Nacional de Salud derivado de la Constitución Española, así como el marco jurídico-preventivo aplicable al personal estatutario, mayoritario en los Servicios de Salud. Finalmente, se han analizado los principales factores de riesgo psicosocial y las correspondientes medidas de prevención en las instituciones sanitarias, especificándose la necesidad de contemplar y fomentar desde el Derecho y desde la Psicología el desarrollo de Oganizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes, integrándose de forma real y efectiva la prevención en ellas.

Una vez detallado el marco teórico, conceptual y normativo de este tipo de organizaciones, a continuación se presenta el estudio empírico llevado a cabo en hospitales, esto es, la metodología utilizada y los resultados obtenidos (cualitativos y cuantitativos), tras su implementación en empleados, supervisores y pacientes, para la evaluación de HEROs en el contexto sanitario.