

PROSPECCIÓ SOBRE RISCOS PSICOSOCIALS, ESTRÈS I BURNOUT AL SECTOR SANITARI DE CATALUNYA

CUIDAR QUI ENS CUIDA

RESUM DE L'ESTUDI



EQUIP

Director del Projecte: José Francisco Martínez-Losa (Audit & Control Estrés)
Coordinador Científic: Pedro R. Gil-Monte (UNIPSICO – UV)
Responsable tècnic i consultor: Antonio Peña Pulido (Audit & Control Estrés)
Responsable gestió plataforma on-line i consultor: Xavier Peralta Maniviesa (Audit & Control Estrés)
Consultor científic: Pedro Gil-LaOrden (UNIPSICO – UV)
Assessor tècnic INSST: Manuel Fidalgo Vega
Grup d'Experts: Reyes Solaz, José Manuel Domínguez, F. Xavier Borrajo, Eduard Salvador, Fernando Cobano, M. Carmen Márquez
Altres participants: Noelia Vela, Pilar González, Jordi Julià
Disseny gràfic i maquetació: Siria Arnés Aguilar (Audit & Control Estrés)

AGRAÏMENTS

Volem expressar el nostre més sincer agraïment als professionals sanitaris que, amb el seu talent i dedicació, treballen diàriament per tenir cura de la salut i el benestar de la societat. Aquest projecte neix amb l'objectiu de contribuir al seu benestar, a més de ser un reconeixement i suport al seu inestimable valor.

També volem agrair a les institucions que han fet possible aquest estudi, la **Generalitat de Catalunya**, la **Secretaria de Política Sindical de la UGT de Catalunya**, **UGT Serveis Públics de Catalunya**, la **Secretaria del Sector Salut i Serveis Socio-sanitaris** i la **Oficina Tècnica de Prevenció de Riscos Laborals (OTPR)** de la **UGT de Catalunya**, pel seu suport i col·laboració. Sense la seva implicació i recursos, aquest projecte no hagués estat possible.

Finalment, un agraïment especial a totes les persones que han participat en aquest estudi, dedicant el seu temps a respondre el qüestionari i, especialment, a aquelles que han compartit la seva experiència i opinions en les sessions d'entrevistes grupals. Les seves aportacions han estat essencials per comprendre millor la realitat psicosocial del sector sanitari i identificar propostes que puguin contribuir a millorar-ne les condicions laborals i el benestar. Aquest treball és, en gran part, fruit de la seva generositat i el seu compromís.

Desembre 2025



UGT.cat a la feina

cap risc



**Generalitat
de Catalunya**



AUDIT & CONTROL ESTRÉS

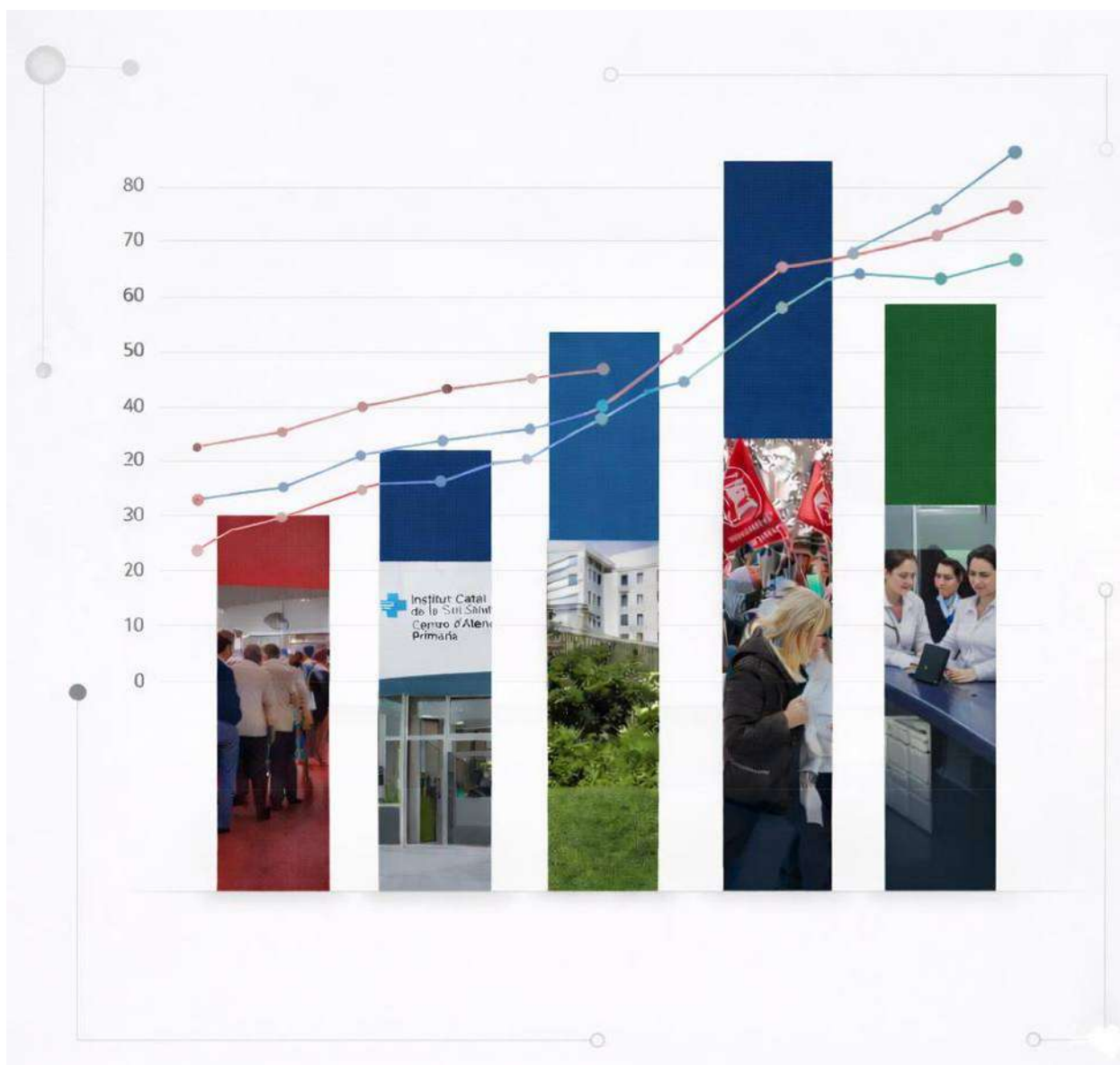
TAULA DE CONTINGUTS

1	1. MARC DEL PROJECTE	6
	1.1. INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS CLAU DEL PROJECTE	8
	1.2. EL SECTOR SANITARI A CATALUNYA: CONTEXT	9
	1.3. EL SECTOR SANITARI A CATALUNYA: PRINCIPALS REPTES I DESAFIAMENTS PER A LA PREVENCIÓ DELS RISCOS PSICOSOCIALS	11
	1.4. OPORTUNITATS, INNOVACIÓ I GESTIÓ PSICOSOCIAL: CAP A UN SECTOR SANITARI MÉS SALUDABLE I SOSTENIBLE	14
	1.5. METODOLOGIA DEL PROJECTE: UN ENFOCAMENT MIXT BASAT EN EVIDÈNCIES	16
2	2. REVISIÓ LITERATURA	17
	2.1. INTRODUCCIÓ	19
	2.2. METODOLOGIA I ESTRATÈGIA DE RECERCA	20
	2.3. RESULTATS	22
	2.4. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS	24
3	3. INFORMACIÓ QUANTITATIVA: PART I: RESULTATS GLOBALS	27
	3.1. DISSENY I ADMINISTRACIÓ DEL QÜESTIONARI	29
	3.2. CARACTERÍSTIQUES I REPRESENTATIVITAT DE LA MOSTRA	30
	3.3. LES CONDICIONS PSICOSOCIALS: DEMANDES I RECURSOS	33
	3.3.1. Variables de demanda	34
	3.3.2. Variables de recursos	36
	3.4. CONSEQÜÈNCIES SOBRE DELS RISCOS PSICOSOCIALS	40
	3.4.1. Satisfacció i identificació amb metes i valors de l'organització	40
	3.4.2. Conseqüències sobre la salut i el benestar	41
	3.4.3. Síndrome de cremar-se per la feina (burnout)	42
	3.5. ANÀLISIS PREDICTIVES	44
	3. INFORMACIÓ QUANTITATIVA: PART II: RESULTATS PER COL·LECTIUS	47
	3.6. VARIABLE SEXE	49
	3.6.1. Variables de demanda: perfils diferenciats	49
	3.6.2. Variables de recursos: falta de suport social de la Direcció	51
	3.6.3. Resultats del estrès laboral	53
	3.6.4. Anàlisis predictius: regressions	55
	3.7. VARIABLE PROFESSION	58
	3.7.1. Variables de demanda: altes exigències i perfils diferenciats	58
	3.7.2. Variables de recursos: falta de suport de la direcció i de feedback	63
	3.7.3. Variables d'estrès laboral: diferents perfils de conseqüències de l'estrès laboral	68
	3.7.4. Anàlisis predictius: regressions	74
	3.8. VARIABLE SECTOR DE TREBALL	78
	3.8.1. Variables de demandes: les principals exigències psicosocials són comuns	78
	3.8.2. Variables de recursos: manca de suport de la direcció	79
	3.8.3. Variables d'estrès laboral: no hi ha grans diferències	81
	3.9. VARIABLE COMANDAMENT: RESPONSABILITAT FUNCIONAL SOBRE ALTRES PERSONES	84

3.9.1. Variables de demanda: sobrecàrrega generalitzada, amb patrons diferents	84
3.9.2. Variables Recursos: una bretxa a favor de les persones amb funcions de comandament	86
3.9.3. Conseqüències de l'estrès: impacte més sever en el personal sense funcions de comandament	88
3.9.4. Anàlisis predictius: factors que expliquen millor l'estrès i el burnout	89
3.10. VARIABLE SECTOR TERRITORIAL SANITARI A CATALUNYA	90
3.10.1. Variables de demanda: sobrecàrrega general, amb focus territorials específics	90
3.10.2. Variables de recursos laborals	91
3.10.3. Conseqüències de l'estrès: impacte desigual sobre la salut i el benestar	92
3.11. VARIABLE EDAT	94
3.11.1. Variables de demanda: major pressió en les etapes inicials i intermèdies de la carrera professional	94
3.11.2. Variables de recursos laborals: menor disponibilitat entre els grups més joves	95
3.11.3. Conseqüències de l'estrès: major impacte en els grups joves i de mitjana edat	95
3.12. VARIABLE ÀMBIT DE TREBALL AL SECTOR SANITARI DE CATALUNYA	97
3.12.1. Variables de demanda: perfils diferenciats segons l'àmbit assistencial	97
3.12.2. Recursos laborals: dèficits generalitzats i fortes diferències organitzatives	99
3.12.3. Conseqüències de l'estrès: major impacte a l'atenció primària i en altres àmbits	101
3.12.4. Factors explicatius: què impulsa l'estrès segons l'àmbit	104
4 4. INFORMACIÓ QUALITATIVA	105
4.1 CONTEXT I METODOLOGIA QUALITATIVA	107
4.2. UNA MIRADA TRANSVERSAL: FACTORS DE RISC COMUNS	108
4.3 RESULTATS PER COL·LECTIUS	110
4.4. CONCLUSIONS: MALESTAR PSICOSOCIAL ESTRUCTURAL, TRANSVERSAL I SOSTINGUT EN EL TEMPS	111
5 5. LIDERATGE EN EL SECTOR SANITARI A CATALUNYA	112
5.1. PERCEPCIÓ DEL LIDERATGE: UNA BRETxa ENTRE LA INTENCIÓ I EL SEU IMPACTE	114
5.2. LIDERATGE I CONDICIONS PSICOSOCIALS DE TREBALL	116
5.3. PAPER DEL LIDERATGE EN LA PREVENCIÓ DE RISCOS PSICOSOCIALS	119
5.4. CLAUS PER A UN LIDERATGE SALUDABLE I RESILIENT	120
5.5. LIDERAR PER CUIDAR: UNA PRIORITAT ESTRATÈGICA	121
6 6. DEL DIAGNÒSTIC A L'ACCIÓ	123
6.1. DE LA VISIBILITAT DEL PROBLEMA A LA FACILITACIÓ DE SOLUCIONS	125
6.2. LA GUIA DE BONES PRÀCTIQUES: DEL DIAGNÒSTIC A L'ACCIÓ	125
6.3. ACCIONS I MATERIALS DE SENSIBILITZACIÓ I DIFUSIÓ DEL PROJECTE	131
6.4. APRENENTATGES, DESITJOS I PRÒXIMS PASSOS	134
6.5. ACOMPANYAMENT I COMPROMÍS INSTITUCIONAL	137
6.6. CONCLUSIONS I UNA MIRADA EXPERTA CAP AL FUTUR	138
7 BIBLIOGRAFIA	142
RELACIÓ DE FIGURES, TAULES I IMATGES	148

1 MARC DEL PROJECTE PROSPECCIÓ SOBRE RISCOS PSICOSOCIALS, ESTRÈS I BURNOUT AL SECTOR SANITARI DE CATALUNYA

CUIDAR QUI ENS CUIDA



El Benestar Sanitari a Catalunya: Un Desafiament Estratègic

El sector sanitari de Catalunya és un motor estratègic per a l'economia i la societat, representant el 9% del PIB i emprant més de 369.000 professionals. No obstant això, aquest pilar fonamental s'enfronta a una creixent crisi psicosocial. Nombrosos estudis han alertat sobre els alts nivells d'estrès laboral i esgotament emocional (burnout) en el col·lectiu, derivats de la sobrecàrrega, la falta de recursos i l'insuficient reconeixement.

En UGT-Catalunya estem compromesos amb el benestar emocional i la salut mental dels professionals sanitaris, ja que són pilars essencials per a assegurar la qualitat de l'atenció mèdica i l'eficiència dels serveis de salut.

El projecte *Prospecció sobre Riscos Psicosocials, Estrès i Burnout al Sector Sanitari de Catalunya i Bones Pràctiques per a la seva Prevenció* busca no només diagnosticar aquesta realitat, sinó, alhora, contribuir a transformar-la, identificant i prioritzant les necessitats, els elements clau i les possibilitats més eficaces i eficients per dur-ho a terme. Així mateix, aquesta nova realitat està alineada amb l'Estratègia Catalana de Seguretat i Salut Laboral per reduir els riscos psicosocials i difondre el coneixement pràctic adquirit.

1.1. INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS CLAU DEL PROJECTE

Aquest projecte de recerca busca abordar la creixent prevalença de problemes psicosocials (com l'estrès laboral i l'esgotament emocional o burnout) en el sector sanitari de Catalunya. Aquests problemes no sols afecten la salut dels professionals, sinó que tenen un impacte directe en la qualitat de l'atenció i la sostenibilitat del sistema sanitari.

Els objectius d'aquest projecte són analitzar i comprendre la situació psicosocial dels professionals sanitaris a Catalunya i proposar mesures per millorar les seves condicions laborals i salut mental. Concretament:

- Identificar i avaluar les condicions psicosocials i les situacions d'estrès presents en els professionals sanitaris de Catalunya.
- Elaborar un informe amb l'anàlisi detallada dels factors de risc i incloure propostes d'intervenció concretes.
- Crear un Catàleg de Bones Pràctiques que reculli mesures preventives (primàries, secundàries i terciàries).
- Sensibilitzar al col·lectiu sanitari i a les institucions sobre la importància de la prevenció dels riscos psicosocials i de la cura de la salut mental, que és una responsabilitat de tots els agents i es construeix mitjançant accions concretes en el dia a dia.

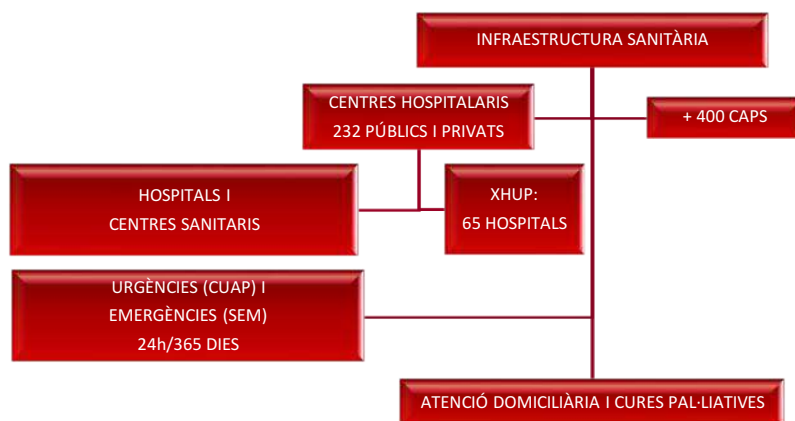


1.2. EL SECTOR SANITARI A CATALUNYA: CONTEXT

El sector sanitari a Catalunya té un pes clau, representa el **9% del PIB** i dona feina a **369.000 persones**. Tot i l'infrafinançament (despesa pública inferior a la mitjana espanyola i europea), és un àmbit estratègic que inclou serveis, indústria farmacèutica, recerca i serveis socials. Catalunya destaca en biotecnologia i fabricació de productes sanitaris, amb una forta col·laboració universitària, i s'ha consolidat com a model europeu de salut i sostenibilitat

Serveis sanitaris i hospitalaris a Catalunya

Informe: *El sector salut a Catalunya* elaborat pel Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC) Generalitat de Catalunya en 2021.



Professionals del sector sanitari

El sector sanitari català dona feina a aproximadament **369.000 persones**, representant el **10,9% de l'ocupació total** a Catalunya. *El sector salut a Catalunya* (CTESC, 2021)



Models de gestió

El sector salut a Catalunya (CTESC, 2021)

SISTEMA PÚBLIC (CatSalut). 70% dels professionals.

Coordina el finançament i la gestió dels centres. Model descentralitzat, permet autonomia

SISTEMA PRIVAT. 30% dels professionals.

Clíriques privades i serveis de mútues i assegurances de salut. Alternativa complementaria en àrees com la cirurgia programada i l'atenció especialitzada.

Formació i especialització

Catalunya disposa d'una xarxa d'hospitals universitaris que formen milers de professionals sanitaris cada any i que ofereixen programes d'especialització en àrees clau com cirurgia, pediatria, cardiologia, oncologia o cures intensives.

Exemples de centres destacats són el Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), líder en recerca clínica i biomèdica, i l'Hospital Clínic de Barcelona, un referent en la formació i desenvolupament professional de residents.



1.3. EL SECTOR SANITARI A CATALUNYA: PRINCIPALS REPTES I DESAFIAMENTS PER A LA PREVENCIÓ DELS RISCOS PSICOSOCIALS

El sector sanitari a Catalunya afronta diversos reptes estructurals i operatius que impacten la seva capacitat per oferir serveis de qualitat, especialment en un context d'augment de la demanda i canvis demogràfics. Aquests desafiaments es distribueixen en diferents àrees clau:

1. Dèficit de personal sanitari

En àrees crítiques com l'atenció primària, la infermeria, les cures pal·liatives i diverses especialitats mèdiques hi ha manca de professionals, causada per la falta d'incentius per atraure i retenir talent, les desigualtats salarials públic-privat i el relleu generacional insuficient davant l'envelliment del personal.

Aquesta escassetat incrementa les demandes i la càrrega laboral, així com els temps d'espera per als pacients. Com a conseqüència hi ha jornades més llargues, menys descansos i més pressió per atendre un volum creixent de pacients, augmentant l'estrès i la sensació d'incapacitat per complir amb les demandes. Per reduir aquests riscos, cal planificar plantilles equilibrades, oferir estabilitat contractual i garantir una distribució dinàmica i justa de les tasques i responsabilitats.

2. Desigualtats territorials

L'accés als serveis sanitaris és desigual perquè els recursos es concentren a les àrees urbanes, mentre que les zones rurals tenen dificultats per atraure professionals. Aquesta situació provoca una menor disponibilitat de serveis especialitzats i obliga molts usuaris de zones poc poblades a desplaçar-se per rebre atenció.

Els professionals de les zones rurals poden patir més aïllament, menys recursos i una major dependència de les pròpies competències (amb un increment del sentiment de responsabilitat), factors que poden generar més estrès, sensació de desprotecció i sobrecàrrega de rol. Per reduir aquests efectes, el sistema hauria de garantir, a tot el territori, un accés equivalent a recursos i formació, així com canals de comunicació i suport entre professionals, i incentius per treballar en aquests entorns.

3. Sobrecàrrega en els serveis d'urgències i emergències

Els serveis d'urgències i d'atenció primària estan saturats pel volum creixent de pacients, en part a causa de l'augment de patologies cròniques derivades de l'envelliment i per l'ús inadequat de les urgències per manca d'educació sanitària. Aquesta saturació genera llargues esperes, més càrrega de treball i més demandes psicosocials, incrementant l'estrès del personal.

Les urgències, a més, són entorns especialment exigents amb elevada exposició a estressors, especialment emocionals (pressió constant, exposició a esdeveniments traumàtics, falta de temps per a la recuperació emocional), fet que afavoreix la fatiga emocional. Per reduir aquests riscos, calen equips de suport

emocional, protocols de primers auxilis psicològics i específics per a l'estrès posttraumàtic, així como dotació suficient de personal i recursos per equilibrar les càrregues de treball.

4. Envel·liment de la població

L'envel·liment de la població catalana —amb una major esperança de vida, una menor natalitat i un fort augment previst de persones majors de 80 anys— incrementa la demanda de serveis sanitaris i de cures de llarga durada. Això implica més casos de malalties cròniques i una major pressió sobre l'atenció domiciliària i les residències. L'atenció a pacients crònics requereix temps i competències especialitzades de què els professionals no sempre disposen. Aquesta realitat augmenta la càrrega física i el desgast emocional dels professionals, que poden sentir impotència davant la complexitat i cronicitat dels casos. Per afrontar-ho, cal una actualització continuada en geriatría i gestió de malalties cròniques, així com equips multidisciplinaris que permetin repartir responsabilitats i evitar sobrecàrregues.

5. Infrafinançament del sistema sanitari públic

Catalunya destina un 6,7 % del seu PIB a despesa sanitària pública, per sota de la mitjana espanyola (7,7 %) i de la mitjana europea (7,5 %), segons el CTESC (*El sector salut a Catalunya*, 2021). Aquest infrafinançament deriva de polítiques d'austeritat i de l'augment dels costos, especialment els associats a tecnologies sanitàries avançades, i pot comportar mancances en infraestructures i equipaments, així com una dependència creixent del finançament privat o de les assegurances de salut.

Unes condicions laborals sovint precàries, recursos insuficients i la pressió per mantenir la qualitat assistencial generen desmotivació, falta de reconeixement, frustració, sensació de desemparament institucional i desgast moral. Per mitigar aquests riscos, és necessari reforçar el reconeixement institucional, social i professional, i incrementar la inversió en professionals, equips i infraestructures.

6. Bretxa en la cobertura sanitària privada

El 31,4 % de la població catalana té doble cobertura sanitària, una de les taxes més altes de l'Estat, motivada pels temps d'espera i les limitacions percebudes del sistema públic, així com per una major accessibilitat a serveis addicionals en el sector privat. Aquesta situació pot ampliar les desigualtats en l'accés a l'atenció i incrementar la sobrecàrrega dels professionals d'ambdós sistemes.

En l'àmbit psicosocial, també pot generar desigualtats en les condicions laborals, desmotivació i conflictes laborals. Per reduir aquests riscos, cal avançar cap a l'equiparació salarial i de condicions laborals, i promoure la interoperabilitat i la col·laboració entre el sector públic i el privat.

7. Integració de noves tecnologies

Tot i el lideratge innovador de Catalunya, la implantació tecnològica és desigual entre centres, tant per diferències en la capacitat d'inversió tecnològica com per manca de formació específica del personal. Això genera desigualtats en l'accés a tractaments avançats i en la digitalització de processos. Aquestes

limitacions posen de manifest la necessitat d'una planificació estratègica que abordi les desigualtats, l'infrafinançament i la pressió assistencial, alhora que impulsi la innovació i la sostenibilitat del sistema.

En l'àmbit psicosocial, les resistències i l'esforç d'adaptació a noves eines digitals i canvis en l'organització poden incrementar l'estrès, especialment en professionals més grans. Per reduir-ho, cal facilitar temps per a la formació contínua i introduir les tecnologies de manera progressiva per evitar afegir més exigències i càrrega de treball.

8. Altres desafiaments

El sistema sanitari català afronta rigideses polítiques i manca de consens, que generen frustració. Hi ha problemes de relleu generacional i de manca de professionals, especialment en atenció primària i especialitats. Les noves generacions reclamen conciliació, i la manca d'adaptació provoca un major desgast professional. Així mateix, es posa de manifest la necessitat d'ampliar l'autonomia professional en alguns perfils (com la infermeria) i d'abordar la càrrega emocional associada a l'envelliment de la població i a la cronicitat. La desafecció envers el sistema públic i l'augment dels problemes de salut mental, accentuats després de la pandèmia, evidencien la necessitat de millorar les condicions laborals, el reconeixement professional i la flexibilitat organitzativa.

El CTESC identifica diverses amenaces que impacten en el sistema sanitari català i en els riscos psicosocials dels professionals:

- Les rigideses polítiques i administratives, així com la manca de consens polític, dificulten la innovació i s'associen a situacions d'impotència percebuda, frustració i conflicte de rol entre els professionals.
- Dificultats per garantir el relleu generacional i la fidelització del talent, així com limitacions en l'accés a la formació i un reconeixement insuficient de determinats perfils professionals.
- Necessitat d'adaptació dels perfils professionals a les necessitats actuals futures del sistema, juntament amb una insuficiència de professionals en àrees clau (atenció primària, infermeria, pediatria, psiquiatria, geriatria).
- Expectatives de les noves generacions que reclamen millors condicions, conciliació i respecte pel temps.
- Necessitat de redefinir rols i ampliar l'autonomia de perfils com la infermeria, els TCAI o els assistents clínics, amb l'objectiu de millorar l'organització i reduir tensions i sobrecàrregues.
- La desafecció envers el sistema públic, derivada de dificultats d'accés i de la insatisfacció dels usuaris, pot incrementar la pressió emocional i el conflicte de rol entre professionals.
- L'augment dels problemes de salut mental, tant en la població com en els propis professionals.

En conjunt, aquests factors incrementen l'estrès, la desmotivació i el desgast emocional. En aquest context, es considera necessari desplegar estratègies preventives orientades a la millora de les condicions laborals, el reforç del reconeixement professional i el desenvolupament de models organitzatius més col·laboratius, flexibles i capaços d'adaptar-se a les necessitats emergents del sistema.

1.4. OPORTUNITATS, INNOVACIÓ I GESTIÓ PSICOSOCIAL: CAP A UN SECTOR SANITARI MÉS SALUDABLE I SOSTENIBLE

Malgrat aquest context, Catalunya impulsa la innovació en salut (biotecnologia, medicina personalitzada, qualitat formativa i recerca universitària) i la digitalització: la telemedicina, els sistemes d'informació avançats i les eines digitals poden reduir càrregues, optimitzar processos i facilitar el seguiment preventiu de riscos psicosocials si s'implementen amb els recursos i el temps de formació adequats.

L'envelliment de la població, tot i comportar un increment de les demandes, també es vincula a oportunitats en l'àmbit dels serveis geriàtrics i de l'atenció a la cronicitat, i impulsa el desenvolupament de nous serveis i equips especialitzats.

El talent sanitari i l'existència de centres de referència internacional contribueixen a l'atracció de professionals, mentre que la col·laboració europea i el turisme mèdic reforcen la projecció global. El finançament privat i les col·laboracions públic-privades guanyen pes. Finalment, la sostenibilitat es treballa amb infraestructures verdes, eficiència i reducció d'impacte ambiental.

L'anàlisi del sector sanitari a Catalunya posa de manifest tant desafiaments com oportunitats i assenyala la necessitat d'impulsar estratègies organitzatives orientades al benestar, com ara el reforç de la resiliència col·lectiva, la promoció del treball col·laboratiu, la garantia d'estabilitat laboral, l'ampliació de l'autonomia professional i el desenvolupament de competències d'afrontament i gestió de l'estrès.



La prevenció dels riscos psicosocials en el sector sanitari pot beneficiar-se enormement de la innovació en les següents àrees clau:

- **Digitalització i IA:** la telemedicina i els sistemes avançats d'informació poden contribuir a l'optimització de processos i a la reducció de càrregues administratives. A més, la intel·ligència artificial pot utilitzar-se en sistemes d'alerta precoç per detectar situacions d'alt impacte psicosocial i de burnout, així com per facilitar la reorganització de recursos i càrregues de treball amb finalitats preventives.
- **Resiliència i treball col·laboratiu:** el reforç de la resiliència i de les estratègies d'afrontament, tant individuals com col·lectives, mitjançant la formació contínua i el desenvolupament de competències transversals. Així mateix, la promoció d'equips multidisciplinaris i el desenvolupament d'espais estructurats de coordinació, com reunions de suport o programes de mentoria emocional, poden facilitar el repartiment de responsabilitats i la gestió de l'estrès.
- **Salut mental i benestar integral:** la creació d'espais de descans adequats i zones de desconexió, la consolidació de programes de suport emocional confidencial i la implantació d'horaris flexibles poden afavorir la conciliació i la disponibilitat de recursos per a la gestió de l'estrès. Igualment, la promoció d'una cultura d'autocura (com ara el mindfulness o les pauses actives) i l'establiment de mecanismes de reconeixement poden contribuir al benestar dels professionals i a la qualitat de l'atenció.

Aquestes línies d'innovació psicosocial seran efectives, si es disposa d'un lideratge compromès, de polítiques públiques que assegurin recursos suficients i prioritzin la prevenció psicosocial primària (d'àmbit organitzatiu), així com de programes de formació contínua i sistemes d'avaluació que permetin ajustar les mesures a les necessitats reals dels equips. En aquest marc, es pot avançar en la reducció dels riscos psicosocials i en la configuració d'entorns laborals que protegeixin la salut emocional dels professionals, tot garantint una atenció sanitària de qualitat i la sostenibilitat del sistema a llarg termini.

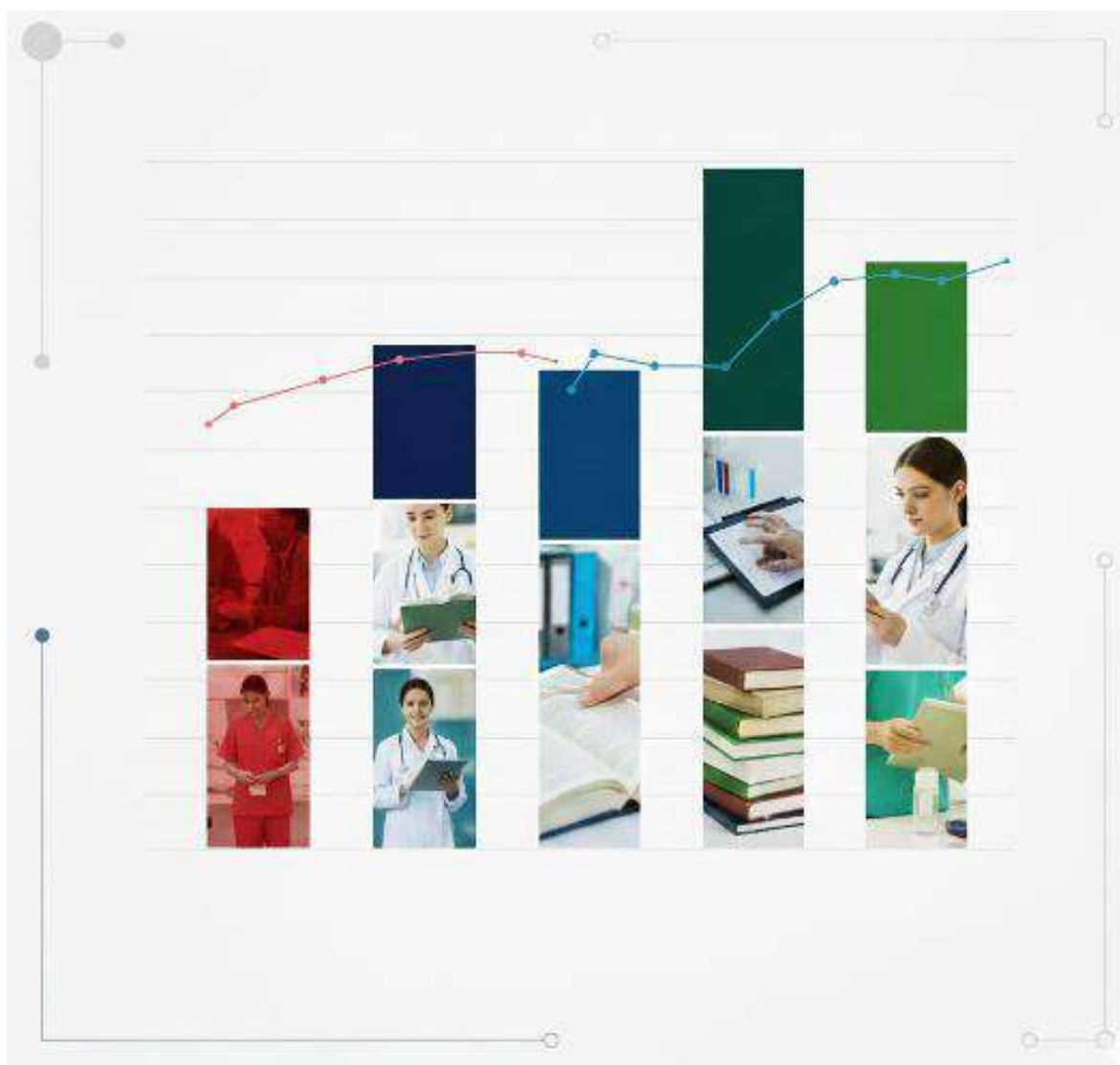
1.5. METODOLOGIA DEL PROJECTE: UN ENFOCAMENT MIXT BASAT EN EVIDÈNCIES

Aquest projecte té com a objectiu identificar els principals desafiaments psicosocials del personal sanitari a Catalunya i les bones pràctiques per abordar-los. Es fonamenta en una metodologia mixta que combina dades quantitatives i qualitatives: una revisió exhaustiva de la literatura internacional sobre bones pràctiques de prevenció de l'estrès i el burnout en l'àmbit sanitari; un qüestionari en línia a una mostra representativa utilitzant instruments validats (UNIPSI, CESQT i LIDERA R3.0); i la realització de focus groups i entrevistes grupals amb diferents col·lectius sanitaris per explorar percepcions, experiències i necessitats, obtenint així recomanacions i propostes d'actuació. A continuació es presenten les accions desenvolupades:



2 REVISIÓ LITERATURA: INTERVENCIIONS SOBRE RISCOS PSICOSOCIALS, ESTRÈS I BURNOUT AL SECTOR SANITARI

CUIDAR QUI ENS CUIDA



Intervencions Psicosocials en el Sector Sanitari: L'Evidència com a Full de Ruta

La prevenció dels riscos psicosocials, l'estrès i el burnout en el sector sanitari requereix, avui més que mai, fonamentar les decisions en estudis rigorosos i en una lectura crítica de les evidències. La revisió internacional mostra un patró clar: mentre que les intervencions centrades en la persona —formació, tècniques cognitivo-conductuals, mindfulness o programes de suport— són majoritàries, les intervencions sobre les condicions organitzatives són molt escasses, malgrat ser les que mostren efectes més consistents i sostenibles en el temps.

Des d'UGT-Catalunya defensem que qualsevol estratègia de salut laboral ha de partir d'aquest coneixement científic. La revisió que presentem posa de manifest una mancança rellevant: hi ha pocs estudis que abordin directament la càrrega de treball, els processos, els horaris o els models de gestió, fet que limita la capacitat d'avaluar l'impacte real de les intervencions i d'impulsar polítiques transformadores amb evidència robusta.

Aquest capítol vol contribuir a revertir aquesta situació. A partir d'una revisió sistemàtica i de metanàlisis recents, identifiquem les intervencions amb major evidència, els seus límits i les àrees on cal avançar. El missatge central és inequívoc: només un enfocament valent, global i integrat, que combini el suport a les persones amb canvis estructurals en les condicions de treball, permetrà millorar de manera real i sostinguda el benestar emocional dels professionals sanitaris i la qualitat dels serveis que ofereixen.

2.1. INTRODUCCIÓ

La literatura científica dels darrers anys mostra diversos tipus d'intervencions orientades a reduir i prevenir l'estrès laboral i el burnout entre els professionals de la salut. Aquestes intervencions es classifiquen habitualment en dues grans categories:

- **Intervencions dirigides a l'organització:** inclouen la modificació de les condicions i els processos de treball, les càrregues laborals, els horaris, la cultura organitzativa, els sistemes de supervisió i la dotació de recursos.
- **Intervencions dirigides a la persona:** comprenen programes orientats a la reducció de l'estrès, al desenvolupament d'habilitats d'afrontament i al reforç de competències professionals i emocionals.

ORGANITZACIONALS

CANVIS EN L'ENTORN LABORAL: MILLORA DE LA COMUNICACIÓ, DE LES TASQUES, DELS RECURSOS, ETC.

PERSONALS

AJUDEN A DESENVOLUPAR HABILITATS D'AFRONTAMENT O A REDUIR L'IMPACTE DE L'ESTRÈS.

COMBINADES

COMBINACIÓ DE DIVERSES ESTRATÈGIES (PERSONALS I ORGANITZACIONALS). MÉS EFICÀCIA

En general, la recerca indica que les intervencions organitzacionals tendeixen a un impacte més gran a llarg termini, mentre que les intervencions centrades en la persona generen beneficis més immediats, especialment en relació amb l'estrès, l'ansietat i els símptomes de burnout.

L'objectiu d'aquest estudi és dur a terme una revisió de la literatura per identificar i analitzar les principals intervencions implementades en el sector sanitari amb la finalitat de prevenir els riscos psicosocials, l'estrès i el burnout, així com d'avaluar-ne l'eficàcia.

La revisió s'ha realitzat segons les directrius de la declaració PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021), i les intervencions s'han classificat en estratègies organitzatives, centrades en les condicions laborals, i estratègies centrades en la persona, amb un enfocament de prevenció primària, secundària i terciària.

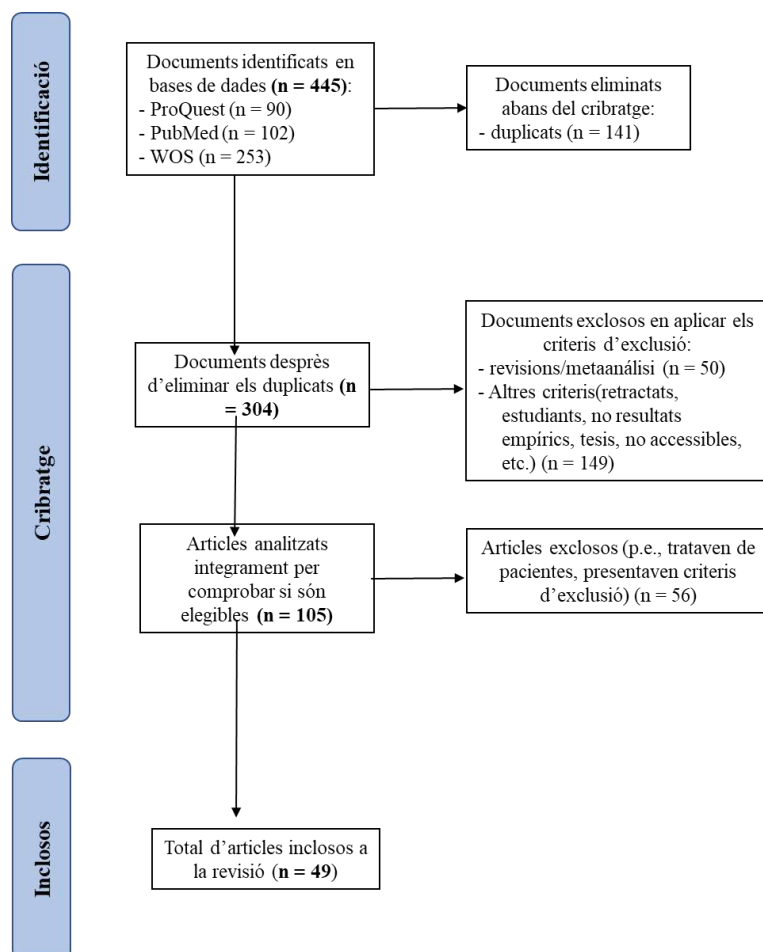
2.2. METODOLOGIA I ESTRATÈGIA DE RECERCA

S'ha realitzat una revisió de la literatura segons les directrius PRISMA per avaluar l'eficàcia de les intervencions psicològiques i psicosocials per prevenir i reduir riscos psicosocials, especialment el burnout, en professionals sanitaris.

La recerca sistemàtica s'ha centrat en els aspectes següents:

- Període de publicació: articles publicats entre gener de 2014 i setembre de 2024.
- Bases de dades: ProQuest, PubMed, Web of Science.
- Termes de cerca: *intervention, prevention, burnout, stress, nurses, physician*.
- Protocol PICO (Població: professionals sanitaris (metges/infermeria); Intervenció: psicològica/psicosocial; Comparador: amb o sense grup control; Resultat: reducció de l'estrès/burnout).
- Mostra: d'un total de 445 documents identificats inicialment, el procés de selecció segons PRISMA va donar lloc a una mostra final de 49 articles. Addicionalment, mitjançant una cerca manual, es van incloure 61 estudis complementaris (revisions, metaanàlisis, estudis citats i un llibre), assolint un total de 110 estudis inclosos en l'informe de revisió.

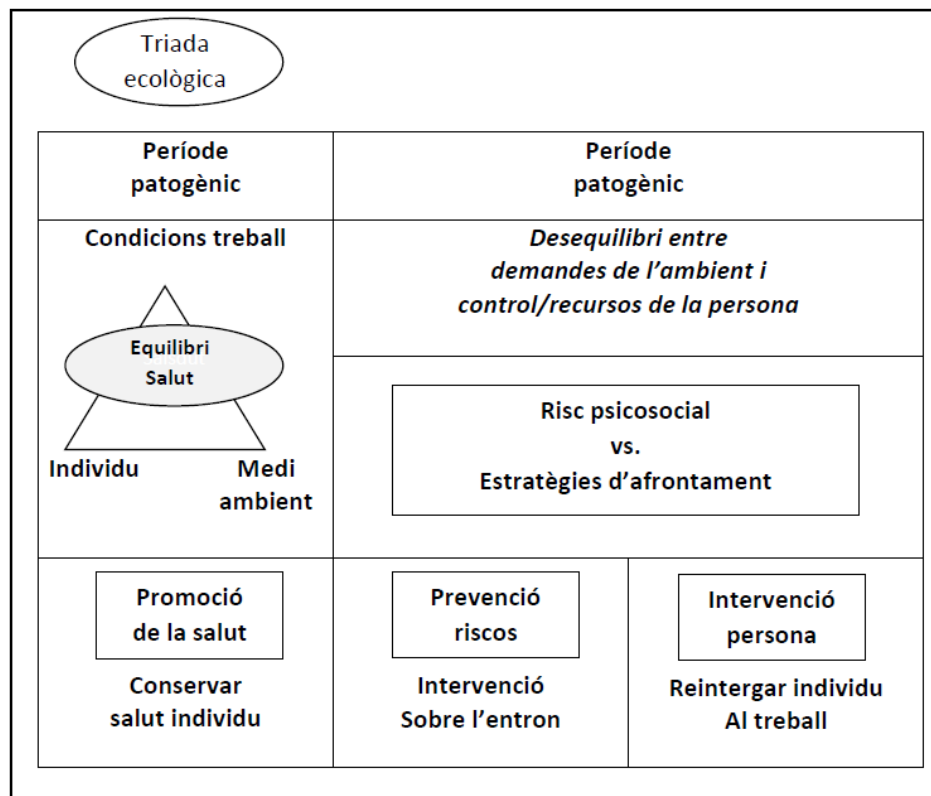
Figura 1. Diagrama de flux PRISMA



Les intervencions es classifiquen en estratègies centrades en les condicions laborals i estratègies centrades en la persona, amb un enfocament de prevenció primària, secundària i terciària. Per analitzar els resultats s'ha utilitzat el model de Gil-Monte (2021) que distingeix el tipus d'intervenció en funció del moment en que s'aplica la intervenció: abans o durant/després de l'impacte dels factors i riscos psicosocials:

- **Fase pre-patogènica** (prevenció primària): actuacions orientades a la prevenció abans que es produeixi l'afectació.
- **Fase patogènica:**
 - (prevenció secundària): desequilibri entre les demandes i els recursos.
 - (prevenció terciària): conseqüències d'estrès prolongat. Millora de l'ajust persona-treball i desenvolupament d'estratègies d'afrontament de l'estrès.

Figura 2. Història natural dels factors i riscos psicosocials i la seva influència sobre el benestar laboral (Gil-Monte, 2021).



Les intervencions identificades han estat predominantment dirigides a la gestió individual de conseqüències de riscos psicosocials laborals (centrades en la persona), amb un enfocament menor en la modificació de les condicions laborals.

2.3. RESULTATS

Seguint el model de Gil-Monte (2021) i la revisió de la literatura, els resultats s'organitzaran en dos apartats. D'una banda, els resultats de la revisió de la literatura seguint el mètode PRISMA, i de l'altra, els resultats de la revisió d'altres estudis de revisió de la literatura i de metanàlisis. Cadascun d'aquests apartats s'estructura, al seu torn, en dos subapartats: intervencions dirigides a les condicions de treball i intervencions dirigides a la persona.

Resultats de la revisió de la literatura

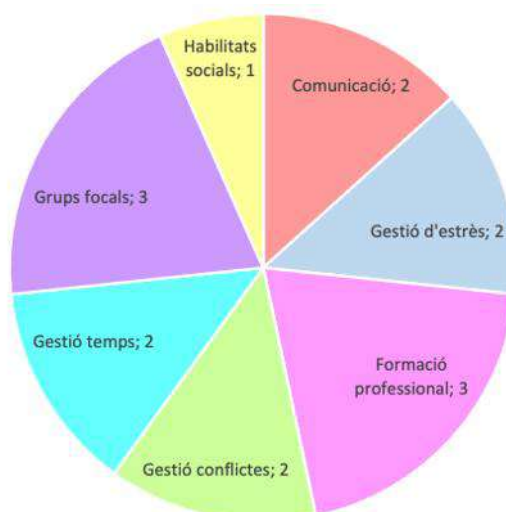
En els estudis revisats ($n = 64$), 49 inclosos amb el mètode PRISMA més 15 estudis addicionals identificats durant la lectura d'altres estudis, només en 6 estudis s'han utilitzat estratègies d'intervenció que consideren les condicions de treball.

Taula 1. Principals resultats de la revisió de la literatura.

Tipus d'intervenció i objectiu principal	Estratègies aplicades	Resultats principals
Condicions de treball (6 estudis)	Redisseny càrregues de treball: reestructuració d'equips (Gregory et al. 2018).	Reducció de càrrega laboral (efecte temporal), estrès i esgotament emocional.
Millorar l'organització, processos i entorn laboral.	Increment de plantilles, supervisió i formació (Richard et al. 2010).	Millor percepció control, suport social, flexibilitat i adaptació, comunicació i satisfacció.
	Millora de processos crítics infermeria (Hall et al. 2008).	Millora satisfacció i esgotament emocional amb condicions psi. i suport social.
	Programa de canvi cultural i suport social (Adams et al. 2019).	Millora percepció qualitat personal i organitzacional.
	Redisseny llocs mitjançant Job crafting (Gordon et al. 2018).	Millora benestar i rendiment.
	Períodes de son protegits (Shea et al. 2014).	Augment del temps de somni, millora atenció i alerta cognitiva.

Persona (64 estudis) Desenvolupar habilitats i estratègies d'afrontament individuals (10 estudis). Reduir l'impacte negatiu de l'estrès sobre la persona (54 estudis)	Formació per afrontar riscos psicosocials (ver fig.3): Comunicació interpersonal, gestió de l'estrès, gestió de conflictes, gestió del temps, grups focals i treball en equip, competències professionals (escolta, habilitats socials). Gestió de conseqüències de l'estrès laboral: Estratègies grupals de suport emocional: Grups Balint, grups de suport, dinàmiques de cohesió. Tècniques cognitiu-conductuals: Reestructuració cognitiva, resolució de problemes, assertivitat, resiliència, teràpia d'acceptació i compromís. Estratègies d'autocura i promoció de salut: Mindfulness (la més freqüent, 22 estudis), relaxació, meditació, respiració, massatge, ioga, exercici físic, artteràpia, musicoteràpia, narrativa, escriptura reflexiva, passeig forestal, risoteràpia. Estratègies educatives i de suport professional: counseling, mentoring, identitat professional, psicodrama.	Augment de competències d'afrontament, major confiança professional. Increment de la resiliència i l'autoeficàcia. Millora de la qualitat assistencial (adherència a la medicació i qualitat de vida del pacient). Reforç del Benestar i salut emocional dels participants. Depenen del tipus de tècnica o combinació, en resum es presenten evidències de: Augment de competències d'afrontament i confiança professional, reducció dels nivells de burnout (SQT) i els símptomes d'estrès del personal d'infermeria i medicina, reducció de l'estrès derivat de l'exposició crònica a riscos psicosocials. Millora l'autoeficàcia i la resiliència, millora del somni, etc.
--	---	---

Figura 3. Freqüència d'estratègies dirigides a la formació de l'individu per gestionar factors i riscos psicosocials del treball.



Resultats de la revisió de metanàlisis i revisions sistemàtiques

Com a resultat d'aquesta revisió de la literatura, s'han identificat 45 articles de revisió i metanàlisis sobre intervencions orientades a prevenir i reduir l'estrès laboral i el síndrome d'esgotament professional (SQT) en professionals sanitaris de la medicina i la infermeria.

La classificació dels estudis segueix el mateix criteri metodològic utilitzat prèviament, diferenciant estratègies dirigides a la modificació de les condicions de treball i estratègies dirigides a les persones, orientades a prevenir o tractar els efectes de l'estrès laboral i el SQT sobre l'individu.

Els resultats de les 45 metaanàlisis i revisions sistemàtiques identificades són similars, essent les intervencions dirigides a l'individu, com el mindfulness, les més freqüents. La revisió de 45 estudis de síntesi confirma:

1. Predomini de les intervencions dirigides a l'individu.
2. Les intervencions organitzacionals (reorganització del treball, gestió de les càrregues, fluxos, composició dels equips, tecnologia, flexibilitat horària) mostren un impacte més sostingut. En aquest àmbit, es destaquen diverses estratègies amb evidència empírica sòlida:
 - El redisseny dels fluxos de treball, la redistribució de la càrrega de treball (les més efectives) i la reducció de la burocràcia;
 - l'augment del personal i el reforç del suport administratiu;
 - la millora del treball en equip i lideratge;
 - la flexibilitat horària i les mesures de conciliació;
 - programes d'empoderament i de desenvolupament de la resiliència.
 - En l'àmbit digital, es va trobar que optimitzar la tecnologia (registres mèdics electrònics) i ampliar els equips d'atenció redueixen el burnout.
3. El Mindfulness, les tècniques cognitiu-conductuals i l'autocura mostren major eficàcia a curt termini.
4. Les intervencions combinades (organització + persona) presenten els millors resultats globals.

En síntesi, tot i que les intervencions individuals tendeixen a mostrar una major eficàcia a curt termini, els múltiples estudis conclouen que les intervencions dirigides a modificar les condicions de treball que causen els riscos psicosocials són més efectives a llarg termini.

2.4. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

De la revisió de la literatura es poden extreure les següents conclusions:

1. En la majoria dels estudis s'han desenvolupat intervencions dirigides a l'individu i no a les condicions de treball. Ambdós tipus d'estratègies semblen ser eficaces, si bé les intervencions centrades en la persona tendeixen a generar efectes més immediats, mentre que les dirigides a modificar les condicions de treball presenten una major eficàcia a llarg termini.

2. Les estratègies d'intervenció orientades a la gestió de l'estrès laboral en els professionals de la salut es dirigeixen principalment a abordar les conseqüències de l'estrès sobre la persona. En menor mesura, s'orienten a la formació per millorar les capacitats d'afrontament dels riscos psicosocials, i amb poca freqüència a la prevenció d'aquests riscos mitjançant intervencions sobre les condicions de treball des d'una perspectiva organitzacional.
3. Prenent com a referència el model de Gil-Monte (2021) sobre la història natural dels factors i riscos psicosocials i la seva influència sobre el benestar laboral, la majoria de les intervencions consisteixen en accions sobre la persona per millorar la seva salut (intervenció terciària) (p. ex., teràpia cognitiu-conductual, mindfulness, relaxació). Destaca la freqüència amb què es recorre al mindfulness com a estratègia per gestionar l'estrès laboral i les seves conseqüències.
4. Les intervencions dirigides a la prevenció dels riscos psicosocials (**intervenció secundària**) són escasses, i quan s'apliquen no es dirigeixen a les condicions de treball, sinó als treballadors i treballadores mitjançant programes de formació per millorar la comunicació interpersonal, gestionar els conflictes, gestionar el temps, millorar les habilitats socials, actualitzar les competències professionals i gestionar l'estrès. Tot i això, també s'han identificat intervencions secundàries per millorar les condicions de treball que produeixen estrès laboral considerant l'organització en el seu conjunt o algunes unitats organitzacionals. Aquestes intervencions han consistit en redissenyar processos de treball, redistribuir càrregues de treball, modificar la cultura organitzacional, redissenyar llocs de treball i horaris de treball. En alguns casos, les accions han estat incrementar la plantilla de persones assignades a la unitat organitzacional.
5. La **intervenció primària** és molt poc freqüent en els estudis analitzats. En alguns casos, com el d'Adams et al. (2019), la intervenció dirigida a modificar la cultura organitzacional en matèria de riscos psicosocials podria considerar-se com una estratègia d'intervenció primària. També poden entrar en aquesta categoria les conclusions i recomanacions dels estudis de revisió de Thomas Craig et al. (2021) i DeChant et al. (2019) sobre la millora de processos i fluxos de treball.

A partir dels resultats de la revisió de la literatura i de les experiències prèvies d'intervenció, es recomana el desenvolupament d'un programa d'intervenció que integri els tres nivells de prevenció (primària, secundària i terciària) com els que es presenten a la següent taula (Taula 2).

Taula 2. Propostes d'intervenció, Pedro R. Gil-Monte (2024).

Tipus d'intervenció	Objectius i estratègies	Enllaç / Referència
Primària: Condicions de treball	Intervencions basades en la millora contínua i desenvolupament organitzacional.	Martínez-Moreno i Gil-Monte (2018-2019) per a la millora de processos al Servei de Pneumologia de l'Hospital Clínic de València: https://neumoclinicovalencia.com/servicio-neumologia-trabaja-acercarse-la-excelencia/Servei de Pneumologia - Hospital Clínic de València .
Secundària: Afrontament de riscos	Combinació de la modificació de les condicions de treball amb la formació en estratègies d'afrontament dels riscos psicosocials i l'estrès laboral. Les intervencions dirigides a les condicions de treball haurien de ser específiques per als riscos detectats en les avaluacions.	Un programa que ha resultat eficaç en docents és el desenvolupat per Gil-Monte (2019). Aquest programa va ser dissenyat per intervenir en professionals de la salut, però, per diverses circumstàncies, es va aplicar en docents. Té caràcter preventiu, encara que també va resultar eficaç per millorar els problemes de salut derivats de l'estrès laboral. Inclou diferents tipus de tècniques per millorar les emocions (p. ex., teràpia focalitzada en emocions) i cognicions, els problemes psicosomàtics derivats de l'estrès i del SQT, i tècniques per gestionar diversos riscos psicosocials del treball, especialment els derivats de les relacions interpersonals i amb la direcció: https://cutt.ly/fwKA4Xk (Programa Gil-Monte 2019)
Terciària: Gestió de conseqüències	Aplicació de tècniques d'eficàcia provada per millorar la salut, com les Teràpies Cognitivo-Conductuals i el mindfulness, que poden complementar el programa de prevenció secundària.	

3 INFORMACIÓ QUANTITATIVA: RESULTATS DEL QÜESTIONARI PSICOSOCIAL EN UNA MOSTRA DE 3244 PROFESSIONALS SANITARIS DE CATALUNYA

PART I: RESULTATS GLOBALS CUIDAR QUI ENS CUIDA



Resultats globals quantitatius: Una fotografia fidel de la realitat psicosocial

Aquest capítol presenta els resultats globals del projecte Prospecció sobre Riscos Psicosocials, Estrès i Burnout al Sector Sanitari de Catalunya per al conjunt de la mostra participant, amb l'objectiu d'oferir una visió integrada i comprensiva de la situació psicosocial dels professionals sanitaris.

La interpretació d'aquests resultats es fonamenta en la solidesa i l'amplitud de la mostra, una de les més rellevants disponibles actualment en l'àmbit sanitari a Catalunya, tant pel nombre de participants com per la diversitat de perfils professionals, territorials i organitzatius representats. Aquesta característica permet superar aproximacions parcials i reflectir amb major fidelitat la complexitat real del sistema sanitari.

Els resultats constitueixen una fotografia fixa del moment de la recollida de dades, però amb garanties suficients de representativitat per oferir una imatge rigorosa del que està succeint en el conjunt del sector. L'anàlisi global posa de manifest patrons consistents de malestar psicosocial, estrès i burnout, així com el pes determinant de factors organitzatius vinculats a les condicions de treball, la càrrega laboral, el reconeixement professional i la percepció de justícia organitzacional.

En conjunt, aquest capítol estableix una base sòlida per a la comprensió dels resultats que es presenten a continuació, constitueix una base rellevant per a la reflexió col·lectiva i reforça la necessitat d'abordar la salut psicosocial dels professionals sanitaris des d'una perspectiva estructural, estratègica i col·lectiva.

ENQUESTA SOBRE RISCOS PSICOSOCIALS, ESTRÈS I BURNOUT

Aquesta part de l'estudi es basa en un disseny quantitatiu transversal, orientat a identificar els factors psicosocials de l'entorn laboral que prediuen el síndrome de burnout, l'estrès i altres indicadors de salut entre professionals del sector sanitari de Catalunya.

3.1. DISSENY I ADMINISTRACIÓ DEL QÜESTIONARI

El qüestionari utilitzat es va dissenyar entre els mesos de juny i juliol de 2024 per un grup de treball multidisciplinari format per tècnics de recerca, consultors en prevenció psicosocial i representants sindicals d'UGT de Catalunya.

Taula 3. Fases del treball quantitatiu.

Fase 1: Disseny del qüestionari

- **Grup de treball:** Entre el 10 de juny i el 23 de juliol de 2024.
- **Selecció de variables:** Es van seleccionar variables sociodemogràfiques i psicosocials rellevants.
- **Instruments:** Es van incloure instruments i ítems, atenent criteris de fiabilitat i validesa psicomètrica.

Fase 2: Administració i recopilació de dades

- **Administració:** Mitjançant una plataforma en línia. Va estar actiu des de l'1 d'octubre fins al 6 de novembre de 2024.
- **Població:** Es va dirigir a tots els professionals del sector sanitari a Catalunya, incloent totes les categories, centres i tipus de gestió.
- **Comunicació:** Accions específiques de difusió i informació adreçades al conjunt de professionals sanitaris. Aquestes accions van ser impulsades per UGT de Catalunya.

Fase 3: Anàlisi de dades

- **Software:** Les dades recopilades es van analitzar amb el programari estadístic **SPSS**.
- **Objectiu de l'anàlisi:** Identificar patrons, tendències, correlacions i predictors entre les variables estudiades.

Durant tot el procés, es va garantir l'**anonimat** i la **protecció de dades** dels participants, d'acord amb principis ètics i de confidencialitat.

L'instrument utilitzat és una bateria composta per:

- el qüestionari UNIPSCO, per a l'avaluació dels factors psicosocials del treball (Gil-Monte, 2016a; 2016b);
- el Qüestionari d'Avaluació del Síndrome de Creuar-se pel Treball (CESQT) (Gil-Monte, 2019);
- variables addicionals específiques del sector sanitari, com la càrrega emocional, el treball a torns o la percepció de recursos;
- una versió curta del qüestionari LIDERA R3.0, que es basa en l'afrontament resiliència i saludable de l'estrès laboral (Audit & Control Estrés, 2023).

Taula 4. Variables de l'estudi.

Demandes (UNIPSCO) • Càrrega de treball • Conflicte de rol • Ambigüitat de rol • Inequitat en els intercanvis socials (justícia organitzacional) • Conflicte treball-família i família-treball • Treball emocional • Conflictes Interpersonals Altres: agressions, prevenció de l'assetjament i dels conflictes, realització de treball administratiu Recursos (UNIPSCO) • Autonomia • Suport social en el treball i lideratge • Disponibilitat de recursos • Feedback	Factores de lideratge (LIDERA R3.0) • Gestió proactiva del treball • Empoderament i y estímul del talent • Lideratge emocional ètic • Lideratge emocional davant les dificultats Conseqüències • Síndrome de cremar-se en el treball: burnout (Qüestionari CESQT) • Salut i problemes conductuals de salut: general, ansietat, somni, consum medicaments, alcohol, tabac, visita especialista • Satisfacció i compromís • Dies de falta al treball per problemes de salut o accidents derivats del treball Factors intrínsecs • Sobre-implicació • Autoeficàcia
--	--

3.2. CARACTERÍSTIQUES I REPRESENTATIVITAT DE LA MOSTRA

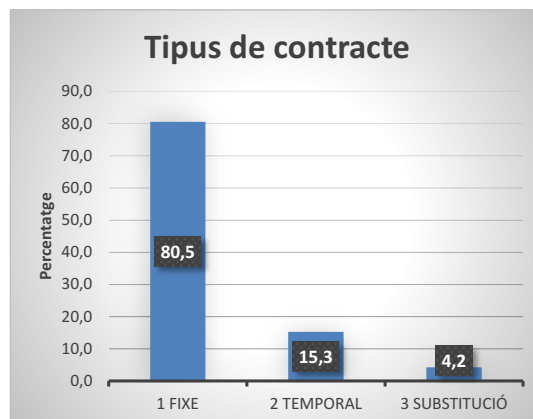
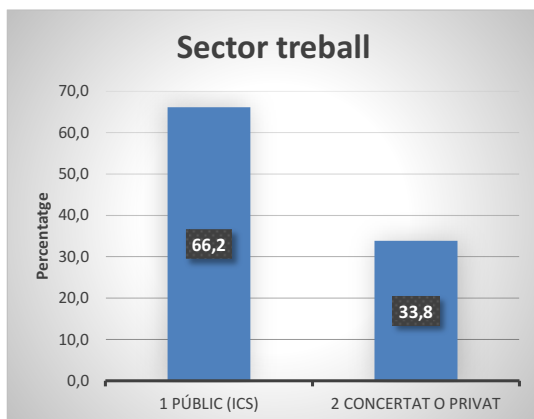
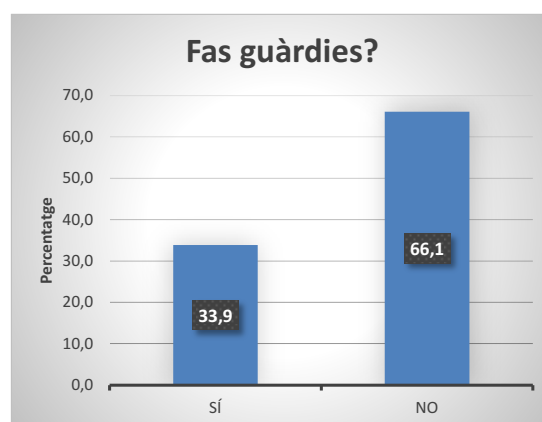
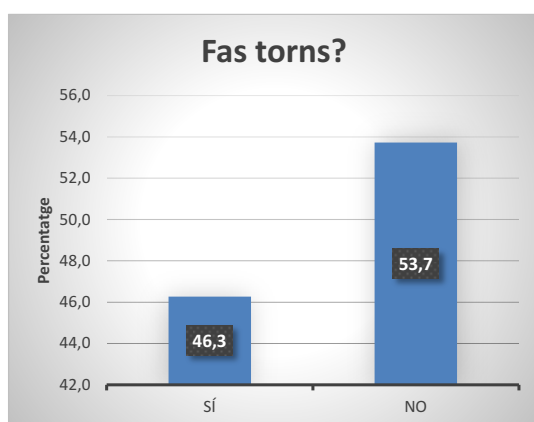
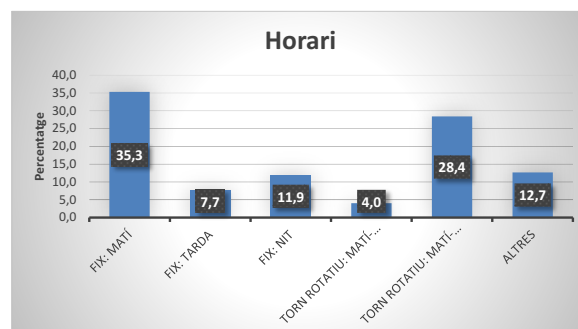
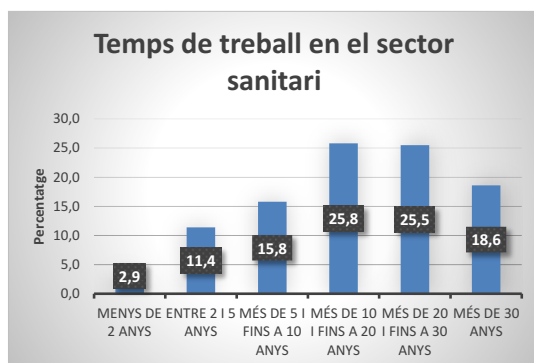
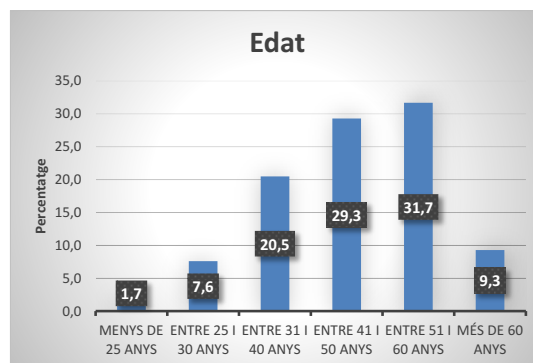
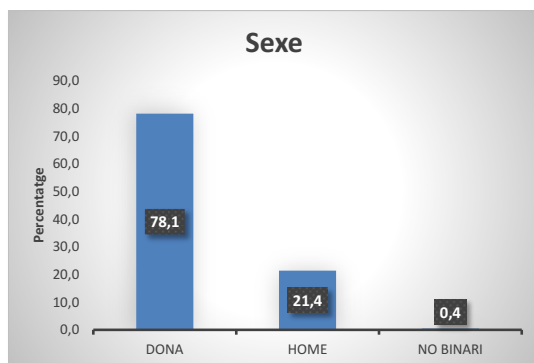
L'estudi va obtenir una mostra de 3.244 participants, seleccionats d'una població total de 141.066 professionals sanitaris a Catalunya (segons dades del SISCAT, juny de 2024). Aquesta mostra representa aproximadament el 2,3 % de la població total.

Els marges d'error obtinguts són prou baixos per garantir que la mostra és estadísticament representativa de la població de referència: $\pm 1,7$ % per a un nivell de confiança del 95 % i de $\pm 2,24$ % per a un nivell del 99 %. Aquestes condicions permeten extreure conclusions fiables i robustes amb elevats nivells de confiança.

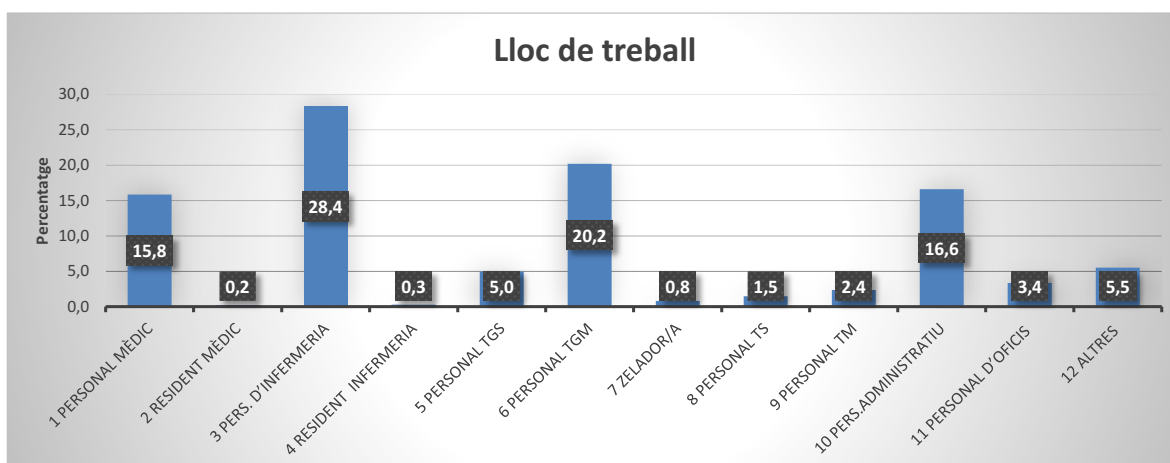
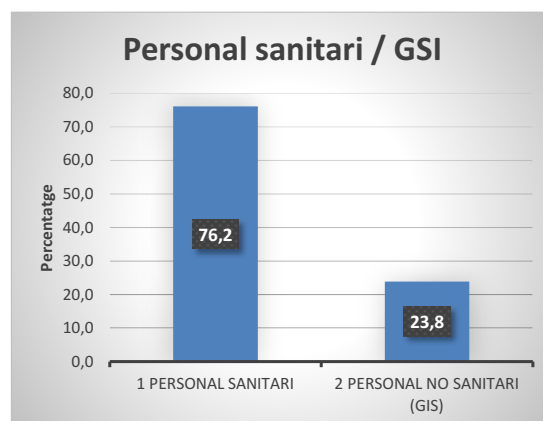
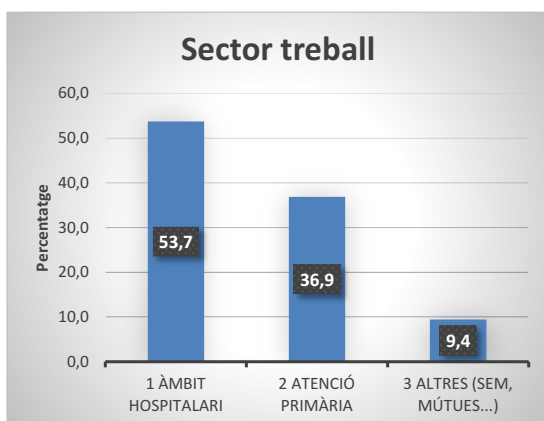
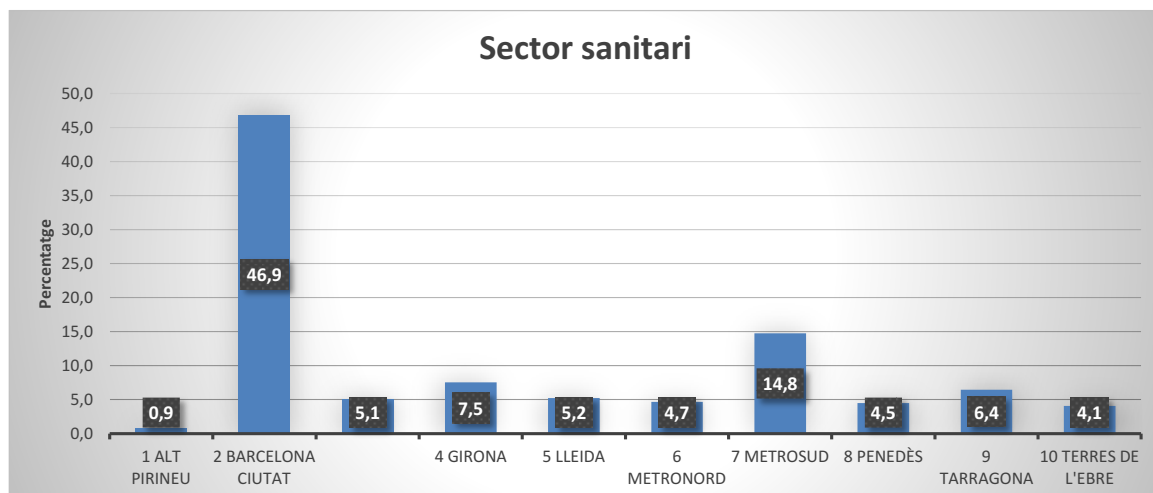
Es va recollir informació entre una àmplia diversitat de perfils professionals, àmbits de treball i tipus de contracte. Les principals característiques de la mostra són:

- Sexe: 78,1 % dones.
- Edat: predomini de persones d'entre 31 i 60 anys (81,5 %), amb un pes destacat del grup de 51 a 60 anys (31,7 %).
- Antiguitat en el sector: 69,9 % amb més de 10 anys d'experiència.
- Àmbit laboral: el 66,2 % treballa al sector públic (ICS); el 53,7 % en hospitals i el 36,9 % en atenció primària.
- Tipus de contracte: 80,5 % amb contracte fix.
- Categoria professional: 76,2 % personal sanitari. Destaquen les categories d'infermeria (28,4 %), TGM (20,2 %), personal mèdic (15,8 %) i personal administratiu (16,6 %).
- Especialitats mèdiques més representades: medicina familiar i comunitària (12,3 %), altres especialitats (13,5 %), urgències (6,2 %) i geriatria (5 %).
- Responsabilitat jeràrquica: el 93 % no té personal al seu càrrec.

Figures 4 – 11: Percentatges de participació en les diferents variables sociodemogràfiques (I)



Figures 12 – 16: Percentatges de participació en les diferents variables sociodemogràfiques (II)



3.3. LES CONDICIONS PSICOSOCIALS: DEMANDES I RECURSOS

L'anàlisi de les variables psicosocials revela que una part considerable de la mostra presenta nivells elevats de risc en múltiples factors relacionats amb l'estrès laboral i el deteriorament de la salut mental.

Abans d'entrar en la presentació dels resultats en termes de nivell de risc psicosocial, contextualitzarem l'experiència psicosocial percebuda pels participants a través de les seves respostes a alguns ítems seleccionats dels factors psicosocials més rellevants de l'estudi.

Taula 5. Percentatges de resposta d'ítems de les variables demanda i recursos

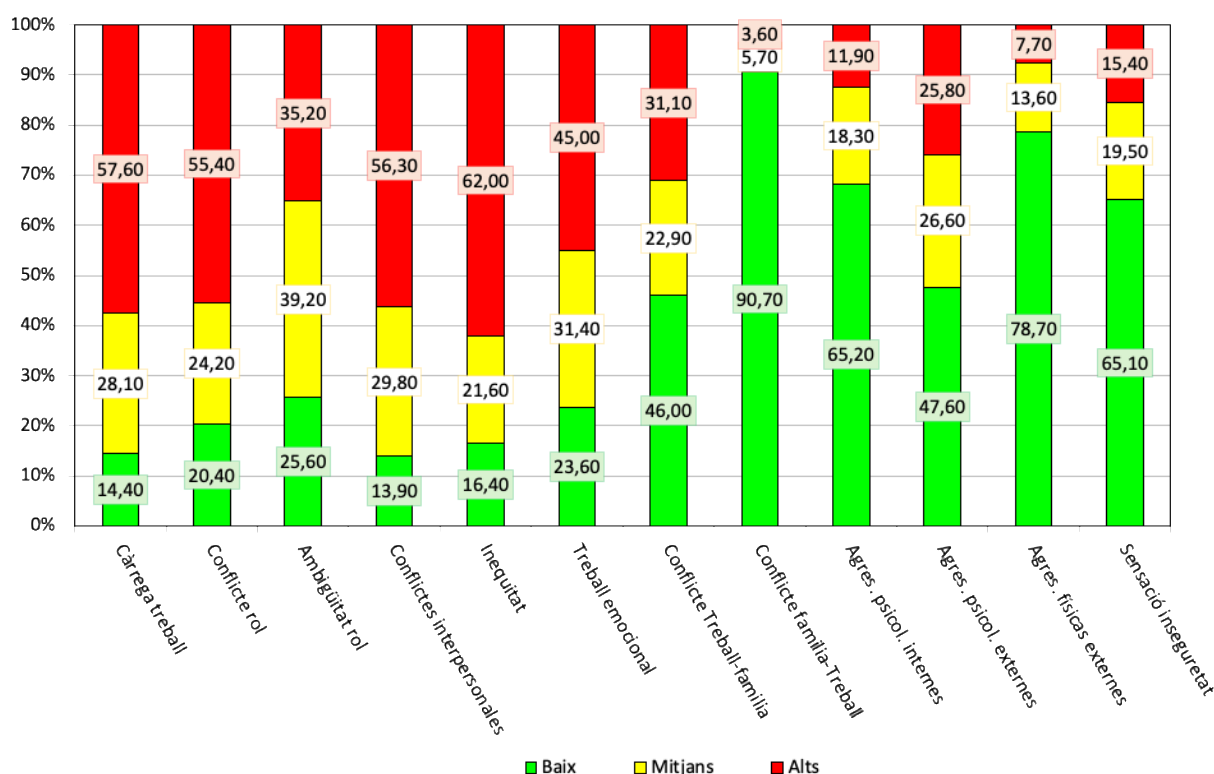
VARIABLES DEMANDES Càrrega de treball i Autonomia - El 79 % afirma que realitza més d'una tasca alhora amb freqüència o molt sovint. - Un 51,7 % indica que no té temps suficient per acabar la feina. - El 59,5 % assenyalava que no pot treballar a un ritme relaxat. - El 42,1 % manifesta problemes derivats de la complexitat de la seva feina. Conflicte i ambigüitat de rol - El 37,46/% indica que sovint o molt sovint ha de fer coses de manera diferent de com pensa que s'han de fer i el 33,9% que se li assignen tasques sense els recursos i els mitjans necessaris. - Un 87,7% manifesta que freqüentment i molt freqüentment sap quines són els seves responsabilitats a la feina. - Un 32,3% mai i rarament coneix els criteris els quals se li avalua. Conflictes interpersonals - El 7,26% assenyalava que freqüentment i molt freqüentment te conflictes amb la direcció del centre, un7% amb pacients (o persones usuàries) i un 6,75% amb familiars de pacients. - Un 25,8% indica que es produeixen freqüentment i molt freqüentment situacions d'agressions psicològiques i/o verbals per part de persones externes a l'organització (pacients, persones usuàries, etc.). Inequitat (Manca de justícia) - Un 63,1 % percep que aporta més del que rep a canvi. - El 64,5 % indica que no rep prou reconeixement per la feina que realitza.	Treball emocional - El 77,5 % ha d'expressar emocions agradables amb freqüència, i un 84,6 % s'ha de posar en el lloc dels pacients. - Un 37,7 % admet haver de simular emocions que no coincideixen amb els seus sentiments reals, fet que pot resultar emocionalment esgotador. Conflicte treball-família - El 31,1 % sent que les obligacions laborals interfereixen sovint amb la seva vida personal. VARIABLES RECURSOS Autonomia - Un 45,3% indica que no pot determinar el seu ritme de treball. Suport social - El suport provinent de la direcció i dels superiors és clarament insuficient: només un 18,7 % percep suport per part de la direcció i un 31,5 % percep que rep ajuda del seu superior directe. - Els companys i companyes són la principal font de suport (64,0 %). Recursos - Un 62,2% afirma que hi ha poc o gens personal per cobrir les necessitats del servei. - El 48,7% percep que les àrees de descans són gens o poc adequades. Feedback - La majoria (66,4%) considera que rarament o mai el/la superior directe els felicita quan fan bé la feina, mentre que només un 15,5% rep aquest reconeixement amb freqüència. - Un 59,7% indica que rarament o mai se'ls comunica quan el/la superior no està satisfet/a amb la seva feina.
--	--

A continuació es presenta l'anàlisi central de l'estudi, basada en la distribució dels participants segons els factors i riscos psicosocials avaluats amb la Bateria UNIPSI. Aquesta anàlisi es realitza a partir de les baremacions per a mostres espanyoles (percentils 33 i 66), permetent identificar nivells de risc baix, moderat i alt en cadascuna de les dimensions. Els resultats es presenten de manera visual per facilitar-ne la interpretació, diferenciant clarament entre factors de risc i factors de recurs.

3.3.1. Variables de demanda

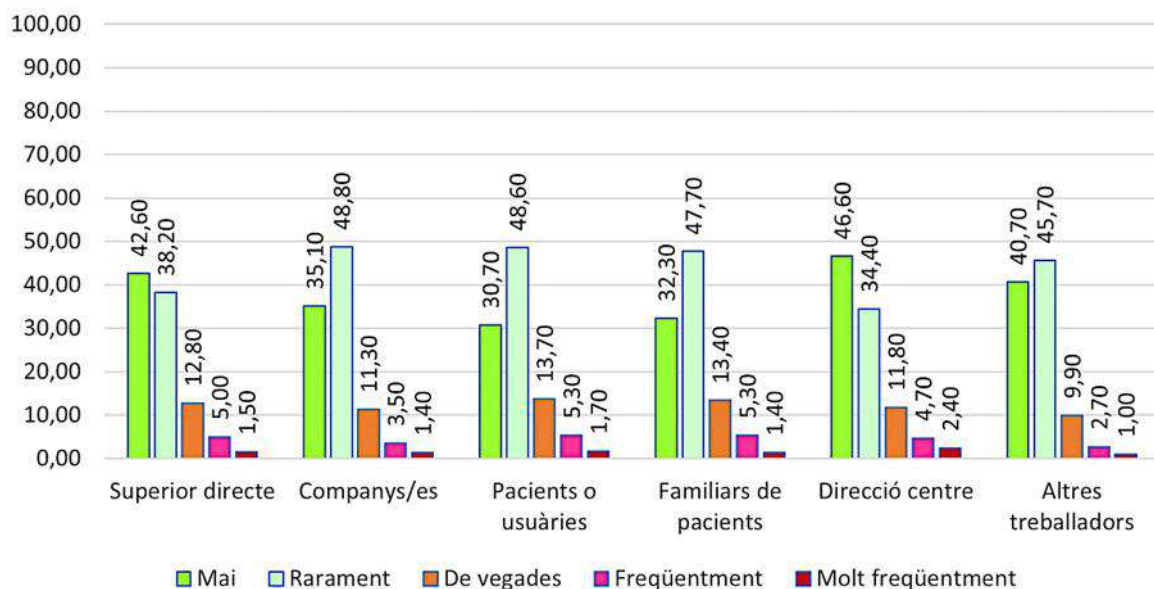
Destaca especialment l'elevada freqüència de sobrecàrrega de treball, percebuda com a alta pel 57,6 % de les persones participants, així com la presència generalitzada de conflictes interpersonals (56,3 %) i de conflicte de rol (55,4 %). També s'observen nivells alts d'ambigüitat de rol (35,2 %), de treball emocional (45 %) i d'inequitat o manca de justícia organitzacional (62 %).

Figura 17. Percentatges de resposta d'ítems de les variables de demanda.



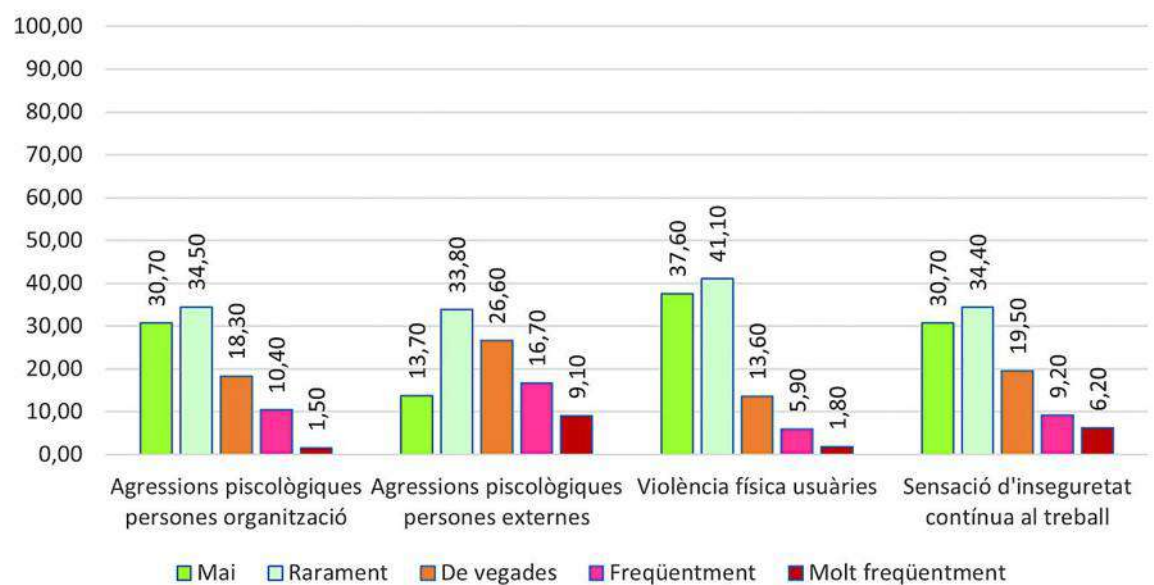
En analitzar les fonts dels conflictes interpersonals, s'observa que la font més freqüent és la direcció del centre de treball, ja que el 7,10% dels participants van manifestar que tenien conflictes amb la direcció algunes vegades per setmana (4,70 %) o cada dia (2,70 %). Li segueixen en freqüència els conflictes amb els pacients o usuaris (7,00 %) i els familiars d'aquests (6,70 %).

Figura 18. Distribució dels participants en percentatges als indicadors de conflictes interpersonals segons les fonts de conflicte.



Un 25,80% dels participants van respondre que rebien agressions psicològiques i/o verbals (amenaces, intimidacions, insults, desqualificacions personals...) per part de pacients i persones externes a la seva organització algunes vegades per setmana (16,60%) o tots els dies (9,10%). Li segueixen en percentatge les agressions psicològiques per part de membres de la seva organització (16,50 %). La violència física per part de pacients i usuaris es percep amb alta freqüència en un 7,70% dels participants, i la sensació d'inseguretat continua a la feina l'experimenten diverses vegades per setmana el 9,20 % dels participants (n = 300) i diàriament el 6,20 % dels participants (n = 201).

Figura 19. Distribució dels participants en percentatges per tipus d'agressions.



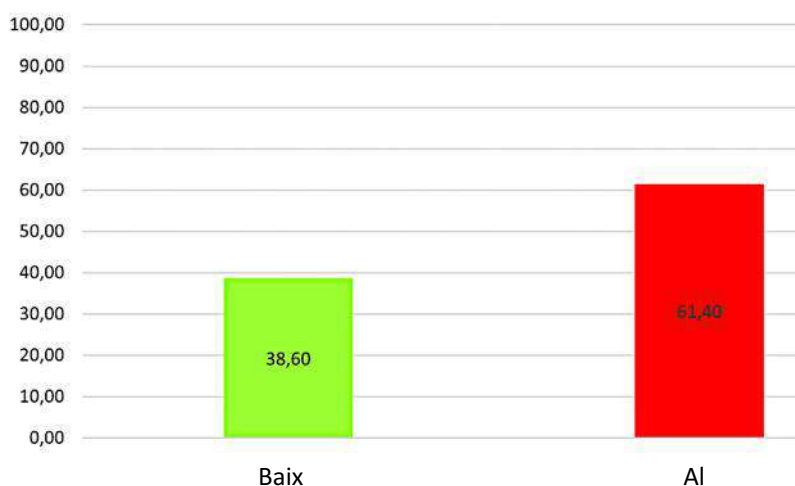
A la pregunta sobre la necessitat de dedicar una part de la jornada laboral a fer procediments administratius de seguiment i control de l'activitat laboral, el 44,00 % dels participants van respondre que aquest temps és excessiu i només el 33,80% ho van considerar adequat.

Figura 20. Distribució dels participants en percentatges en necessitat de fer treball administratiu de seguiment i control.



Un dels indicadors més rellevants, atesa la seva vinculació directa amb el burnout (veure apartat 7.5), és la sobreimplicació emocional en el treball. Un 61,4 % (1.993) de les persones participants reconeixen nivells elevats de sobreimplicació, definida com la dificultat per desconnectar del treball o el fet de despertar-se sovint pensant en problemes laborals (“molts dies pensant en els problemes de la feina” o “no poder oblidar els problemes de la feina”).

Figura 21. Distribució dels participants en percentatges a la variable Sobreimplicació.

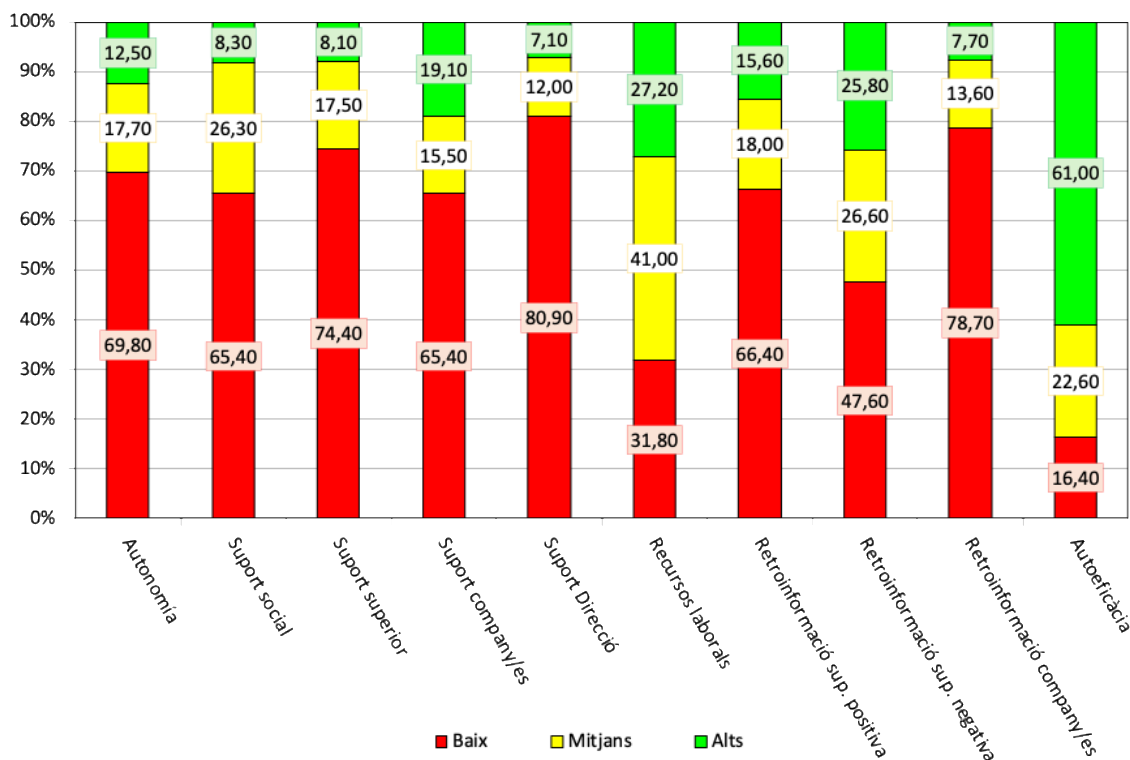


3.3.2. Variables de recursos

Pel que fa als recursos protectors, s'identifiquen nivells molt baixos d'autonomia (69,8 %) i de suport social, especialment per part de la direcció del centre (80,9 %) i del superior immediat (74,4 %). Només el

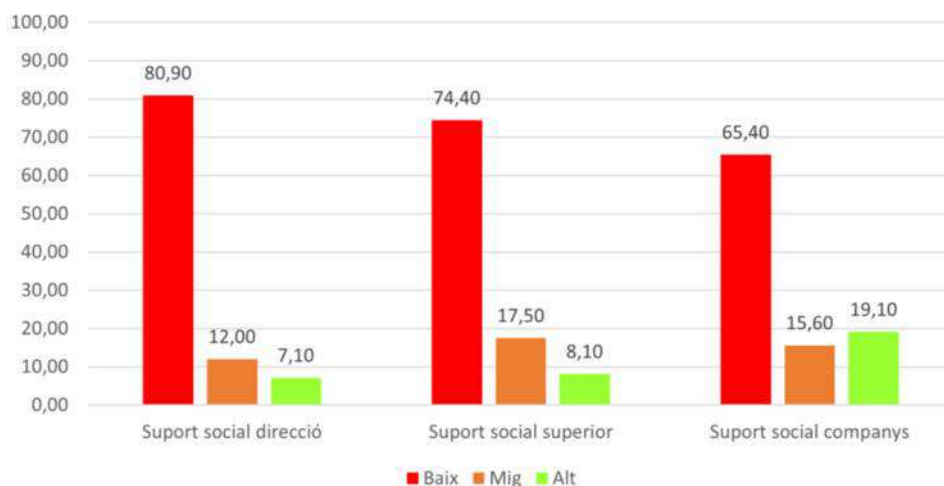
8,3 % manifesta rebre un suport social elevat en el seu entorn laboral. En aquest sentit, també s'observa una percepció limitada de recursos materials i humans adequats per al desenvolupament de la tasca: només el 27,2 % percep nivells alts de recursos per exercir el seu treball.

Figura 22. Percentatges de resposta d'ítems de les variables de recursos.



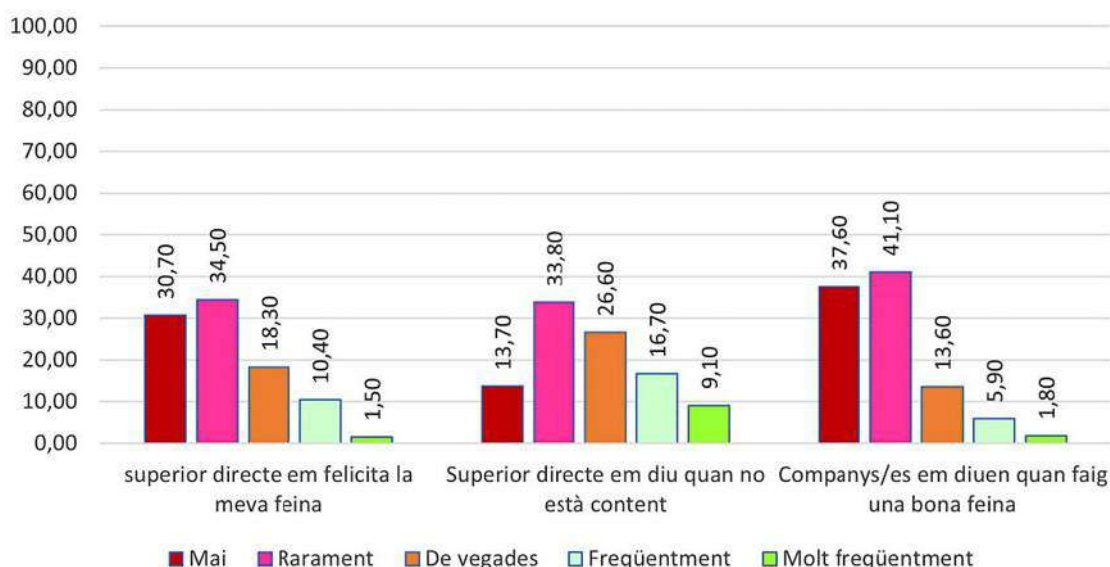
En analitzar les fonts de suport social a la feina, es va obtenir que 2.626 participants (80,90 %) perceben baixos nivells de suport social per part de la direcció del centre de treball. Pel que fa al suport social per part del superior directe, el 74,40 % dels participants perceben baixos nivells de suport social per part del superior directe. Si considerem el suport social per part dels companys, el 65,40 % 2.120 perceben baixos nivells de suport social per part dels companys, i únicament el 19,10% perceben nivells alts.

Figura 23. Distribució dels participants en percentatges a la variable Suport social percebut segons les fonts.



Un 66,40 % (2.155 participants) perceben baixos nivells de retroinformació (feedback) sobre l'exercici del seu treball per part del supervisor quan feien bé la feina, i el 59,70% baixos nivells de feedback per part del supervisor supervisor quan no feien bé la seva feina. Quan es preguntava per la retroinformació per part dels companys en el cas de fer bé la feina, un 41,10 % van respondre que mai o rarament la rebien.

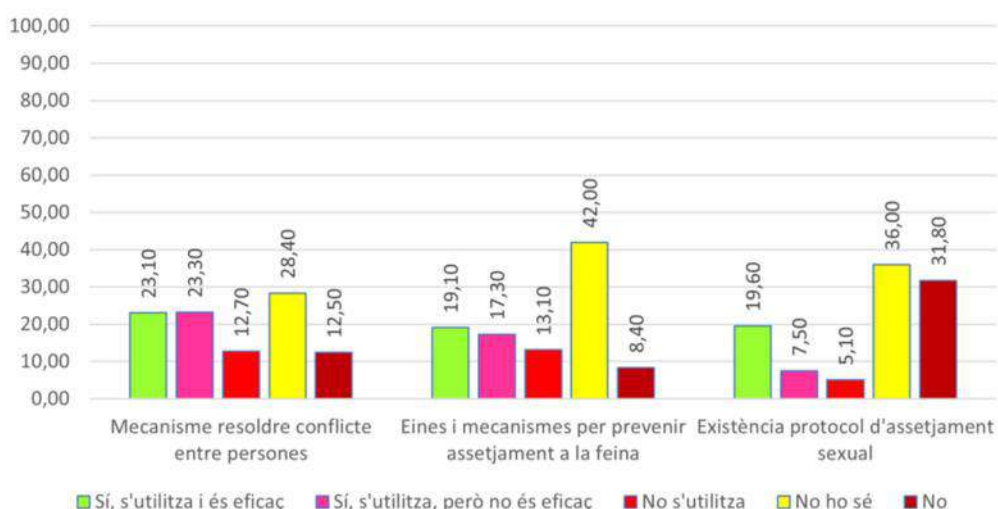
Figura 24. Distribució dels participants en percentatges als indicadors de Feedback sobre l'exercici del treball.



La prevenció de l'assetjament i dels conflictes es va avaluar mitjançant tres blocs d'informació:

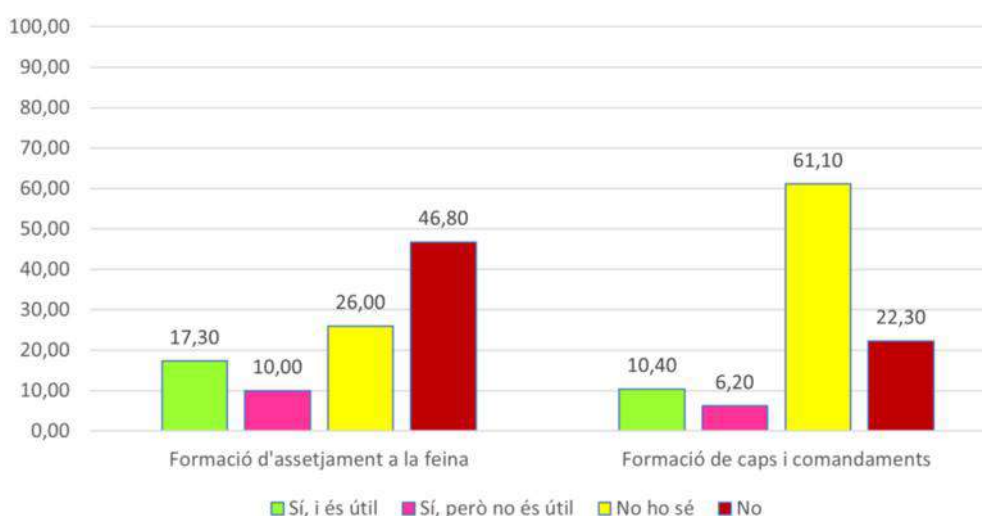
- existència de mecanismes (procediments, protocols, etc.) per intervenir en situacions de violència a la feina (conflictes, assetjament psicològic, i assetjament sexual i per raó de sexe),
- existència de formació per a treballadors/es i caps/comandaments,
- coneixement sobre persones referents a qui dirigir-se en situacions de violència a la feina.

Figura 25. Distribució dels participants en percentatges als indicadors d'existència de mecanismes per intervenir en situacions de violència a la feina.



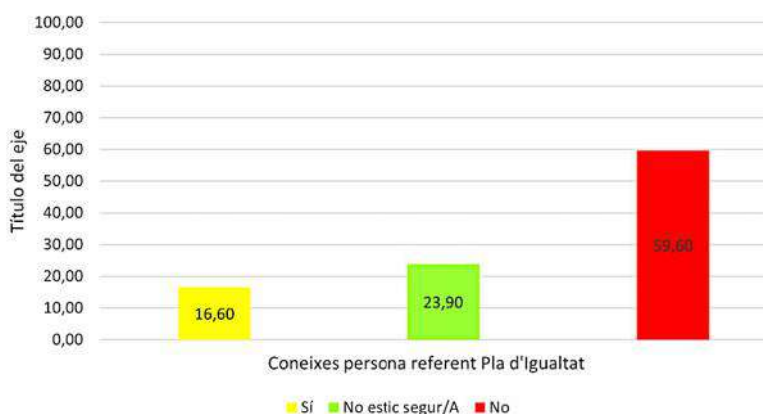
Crida l'atenció el desconeixement sobre l'existència de protocols o mecanismes de prevenció, especialment en la prevenció de l'assetjament psicològic en el treball (el 50,4% no saben o creuen que no existeixen eines i mecanismes per a la seva prevenció) i l'assetjament sexual, on aquest percentatge assoleix el 67,80%. Només un percentatge petit de participants, 23,1% en el cas de conflictes interpersonals, 19,1% en assetjament psicològic i un 19,6% en els protocols d'assetjament sexual, coneix els protocols i els considera eficaços

Figura 26. Distribució dels participants en percentatges en els indicadors de formació per a treballadors/es i caps/comandaments per intervenir en situacions de violència a la feina.



A la pregunta “Al meu centre de treball ens han ofert formació sobre el què hem de fer en cas que detectem una possible situació d'assetjament a la feina...”, un 56,80% dels participants van respondre de manera negativa a aquesta pregunta, bé perquè existeix, però no és útil (10,00%), o bé perquè no existeix (46,80%) i “...s'ha realitzat formació de caps i comandaments perquè sàpiguem com prevenir i abordar les situacions de possible assetjament a la feina” la majoria manifesten que no o que no ho saben (83,4%).

Figura 27. Distribució dels participants en percentatges a l'indicador de coneixement sobre persones referents a qui dirigir-se en situacions de violència a la feina.



Respecte a la pregunta: “Coneixes qui és la persona referent d'acord amb el Pla d'Igualtat a qui t'has de dirigir si pateixes o coneixes una situació d'assetjament sexual o per raó de sexe?”, un 59,60% dels

participants van respondre de manera negativa, mentre que el 23,90% no n'estaven segurs. D'altra banda, s'observa un resultat positiu destacable: el 61 % de les persones participants manifesta nivells elevats d'autoeficàcia, fet que suggereix que una part significativa del personal conserva la confiança en la seva capacitat per afrontar les demandes laborals, malgrat l'adversitat de l'entorn organitzatiu.

Figura 28. Distribució dels participants en percentatges a la variable Autoeficàcia.



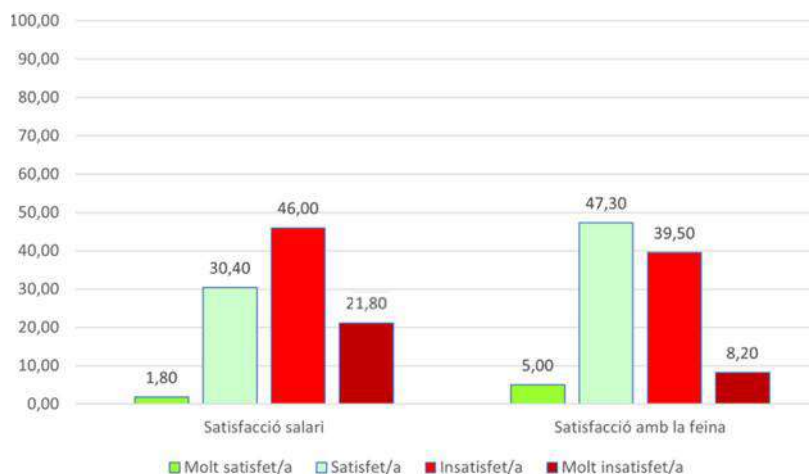
3.4. CONSEQÜÈNCIES SOBRE DELS RISCOS PSICOSOCIALS

Les conseqüències dels riscos psicosocials incloses a l'estudi han estat: la satisfacció, la identificació amb les metes i els valors de l'organització, el síndrome de cremar-se per la feina (burnout) i els problemes de salut i conductuals relacionats amb l'estrès.

3.4.1. Satisfacció i identificació amb metes i valors de l'organització

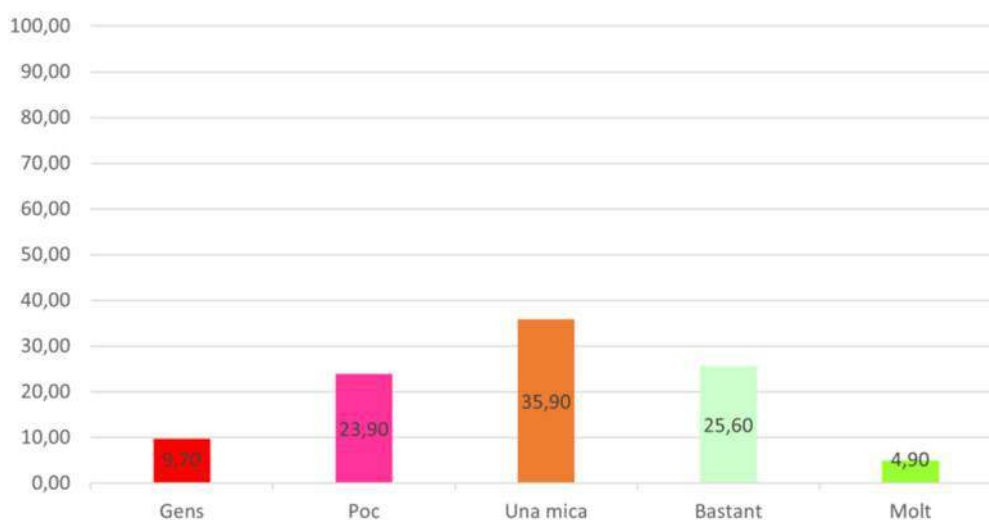
Un 67,8% dels participants van respondre estar insatisfets o molt insatisfets amb el seu salari; per contra, crida l'atenció que gairebé la meitat de les persones participants no estiguin satisfetes amb la seva feina.

Figura 29. Distribució dels participants en percentatges als indicadors de Satisfacció laboral.



Un total de 1.089 participants (33,60%) van respondre identificar-se res o poc amb els valors i les metes de la seva organització.

Figura 30. Distribució dels participants en percentatges en identificació amb els valors i les metes de l'organització.

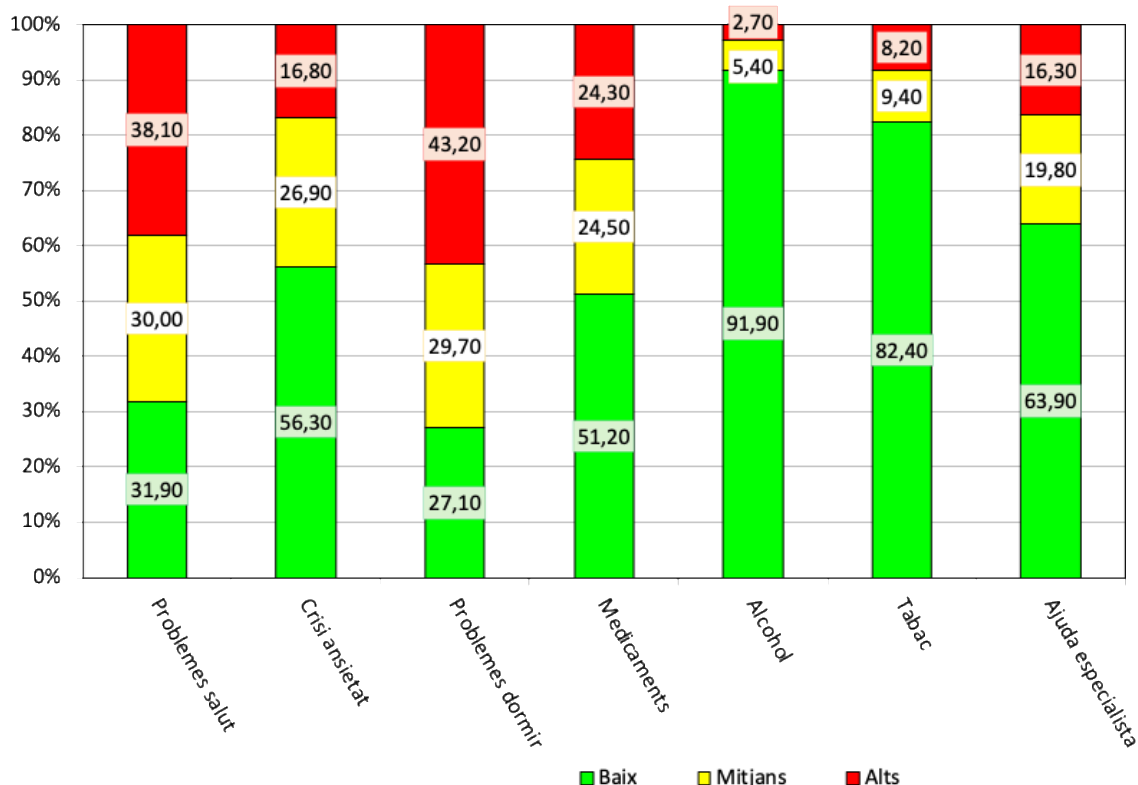


3.4.2. Conseqüències sobre la salut i el benestar

Els resultats relatius a la salut evidencien l'impacte negatiu de les condicions laborals:

- El 43,2 % informa de problemes per dormir de manera freqüent o molt freqüent a causa del treball.
- El 38,1 % manifesta problemes de salut psicosomàtics freqüents o molt freqüents (com migranyes, marejos o molèsties digestives), vinculats a l'estrès laboral.
- El 24,3 % declara prendre medicació amb freqüència o molta freqüència per afrontar problemes derivats del treball, i un 16,2 % ha requerit atenció especialitzada per una crisi emocional relacionada amb l'entorn laboral.
- El 16,8 % ha experimentat crisis d'ansietat de manera freqüent o molt freqüent.
- El 8,2 % reconeix un augment en el consum diari de tabac (8,2 %) o d'alcohol (2,7 %), que atribueix a motius laborals.
- El 16,2 % afirma necessitar amb freqüència o molta freqüència el suport d'un/a especialista per superar alguna situació de crisi personal relacionada amb el treball.
- Pel que fa a l'absentisme, un 45,2 % del total de participants s'ha absentat almenys un dia durant l'últim any per problemes de salut derivats del treball, acumulant un total de més de 65.000 dies laborals perduts.

Figura 31. Percentatges de resposta d'ítems de les variables conseqüències.



Taula 6. Distribució dels participants en graus de freqüència en problemes de salut i conductes com a conseqüència dels riscos psicosocials a la feina.

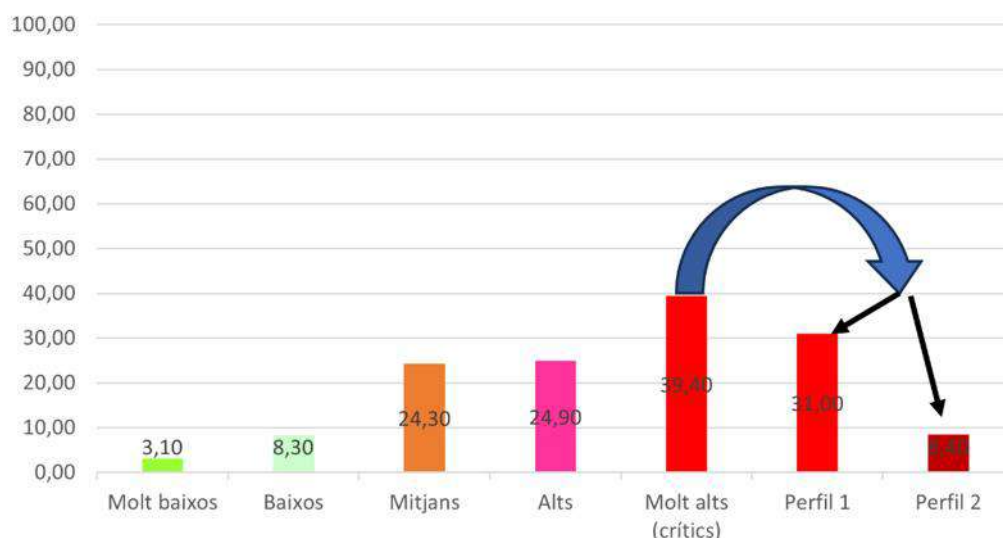
	Mai	Rarament	A vegades	Freqüentment	Molt freqüentment
1. Problemes de salut	14,10	17,80	30,00	19,40	18,70
2. Crisi d'ansietat	33,20	23,10	26,90	9,40	7,40
3. Dificultats per dormir	10,00	17,00	29,70	22,00	21,10
4. Medicaments	35,20	16,00	24,50	12,00	12,30
5. Beguda alcohòlica	83,80	8,10	5,40	1,30	1,40
6. Consum tabac	76,40	6,00	9,40	4,90	3,30
7. Especialista	50,80	13,10	19,80	7,70	8,50

3.4.3. Síndrome de cremar-se per la feina (burnout)

Els nivells de SQT en els participants de la mostra van ser en general elevats. Un 39,40% presenten nivells molt alts o crítics. D'aquest percentatge, el 31,00 % correspon al perfil 1, que són individus que malgrat tenir nivells molt alts de SQT no tenen puntuacions molt altes de culpa, per la qual cosa les actituds i les conductes d'indolència els serveixen com a estratègia d'afrontament funcional, per poder seguir a la feina sense que l'SQT repercuteixi de manera intensa en la seva salut, però ofereixen una mala qualitat de servei. D'altra banda, el 8,40% presenten un perfil 2, cosa que indica que també tenen nivells molt alts o

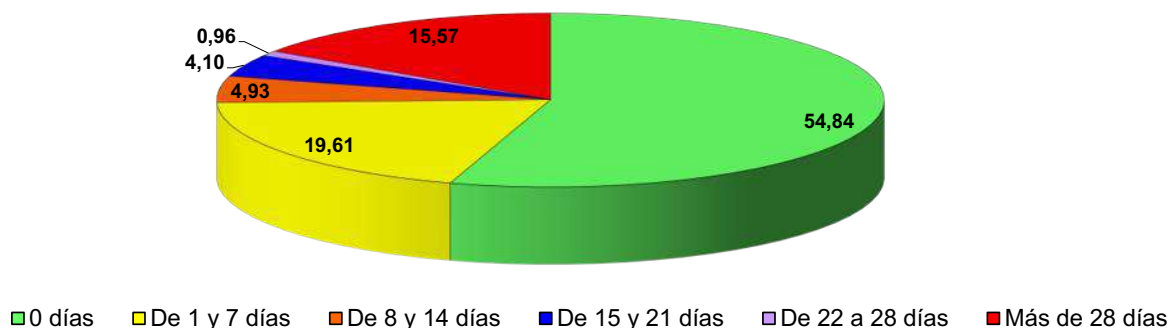
crítics de culpa. Els participants inclosos en aquest perfil es consideren casos patològics de SQT i probablement presenten nivells alts d'altres problemes de salut, com símptomes de depressió i somatitzacions. De manera addicional, un 24,90% dels participants van presentar nivells alts de SQT.

Figura 32. Distribució dels participants a nivells del SQT.



Un dels ítems inclosos en el qüestionari ha estat que indiquessin el nombre de dies que han faltat al treball a causa de problemes de salut o accidents derivats del treball en els darrers 12 mesos. Un 45,16 % (1.465 participants a l'estudi) manifesten haver faltat algun dia a la feina durant l'últim any. A la figura 33 s'observa que a causa de problemes de salut derivats de la feina, el 45,16% de la mostra va faltar almenys 1 dia a la feina el 19,61% van faltar entre 1 i 7 dies; 4,93%, entre 8 i 14 dies; 4,10%, entre 15 i 21 dies; 0,96%, entre 22 i 28 dies; i un 15,57% més de 28 dies. De les respostes dels participants se'n deriva que el darrer any es van perdre un total de **65.167 dies** de treball per problemes de salut o accidents derivats del treball.

Figura 33. Distribució dels participants segons el nombre de dies que han faltat a la feina a causa de problemes de salut o accidents derivats del treball.



3.5. ANÀLISIS PREDICTIVES

Per analitzar la influència dels factors i riscos psicosocials sobre les conseqüències es van fer anàlisis de correlació r de Pearson i anàlisis de regressió per identificar-ne els principals predictors. Tot i que es van obtenir correlacions significatives per a un gran nombre d'associacions entre variables, aquí presentarem únicament els resultats de les anàlisis de regressió.

Es van realitzar anàlisis de regressió Stepwise per analitzar les variables considerades com a antecedents que explicaven majors percentatges de variància en les conseqüències. D'aquesta manera es pot decidir quines són les variables sobre les quals cal prioritzar la intervenció.

Els resultats mostren associacions significatives entre múltiples factors psicosocials i diverses conseqüències sobre la salut, destacant especialment el paper de variables com la sobreimplicació, la càrrega de treball, els conflictes interpersonals, la inequitat en els intercanvis socials, el conflicte treball-família, el suport social i l'autonomia. Aquestes condicions expliquen percentatges elevats de variància en indicadors com el burnout (50 %), les somatitzacions (41,7 %), l'ansietat (31 %), els problemes de son (38,3 %), el consum de medicació (29 %) i la necessitat d'atenció especialitzada (23,8 %).

Taula 7. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables psicosocials (demandes i recursos) i conseqüències.

	SQT (burnout)	Problemes salut	Ansietat	Problemes dormir	Medicaments	Alcohol	Cons. especialista	Absentisme
% Variància explicada	50%	41,70%	31,00%	38,30%	29,00%	97%	23,80%	6,40%
Càrrega treball	.10	.27	.11		.12			
Conflicte rol		.10		.06	.13		.11	4.15
Ambigüitat rol	.04					.03		
Conflictes interpersonals	.22		.13	.08		.21		
Inequitat	.17	.17	.12	.12	.09		.14	
Treball emocional	.09	.06		.10	.09			
Conflicte Treball-família	.03	.10	.05	.11	.07	.04	.08	
Conflicte família-Treball				-.05		.06		
Agresions	.06	.12	.15	.11	.21		.16	5.17
Treball administratiu			-.09		-.10			-2.50
Sobreimplicació	.07	.41	.40	.55	.38	.08	.35	4.68
Autonomia	-.10		-.10	-.06	-.07	-.05	-.12	-4.37
Suport Social	-.03	-.13	-.12	-.11	-.14		-.14	-5.45
Recursos laborals	-.04			-.06				
Autoeficàcia	-.07		-.05					

Nota 1. Els valors de les caselles corresponen a valors beta significatius de l'equació de regressió. Les caselles en color indiquen el principal predictor significatiu per a la variable conseqüent: en vermell, la demanda, i en verd, la variable de recursos. La sobreimplicació (una variable de demanda intrínseca) s'ha reflectit de manera independent (en vermell), ja que ha mostrat un fort valor predictiu en cinc de les conseqüències estudiades.

Per exemple, en la taula 7 els resultats de les anàlisis de regressió per al SQT mostren que la variància va quedar explicada en gran manera (de manera conjunta van explicar el 50% de la variància) per les següents variables: càrrega de treball, inequitat en intercanvis socials, conflictes interpersonals, autonomia, sobreimplicació, autoeficàcia, treball emocional, agressions, ambigüitat de rol, conflicte treball-família, suport social i disponibilitat de recursos.

Contràriament, l'absentisme laboral no pot ser explicat pels factors psicosocials avaluats ja que els aspectes analitzats només expressen el 6.4% de la variància, mostrant menor influència comparada amb altres conseqüències. El consum d'alcohol per estrès laboral tampoc presenta un ajust adequat al model predictiu, ja que aquest és relativament baix, explicant només el 9.7% de la variància.

S'observa una sèrie de factors psicosocials claus que són recurrents a l'estudi com la sobreimplicació, que apareix repetidament com a predictor rellevant en múltiples dimensions d'impacte (SQT, salut, ansietat, dificultats per dormir, consum de medicaments, i consulta a especialistes), o com ara la inequitat en intercanvis socials, els conflictes interpersonals, el suport social i els conflictes treball-família.

En conclusió, els resultats obtinguts mostren una combinació de factors (elevada càrrega de treball, manca de reconeixement, exigències emocionals i dificultats per desconnectar del treball) que contribueixen de manera significativa a alts nivells de risc psicosocial, estrès i burnout en el sector sanitari. El suport social limitat, especialment per part de la direcció, i la percepció d'inequitat o falta de justícia (aportes més del que reps a canvi) amplifiquen aquests riscos i afecten tant el benestar emocional com la salut física dels professionals.

Les dades, interpretades a la llum dels models d'equilibri esforç-recompensa de Siegrist (1996) i demandes-control-suport social de Karasek i Theorell (1990), dibuixen una situació de risc psicosocial elevat en el personal sanitari a Catalunya, especialment quan es combina amb alts nivells de sobreimplicació laboral. Predominen demandes molt elevades, tant quantitatives com qualitatives i emocionals, amb una càrrega de treball intensa, manca de temps, multitasca constant i una exigència continuada de regulació i expressió emocional. Cal afegir, a més a més, la dificultat per desconnectar de la feina fora de l'horari laboral, que és un factor que intensifica l'impacte de l'estrès.

Paral·lelament, es constata una baixa percepció de recompensa i control. Una part important del col·lectiu percep inequitat entre l'esforç realitzat i el reconeixement rebut, tant a nivell salarial com de feedback i valoració per part dels superiors. Alhora, la manca d'autonomia, la dependència del comandament directe i la percepció de recursos insuficients —especialment de personal— reforcen la sensació de pèrdua de control sobre el propi treball. Aquest binomi d'alta demanda i baix control configura un entorn de “alta tensió”, clarament associat al risc de burnout.

El suport social actua de manera desigual. Tot i que el suport entre companys emergeix com un element rellevant, el suport procedent de supervisors i de la direcció és percebut com clarament insuficient, fet que redueix el seu potencial protector davant l'estrès. La manca de reconeixement institucional contribueix també a una percepció global de baix suport social. Així, ambdós models convergeixen en una

conclusió clara: l'excés de demandes, la baixa autonomia, la percepció d'inequitat i el suport limitat situen el col·lectiu sanitari en un escenari preocupant per al benestar laboral i la salut mental.

Malgrat aquest context advers, s'identifiquen factors de protecció rellevants. La percepció d'autoeficàcia és elevada, amb una majoria de professionals que confien en els seus recursos per afrontar situacions imprevistes i resoldre problemes. El sentit de propòsit, la vocació i el contacte humà reforcen la motivació intrínseca i el compromís amb la professió, mentre que el suport entre companys actua com una xarxa de seguretat emocional clau.

Les dades de l'estudi aporten evidències sòlides per orientar i prioritzar estratègies d'intervenció en el sector sanitari, i reforcen la idea que l'abordatge preventiu del malestar psicosocial ha de centrar-se en la millora organitzativa i en el redisseny de les condicions de treball.

No obstant això, els recursos individuals i col·lectius també requereixen ser reforçats mitjançant programes específics i adaptats a les necessitats dels diferents col·lectius, que permetin desenvolupar competències d'afrontament i potenciar la resiliència tant individual com organitzativa.

3 INFORMACIÓ QUANTITATIVA: RESULTATS DEL QÜESTIONARI PSICOSOCIAL EN UNA MOSTRA DE 3244 PROFESSIONALS SANITARIS DE CATALUNYA

PART II: RESULTATS PER COL·LECTIUS CUIDAR QUI ENS CUIDA



Les variables sociodemogràfiques del sector sanitari a Catalunya

Aquest capítol analitza les principals variables sociodemogràfiques que configuren el sector sanitari a Catalunya i que permeten contextualitzar els resultats del projecte Prospecció sobre Riscos Psicosocials, Estrès i Burnout al Sector Sanitari de Catalunya. La comprensió de la composició del sector, dels perfils professionals i dels diferents contextos laborals és un element clau per interpretar de manera rigorosa les dades psicosocials que es presenten en aquest estudi.

Un dels objectius centrals del projecte ha estat garantir una representació àmplia i diversa dels col·lectius sanitaris, incorporant no només els perfils assistencials tradicionalment més presents en la recerca, sinó també altres col·lectius menys visibles però igualment essencials per al funcionament del sistema sanitari. Donar veu a aquesta diversitat permet reflectir amb major fidelitat la complexitat real del sector.

Atès el caràcter de resum d'aquest document, en aquest capítol es presenten alguns dels resultats més rellevants o il·lustratius de les principals categories d'anàlisi, amb la voluntat d'oferir una visió clara i significativa del conjunt, tot assumint que altres variables i resultats d'interès no s'han pogut incloure. L'informe complet, disponible al web d'UGT Catalunya, recull el detall exhaustiu de les dades i anàlisis realitzades.

Considerem que aquest estudi constitueix una font de gran valor per comprendre la realitat laboral i psicosocial dels professionals sanitaris a Catalunya, i una eina útil per a la reflexió, l'anàlisi i la presa de decisions orientades a la millora de les condicions psicosocials i de la qualitat de vida en el treball, tant en l'àmbit institucional com en l'operatiu.

En aquesta part de l'informe s'aprofundeix en els resultats del qüestionari considerant subgrups mostrals en funció de diferents variables sociodemogràfiques i sociolaborals.

3.6. VARIABLE SEXE

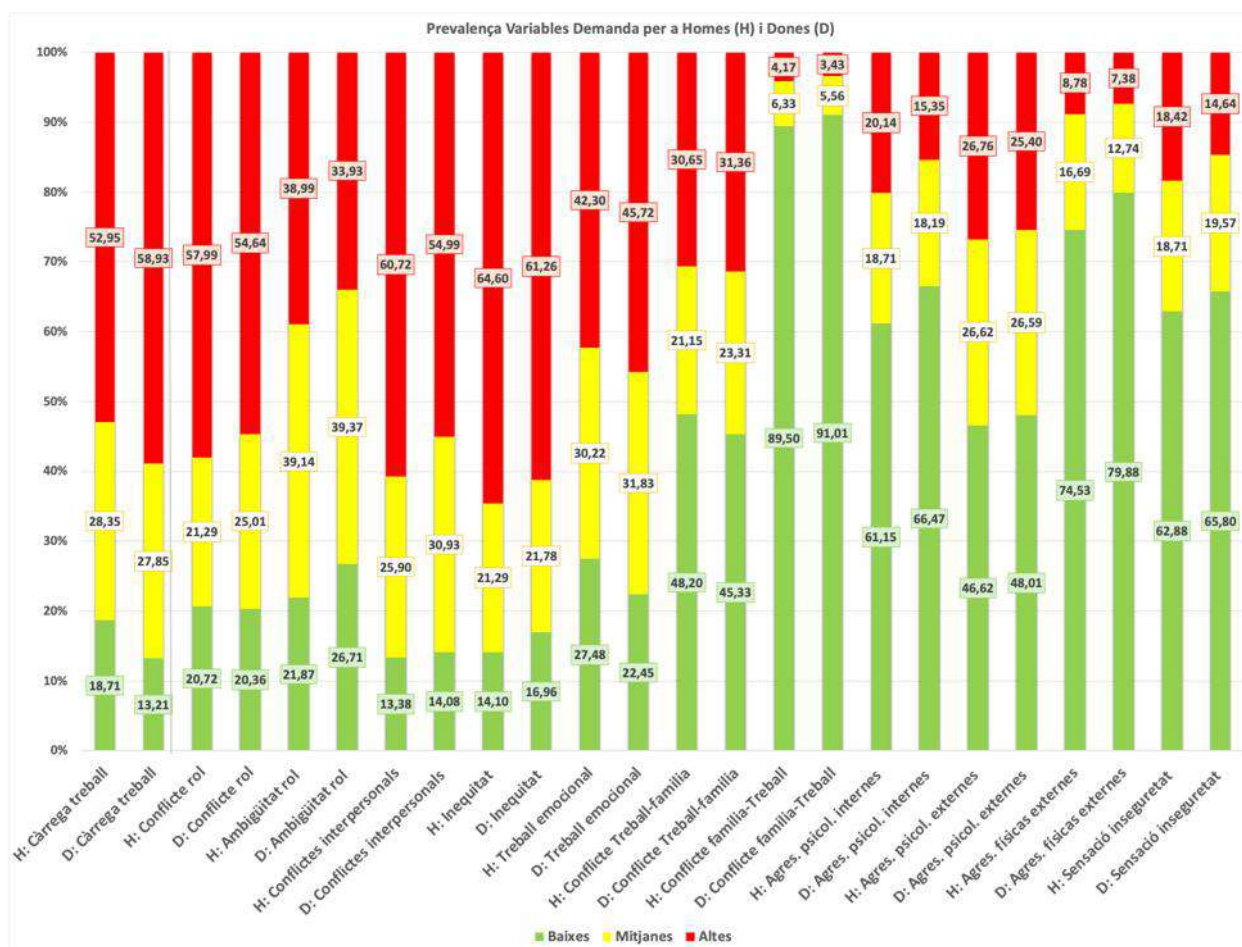
L'anàlisi per sexe mostra que els riscos psicosocials i l'impacte de l'estrès laboral són elevats tant en homes com en dones, encara que es manifesten de manera diferent segons el tipus de demanda, els recursos disponibles i les conseqüències sobre la salut i el benestar. Aquestes diferències no responen a l'edat ni al sector de treball, sinó a patrons diferenciats d'exposició i afrontament de l'estrès laboral.

Els grups considerats per a aquesta variable són els següents: homes, 695, i dones, 2.535.

3.6.1. Variables de demanda: perfils diferenciats

La prevalença de riscos de demanda mostra nivells molt elevats tant per a dones com per a homes.

Figura 34. Distribució de la mostra d'homes (H) i dones (D) en nivells de riscos en variables de demanda.



La manca de justícia organitzacional (inequitat) és el risc més estès, assolint nivells alts en el 64,6% dels homes i el 61,3% de les dones. El segueixen els conflictes interpersonals, que afecten el 60,7% dels homes i el 55,0% de les dones.

No obstant això, s'observen diferències rellevants en el tipus de demandes predominants. Les dones presenten nivells més elevats de:

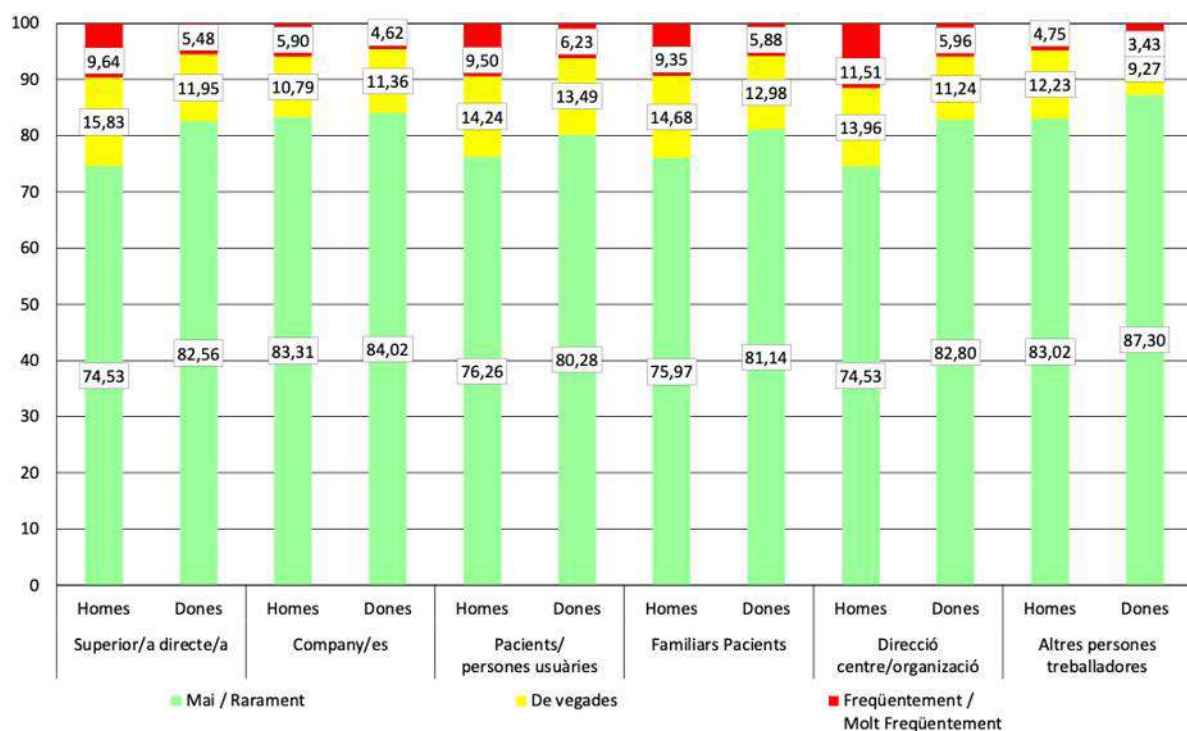
- càrrega de treball (58,9% enfront de 52,9% en homes),
- treball emocional (45,7% vs. 42,3%),
- i sobreimplicació laboral, amb un 62,9% que declara dificultat per a desconnectar del treball, enfront del 55,7% dels homes.

Els homes presenten nivells significativament més elevats de:

- conflicte (57,95% enfront de 54,64% en dones) i ambigüitat de rol (38,99 vs. 33,93%),
- conflictes interpersonals (60,73% vs. 54,99%),
- violència interna (20,1% vs. 15,4%),
- i sensació d'inseguretat (18,4% vs. 14,6%).

Aquests resultats apunten al fet que les dones concentren demandes associades a la sobrecàrrega i la implicació emocional, mentre que els homes es veuen més exposats a tensions organitzatives i relacionals i de seguretat.

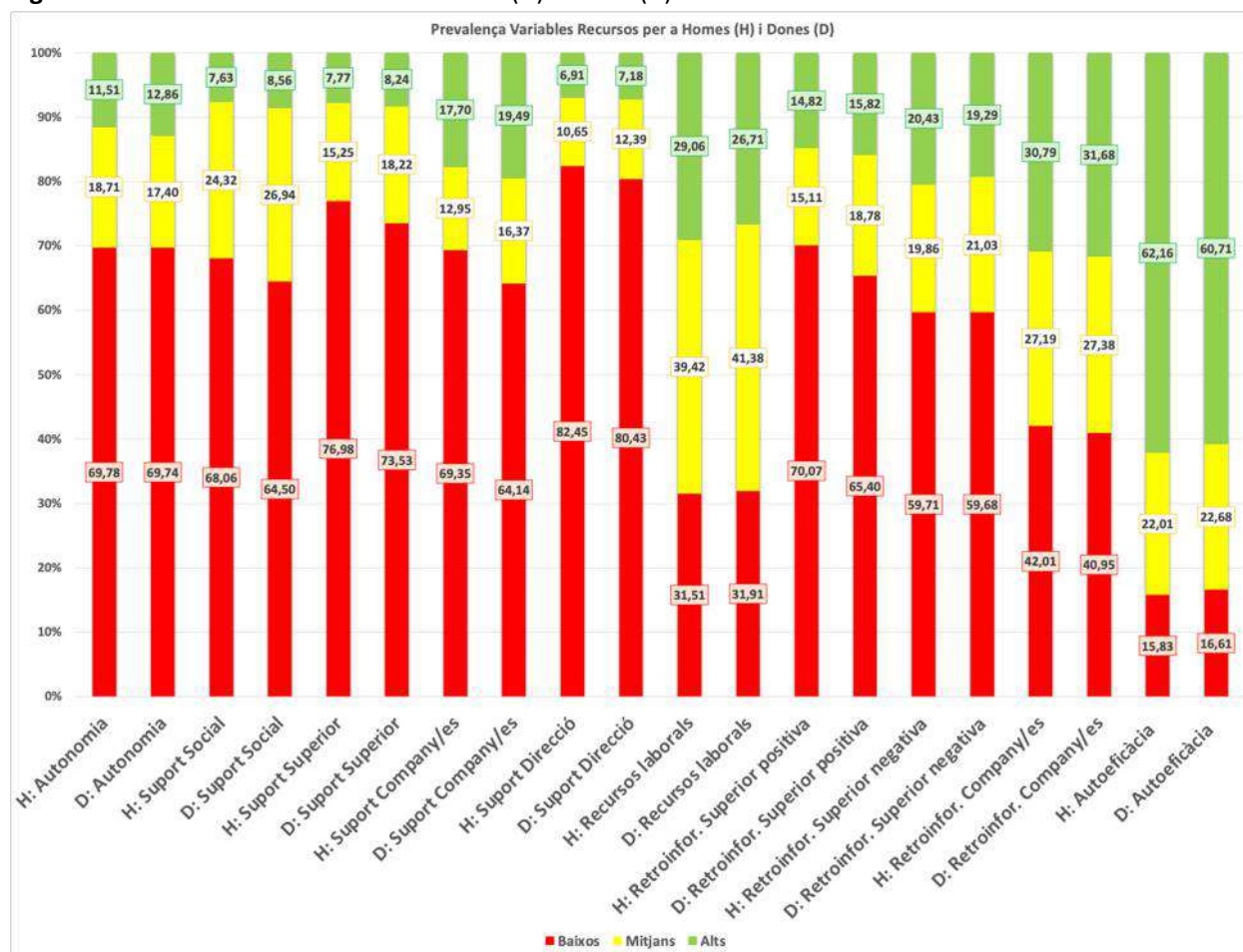
Figura 35. Distribució percentual dels grups d'homes i dones en nivells de les fonts de conflictes interpersonals.



3.6.2. Variables de recursos: falta de suport social de la Direcció

Pel que fa als recursos disponibles, la dada més cridanera en ambdós grups és l'alt percentatge que declara manca de suport social per part de la direcció (homes 82,45%, dones 80,45%). No obstant això, les dones presenten nivells més alts de percepció de suport social, tant del superior directe com dels companys (64,14% vs. 69,35%), així com de retroinformació positiva. La disponibilitat de recursos materials constitueix el risc menor, encara que igualment preocupant (al voltant del 31% en ambdós grups).

Figura 36. Distribució de la mostra d'homes (H) i dones (D) en nivells de risc en variables de recursos.



S'hi aprecien desigualtats importants en la percepció dels protocols de prevenció de la violència i plans d'igualtat: les dones informen més freqüentment que aquests no existeixen (per exemple, el 34,1% enfront del 23,0% en el protocol d'assetjament sexual i el 60,6% enfront del 55,7% en plans d'igualtat).

Figura 37. Distribució percentual de la mostra d'homes i dones en percepció d'existència, ús i eficàcia de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.

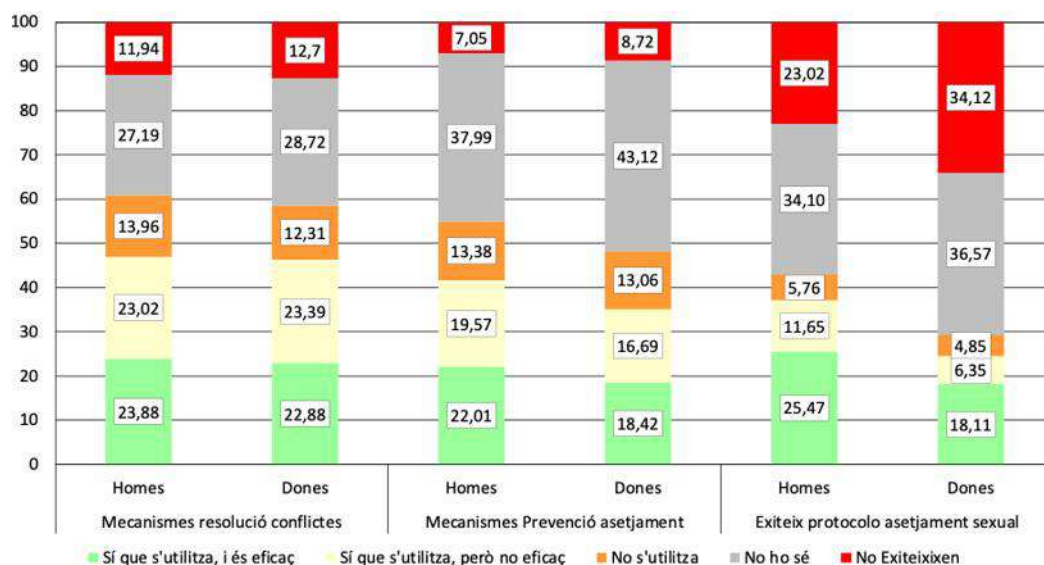
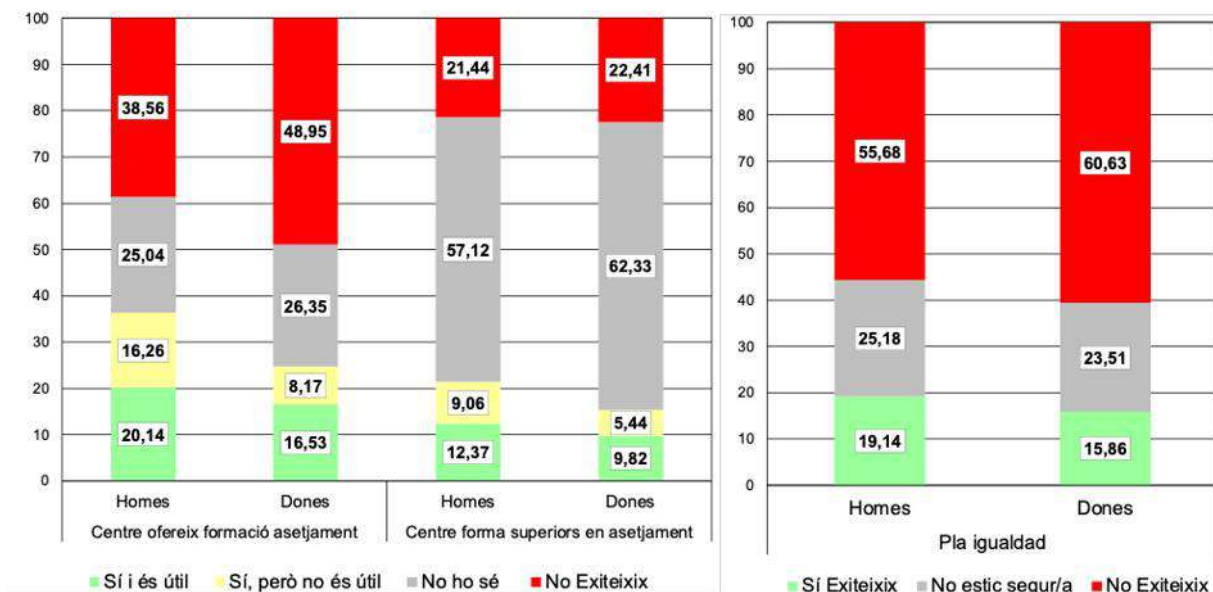
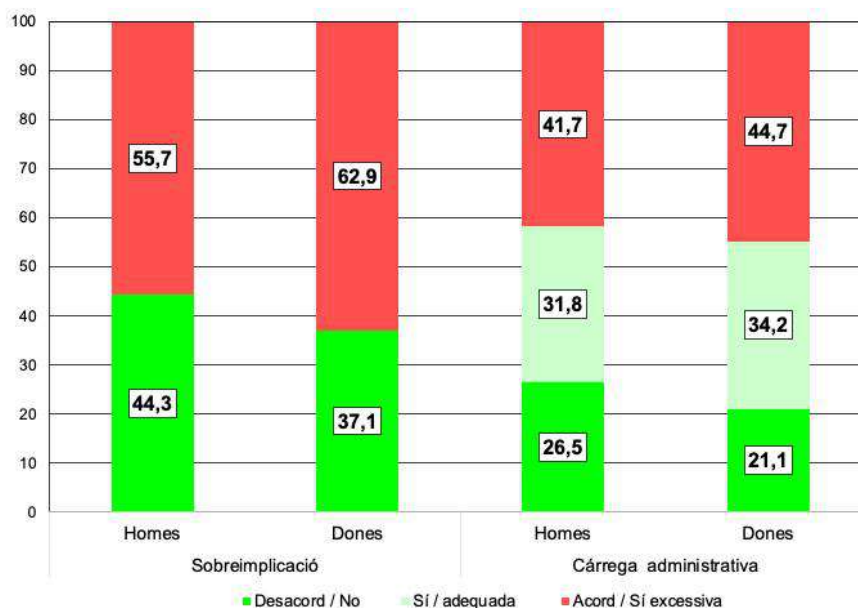


Figura 38. Distribució percentual de la mostra d'homes i dones en percepció sobre existència de formació per a la prevenció de l'assetjament psicològic.



Per a totes les variables en què es van obtenir diferències significatives entre les mitjanes, el grup de dones va presentar valors significativament més elevats. És a dir, el grup de dones va mostrar nivells significativament més alts de percepció d'autonomia, suport social —i més específicament suport social del superior directe i dels companys—, i retroinformació positiva del superior directe.

Figura 39. Distribució percentual de la mostra d'homes i dones en percepció de sobreimplicació i càrrega administrativa.



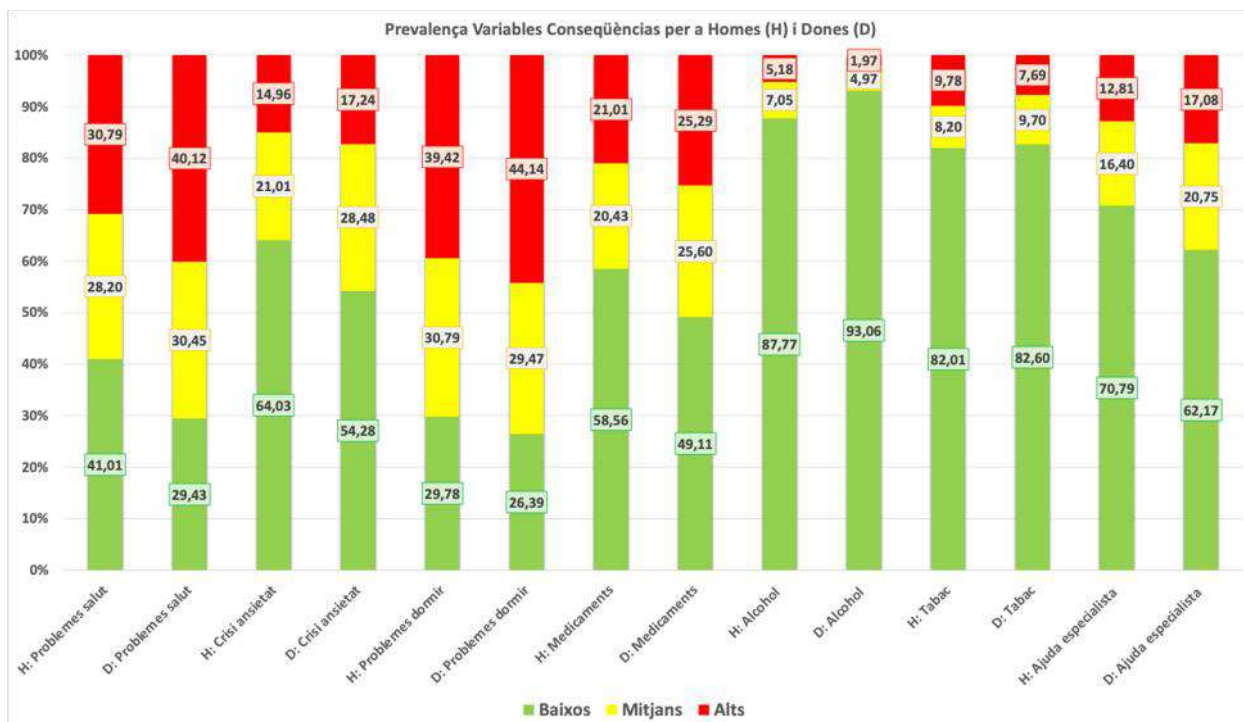
Els resultats per a la variable sobreimplicació (despertar-se molts dies pensant en els problemes del treball i no poder oblidar el treball fins i tot a la nit) reflecteixen una major presència en les dones, el 62,9% va respondre que sí, mentre que en els homes ho va fer un 55,70%.

respecte a la percepció d'una major càrrega administrativa, un 26,5% dels homes van respondre que no, un 31,8% van respondre que sí, però la consideraven adequada, i un 41,7% van respondre que sí, considerant-la excessiva. En la mostra de dones, un 21,1% dels subjectes van respondre que no, un 34,2% van respondre que sí, però la consideraven adequada, i un 44,7% van respondre que sí, considerant-la excessiva.

3.6.3. Resultats del estrès laboral

Les conseqüències de l'estrès laboral també mostren diferències significatives. Les dones presenten més problemes de salut relacionats amb la feina que els homes (40,1% enfront de 30,8%), més crisis d'ansietat (17,2% enfront de 15,0%), més problemes de son (44,1% enfront de 39,4%) i un consum més elevat de medicació per motius laborals (25,3% enfront de 21,0%). Les dones també recorren amb més freqüència a suport professional que els homes (17,1% enfront de 12,8%).

Figura 40. Distribució de la mostra de homes (H) i dones (D) en nivells de resultats de l'estrès laboral.



S'observa que el grup d'homes va percebre nivells significativament més elevats que el grup de dones en la variable insatisfacció amb el salari i en la ingesta de begudes alcohòliques a causa de problemes laborals (5,2% enfront de 2,0%).

Pel que fa al síndrome de burnout, ambdós grups registren nivells crítics elevats, si bé els homes mostren una proporció més alta en el nivell patològic més sever (11,1% enfront de 7,7%).

Figura 41. Distribució dels grups segons la variable sexe en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).

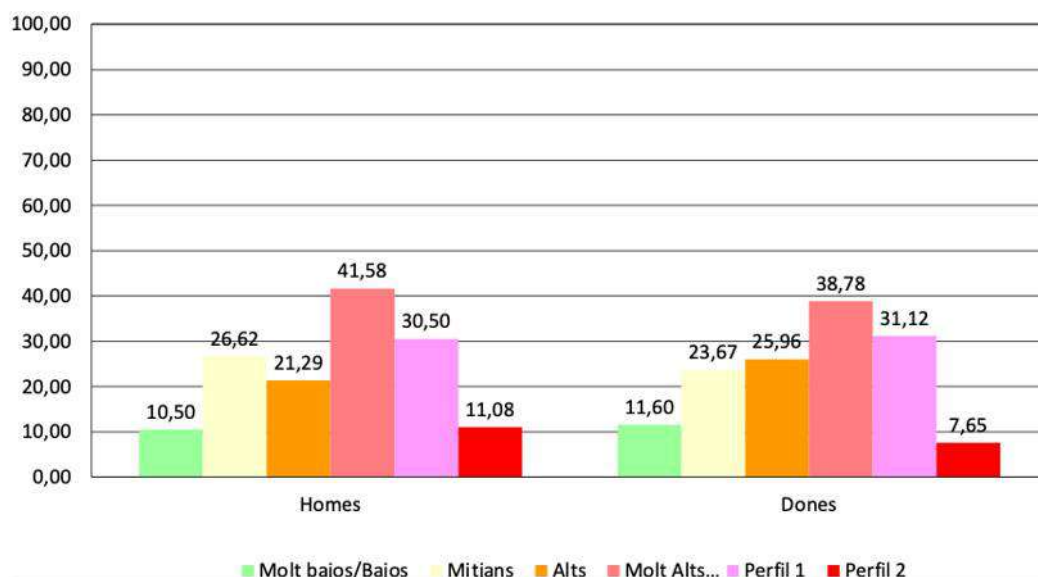
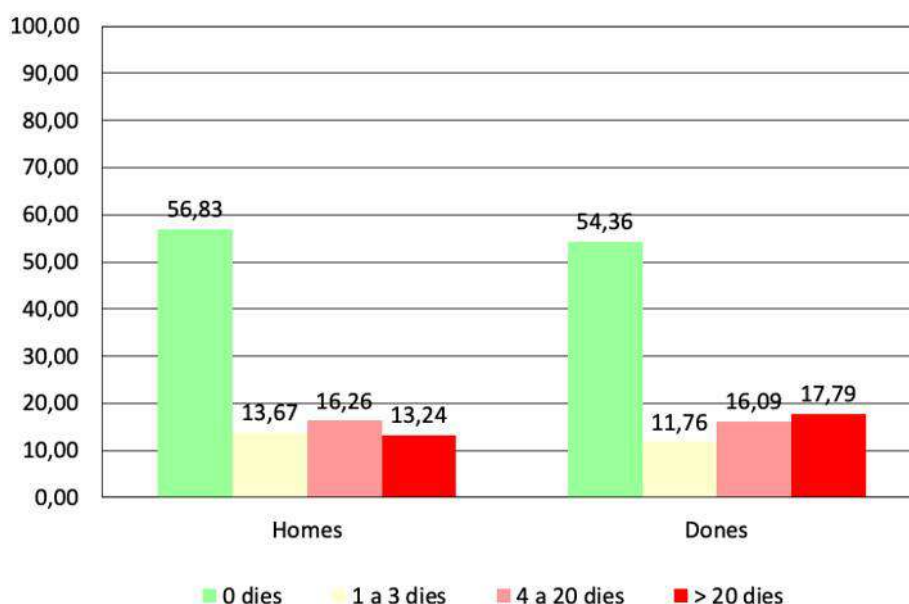


Figura 42. Distribució dels grups segons la variable sexe en nivells d'absentisme en l'últim any, agrupats per percentatges de dies d'absència a la feina.



En relació amb els percentatges d'absentisme dels últims mesos per problemes de salut o accidents derivats de la feina, els percentatges van ser similars per a ambdós grups, encara que lleugerament superiors per al grup de dones en el rang de més de 20 dies d'absència laboral (17,79%).

3.6.4. Anàlisis predictius: regressions

Per identificar els principals predictors dels resultats de l'estrès laboral sobre les persones treballadores es van realitzar anàlisis de regressió stepwise. Es va diferenciar entre els predictors de demandes i els predictors de recursos en regressions diferenciades per a cada variable resultat. A causa de l'extensió d'aquests resultats, es presenten només els valors beta de l'equació de regressió i el percentatge de variància explicada per les variables predictores per a les quals es van obtenir resultats significatius.

Variabls de demanda

A la taula 8 es presenten els resultats de regressió per a ambdós grups. La variable càrrega de treball va resultar un predictor significatiu per a tots els resultats de l'estrès laboral excepte per a l'increment del consum de tabac per problemes derivats de la feina. Es va obtenir un resultat similar per a la variable agressions, amb l'única excepció de l'increment del consum d'alcohol per a la mostra d'homes. La variància total explicada en el síndrome de cremar-se per la feina (SQT) (burnout) es pot considerar alta (homes, 47%; dones, 45,8%) i força adequada per a Problemes de salut.

Un resultat rellevant és que totes les variables de demanda van resultar predictors significatius del SQT, tant en la mostra d'homes com en la mostra de dones. A la taula 1.9 s'han assenyalat els principals predictors de cada variable. S'observa que, en la mostra d'homes, l'excés de càrrega de treball va ser el

principal predictor dels problemes de salut derivats de la feina, de l'ansietat i dels problemes per dormir per motius laborals. En la mostra de dones, fou el principal predictor de problemes de salut, problemes per dormir i consum de medicaments per problemes derivats de la feina.

Taula 8. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de demanda i conseqüències per a ambdós grups.

Homes							
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agressions
Burnout	0,18	0,10	0,11	0,17	0,23	0,08	0,12
Problemes salut	0,28	0,18	0,11		0,10		0,11
Ansietat	0,22		0,11	0,12			0,16
Problemes dormir	0,19	0,11	0,12		0,10	0,12	0,09
Medicaments	0,14	0,20			0,09	0,07	0,14
Alcohol	0,10		0,10	0,27			
Tabac				0,26	0,10		0,09
Especialista	0,14	0,14	0,12				0,14
Absentisme		0,11				0,09	0,14
Dones							
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agressions
Burnout	0,19	0,06	0,14	0,19	0,26	0,09	0,07
Problemes salut	0,28	0,09	0,07		0,21	0,05	0,09
Ansietat	0,15	0,08	0,10	0,08	0,18		0,10
Problemes dormir	0,20	0,07	0,09		0,18	0,06	0,08
Medicaments	0,15	0,12	0,06	0,05	0,13	0,04	0,12
Alcohol	0,06		0,07	0,12		0,06	0,06
Tabac			0,05		0,11	0,08	0,09
Especialista	0,11	0,10	0,12	0,09	0,08	0,04	0,10
Absentisme	0,07	0,09	0,07				0,07

Nota 1. Els valors de les caselles corresponen a valors beta significatius de l'equació de regressió.

Nota 2. Les caselles en vermell indiquen el principal predictor.

Variables de recursos

A la taula 9 es presenten els resultats de regressió per a ambdós grups. La variància total explicada en el síndrome de cremar-se per la feina (SQT) (burnout) es pot considerar adequada en ambdues mostres (homes, 29,8%; dones, 28,7%). Totes les variables de recursos van resultar predictors significatius del SQT. A la taula s'han assenyalat els principals predictors de cada variable. S'observa que, en la mostra d'homes, l'autonomia va ser el principal predictor del SQT, del consum de medicaments per problemes laborals, de la necessitat de consultar un especialista per problemes de salut derivats de la feina i de l'absentisme. La disponibilitat de recursos va ser el principal predictor dels problemes de salut derivats de la feina, de l'ansietat, dels problemes per dormir i de l'increment del consum de tabac per problemes laborals, mentre que l'autoeficàcia va resultar el principal predictor de l'increment del consum d'alcohol per problemes laborals.

En la mostra de dones, l'autonomia va ser el principal predictor del SQT, de l'ansietat i de l'increment del consum d'alcohol per problemes laborals. El suport social va ser el principal predictor dels problemes de salut derivats de la feina, dels problemes per dormir, de la necessitat de consultar un especialista per problemes de salut derivats de la feina i de l'absentisme.

Per exemple, considerant els dos principals predictors de demandes i de recursos respecte del SQT, aquests resultats indiquen que la major reducció dels seus nivells s'aconseguiria disminuint els nivells de

manca de justícia organitzacional i de càrrega de treball, i augmentant els nivells d'autonomia i de recursos per a la realització de la tasca.

Taula 9. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de recursos i conseqüències per a ambdós grups.

	Homes				
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,31	-0,10	-0,24	-0,11	29,8%
Problemes salut	-0,20	-0,15	-0,23		19,1%
Ansietat	-0,17	-0,10	-0,18	-0,08	13,4%
Problemes dormir	-0,22	-0,09	-0,24		17,8%
Medicaments	-0,19	-0,11	-0,16	-0,08	14,0%
Alcohol	-0,11	-0,10		-0,12	5,4%
Tabac		-0,09	-0,16		4,1%
Especialista	-0,18	-0,09	-0,13		8,6%
Absentisme	-0,17		-0,12		5,1%
	Dones				
	Autonomia	Apoyo social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,28	-0,15	-0,21	-0,14	28,7%
Problemes salut	-0,17	-0,19	-0,18	-0,05	17,9%
Ansietat	-0,19	-0,18	-0,13	-0,08	16,7%
Problemes dormir	-0,16	-0,19	-0,15	-0,05	15,2%
Medicaments	-0,16	-0,19	-0,11	-0,07	13,9%
Alcohol	-0,14	-0,06			2,9%
Tabac	-0,07	-0,08	-0,09		3,3%
Especialista	-0,18	-0,19	-0,06	-0,07	13,1%
Absentisme	-0,10	-0,14		-0,05	4,9%

Nota 1. Els valors de les caselles corresponen a valors beta significatius de l'equació de regressió.

Nota 2. Les caselles en vermell indiquen el principal predictor.

L'anàlisi per sexe mostra que l'estrès laboral no afecta de la mateixa manera a homes i dones, la qual cosa reforça la necessitat d'estratègies preventives sensibles al gènere. Per a les dones, resulta prioritari actuar sobre la sobrecàrrega, el treball emocional i la sobreimplicació, així com millorar l'efectivitat real dels recursos preventius. Per als homes, és clau intervenir sobre l'organització del treball, la justícia organitzativa, els conflictes interpersonals i la prevenció de la violència, amb especial atenció a la detecció precoç del burnout.

3.7. VARIABLE PROFESSIONIÓ

L'anàlisi per professió mostra que el risc psicosocial i l'impacte de l'estrès laboral no es distribueixen de manera homogènia entre els diferents col·lectius professionals, sinó que adopten perfils diferenciats en funció de la posició organitzativa, el tipus de tasques desenvolupades, el grau d'exposició emocional i el nivell de control i reconeixement del treball.

Encara que tots els col·lectius presenten nivells elevats de risc en algunes dimensions, les diferències observades permeten identificar patrons específics de demandes, recursos i conseqüències, que resulten especialment rellevants des d'una perspectiva preventiva.

Els grups professionals analitzats van ser: medicina, 521 (inclou residents); infermeria, 929 (inclou residents); personal tècnic de grau, 816 (inclou grau superior i grau mitjà); personal tècnic, 125 (inclou superior i mitjà); personal administratiu, 539; personal d'oficis (inclou manteniment, neteja, cuina, zeladors, etc.), 135; i altres no inclosos i noves especialitats de primària (inclou RBEC, nutricionistes, fisioterapeutes, etc.), 179.

3.7.1. Variables de demanda: altes exigències i perfils diferenciats

En l'àmbit de les demandes psicosocials, quatre riscos destaquen com els més freqüents en gairebé tots els col·lectius: **la càrrega de treball, els conflictes interpersonals, la manca de justícia organitzacional i el conflicte de rol.**

La càrrega de treball presenta el seu nivell més elevat en el personal de medicina, on un 65,64% se situa en nivells alts, mentre que descendeix al 45,60% en el personal tècnic. Els conflictes interpersonals també són especialment rellevants en medicina, amb un 62,57% en nivells alts, enfront del 46,93% observat en altres professionals.

La percepció d'inequitat (falta de justícia) segueix un patró similar: infermeria (63,94%) i tècnic de grau (63,73%) encapçalen els percentatges, mentre que el grup d'altres professionals se situa en valors més baixos (50,84%). El treball emocional afecta sobretot el personal administratiu (47,50%) i menys el personal d'oficis (38,52%), fet que il·lustra diferències clares en la gestió emocional inherent a cada rol. En el cas del conflicte treball-família, s'observa un valor màxim en medicina (51,82%) enfront d'un mínim en administratius (19,67%).

Figura 43. Distribució de la mostra de personal de medicina en nivells de risc en variables de demanda.

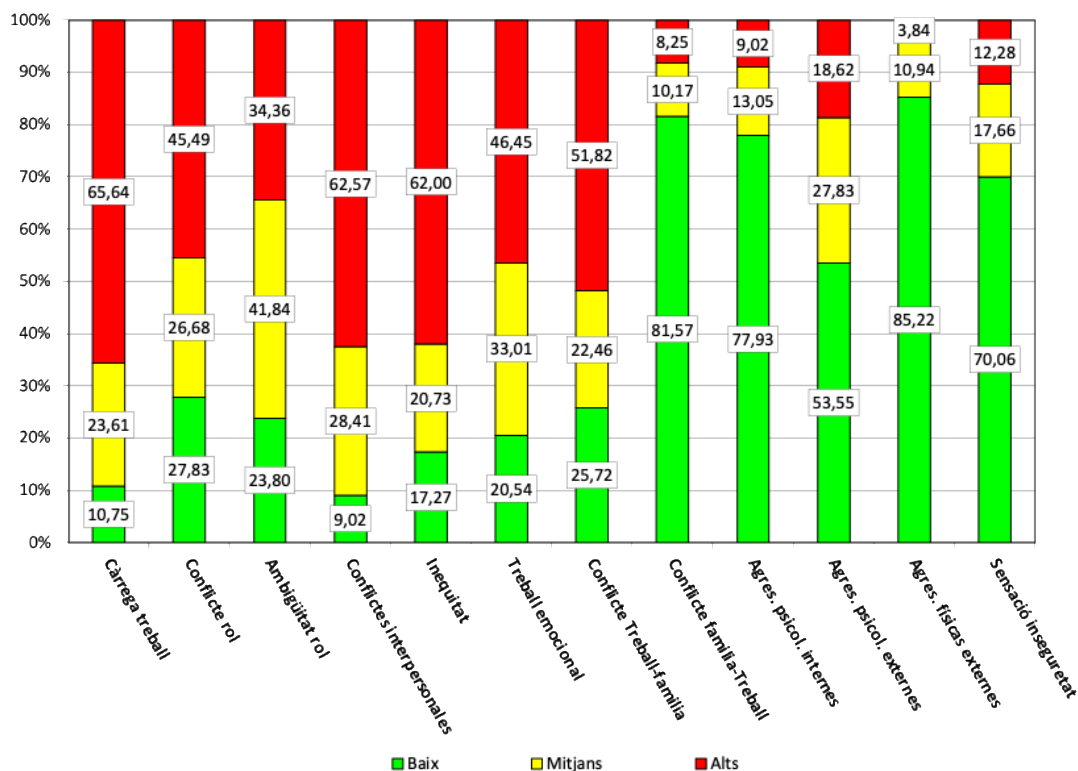


Figura 44. Distribució de la mostra de personal d'infermeria en nivells de risc en variables de demanda.

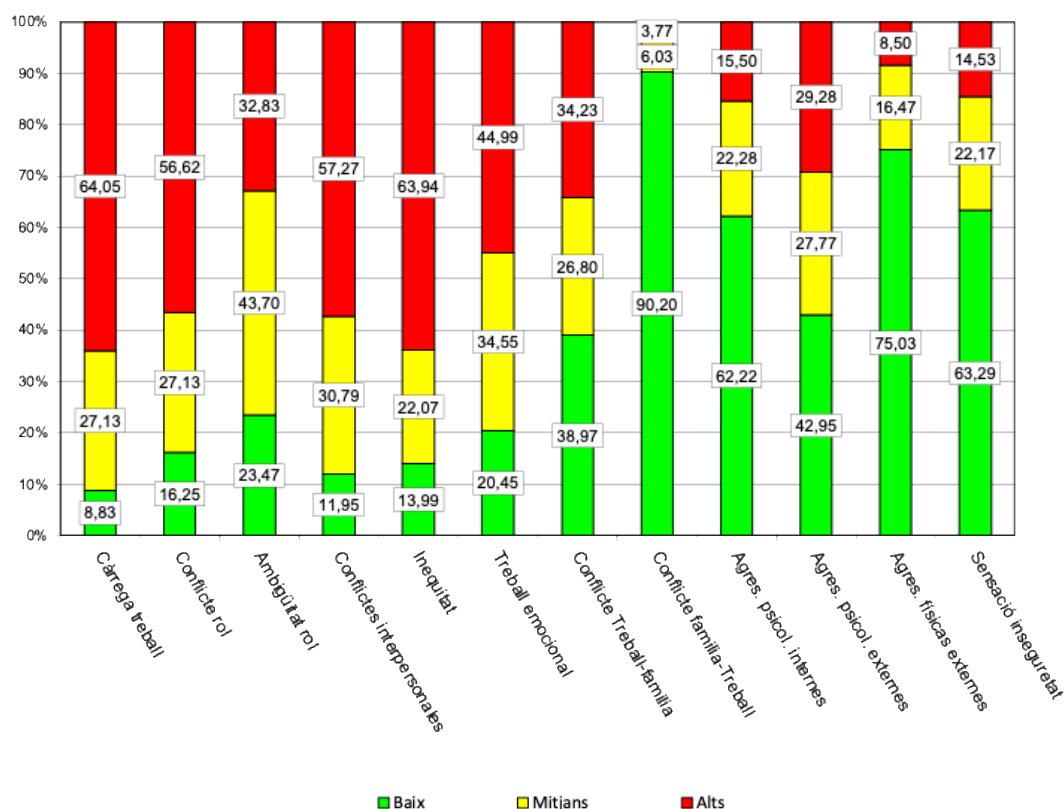


Figura 45. Distribució de la mostra de personal tècnic de grau en nivells de risc en variables de demanda.

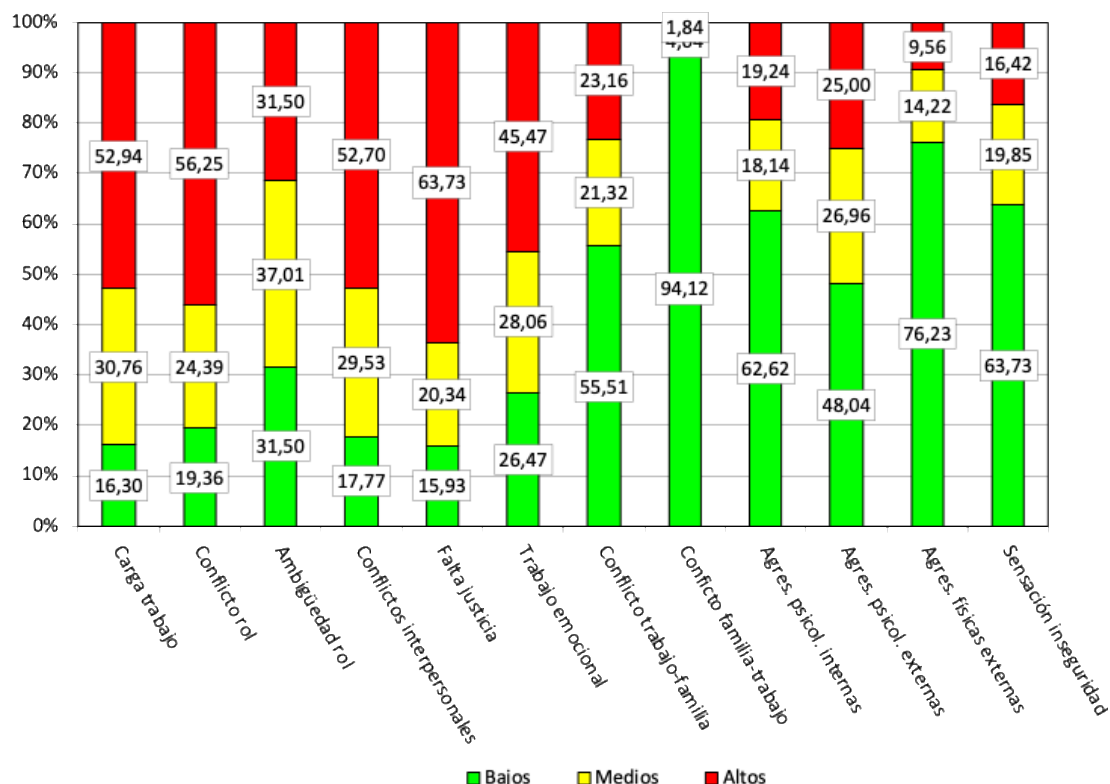


Figura 46. Distribució de la mostra de personal tècnic en nivells de risc en variables de demanda.

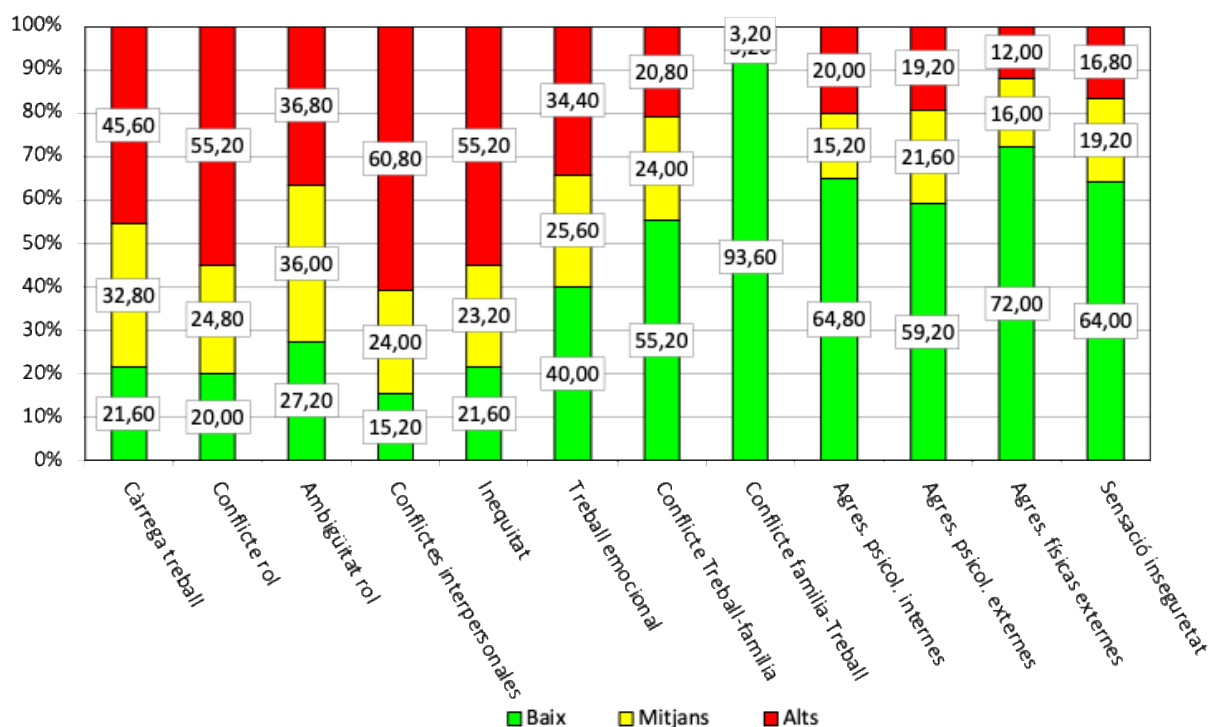


Figura 47. Distribució de la mostra de personal administratiu en nivells de risc en variables de demanda.

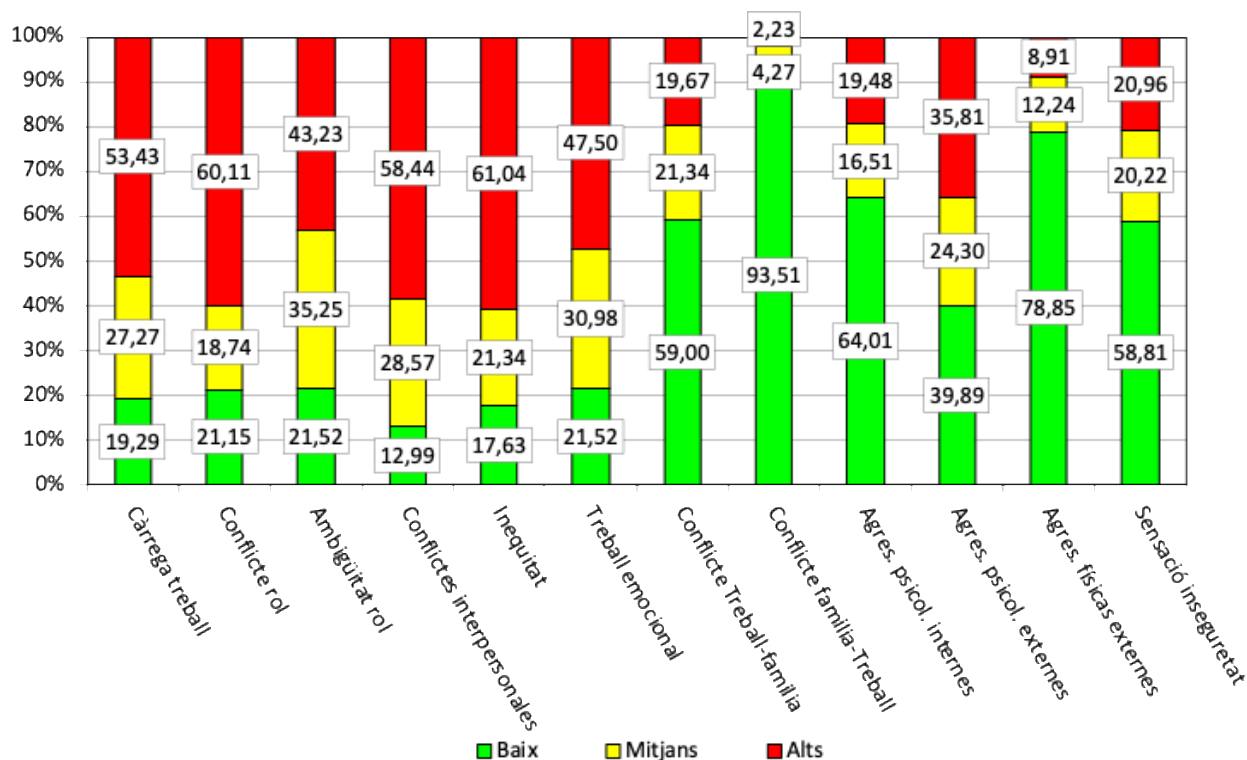


Figura 48. Distribució de la mostra de personal d'oficis en nivells de risc en variables de demanda.

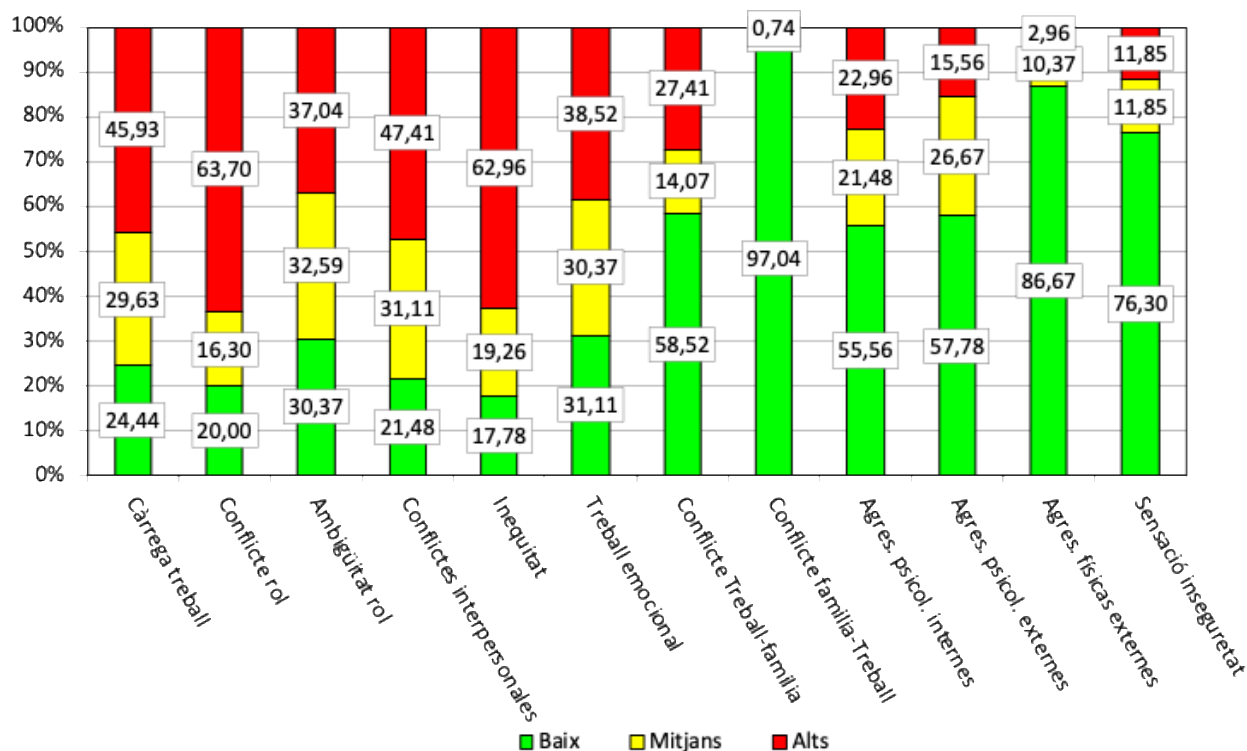
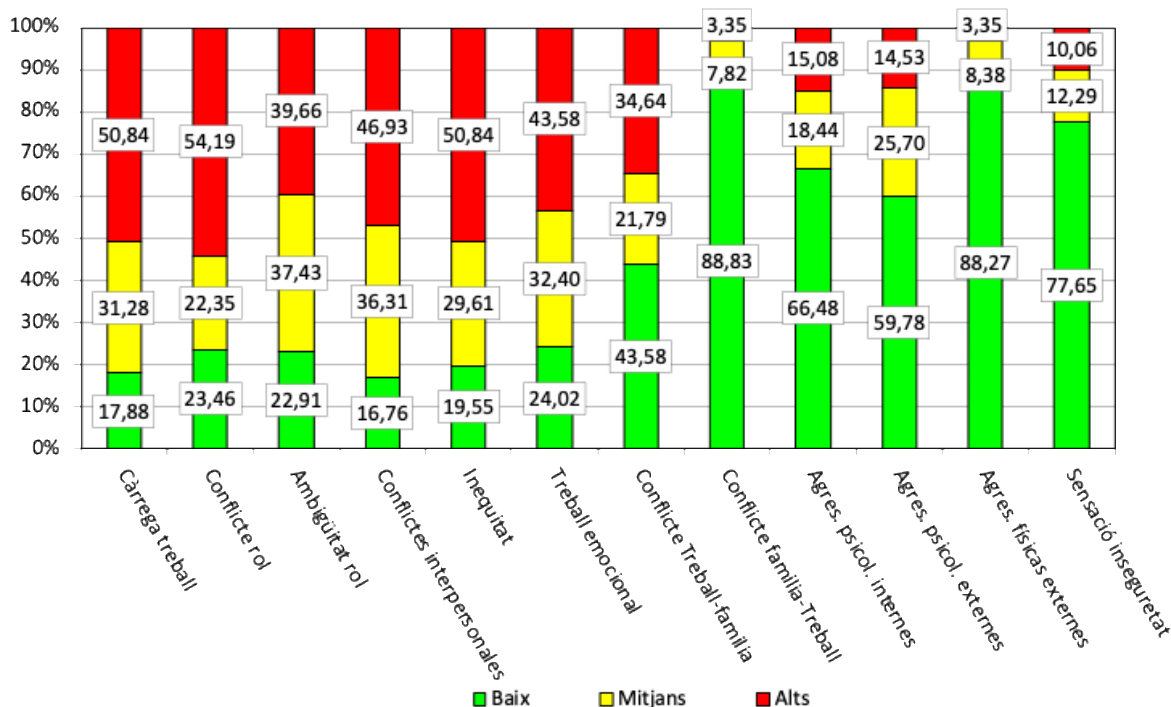


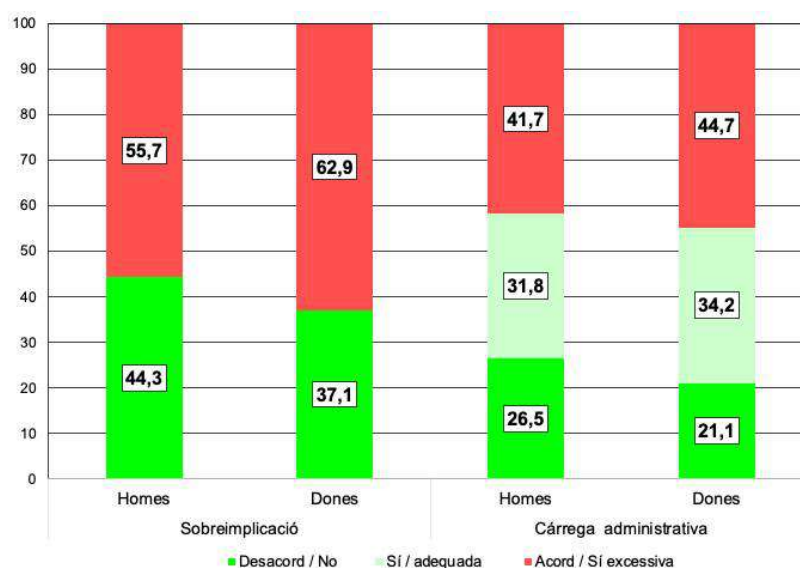
Figura 49. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en variables de demanda.



Una àrea especialment sensible és l'exposició a agressions. Les agressions psicològiques internes es concentren en oficis (22,96%) i les externes en administratius (35,81%). L'agressió física externa és majoritària en infermeria (12%), reflectint un risc diferencial de seguretat. La sensació d'inseguretat destaca també en el personal administratiu (20,96%).

Les variables amb un percentatge més elevat de subjectes en nivells alts de risc van ser càrrega de treball, conflictes interpersonals, manca de justícia organitzacional i conflicte de rol.

Figura 50. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en sobreimplicació i càrrega administrativa.



Pel que fa a la variable sobreimplicació (despertar-se molts dies pensant en els problemes de la feina i no poder oblidar la feina fins i tot a la nit), per grups, els percentatges més elevats de subjectes que van respondre que hi estaven d'acord (alta sobreimplicació) es van donar en el personal de medicina (67,95%) i el personal d'infermeria (64,59%).

Per a la càrrega administrativa, els percentatges més elevats de subjectes que la percebien com a excessiva també es van donar en el personal de medicina (63,72%) i el d'infermeria (61,14%).

A tall de conclusió, cal subratllar que el grup de personal administratiu és el que presenta un percentatge més alt de subjectes amb alta freqüència de conflictes amb persones externes a l'organització (pacients/usuaris i familiars), mentre que el personal d'oficis és el que presenta el percentatge més baix. Per contra, quan s'analitza la freqüència de conflictes interns, amb persones de l'organització (company/es, direcció del centre/organització i altres persones treballadores), és el personal d'oficis el que presenta el percentatge més alt de subjectes en alta freqüència de conflictes.

3.7.2. Variables de recursos: falta de suport de la direcció i de feedback

En aquestes variables, nivells alts indiquen baix risc, ja que són factors psicosocials que contribueixen a prevenir els riscos psicosocials i les seves conseqüències. Per contra, la percepció de nivells baixos constitueix un risc psicosocial per a la variable, ja que contribueix a incrementar els resultats de l'estrès laboral.

A continuació s'exposen, per variables i grups, els resultats obtinguts per als nivells alts i baixos de risc psicosocial.

Per a la variable:

1. **Autonomia**, el percentatge més alt en nivells alts (baix risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal tècnic (17,60%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos (alt risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal administratiu (78,29%).

2. **Suport social**, el percentatge més alt en nivells alts (baix risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal administratiu (13,17%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos (alt risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal d'oficis (79,26%). Considerant les fonts de suport social:

- **Suport social superior/a:** el percentatge més alt en nivells alts s'obtingué per al grup personal administratiu (12,06%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos s'obtingué per al grup personal d'oficis (80,74%).
- **Suport social companys/es:** el percentatge més alt en nivells alts s'obtingué per al grup altres professionals (22,91%), molt similar al del grup personal tècnic de grau (22,55%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos s'obtingué per al grup personal d'oficis (71,85%), molt similar al del grup personal de medicina (71,79%).

- **Suport social de la direcció:** el percentatge més alt en nivells alts s'obtingué per al grup personal administratiu (12,80%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos s'obtingué per al grup personal d'oficis (88,89%).

3. **Disponibilitat de recursos laborals,** el percentatge més alt en nivells alts (baix risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal tècnic (31,20%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos (alt risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal d'oficis (49,63%).

4. **Retroinformació (feedback).** Aquesta variable es va avaluar mitjançant tres fonts independents:

- **Retroinformació positiva superior/a:** el percentatge més alt en nivells alts (baix risc psicosocial) s'obtingué per al grup altres professionals (21,79%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos (alt risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal tècnic de grau (72,92%), molt similar al del grup personal d'oficis (72,59%).
- **Retroinformació negativa superior/a:** el percentatge més alt en nivells alts s'obtingué per al grup personal administratiu (22,45%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos s'obtingué per al grup personal tècnic de grau (63,11%).
- **Retroinformació companys/es:** el percentatge més alt en nivells alts s'obtingué per al grup altres professionals (36,31%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos s'obtingué per al grup personal tècnic de grau (43,75%), molt similar al del grup personal tècnic (43,20%).

5. **Autoeficàcia,** el percentatge més alt en nivells alts (baix risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal tècnic (71,20%), mentre que el percentatge més alt en nivells baixos (alt risc psicosocial) s'obtingué per al grup personal d'oficis (25,93%).

Figura 51. Distribució de la mostra de personal de medicina en nivells de risc en variables de recursos.

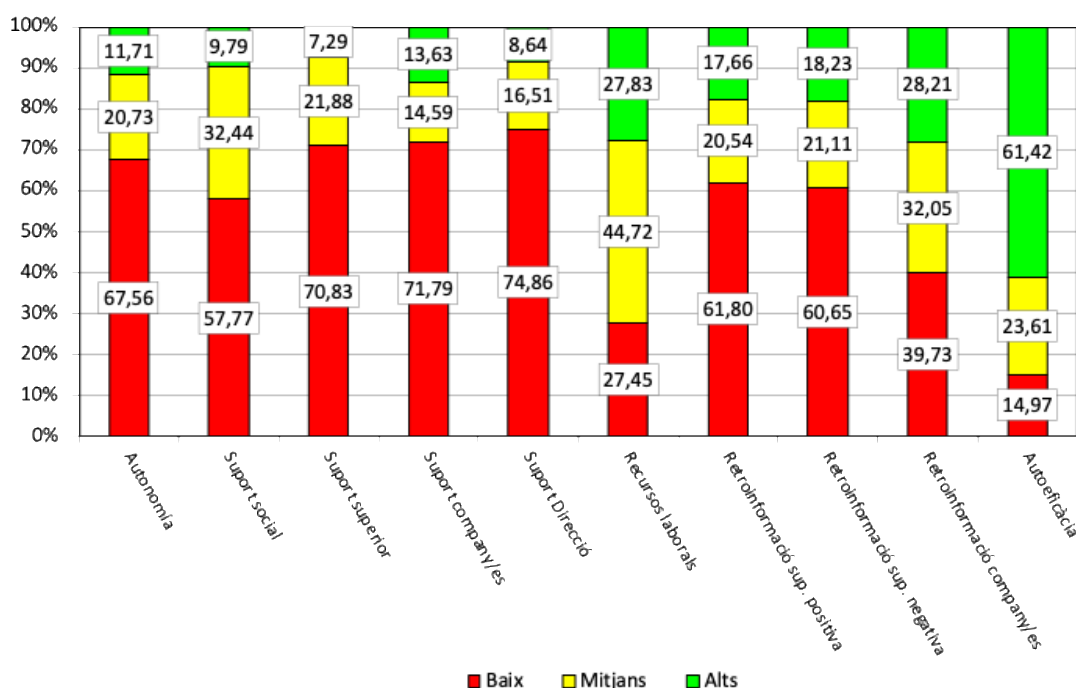


Figura 52. Distribució de la mostra de personal d'infermeria en nivells de risc en variables de recursos.

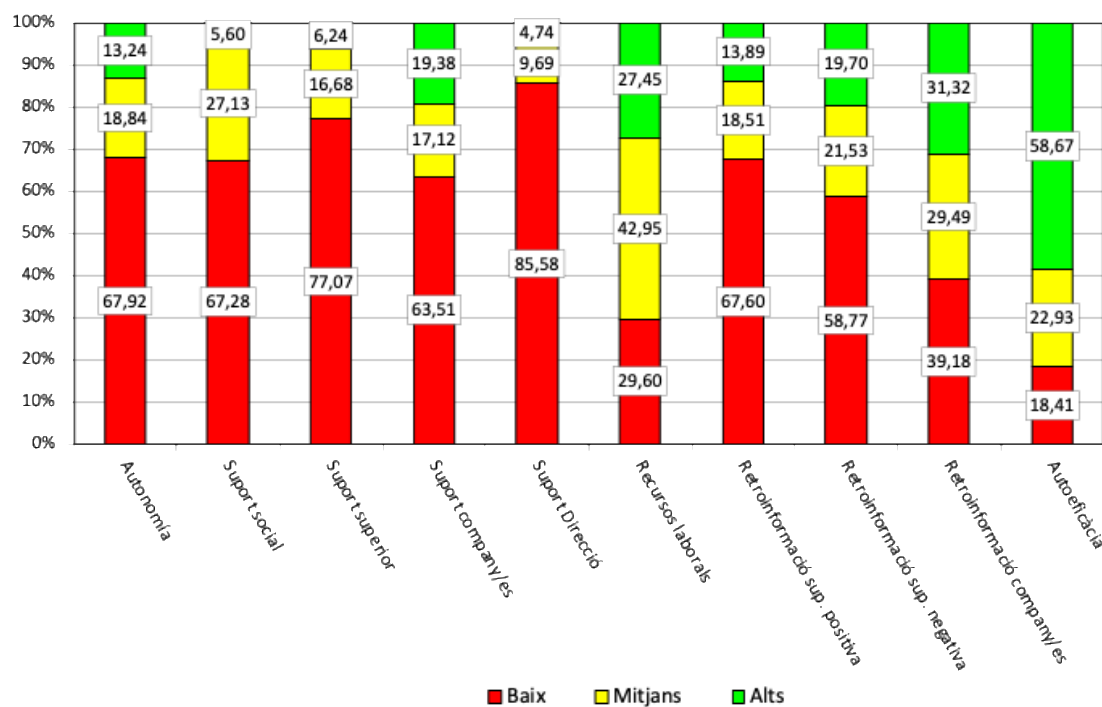


Figura 53. Distribució de la mostra de personal tècnic de grau en nivells de risc en variables de recursos.

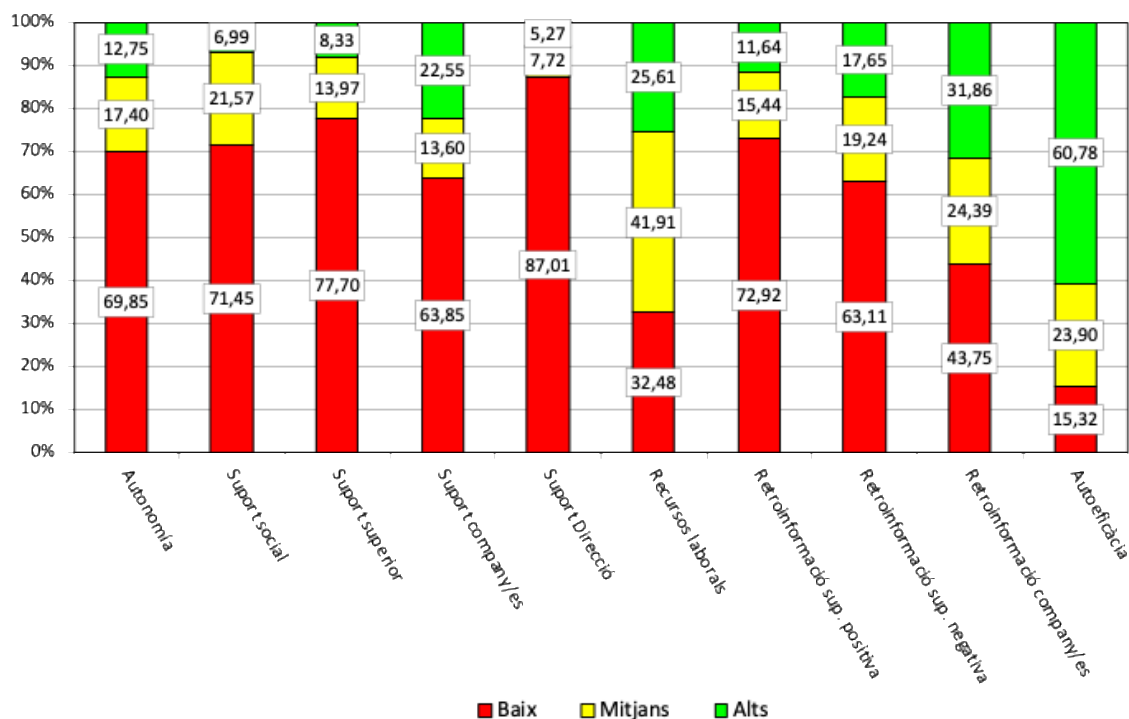


Figura 54. Distribució de la mostra de personal tècnic en nivells de risc en variables de recursos.

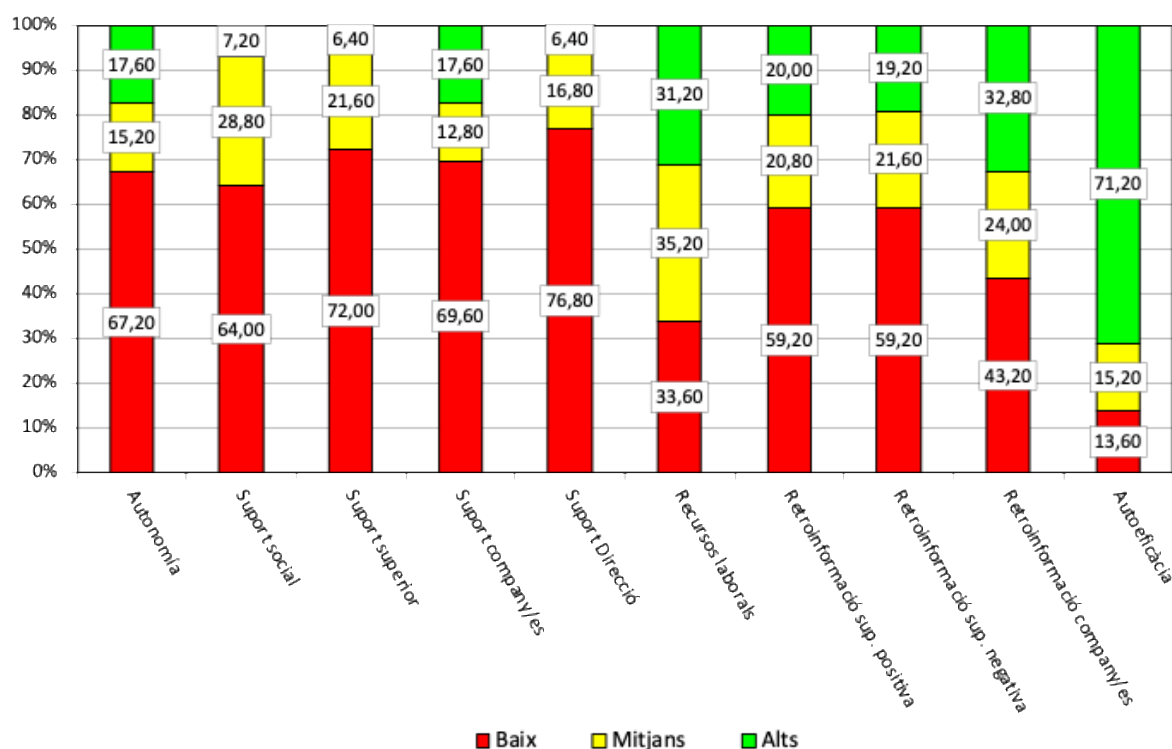


Figura 55. Distribució de la mostra de personal administratiu en nivells de risc en variables de recursos.

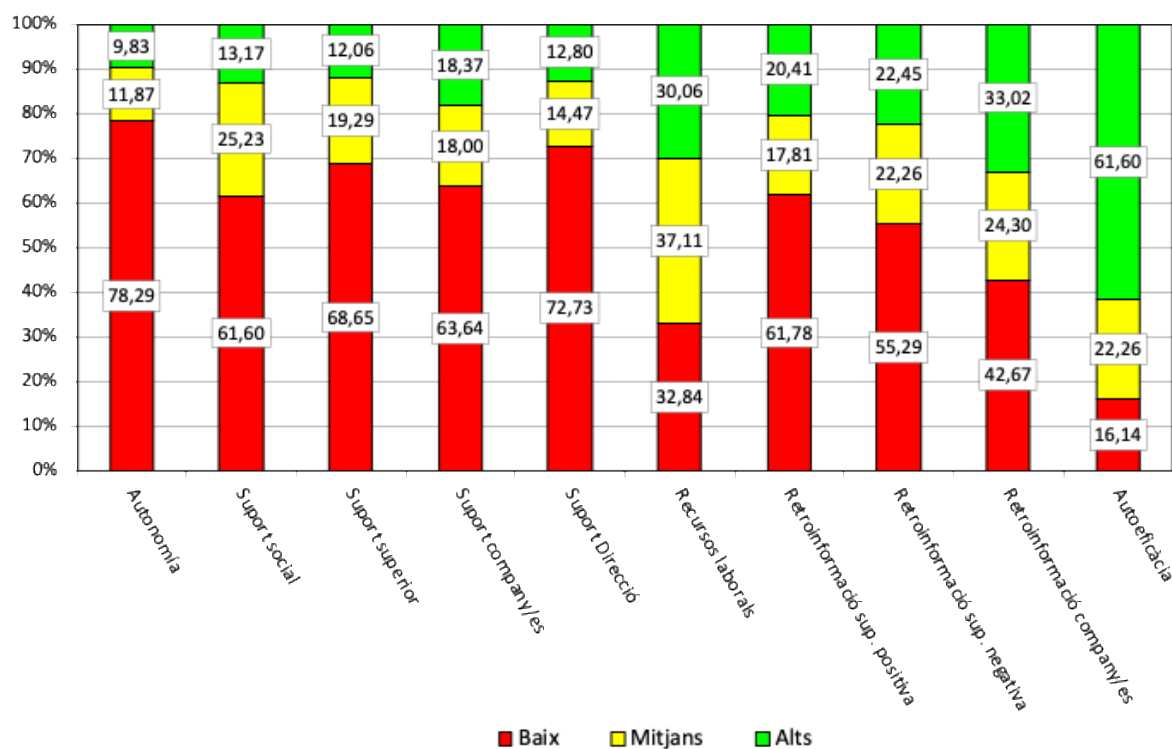


Figura 56. Distribució de la mostra de personal d'oficis en nivells de risc en variables de recursos.

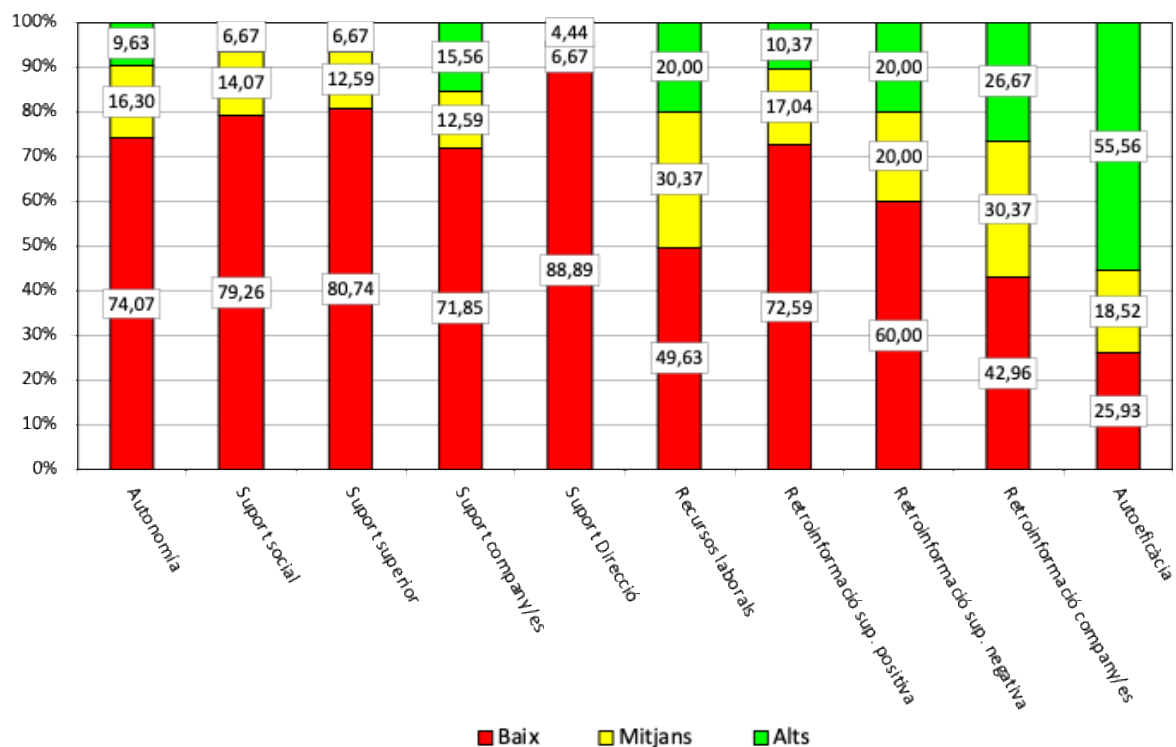
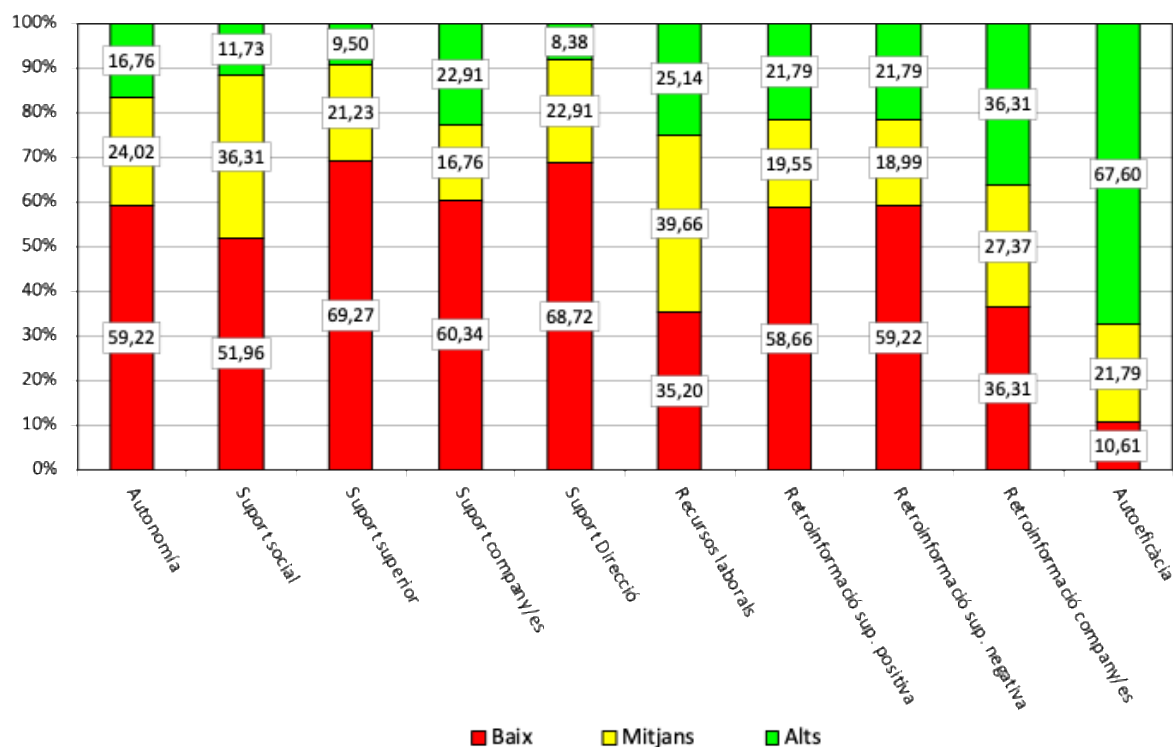


Figura 57. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en variables de recursos.

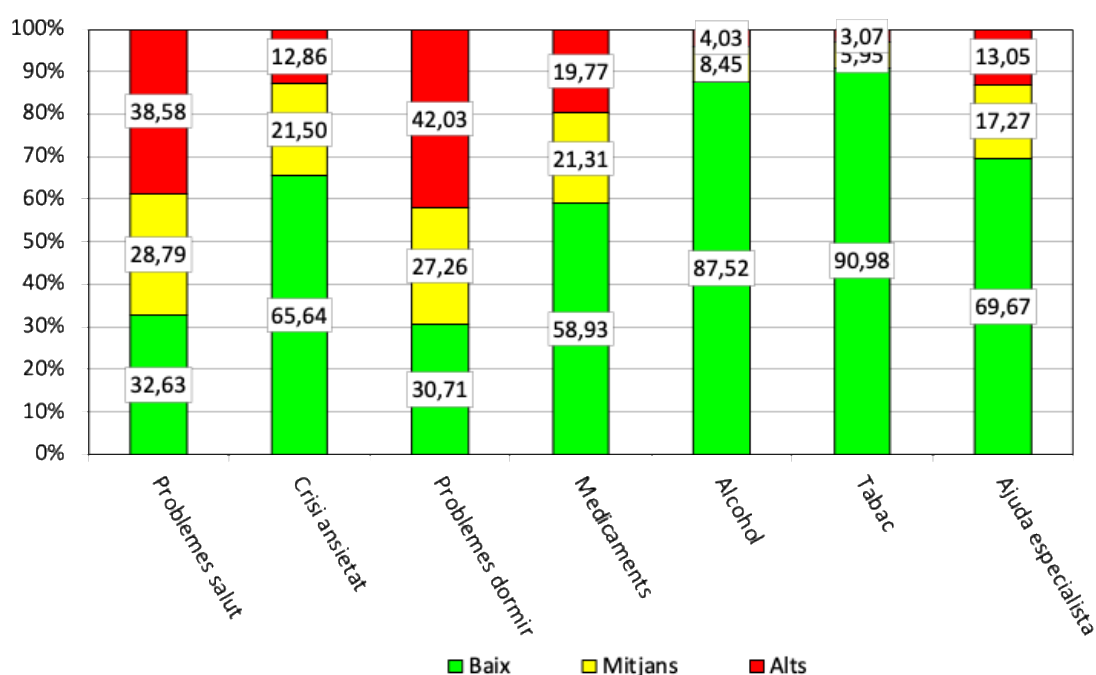


3.7.3. Variables d'estrès laboral: diferents perfils de conseqüències de l'estrès laboral

A continuació, es mostren les principals variables d'interès pel que fa a les conseqüències de l'estrès:

1. **Problemes de salut psicosomàtics** (sentir algun problema de salut durant les últimes setmanes en relació amb la feina, com palpitations, problemes d'estómac, marejos, migranyes, etc.), el percentatge més alt en nivells elevats s'obtingué per al personal administratiu (41,00%).
2. **Crisis d'ansietat**, el percentatge més alt en nivells elevats s'obtingué per al personal administratiu (21,71%).
3. **Dificultats per dormir**, el percentatge més alt en nivells elevats s'obtingué per al personal d'infermeria (45,53%).
4. **Necessitat de prendre algun medicament per poder gestionar problemes de salut derivats de la feina**, el percentatge més alt en nivells elevats s'obtingué per al grup personal d'oficis (30,37%).
5. **Ingesta d'alguna beguda alcohòlica a causa de problemes laborals**, el percentatge més alt en nivells elevats s'obtingué per al grup altres professionals (4,47%), amb valors similars per al grup personal d'oficis (4,44%) i el grup personal mèdic (4,03%).
6. **Increment del consum diari de tabac a causa de problemes laborals**, el percentatge més alt en nivells elevats s'obtingué per al grup personal d'oficis (11,11%).

Figura 58. Distribució de la mostra de personal de medicina en nivells de resultats de l'estrès laboral.



7. **Necessitat de suport d'un especialista per superar alguna situació de crisi personal relacionada amb la feina**, el percentatge més alt en nivells elevats s'obtingué per al grup personal administratiu (18,00%). Tanmateix, els resultats en nivells mitjans també són rellevants, donades les característiques de la variable, ja que necessitar suport d'un especialista algunes vegades al mes també indica presència de problemes de salut. El grup amb el percentatge més alt de subjectes en nivells mitjans ha estat el de personal tècnic (28,00%).

Figura 59. Distribució de la mostra de personal d'infermeria en nivells de resultats de l'estrès laboral.

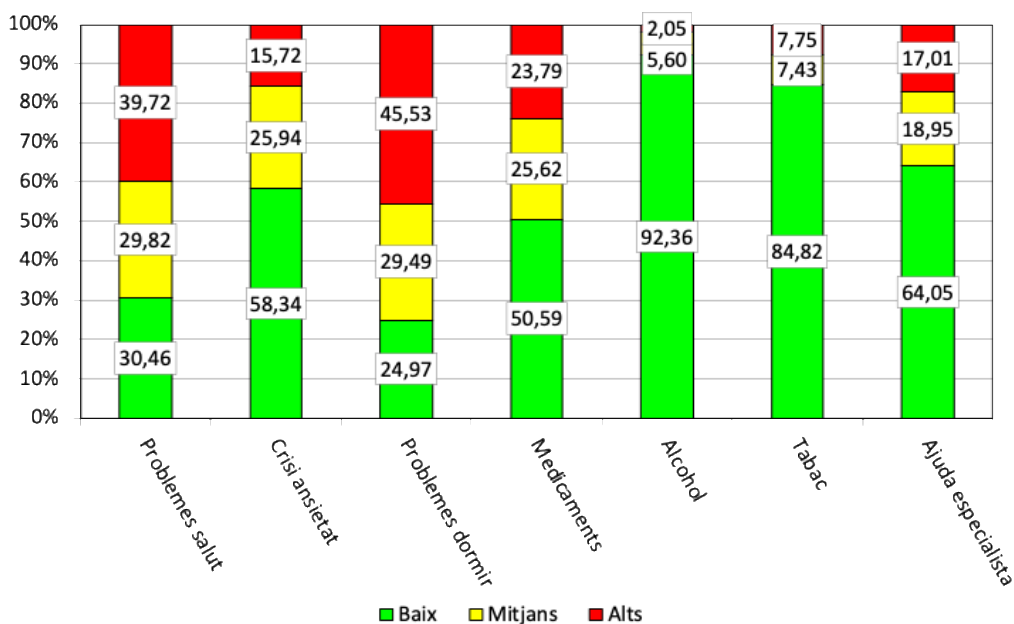


Figura 60. Distribució de la mostra de personal tècnic de grau en nivells de resultats de l'estrès laboral.

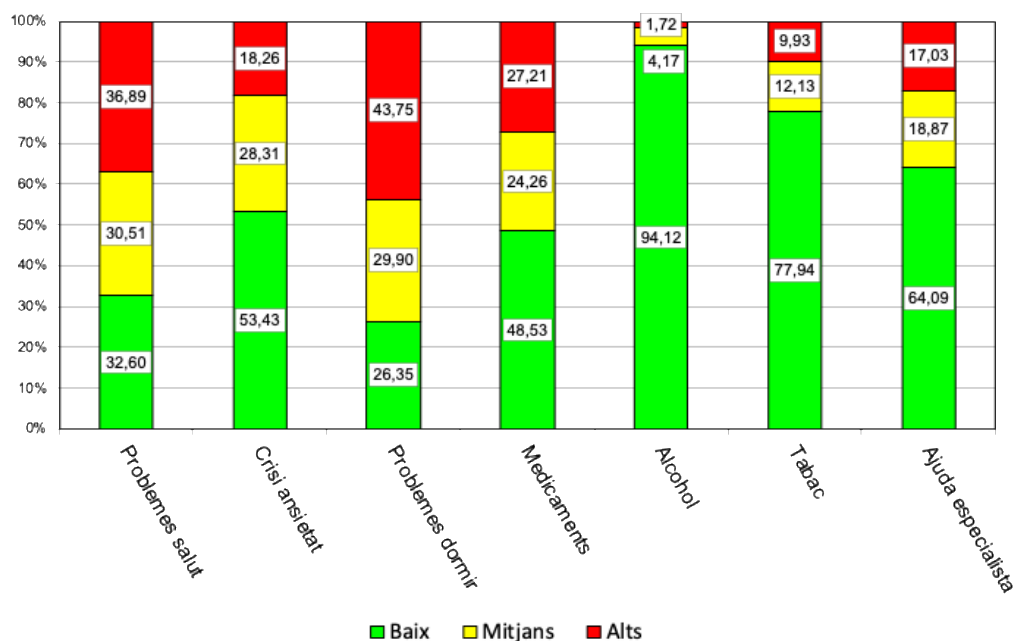


Figura 61. Distribució de la mostra de personal tècnic en nivells de resultats de l'estrès laboral.

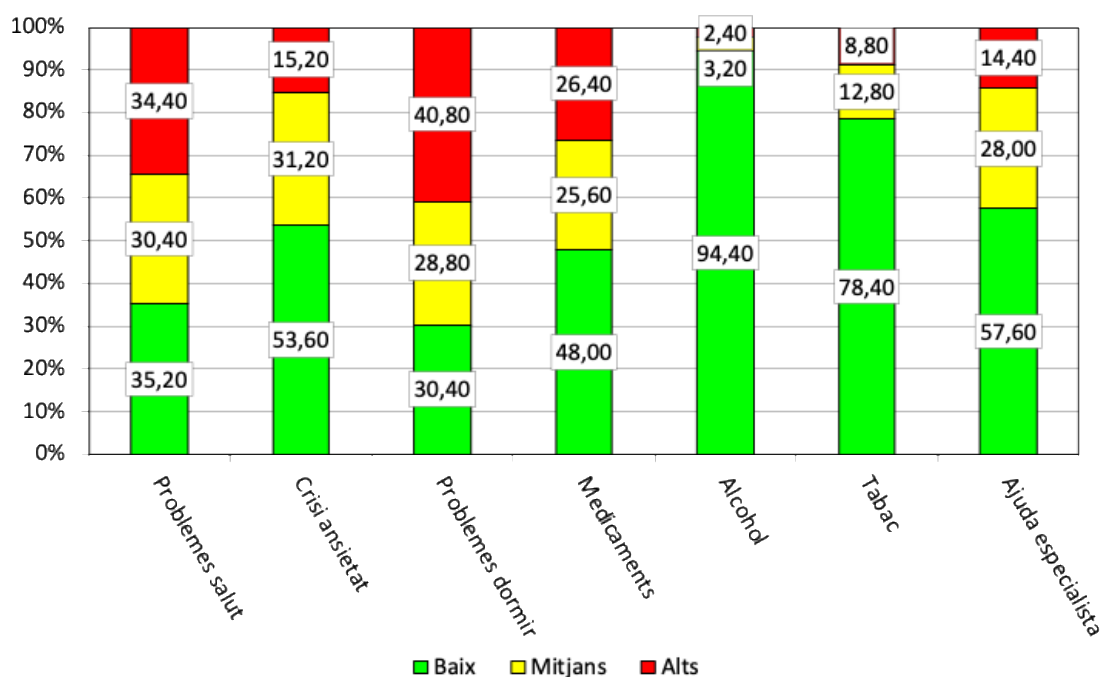


Figura 62. Distribució de la mostra de personal administratiu en nivells de resultats de l'estrès laboral

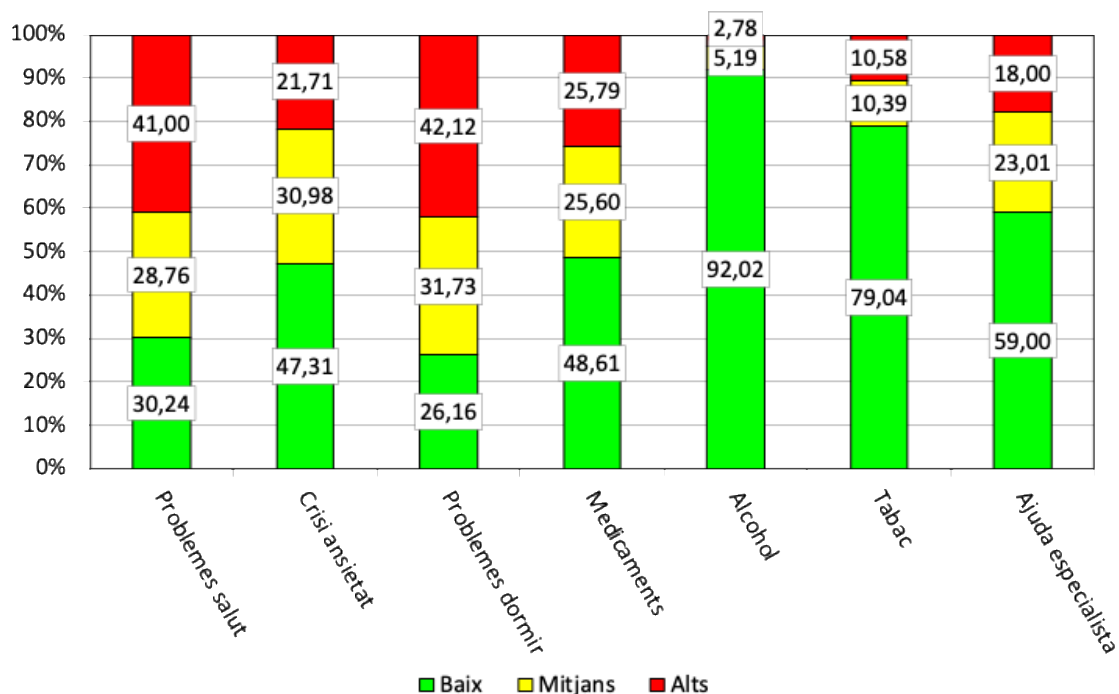


Figura 63. Distribució de la mostra de personal d'oficis en nivells de resultats de l'estrès laboral.

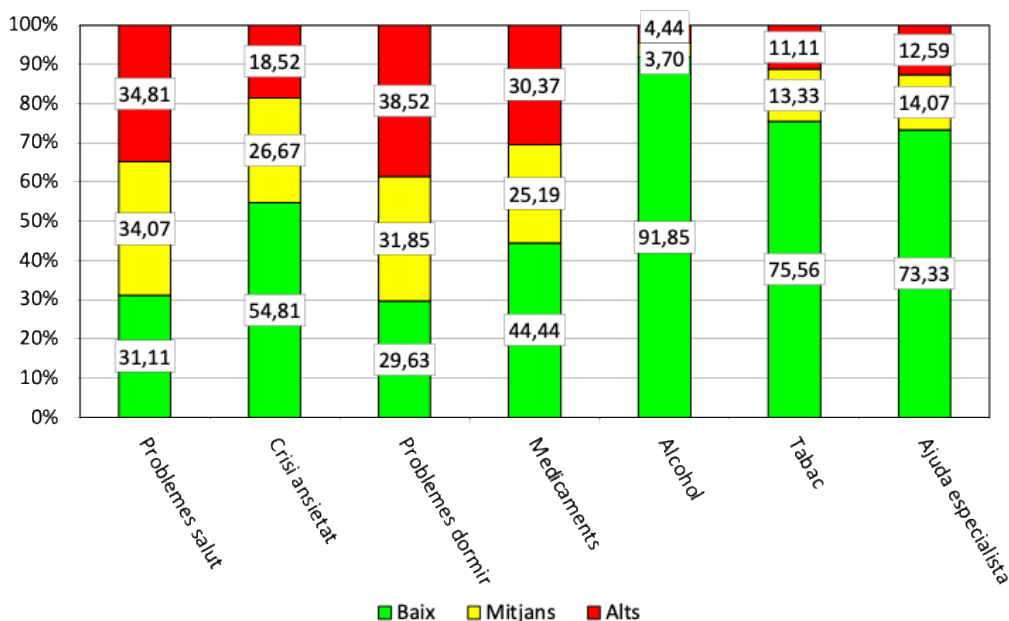
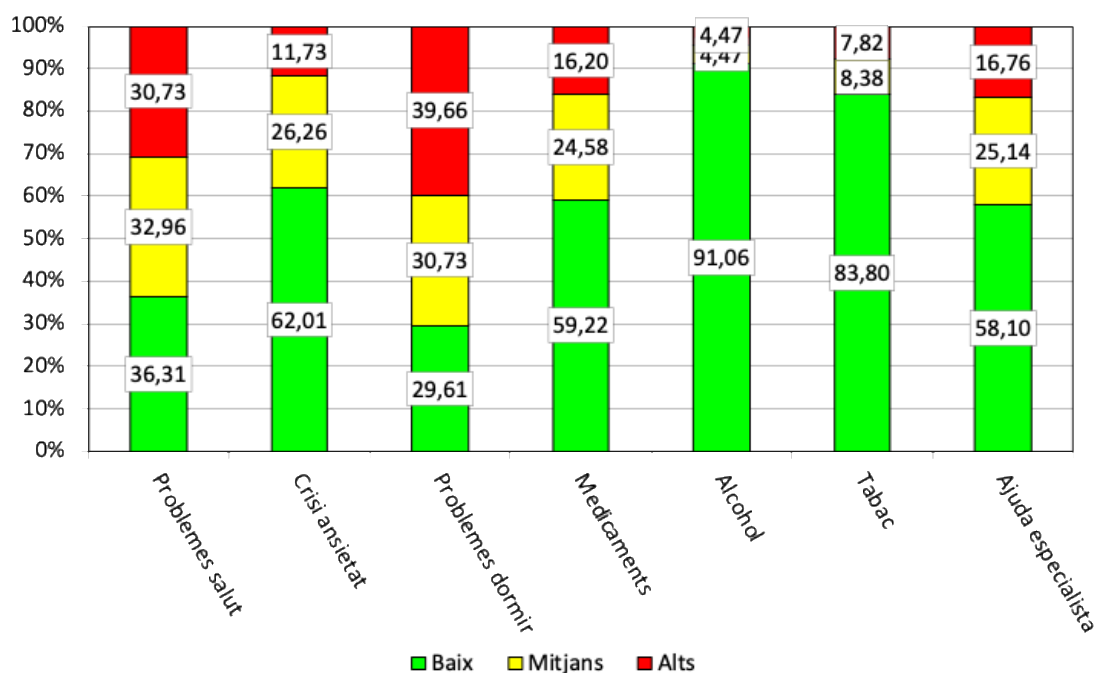
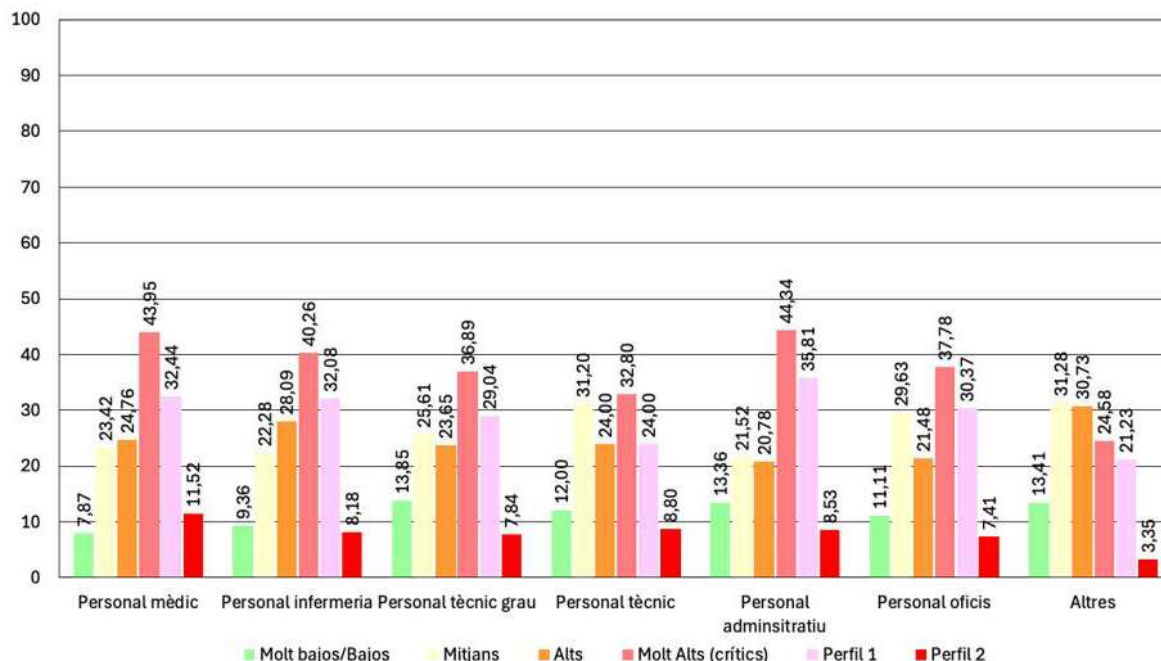


Figura 64. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de resultats de l'estrès laboral.



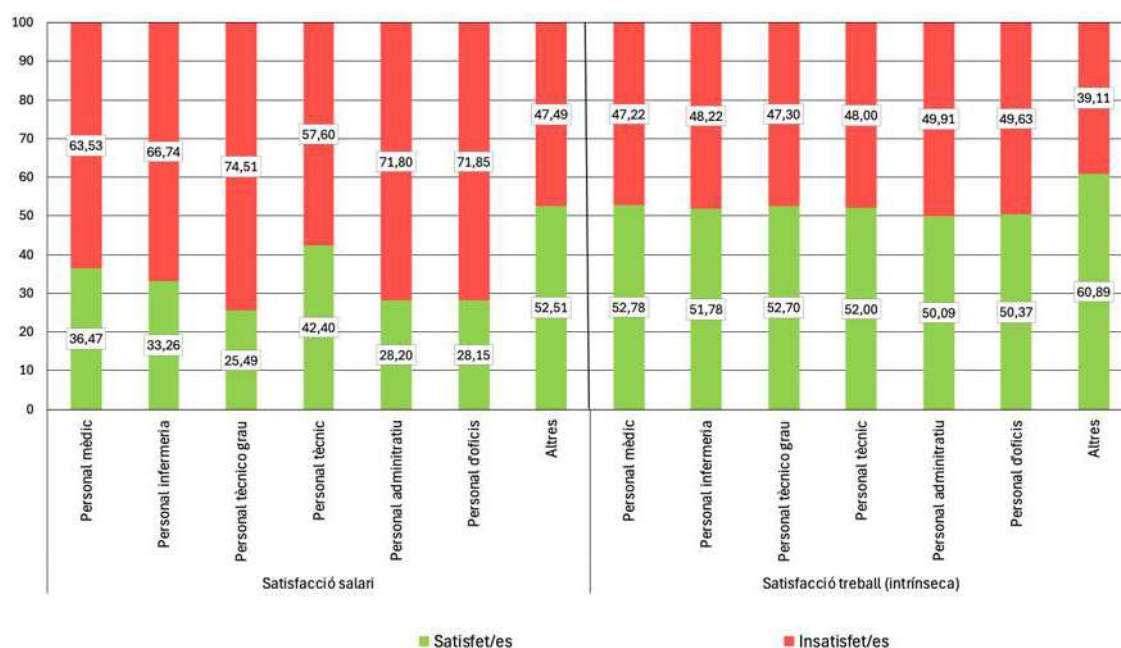
Pel que fa als resultats sobre el síndrome de cremar-se per la feina (SQT)(burnout), el percentatge més alt en nivells molt alts (crítics) del SQT s'obtingué per al grup de medicina (43,95%), mentre que el percentatge més baix en aquest nivell s'obtingué en el grup altres professionals (24,58%). Considerant els perfils, el percentatge més elevat de subjectes en el perfil 2 també s'obtingué per al grup de medicina (11,52%), mentre que el més baix s'obtingué en el grup altres professionals (3,35%).

Figura 65. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).



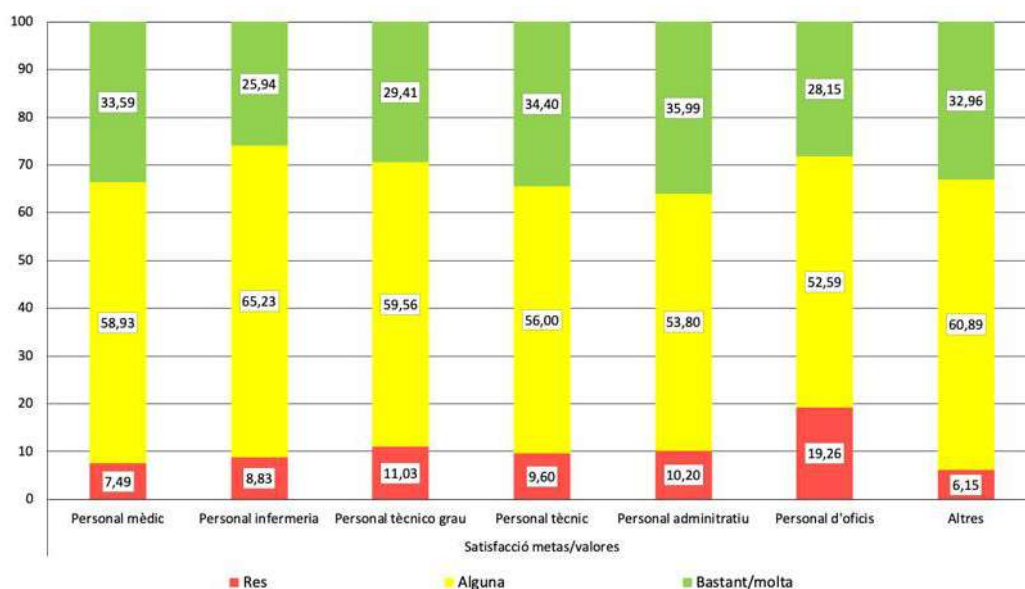
Pel que fa a les **fonts de satisfacció laboral**, s'observa que el percentatge més alt de persones insatisfetes amb el salari s'obtingué per al grup personal d'oficis (71,85%), amb valors molt similars per al grup personal administratiu (71,80%). Quant a la satisfacció amb la feina, el percentatge més alt de persones insatisfetes s'obtingué per al grup personal administratiu (49,91%), amb valors molt similars per al grup personal d'oficis (49,63%). El percentatge més alt de persones satisfetes en ambdós tipus de satisfacció s'obtingué per al grup altres professionals (52,51% i 60,89%, respectivament).

Figura 66. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells de satisfacció laboral amb el salari i amb el treball (satisfacció intrínseca)



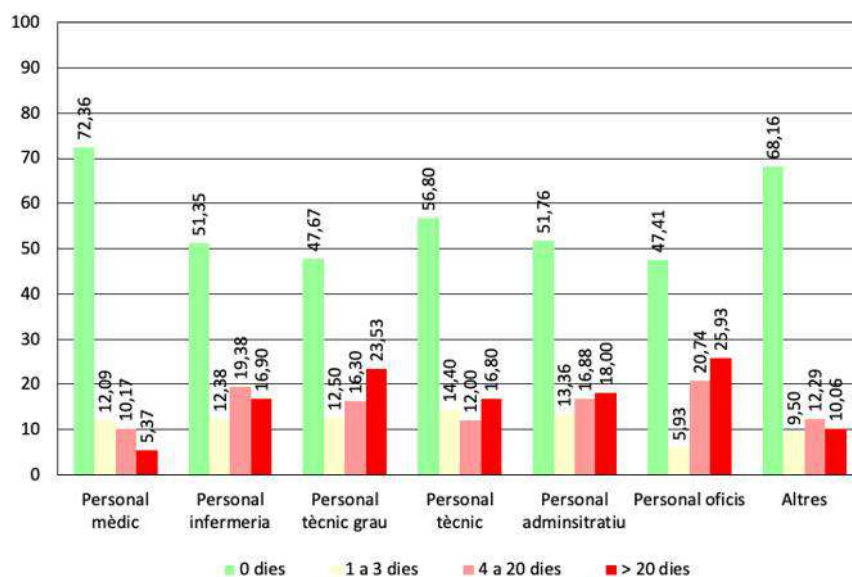
Pel que fa a la **identificació amb els valors i metes de l'organització**, el percentatge més alt de persones insatisfetes s'obtingué per al grup personal d'oficis (19,26%), mentre que els grups amb percentatges més elevats de persones força o molt satisfetes s'obtingueren per al grup personal de medicina (33,59%).

Figura 67. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells de identificació amb els valor i metes de l'organització



En relació amb els **percentatges d'absentisme dels últims mesos per problemes de salut o accidents derivats de la feina**, el grup amb el percentatge més alt de subjectes que faltaren més de 20 dies a la feina l'últim any fou el personal d'oficis (25,93%), i també resultà el grup amb el percentatge més alt de persones que faltaren entre 4 i 20 dies (20,74%), mentre que el grup de personal mèdic fou el que presentà el percentatge més alt de subjectes que no faltaren cap dia (72,36%).

Figura 68. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells d'absentisme en l'últim any, agrupats per percentatges de dies d'absència laboral.



3.7.4. Anàlisis predictius: regressions

Per identificar els principals predictors dels resultats de l'estrès laboral sobre les persones treballadores es van realitzar anàlisis de regressió stepwise. Es va diferenciar entre els predictors de demandes i els predictors de recursos en regressions diferenciades per a cada variable resultat. Es presenten només els valors beta de l'equació de regressió i el percentatge de variància explicada per les variables predictores per a les quals s'obtingueren resultats significatius.

Variabls de demanda

A la taula 10 es presenten els resultats de regressió per als grups. Com a resultats més rellevants, cal assenyalar que la variable càrrega de treball va resultar el principal predictor significatiu dels problemes de salut en tots els col·lectius professionals, i que la manca de justícia organitzacional va resultar el principal predictor significatiu del SQT (burnout) en tots els grups, excepte en el personal d'oficis. El percentatge de variància explicada per les variables independents en les variables dependents es pot considerar alt per al SQT en tots els grups.

Taula 10. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de demanda i conseqüències per als grups professionals.

Personal mèdic								
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agresions	% variància
Burnout	0,29		0,12	0,09	0,33	0,10	0,15	54,6%
Problemes salut	0,35				0,18		0,14	27,8%
Ansietat	0,13		0,14	0,13	0,16		0,14	20,2%
Problemes dormir	0,27				0,14	0,09		16,0%
Medicaments	0,13			0,10	0,19		0,16	17,0%
Alcohol	0,11			0,21	0,10			10,2%
Tabac							0,16	2,5%
Especialista	0,14		0,16		0,10	0,12		11,4%
Absentisme					0,14			1,9%
Personal d'infermeria								
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agresions	% variància
Burnout	0,17	0,08	0,12	0,16	0,25	0,07	0,11	41,7%
Problemes salut	0,25		0,07	0,12	0,15	0,08	0,08	28,2%
Ansietat	0,23		0,08	0,11	0,11		0,09	18,5%
Problemes dormir	0,22	0,10			0,17		0,12	19,8%
Medicaments	0,18	0,14	0,08		0,07		0,16	20,7%
Alcohol			0,10	0,13	0,07			4,3%
Tabac				0,08	0,09		0,08	3,2%
Especialista	0,18		0,07	0,10		0,07	0,13	17,1%
Absentisme		0,17					0,09	4,5%
Personal tècnic grau								
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agresions	% variància
Burnout	0,20		0,22	0,23	0,22	0,13	0,06	47,7%
Problemes salut	0,31	0,10	0,10		0,21		0,07	35,9%
Ansietat	0,24	0,10	0,12		0,14		0,08	25,3%
Problemes dormir	0,15	0,09	0,14		0,20	0,11		27,2%
Medicaments	0,25	0,16			0,12		0,09	24,2%
Alcohol	0,29		0,09		0,19	0,27	0,21	6,0%
Tabac		0,20			0,09	0,10		8,9%
Especialista	0,21	0,14	0,12	0,11				19,2%
Absentisme	0,17		0,14				0,08	8,8%

Taula 10 (continuació). Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de demanda i conseqüències per als grups professionals.

Personal tècnic								
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agresions	% variància
Burnout		0,24		0,26	0,29			38,6%
Problemes salut	0,33				0,31			30,9%
Ansietat	0,23				0,32			21,7%
Problemes dormir	0,24				0,30			21,4%
Medicaments	0,28				0,25			20,7%
Alcohol					0,27			6,2%
Tabac					0,32			9,6%
Especialista			0,22		0,26			14,0%
Absentisme			0,19					2,8%
Personal administratiu								
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agresions	% variància
Burnout	0,09	0,14	0,09	0,21	0,26	0,07	0,12	49,0%
Problemes salut	0,35		0,12		0,21		0,15	40,2%
Ansietat	0,25		0,10	0,14	0,17		0,12	31,8%
Problemes dormir	0,30	0,13	0,12		0,16			31,3%
Medicaments	0,21	0,14	0,09		0,14		0,13	28,1%
Alcohol			0,11	0,27				10,3%
Tabac	0,16		0,11	0,11		0,14		12,1%
Especialista	0,15	0,14	0,12	0,10			0,13	21,8%
Absentisme	0,19							3,4%
Personal d'oficis								
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agresions	% variància
Burnout	0,35		0,20	0,25				40,4%
Problemes salut	0,58			0,18				45,8%
Ansietat	0,50							24,7%
Problemes dormir	0,47		0,21					33,8%
Medicaments	0,40					0,18		25,2%
Alcohol			0,25	0,20				12,9%
Tabac	0,21			0,27				16,4%
Especialista	0,27			0,21				15,7%
Absentisme					0,17			2,3%
Altres professionals								
	Càrrega treball	Conflicte de rol	Ambigüitat de rol	Conflictes interpersonals	Manca de justícia	Treball emocional	Agresions	% variància
Burnout		0,30		0,21	0,30	0,12		43,0%
Problemes salut	0,33	0,26						26,2%
Ansietat		0,22		0,14	0,20			17,4%
Problemes dormir		0,37						12,8%
Medicaments	0,17			0,18	0,18			14,5%
Alcohol				0,37				13,0%
Tabac				0,24				5,0%
Especialista		0,30					0,19	16,1%
Absentisme		0,22						4,4%

Nota. Els valors de les caselles corresponen a valors beta significatius de l'equació de regressió. Les caselles en color vermell indiquen el principal predictor significatiu per a la variable.

Variables de recursos

A la taula 11 es presenten els resultats de regressió per a tots els grups. La variància total explicada en el síndrome de cremar-se per la feina (SQT) (burnout) es pot considerar adequada per a la majoria dels grups, excepte per al personal tècnic (12,7%), el personal administratiu (27,7%) i altres professionals (27,7%), per als quals ha resultat moderada.

La variable autonomia va resultar un predictor rellevant per a tots els resultats de l'estrès laboral, excepte per a l'increment del consum de tabac. La variable suport social va resultar un predictor rellevant en els grups de personal d'infermeria, personal tècnic de grau, personal administratiu, personal d'oficis i altres

professionals, pel nombre de variables de resposta sobre les quals va presentar efectes significatius. La variable recursos va resultar un predictor rellevant en els grups de personal mèdic, personal d'infermeria, personal tècnic de grau, personal administratiu i personal d'oficis, pel nombre de variables de resposta sobre les quals va presentar efectes significatius. D'altra banda, la variable autoeficàcia va resultar un predictor rellevant en els grups de personal mèdic i personal d'infermeria, pel nombre de variables de resposta sobre les quals va presentar efectes significatius.

Taula 11. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de recursos i conseqüències per als grups professionals.

Personal mèdic					
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,38		-0,19	-0,23	34,7%
Problemes salut	-0,24		-0,14	-0,15	14,4%
Ansietat	-0,13	-0,13	-0,10	-0,20	13,9%
Problemes dormir	-0,27	-0,11			11,0%
Medicaments	-0,22			-0,15	8,4%
Alcohol	-0,14		-0,11		3,8%
Tabac					0,0%
Especialista	-0,17	-0,11		-0,15	9,1%
Absentisme	-0,17				2,8%
Personal infermeria					
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,34	-0,11	-0,19	-0,12	29,0%
Problemes salut	-0,18	-0,16	-0,17	-0,06	16,1%
Ansietat	-0,19	-0,13	-0,12	-0,10	13,1%
Problemes dormir	-0,18	-0,17	-0,18		15,2%
Medicaments	-0,17	-0,18	-0,10	-0,13	15,2%
Alcohol	-0,15	-0,09			3,8%
Tabac		-0,12	-0,09		2,6%
Especialista	-0,22	-0,12		-0,12	11,5%
Absentisme	-0,08	-0,18		-0,10	6,5%
Personal tècnic grau					
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,26	-0,20	-0,25	-0,11	31,7%
Problemes salut	-0,18	-0,22	-0,20		20,1%
Ansietat	-0,19	-0,19	-0,13	-0,10	17,7%
Problemes dormir	-0,17	-0,17	-0,18	-0,07	16,7%
Medicaments	-0,22	-0,18	-0,09		13,5%
Alcohol	-0,14	-0,09			3,3%
Tabac	-0,00	-0,10	-0,08		3,7%
Especialista	-0,20	-0,17	-0,08		11,6%
Absentisme	-0,17		-0,07	-0,09	5,3%
Personal tècnic					
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,37				12,7%
Problemes salut	-0,34				10,6%
Ansietat	-0,21	-0,22			11,6%
Problemes dormir	-0,24				4,9%
Medicaments	-0,3				8,1%
Alcohol					0,0%
Tabac					0,0%
Especialista		-0,38			14,1%
Absentisme	-0,34				10,6%

Taula 11 (continuació). Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de recursos i conseqüències per als grups professionals.

Personal administratiu					
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,21	-0,15	-0,28	-0,14	27,7%
Problemes salut	-0,09	-0,21	-0,27	-0,08	20,2%
Ansietat	-0,17	-0,16	-0,22		17,0%
Problemes dormir	-0,19	-0,19	-0,23		20,6%
Medicaments		-0,22	-0,28		16,6%
Alcohol	-0,15		-0,11		4,2%
Tabac	-0,10		-0,20		6,0%
Especialista	-0,17	-0,25	-0,09		15,5%
Absentisme	-0,12	-0,11			3,2%
Personal d'oficis					
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,19	-0,32	-0,26		36,2%
Problemes salut		-0,38	-0,32		36,3%
Ansietat		-0,28	-0,25		20,4%
Problemes dormir			-0,50		24,3%
Medicaments		-0,21	-0,32		20,1%
Alcohol				-0,27	6,3%
Tabac			-0,22		3,9%
Especialista		-0,27			6,8%
Absentisme		-0,27			6,6%
Altres professionals					
	Autonomia	Suport social	Recursos	Autoeficàcia	% variància
Burnout	-0,21	-0,28	-0,21		27,7%
Problemes salut	-0,24	-0,24			15,5%
Ansietat	-0,19	-0,28			15,4%
Problemes dormir		-0,37			12,8%
Medicaments		-0,34			10,7%
Alcohol	-0,20				3,6%
Tabac			-0,18		2,6%
Especialista	-0,15	-0,34			17,3%
Absentisme		-0,16			1,9%

Nota. Els valors de les caselles corresponen a valors beta significatius de l'equació de regressió. Les caselles en color verd indiquen el principal predictor significatiu per a la variable.

Els resultats mostren que la professió actua com un clar marcador d'exposició diferencial a riscos psicosocials, més enllà de les característiques individuals de les persones treballadores. Els col·lectius assistencials nuclears (medicina i infermeria) concentren altes demandes, sobreimplicació i nivells elevats de burnout, mentre que el personal administratiu presenta una elevada exposició a conflictes externs, ansietat i problemes de salut, i el personal d'oficis mostra major conflictivitat interna, conductes de risc i absentisme, configurant perfils de desgast diferents però igualment rellevants.

Aquests resultats mostren que l'estrès laboral es manifesta al llarg de trajectòries diferenciades segons la professió, la qual cosa reforça la necessitat d'estratègies preventives específiques i adaptades als diferents perfils professionals, sense perdre de vista l'existència de dèficits organitzatius transversals en recursos, suport i reconeixement del treball.

3.8. VARIABLE SECTOR DE TREBALL

L'anàlisi per sector de treball posa de manifest que el risc psicosocial i l'impacte de l'estrès laboral són elevats tant en el sector públic com en el sector concertat/privat, amb perfils molt similars en moltes dimensions clau. No obstant això, s'observen diferències en determinades demandes, recursos i conseqüències, que no poden interpretar-se únicament en termes de titularitat, sinó que reflecteixen models organitzatius, condicions d'ocupació i estils de gestió diferenciats.

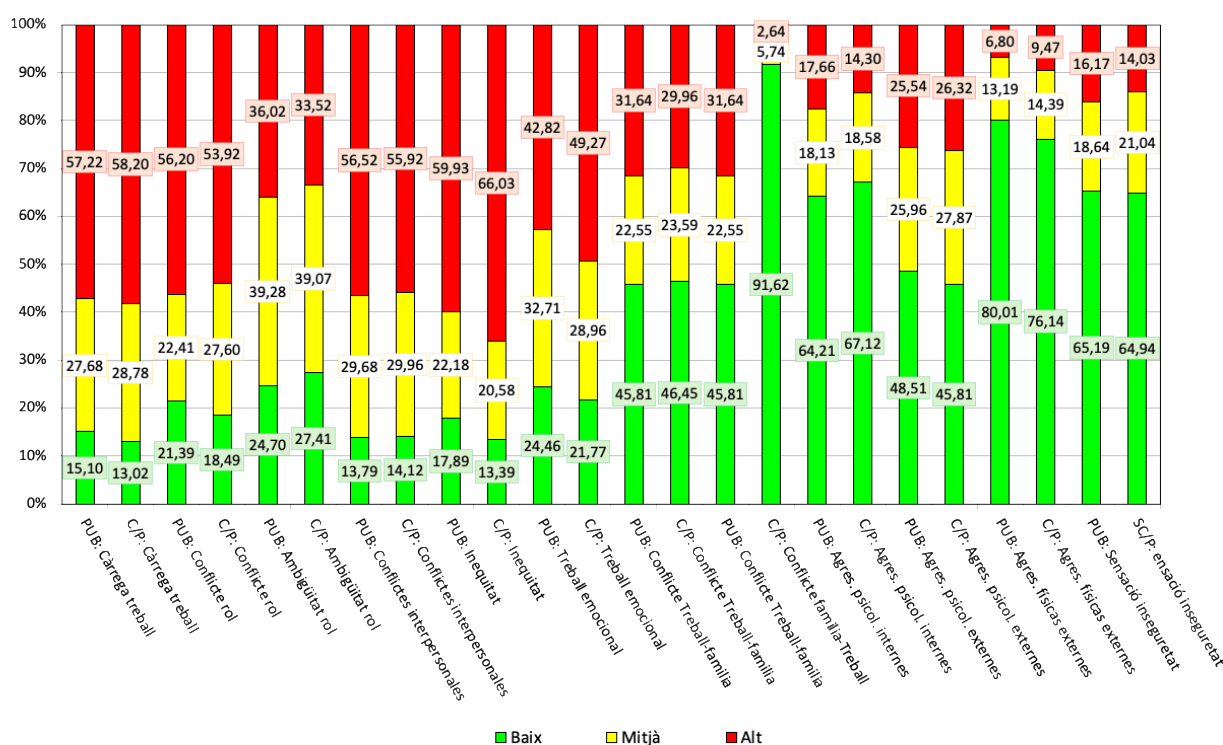
Aquests resultats indiquen que el sector de treball no actua com un factor causal directe, però sí com un marcadore contextual que modula l'exposició a determinats riscos i la forma en què l'estrès laboral es manifesta i es gestiona.

Els grups considerats per a aquesta variable són el sector públic, 2.146, i el sector concertat/privat, 1.098.

3.8.1. Variables de demandes: les principals exigències psicosocials són comuns

Tots dos sectors mostren nivells molt elevats en quatre dimensions clau: manca de justícia organitzacional, càrrega de treball, conflicte de rol i conflictes interpersonals. Aquests riscos superen en tots els casos el 53–60% de prevalença, amb màxims del 66,03% en injustícia organitzacional per al sector privat/concertat. El treball emocional també presenta una presència elevada, arribant al 49,27% en el sector privat i al 42,82% en el públic.

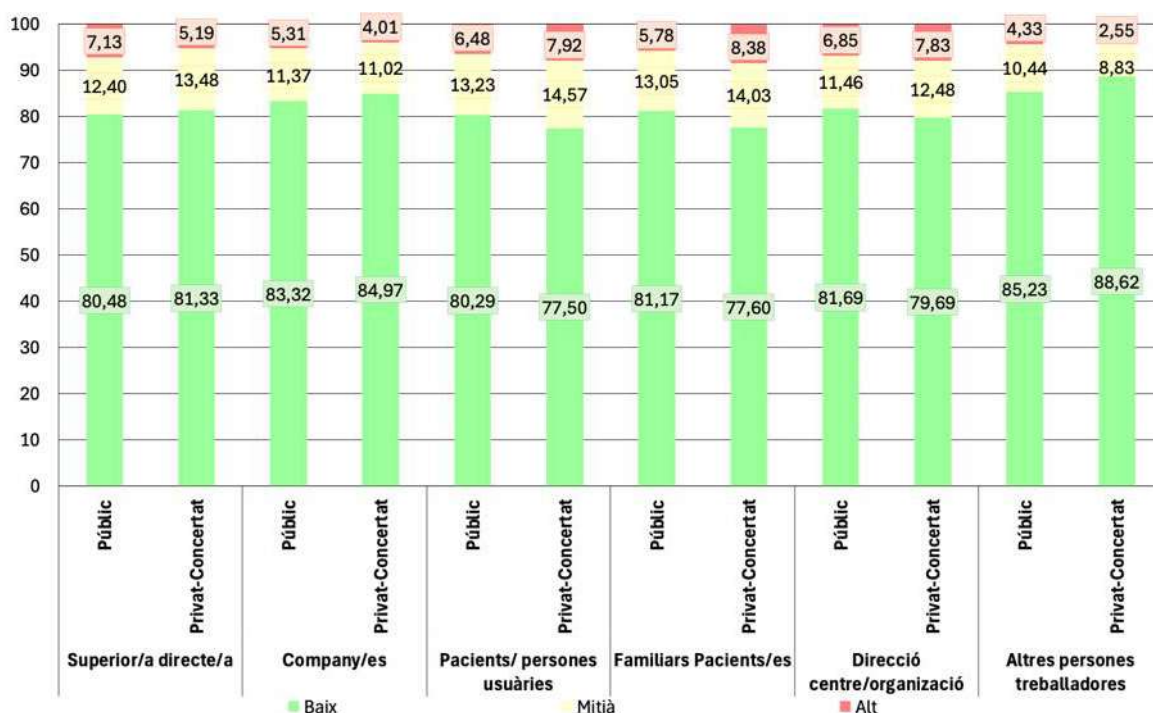
Figura 69. Distribució de la mostra del sector públic (PUB) vs. sector concertat/privat (C/P) en nivells de risc en variables de demanda.



La sobreimplicació en la feina és molt elevada en ambdós grups, amb valors superiors al 59%.

Les agressions psicològiques i físiques mostren perfils diferenciats: les agressions internes són més freqüents en el sector públic (17,66%) que en el sector privat/concertat (14,3%), mentre que les físiques externes destaquen en el privat (9,47%). El sector privat/concertat va obtenir un percentatge relativament elevat de subjectes en nivells alts d'agressions psicològiques externes (26,32%) i sensació d'inseguretat (14,03%).

Figura 70. Distribució percentual dels grups per al sector públic i sector privat/concertat en nivells de les fonts de conflictes interpersonals.



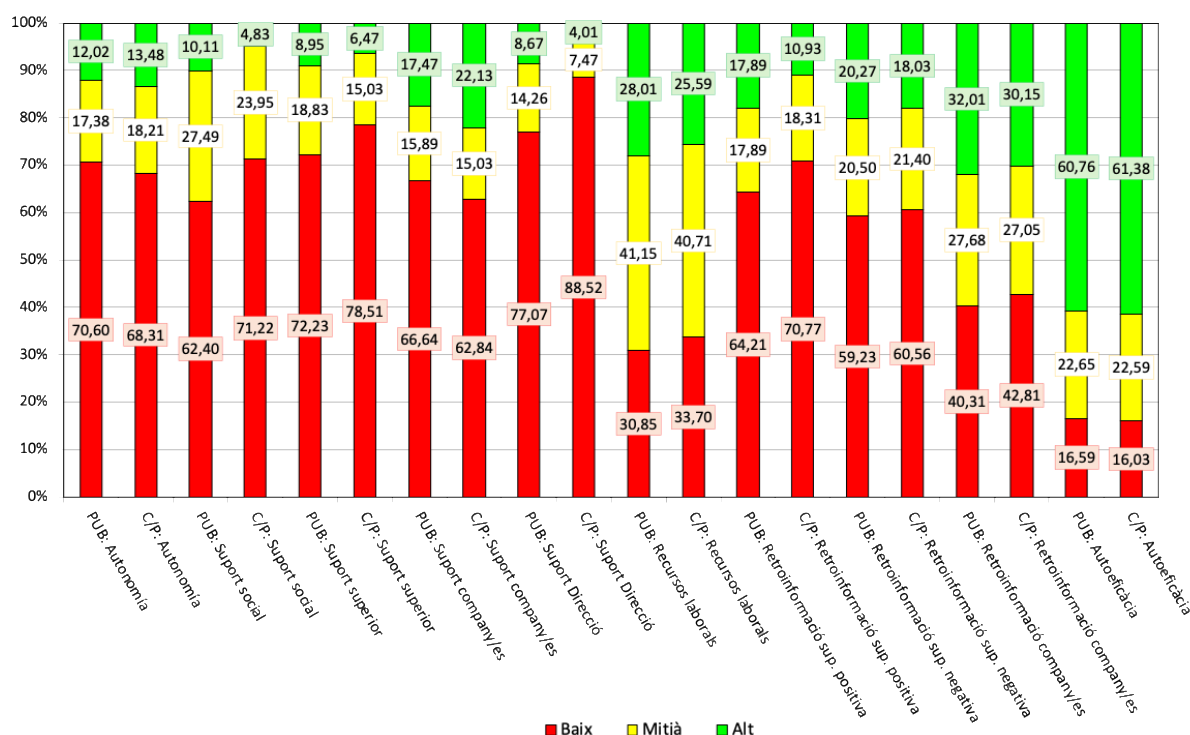
3.8.2. Variables de recursos: manca de suport de la direcció

Tots dos sectors mostren dèficits importants, especialment en el suport social de la direcció, on els nivells de risc alt arriben al 77,07% en el sector públic i al 88,52% en el privat. La disponibilitat de recursos materials també resulta insuficient, situant-se entre el 25% i el 30%, mentre que la percepció d'autoeficàcia baixa arriba al 60–61% en ambdues mostres.

En matèria d'igualtat i prevenció de la violència, el sector públic presenta una major percepció d'absència de protocols (per exemple, inexistència de plans d'igualtat 65,60%). Per contra, en el sector privat es detecten nivells més alts d'utilització eficaç quan els protocols existeixen.

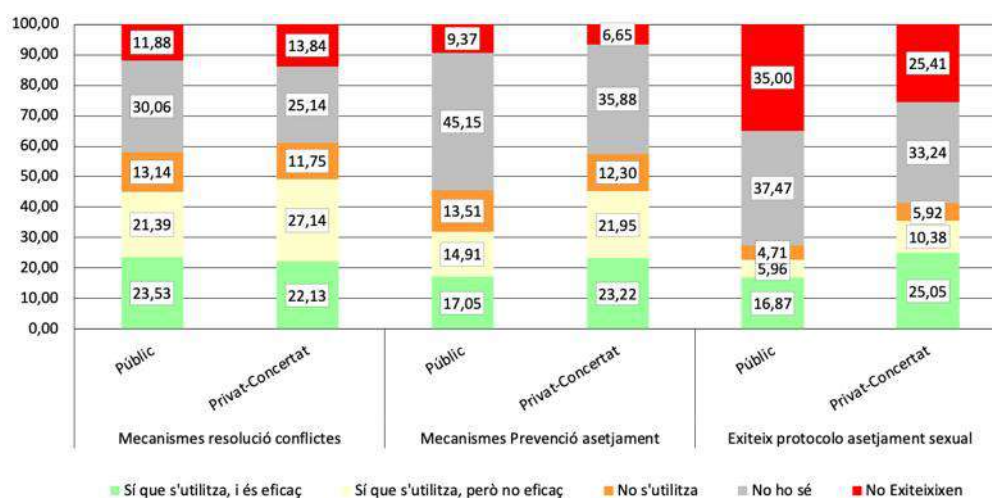
Per a la mostra del sector privat/concertat, el percentatge més alt de subjectes en nivell de risc alt també es va obtenir per a la variable autoeficàcia (61,38%), mentre que el percentatge més baix de subjectes en nivell de percepció d'alt risc es va donar també per a la variable suport social per part de la direcció (4,01%) (manca de suport social), seguida de la variable suport social (4,83%).

Figura 71. Distribució de la mostra del sector públic (PUB) vs. sector concertat/privat (C/P) en nivells de risc en variables de recursos.



En el sector priva/ concertat hi ha una major percepció de l'existència de mecanismes de prevenció de l'assetjament i protocols de prevenció de l'assetjament sexual, i que aquests s'utilitzen, encara que no sempre són eficaços. Crida l'atenció el percentatge de persones del sector públic que manifesten que no existeixen protocols d'assetjament sexual 35% enfront de 25,4% en el privat/concertat, i, en general, el desconeixement de la seva existència: 37,47% en el sector públic i 33,24% en el privat/concertat. En el cas dels mecanismes de prevenció de l'assetjament, aquests percentatges són 41,15% en el sector públic i 35,88% sector privat/concertat.

Figura 72. Distribució percentual dels sectors públic i privat / concertat en percepció d'existència de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.

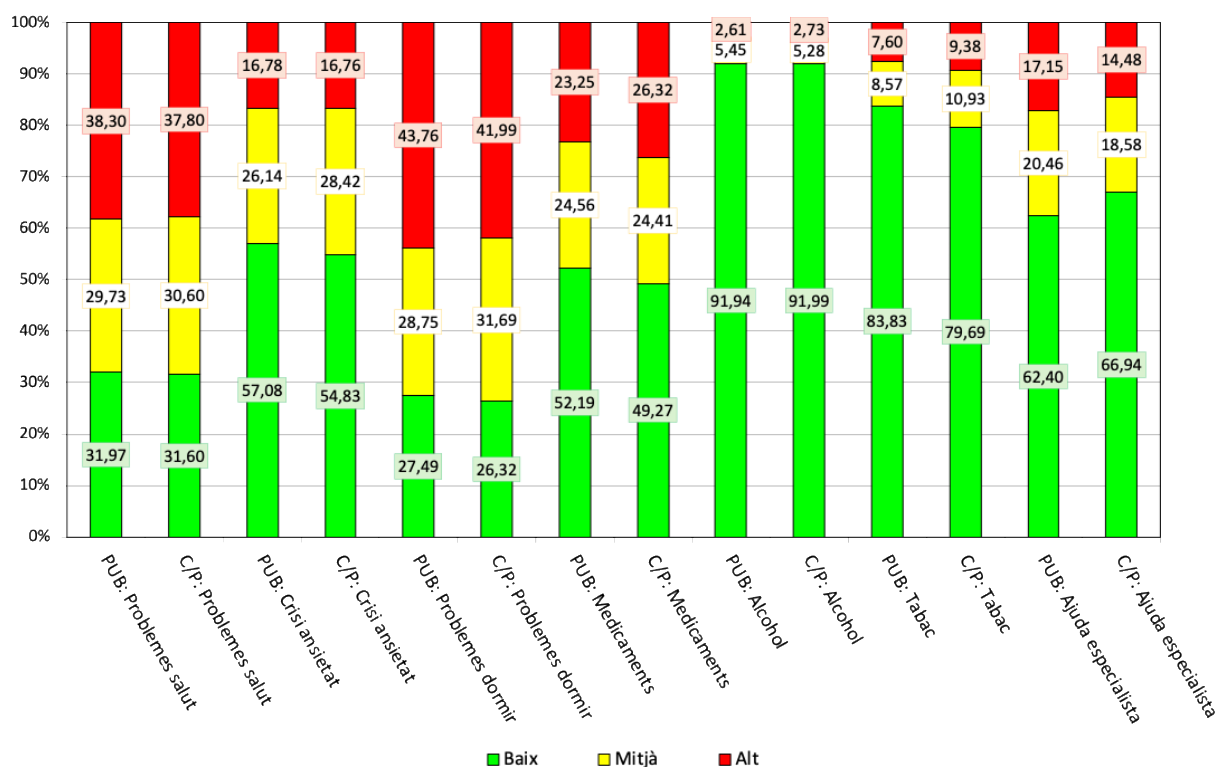


Resulta cridanera la diferència entre el 65,60% dels participants del sector públic enfront del 47,91% del sector concertat / privat que assenyalen que no existeix pla d'igualtat en la seva organització (un 11,7% del sector públic enfront del 26,05% manifesten que sí que existeix).

3.8.3. Variables d'estrès laboral: no hi ha grans diferències

S'observa que en ambdós grups els percentatges són molt similars. Per als valors molt alts o crítics es van obtenir percentatges més elevats en la mostra del sector públic en les variables següents: problemes de salut (38,30%), crisi d'ansietat (16,78%), problemes per dormir (43,76%) i ajuda d'un especialista per superar alguna situació de crisi personal relacionada amb la feina (17,15%).

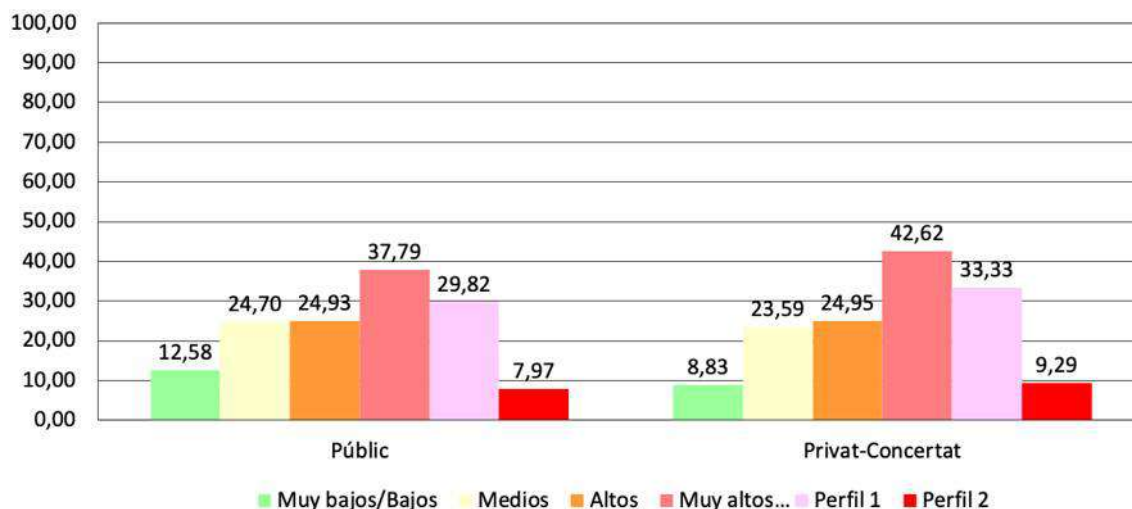
Figura 73. Distribució de la mostra del sector públic vs. concertat/privat en nivells de resultats de l'estrès laboral.



En canvi, en la mostra del sector privat/concertat els percentatges més elevats es van donar en les variables següents: increment de medicació per poder gestionar problemes de salut derivats de la feina (26,32%), increment del consum diari de tabac a causa de problemes laborals (2,73%), increment del consum d'alcohol per problemes laborals (9,38%).

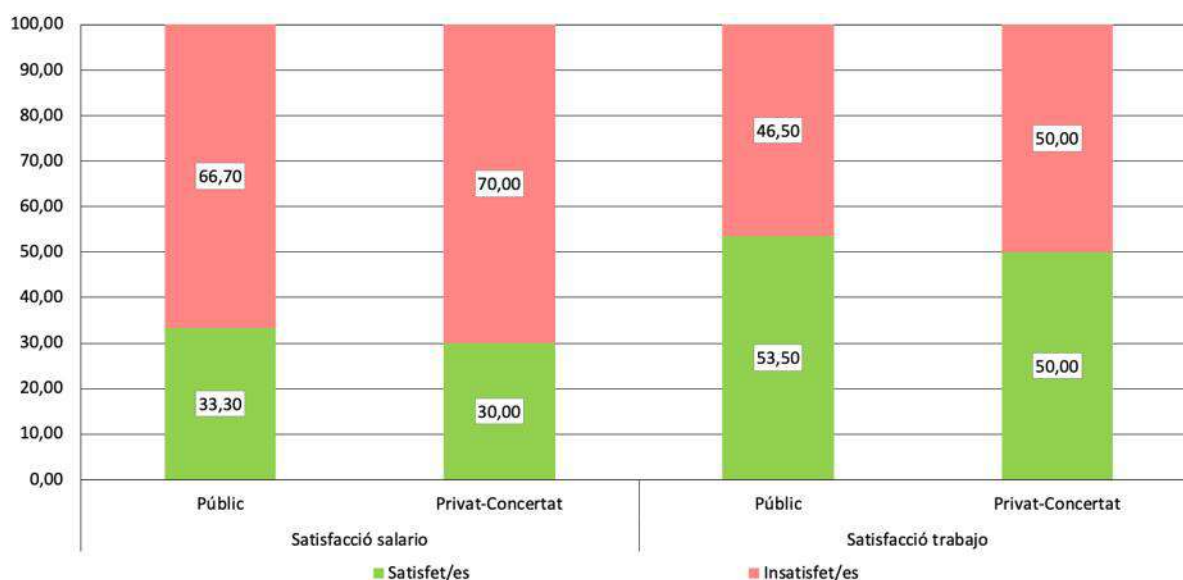
Pel que fa als resultats sobre el síndrome de cremar-se per la feina (burnout), el percentatge per al sector públic en nivells de risc molt alt (crític) (37,79%) va ser inferior al percentatge per al sector privat/concertat (42,62%), i dins d'aquests percentatges, el percentatge per al sector públic en un nivell de risc que es pot considerar patològic (perfil 2) (7,97%) també fou inferior al del sector privat en aquest nivell (9,29%).

Figura 74. Distribució dels grups segons la variable sector en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).



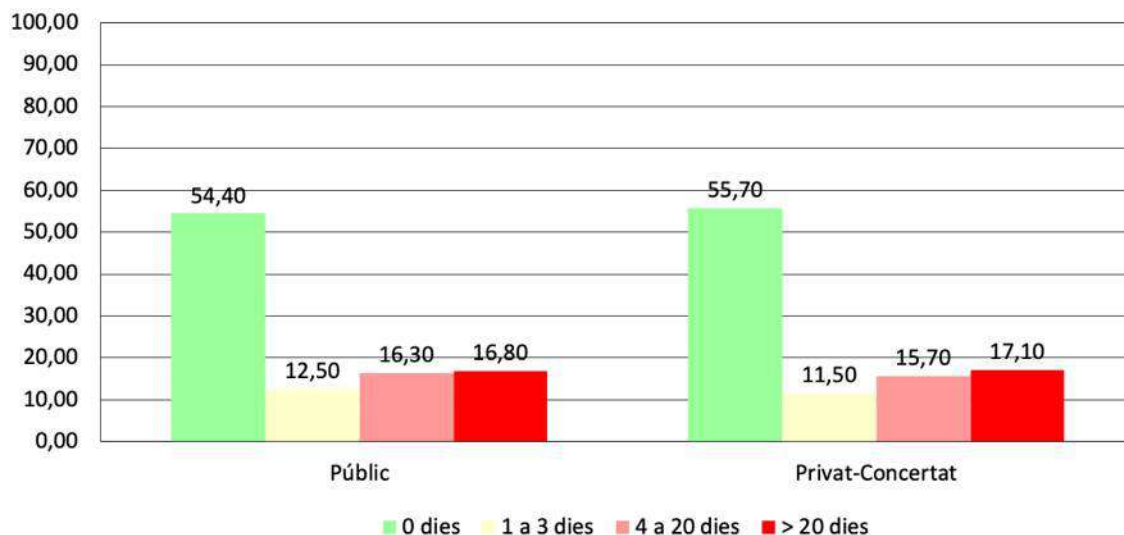
Pel que fa a les fonts de satisfacció laboral, s'observa que el percentatge de persones treballadores en el sector públic satisfetes amb el salari (33,30%) i amb la seva feina (53,50%) és superior al del sector privat/concertat, encara que amb valors similars. Els percentatges van ser similars en ambdós grups per a la satisfacció amb els valors i metes de l'organització.

Figura 75. Distribució percentual dels sectors públic i privat / concertat en nivells de satisfacció amb el salari i amb el treball (satisfacció intrínseca).



Els percentatges d'absentisme van ser similars en tots dos grups, encara que lleugerament superiors per al sector privat/concertat en el rang de més de 20 dies d'absència laboral (17,10%).

Figura 76. Distribució dels grups segons la variable sector en nivells d'absentisme en l'últim any, agrupats per percentatges de dies d'absència a la feina.



En conjunt, els resultats mostren que no hi ha enormes diferències entre el sector públic i el sector concertat/privat, però sí rellevants des d'una perspectiva preventiva. Tots dos sectors comparteixen nivells molt elevats de demandes organitzatives i dèficits de recursos, especialment quant a la justícia organitzativa, la càrrega de treball i el suport de la direcció.

Els resultats reforcen la necessitat d'estratègies preventives comunes per a tot el sistema sanitari, centrades en la millora de les condicions organitzatives, combinades amb mesures adaptades als diferents contextos de gestió i ocupació.

3.9. VARIABLE COMANDAMENT: RESPONSABILITAT FUNCIONAL SOBRE ALTRES PERSONES

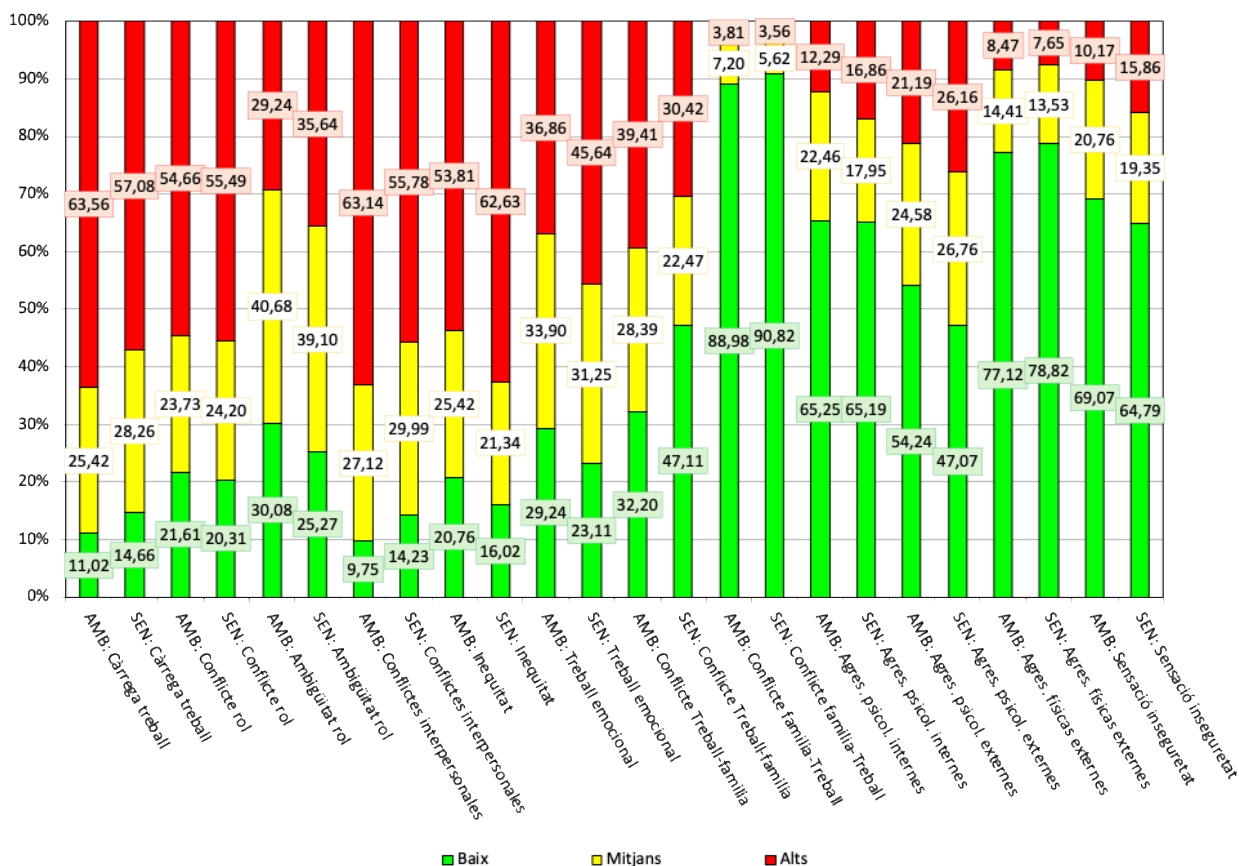
Els grups considerats per a aquesta variable són els següents: personal amb persones a càrrec, n = 236 vs. personal sense persones a càrrec, n = 3.008. Els resultats mostren diferències clares i consistents tant en les condicions de treball com en l'impacte de l'estrès sobre la salut, el benestar i la satisfacció laboral.

Les persones amb personal a càrrec registren un perfil més envellit i estable: el 51% té més de 50 anys, davant del 40% del grup sense personal a càrrec. A més, el 91% té contracte fix, enfront del 80% del personal sense funcions de comandament. Pel que fa al perfil professional, entre les persones amb personal a càrrec destaquen els perfils de medicina i d'infermeria (37%), mentre que entre les persones sense personal a càrrec predominen perfils d'infermeria, tècnics i administratius. Aquestes diferències ajuden a contextualitzar els resultats, però no expliquen per si soles les desigualtats observades.

3.9.1. Variables de demanda: sobrecàrrega generalitzada, amb patrons diferents

En la mostra amb personal a càrrec, el percentatge més alt de subjectes en nivell de risc elevat es dona en la variable càrrega de treball (63,56%, davant del 57,08% de les persones sense personal a càrrec), amb valors similars en la variable conflictes interpersonals (63,14%, davant del 55,78% de la resta del personal).

Figura 77. Distribució de la mostra persones amb personal a càrrec vs. sense personal a càrrec en nivells de riscos en variables de demanda.



En el cas de les persones sense personal a càrrec, els principals conflictes es produeixen amb pacients i familiars de pacients. Això es reflecteix en l'exposició a agressions psicològiques externes (26,16% davant del 21,19% de les persones amb personal a càrrec).

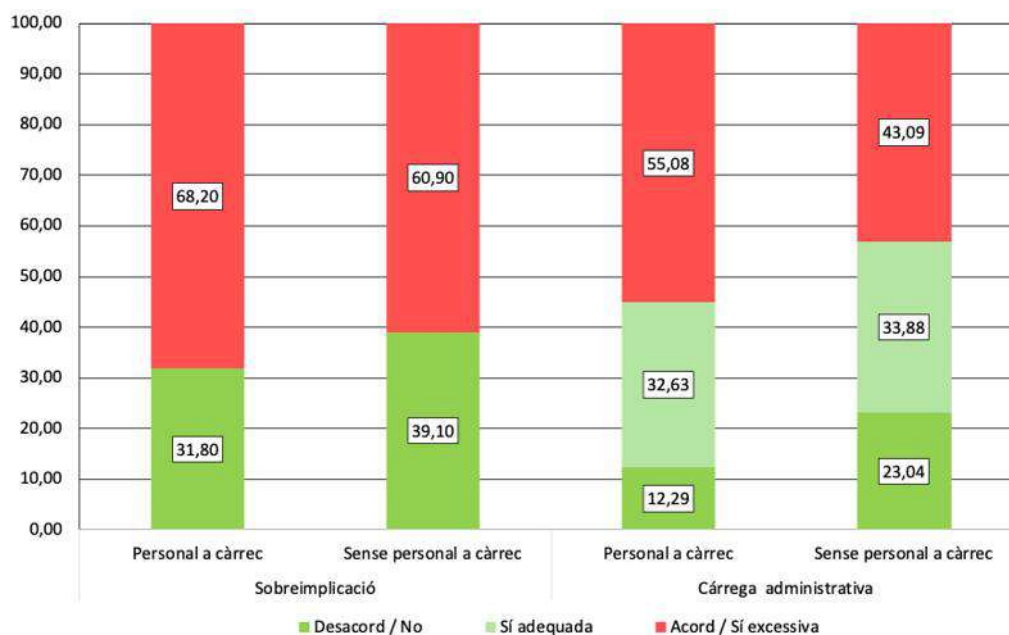
En la mostra de persones treballadores sense personal a càrrec, el percentatge més alt de subjectes en nivell de risc elevat es dona en la variable manca de justícia organitzativa (62,63%, davant del 53,81% de les persones amb personal a càrrec). També presenten nivells elevats de treball emocional, que se situen en el 45,64%, davant del 36,86% del grup amb personal a càrrec, així com en l'ambigüitat de rol, amb un 35,64% en nivells elevats, davant del 29,24% dels responsables.

També s'observen diferències rellevants en el conflicte treball-família, amb un 39,41% de responsables d'equips de persones, davant del 30,42% del personal sense funcions de comandament, i en la sensació d'inseguretat (15,86% de les persones sense personal a càrrec, davant del 10,17% del personal amb responsabilitats de comandament).

Pel que fa a la percepció de la càrrega administrativa (haver de dedicar una part de la jornada laboral a realitzar procediments administratius de seguiment i control de la pròpia activitat), en la mostra amb personal a càrrec, un 55,08% considera que és excessiva, davant del 43,09% de les persones sense personal a càrrec.

La sobreimplicació laboral és molt elevada, especialment entre els responsables d'equips de persones: el 68,20% reconeix que es desperta pensant en problemes de la feina o que no aconsegueix desconnectar, davant del també rellevant 60,9% del grup sense personal a càrrec.

Figura 78. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en variables de demanda: sobreimplicació i càrrega administrativa.

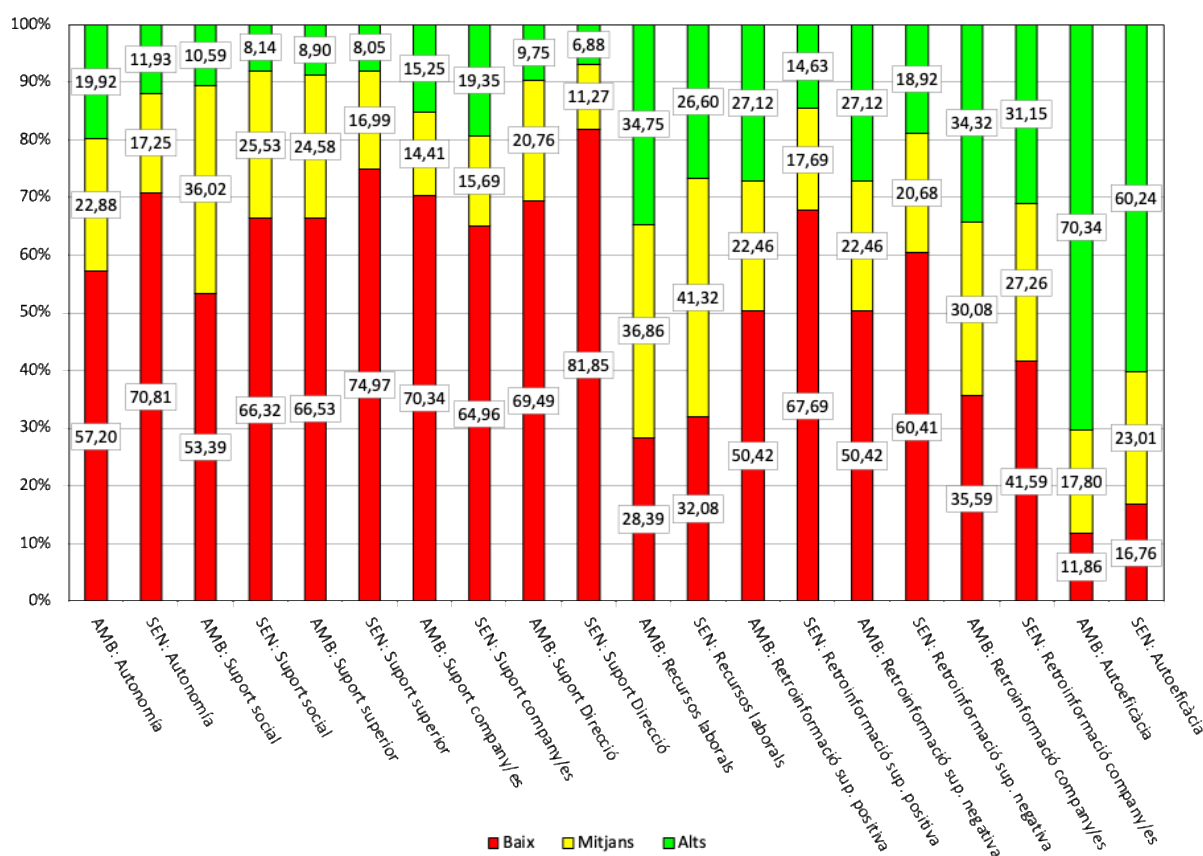


En conjunt, les persones amb funcions de comandament reflecteixen demandes vinculades a la responsabilitat i la conciliació, mentre que el personal sense funcions de comandament percep més manca de justícia i reconeixement, i una exposició directa més gran a situacions de càrrega emocional elevada.

3.9.2. Variables Recursos: una bretxa a favor de les persones amb funcions de comandament

Les diferències més rellevants apareixen en les variables de recursos. Entre les persones amb personal a càrrec, el principal dèficit de suport social es dona en la relació amb els companys (70,34%; en el cas de la resta, un 64,96%), mentre que en la mostra sense personal a càrrec el percentatge més alt de subjectes en nivell de risc elevat també es dona en la variable suport social, però en aquest cas procedent de la direcció (nivells baixos de suport social 80,85%, davant del 69,49% de les persones amb personal a càrrec) i de la persona superior immediata (nivells baixos del 74,97%, davant del 66,53%). El principal dèficit de suport social per al personal sense funcions de comandament se situa en el nivell organitzatiu i directiu, no en l'equip.

Figura 79. Distribució de la mostra persones amb vs. sense personal a càrrec en nivells de riscos en variables de recursos.



L'autonomia es troba en nivells baixos només en el 19,2% de les persones amb funcions de comandament, davant de l'11,93% del grup sense personal a càrrec (en analitzar les mitjanes, les persones amb funcions de comandament mostren nivells significativament superiors).

El 70,34% de les persones amb personal a càrrec presenta nivells elevats d'autoeficàcia, davant del 60,24% del personal sense funcions de comandament.

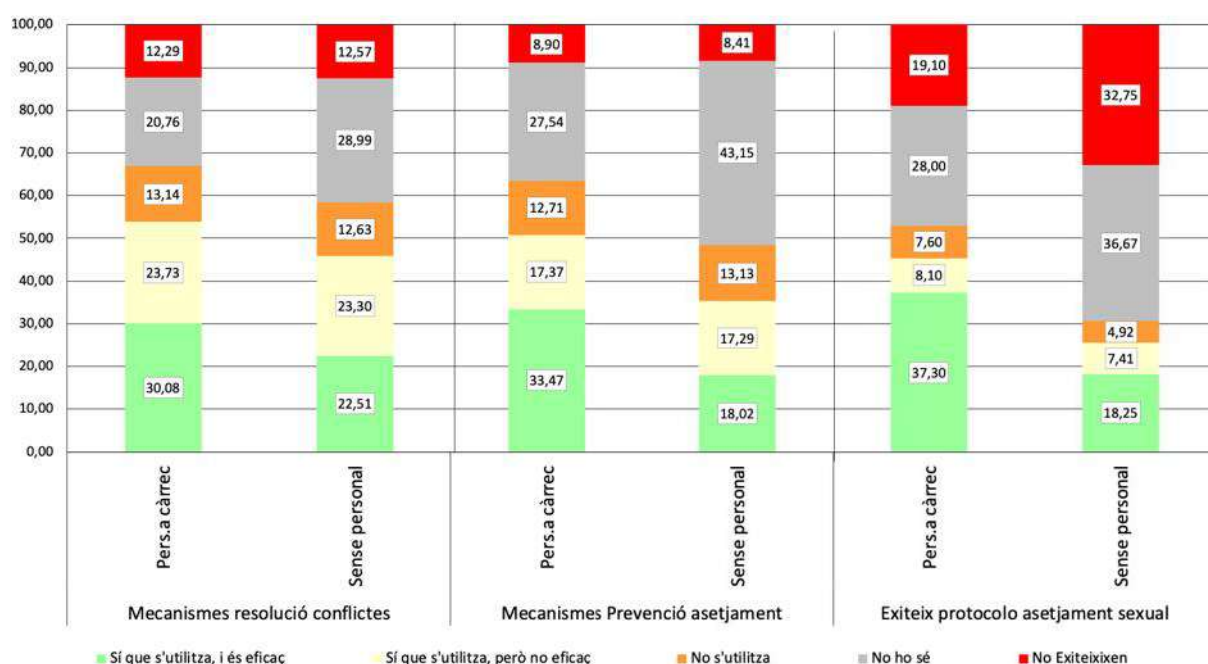
Els percentatges més baixos en nivell de percepció de risc elevat corresponen a la variable recursos laborals (32,08% en el cas de les persones amb personal a càrrec i 28,39% en la resta).

L'estudi mostra un ampli desconeixement dels mecanismes preventius, especialment entre les persones que no tenen personal a càrrec:

El 60,97% del personal sense funcions de comandament afirma que no existeix un pla d'igualtat en el seu centre, davant del 41,95% del personal amb funcions de comandament. Pel que fa a l'existència d'un protocol d'assetjament sexual, el 32,75% i el 19,10% de les persones sense personal a càrrec i amb personal a càrrec, respectivament, assenyalen que no existeix.

El 47,47% del personal sense funcions de comandament indica que no existeix formació sobre com actuar davant l'assetjament, davant del 38,14% del grup amb personal a càrrec.

Figura 80. Distribució de la mostra persones amb vs. sense personal a càrrec en percepció d'existència, ús i eficàcia de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.



Només el 18,02% del personal sense funcions de comandament considera que els mecanismes de prevenció de l'assetjament s'utilitzen i són eficaços, davant del 33,47% de les persones amb personal a càrrec. Aquestes dades apunten a una bretxa clara d'informació, formació i accés real als recursos preventius.

3.9.3. Conseqüències de l'estrès: impacte més sever en el personal sense funcions de comandament

L'impacte de l'estrès laboral és clarament més elevat entre les persones sense personal a càrrec. Els resultats mostren que, en els nivells molt elevats (amb una freqüència de diverses vegades per setmana) i crítics (cada dia), s'obtenen percentatges més elevats en el grup sense personal a càrrec en totes les variables, excepte en la variable problemes per dormir (42,89% del personal sense personal a càrrec, davant del 46,61% de les persones amb funcions de comandament).

Els percentatges en nivells molt elevats o crítics van ser:

- problemes de salut (38,16% del personal sense personal a càrrec; 37,71% del personal amb personal a càrrec),
- crisi d'ansietat (17,19% vs. 11,44%),
- increment del consum de medicaments per poder gestionar algun problema de salut derivat del treball (24,30% vs. 24,15%),
- increment de la ingesta d'alcohol (2,66% vs. 2,54%),
- increment del consum diari de tabac a causa de problemes laborals (8,34% vs. 6,36%), i
- necessitat d'ajuda d'un especialista per superar alguna situació de crisi personal relacionada amb la feina (16,76% vs. 9,75%).

Figura 81. Distribució de la mostra persones amb vs. sense personal a càrrec en nivells de resultats de l'estrès laboral.

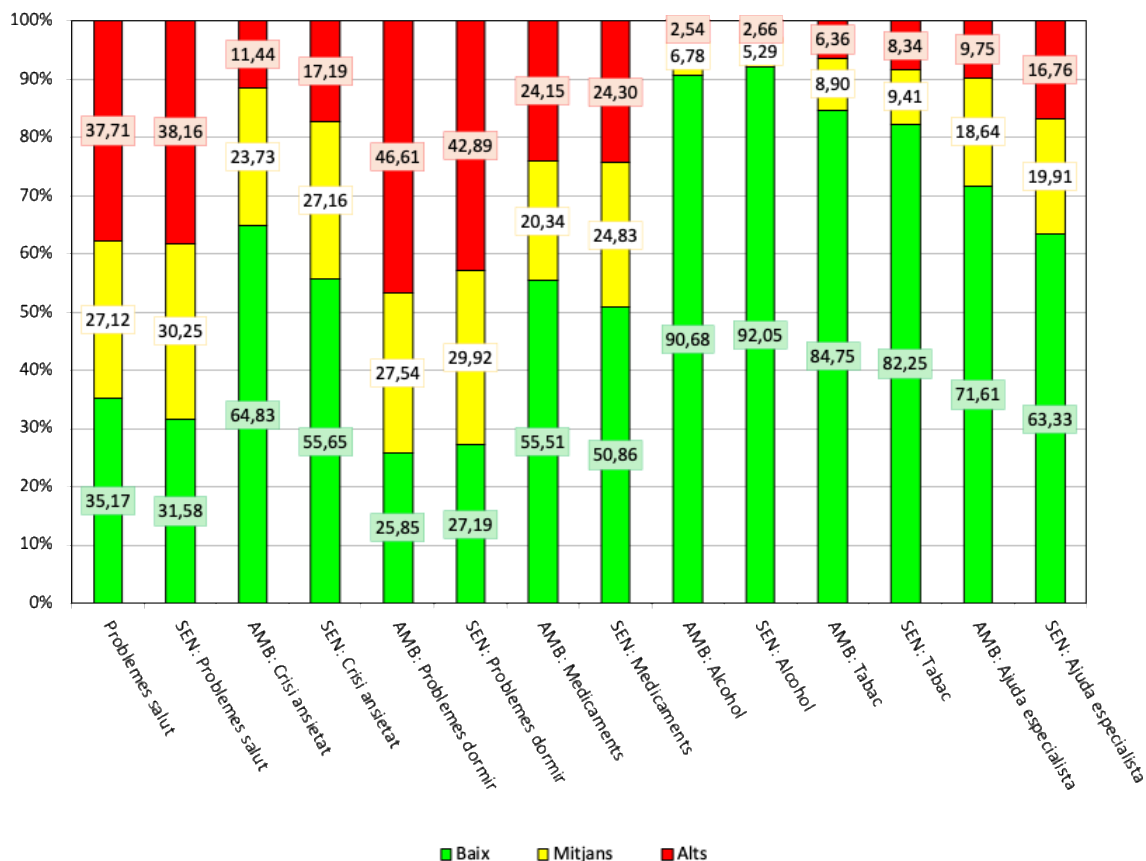
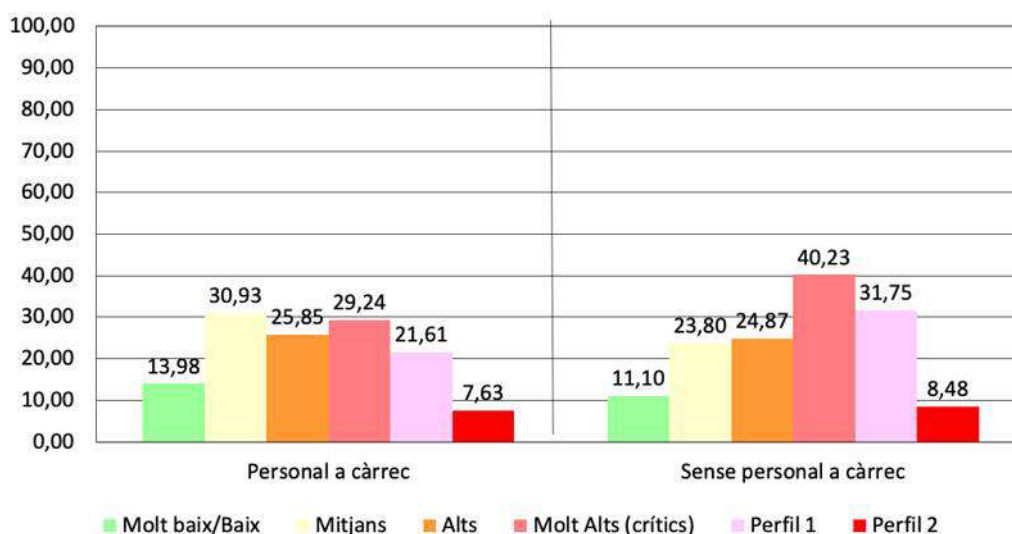


Figura 82. Distribució dels grups segons la variable sector en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).



Pel que fa al burnout, un percentatge de la mostra sense personal a càrrec manifesta nivells de risc molt elevat i crític (40,23%), clarament superior al percentatge de la mostra amb personal a càrrec (29,24%). Dins d'aquests percentatges, les persones sense personal a càrrec amb un nivell de risc que es pot considerar patològic (perfil 2) (8,48%) també presenten valors superiors als de la mostra amb personal a càrrec (7,63%).

La insatisfacció salarial arriba al 68,65% del personal sense funcions de comandament, davant del 57,20% del personal amb responsabilitats de comandament. Per la seva banda, el grup amb personal a càrrec presenta una satisfacció laboral més elevada (64% vs. 51%) i una identificació més gran amb els valors i els objectius de l'organització (46% de persones satisfetes, davant del 29% de persones satisfetes entre el personal sense funcions de comandament).

3.9.4. Anàlisis predictius: factors que expliquen millor l'estrès i el burnout

Les anàlisis de regressió reforcen missatges clau per a la prevenció: la càrrega de treball és el principal predictor dels problemes de salut, l'ansietat i els trastorns del son en ambdós grups, i el burnout s'explica en gran mesura per les demandes organitzatives, especialment la manca de justícia i els conflictes interpersonals (expliquen prop del 50% de la variància del burnout). Els recursos laborals, com l'autonomia i la disponibilitat de mitjans, expliquen aproximadament un 30% addicional.

La reducció del burnout passa, per tant, per intervencions organitzatives estructurals, i no només per mesures individuals.

Aquests resultats reforcen la necessitat de polítiques preventives diferenciades, amb un èmfasi especial en la millora de la justícia organitzativa, el suport directiu, la protecció davant la violència i l'accés real als recursos preventius per al personal sense responsabilitats jeràrquiques, sense oblidar les càrregues i el desgast específic que pateixen les persones amb funcions de comandament.

3.10. VARIABLE SECTOR TERRITORIAL SANITARI A CATALUNYA

L'anàlisi per sector sanitari mostra que, tot i que els riscos psicosocials són presents a tot el territori, existeixen diferències territorials clares en les condicions de treball, la disponibilitat de recursos i l'impacte de l'estrès sobre la salut i el benestar. Aquestes diferències no responen només a la mida dels sectors, sinó a realitats organitzatives i assistencials clarament diferenciades. Els grups considerats per aquesta variable són els següents: (1) Alt Pirineu, n = 28, (2) Barcelona ciutat n = 1.521, (3) Catalunya central, n = 164, (4) Girona, n = 244, (5) Lleida, n = 170, (6) Metronord, n = 151, (7) Metrosud, n = 479, (8) Penedès, n = 146, (9) Tarragona, n = 209, y (10) Terres de l'Ebre, n = 132.

La mostra de participants per sectors sanitaris geogràfics presenta composicions clarament diferenciades pel que fa a l'edat, el tipus de contracte, el perfil professional, l'àmbit assistencial i el pes del sector públic o concertat:

- Barcelona ciutat i les àrees metropolitanes (Metronord i Metrosud) concentren una activitat hospitalària més elevada i una major diversitat professional.
- Catalunya Central, l'Alt Pirineu i les Terres de l'Ebre presenten un major pes de l'atenció primària i plantilles més envellides.
- El Penedès destaca per una major presència del sector concertat o privat (60,3%), mentre que Catalunya Central i les Terres de l'Ebre són majoritàriament públiques (més del 80%).

Aquestes diferències estructurals ajuden a contextualitzar els resultats, però no expliquen per si soles els contrastos en risc psicosocial i salut laboral.

3.10.1. Variables de demanda: sobrecàrrega general, amb focus territorials específics

La càrrega de treball elevada és un factor comú a tots els sectors, però amb nivells especialment alts a: Catalunya Central (63,41% en nivells elevats), Metronord (60,93%), Girona (59,4%) i Barcelona ciutat (58,71%). A l'extrem oposat, les Terres de l'Ebre registren el percentatge més baix (47,73%), tot i que continua sent elevat en termes absoluts.

Altres demandes mostren patrons territorials clarament diferenciats:

- Conflicte i ambigüitat de rol: Catalunya Central destaca de manera sistemàtica com el sector amb més risc en conflicte de rol (60,98%) i ambigüitat de rol (42,68%).
- Manca de justícia organitzativa (inequitat): els percentatges més elevats es concentren a Barcelona ciutat (65,48%), el Penedès (64,38%) i Metrosud (63,47%), mentre que les Terres de l'Ebre presenten el nivell més baix (50,0%).
- Treball emocional: destaca especialment al Penedès (51,37%) i a l'Alt Pirineu (50,0%), reflectint una major exposició emocional en la relació assistencial.
- Conflicte treball-família: els nivells més elevats apareixen a les Terres de l'Ebre (39,4%), l'Alt Pirineu (35,71%) i Catalunya Central (34,76%), mentre que Lleida presenta el nivell més baix (22,9%).
- Un dels resultats més consistents de l'estudi és la distribució territorial desigual de la violència laboral:

El Penedès és el sector amb una major exposició a agressions externes (agressions psicològiques externes: 37,67%; agressions físiques externes: 13,7%; sensació d'inseguretat: 23,97%).

Tarragona presenta els nivells més elevats d'agressions internes (20,1%) i d'agressions físiques externes (14,83%).

En contrast, les Terres de l'Ebre mostren els nivells més baixos de violència: agressions psicològiques externes (18,94%) i agressions físiques externes (3,03%).

L'anàlisi per fonts de conflicte reforça aquesta idea:

- El Penedès lidera els conflictes freqüents amb pacients i familiars (fins a un 12,33% amb familiars).
- Catalunya Central presenta més conflictes amb la direcció del centre (9,15%).
- Les Terres de l'Ebre són el sector amb una menor conflictivitat externa i interna.

3.10.2. Variables de recursos laborals

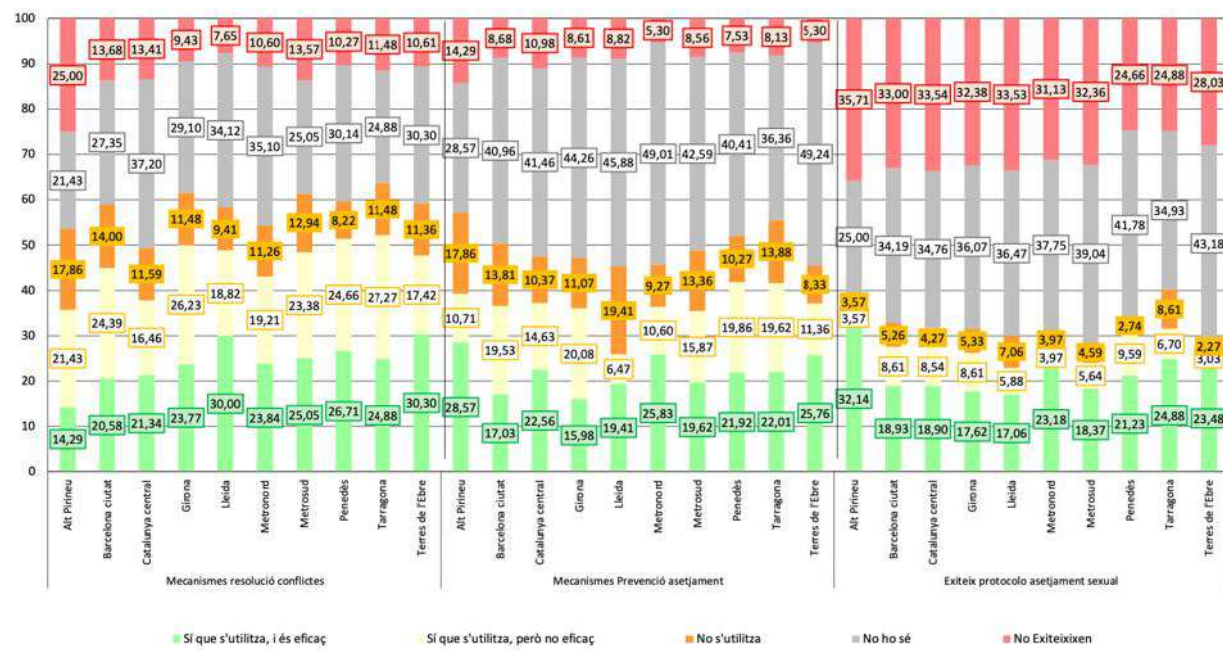
Els recursos psicosocials registren nivells baixos a tots els sectors, tot i que amb diferències rellevants:

- Autonomia: els nivells baixos afecten més del 60% del personal a tots els territoris, sent especialment baixos a l'Alt Pirineu (75,0%).
- Suport social: el dèficit global més elevat s'observa a l'Alt Pirineu (75% amb baix suport social general i 82,14% amb baix suport de la persona superior immediata).
- El suport de la direcció és especialment baix a Barcelona ciutat (83,5% en nivells baixos). També es registren nivells baixos per sobre del 80% a Girona (82,38%), Tarragona (81,34%), Metrosud (81%) i el Penedès (80,14%).
- Disponibilitat de recursos laborals: Les Terres de l'Ebre presenten el millor perfil (40,15% en nivells elevats), mentre que el Penedès es posiciona com el sector amb més dèficit (36,3% en nivells baixos).

Pel que fa a la prevenció de la violència i la igualtat, a tots els sectors s'observa un ampli desconeixement dels mecanismes preventius, amb situacions especialment crítiques:

- Més del 60% del personal de Barcelona ciutat, Metrosud i Lleida afirma que no existeix un pla d'igualtat al seu centre.
- A l'Alt Pirineu, el 35,7% afirma que no existeix un protocol d'assetjament sexual, el 25,0% que no hi ha mecanismes de resolució de conflictes i el 14,29% que no existeixen mecanismes de prevenció de l'assetjament.
- A les Terres de l'Ebre, prop del 50% desconeix si existeixen mecanismes de prevenció de l'assetjament psicològic.
- Gairebé la meitat de les persones participants manifesta que no rep formació en prevenció de l'assetjament, amb percentatges del 53,28% a Girona i del 50,0% a l'Alt Pirineu.

Figura 83. Distribució dels sectors en percepció d'existència, ús i eficàcia de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.



3.10.3. Conseqüències de l'estrès: impacte desigual sobre la salut i el benestar

Les conseqüències de l'estrès laboral també mostren patrons territorials diferenciats. Alguns dels resultats més rellevants són:

- Catalunya Central presenta els nivells més elevats de problemes de salut (41,46%) i de consum de medicació (32,3%).
- Barcelona ciutat lidera les crisis d'ansietat (18,87%).
- L'Alt Pirineu destaca en problemes de son, amb un 60,71% en nivells elevats.
- Els nivells crítics més elevats de burnout s'observen a Barcelona ciutat (42,01%), Girona (41,8%) i Metronord (41,06%). En contrast, Lleida presenta el percentatge més baix (30,0%).
- Catalunya Central i el Penedès destaquen amb els percentatges més elevats de dies de baixa, molt per sobre d'altres sectors com Lleida i les Terres de l'Ebre.

L'anàlisi territorial posa de manifest que l'estrès laboral al sector sanitari no és homogeni a Catalunya. Existeixen territoris especialment tensionats (Catalunya Central, Barcelona ciutat, Penedès) i altres amb indicadors relatius més favorables, tot i no estar exempts de risc (Terres de l'Ebre, Lleida).

Respecte de les fonts de satisfacció laboral, el major percentatge de persones insatisfetes amb el salari és el grup Catalunya Central (72,56%) amb valors molt similars per al grup Metrosud (70,35%). Per a la satisfacció amb el treball (intrínseca) el major percentatge de persones insatisfetes es va obtenir per al grup Alt Pirineu (57,14%), molt superior al següent: Barcelona ciutat amb 51,15% de personis insatisfetes. Per contra, Lleida i Terres de l'Ebre mostren els nivells més alts de satisfacció amb el treball, amb 65,29% i 59,85% de personis satisfetes respectivament.

Figura 84. Distribució dels sectors en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).

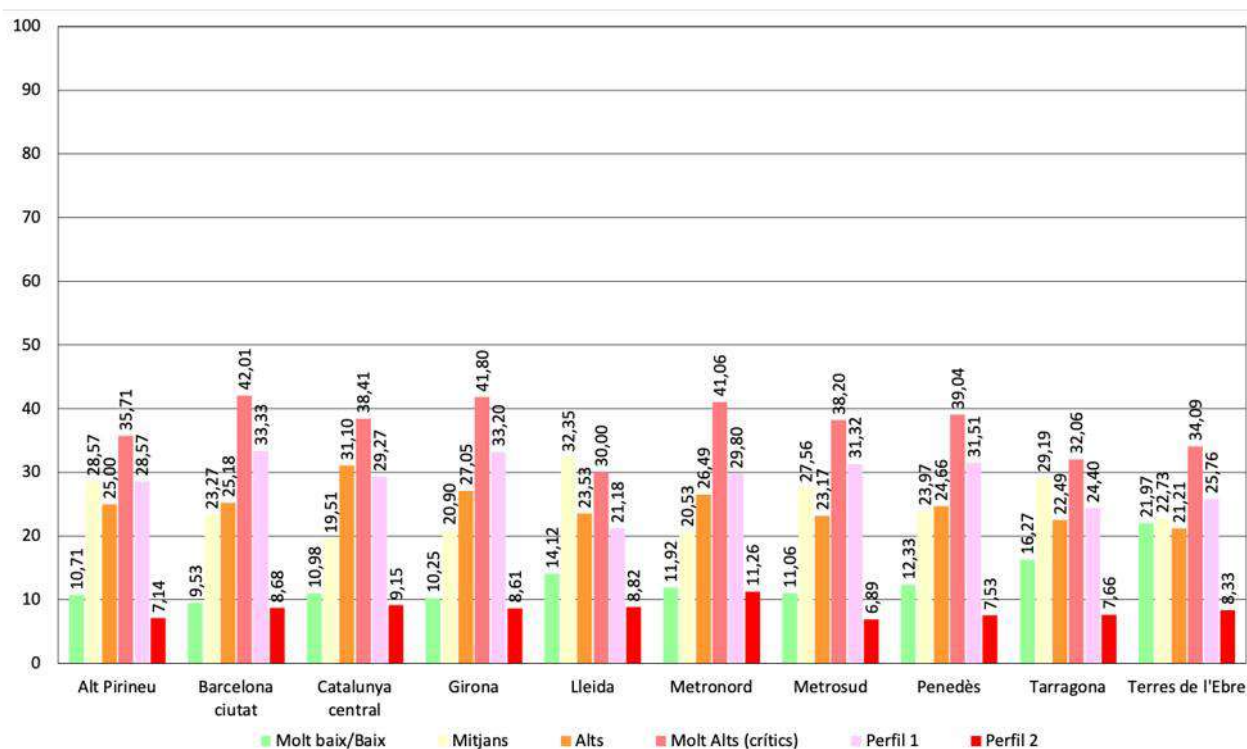
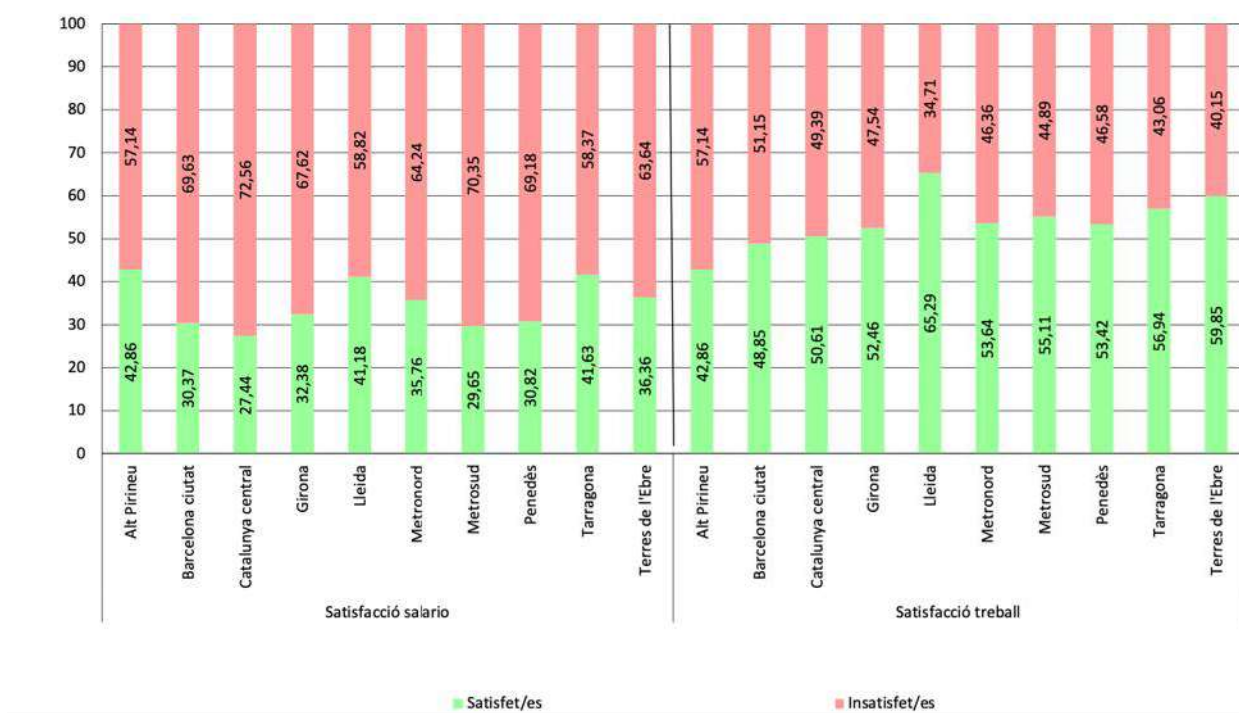


Figura 85. Distribució dels sectors en nivells de satisfacció amb el salari i amb el treball.



Aquests resultats reforcen la necessitat de combinar estratègies preventives comunes per a tot el sistema sanitari amb mesures específiques adaptades a les particularitats de cada territori.

3.11. VARIABLE EDAT

L'anàlisi per grups d'edat mostra diferències en l'exposició als riscos psicosocials, la disponibilitat de recursos laborals i l'impacte de l'estrès sobre la salut, el benestar i la satisfacció laboral. Tot i que l'estrès laboral és present a totes les edats, els grups més joves i d'edat intermèdia concentren els nivells més elevats de risc (altes demandes i manca de recursos), mentre que els grups de més edat perceben una major disponibilitat de recursos.

Els grups analitzats van ser: menors de 25 anys (n = 54), entre 25 i 30 anys (n = 246), entre 31 i 40 anys (n = 664), entre 41 i 50 anys (n = 950), entre 51 i 60 anys (n = 1.027) i majors de 60 anys (n = 303).

3.11.1. Variables de demanda: major pressió en les etapes inicials i intermèdies de la carrera professional

La càrrega de treball elevada afecta tots els grups d'edat, però assoleix els nivells més alts en el grup d'entre 25 i 30 anys (63,82%) i en el grup d'entre 31 i 40 anys (63,55%), davant del 52,68% del grup d'entre 51 i 60 anys.

Les demandes organitzatives i relacionals mostren un patró clar de gradient segons l'edat:

- El conflicte de rol assoleix el seu màxim en els menors de 25 anys (62,96%) i disminueix progressivament fins al 52,15% en les persones majors de 60 anys.
- L'ambigüitat de rol també afecta especialment els grups més joves (40,74% en menors de 25 anys), davant del 31,35% en el grup de majors de 60 anys.
- La manca de justícia organitzativa és especialment elevada entre les persones d'entre 31 i 40 anys (69,13%) i d'entre 25 i 30 anys (68,70%), mentre que disminueix fins al 53,47% en el grup de majors de 60 anys.
- El treball emocional mostra un descens clar amb l'edat: afecta el 61,11% dels menors de 25 anys i el 54,47% del grup d'entre 25 i 30 anys, davant del 39,60% del grup de majors de 60 anys.
- El percentatge més elevat de conflicte treball-família es dona en el grup d'entre 31 i 40 anys (35,99%), mentre que el més baix correspon als menors de 25 anys (22,22%).

La percepció de violència laboral presenta una distribució especialment desigual segons l'edat:

- Les agressions psicològiques externes afecten el 36,99% de les persones d'entre 25 i 30 anys i el 35,19% dels menors de 25 anys, davant del 19,80% del grup de majors de 60 anys.
- La sensació d'inseguretat és gairebé el doble en el grup d'entre 25 i 30 anys (20,73%) que en el grup de majors de 60 anys (10,23%).

En conjunt, els resultats indiquen que les persones més joves i en fases inicials o de consolidació professional estan més exposades a demandes elevades i a contextos organitzatius exigents.

3.11.2. Variables de recursos laborals: menor disponibilitat entre els grups més joves

La manca de recursos psicosocials és present en tots els grups d'edat, però és més acusada entre les persones més joves:

- La baixa autonomia afecta el 75,93% dels menors de 25 anys i el 73,17% del grup d'entre 25 i 30 anys, davant del 67% del grup de més edat.
- La manca de suport social general afecta el 70,37% dels menors de 25 anys i el 69,43% del grup d'entre 31 i 40 anys, davant del 62,74% del grup d'entre 41 i 50 anys.
- El suport de la direcció és especialment deficitari en tots els grups, però sobretot entre els més joves: el 85,19% dels menors de 25 anys i el 83,74% del grup d'entre 25 i 30 anys perceben nivells baixos de suport directiu.
- Pel que fa a la percepció d'autoeficàcia, només el 53,70% dels menors de 25 anys presenta nivells elevats, davant de més del 60% en els grups a partir dels 25 anys, assolint el 62,03% en el grup d'entre 51 i 60 anys.

Pel que fa al coneixement dels mecanismes preventius, els contrastos més rellevants s'observen en:

- El 68,52% dels menors de 25 anys i el 69,11% del grup d'entre 25 i 30 anys afirma que no existeix un pla d'igualtat al seu centre (davant del 55,7% de les persones majors de 50 anys i del 59,89% del grup d'entre 41 i 50 anys).
- En relació amb el coneixement de l'existència del protocol d'assetjament sexual (respostes: no existeix i no ho sé), els percentatges oscil·len entre el 77,7% en els grups de menors de 25 anys i d'entre 25 i 30 anys, i el 64,02% en el grup de majors de 50 anys.

3.11.3. Conseqüències de l'estrès: major impacte en els grups joves i de mitjana edat

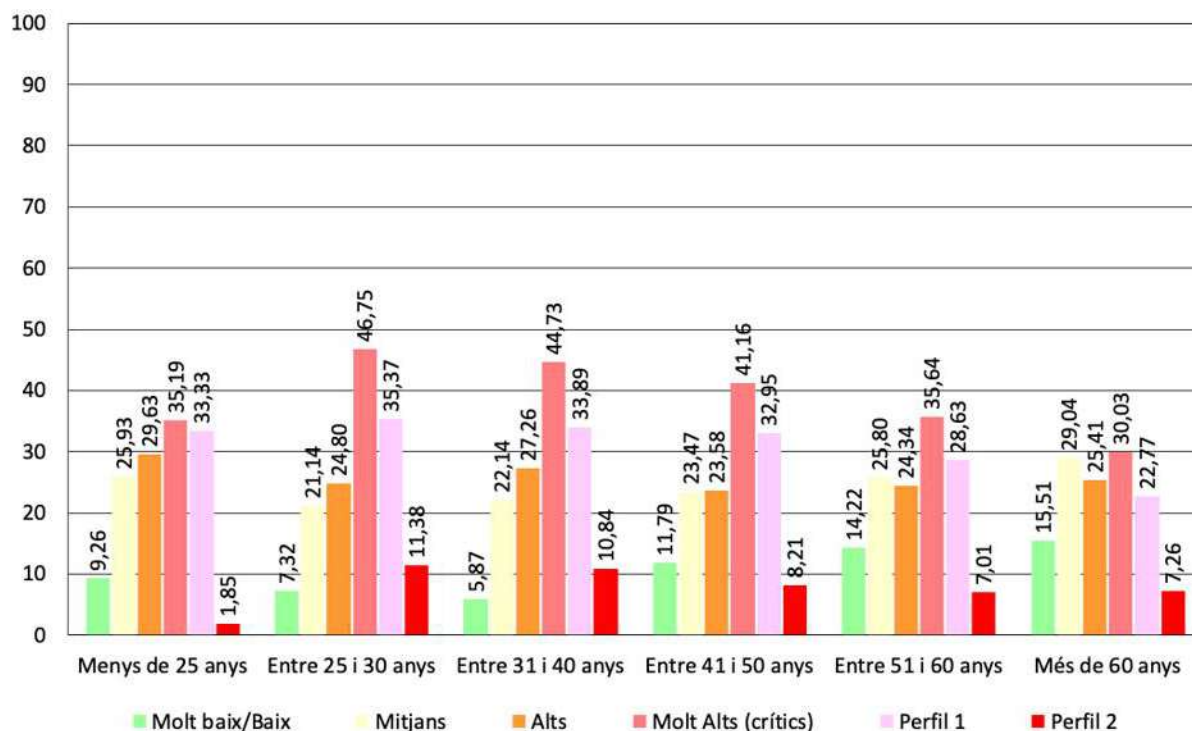
L'impacte de l'estrès laboral sobre la salut i el benestar també varia de manera significativa segons l'edat:

- Els problemes de salut relacionats amb la feina (haver experimentat algun problema de salut durant les darreres setmanes en relació amb el treball, com palpitations, problemes digestius, marejos, migranyes, etc.) són més freqüents entre les persones d'entre 25 i 30 anys (43,09%) i d'entre 31 i 40 anys (41,42%).
- Les crisis d'ansietat afecten el 24,39% del grup d'entre 25 i 30 anys, davant de només el 13,20% del grup de majors de 60 anys.
- Les dificultats per dormir es mantenen elevades en tots els grups d'edat, amb un pic en el grup de majors de 60 anys (45,21%).
- La necessitat d'ajuda especialitzada per superar alguna situació de crisi personal relacionada amb la feina és especialment elevada en el grup d'entre 25 i 30 anys (26,02%), pràcticament el doble que en els grups de més edat.

Pel que fa al burnout, el percentatge més elevat de nivells molt alts (crítics) del SQT es va obtenir en el grup d'entre 25 i 30 anys (46,75%), seguit del grup d'entre 31 i 40 anys (44,73%), mentre que el percentatge més baix en aquest nivell es va observar en el grup de majors de 60 anys (30,03%). Si es consideren els perfils, els percentatges més elevats de persones en el perfil 2 també corresponen als grups

d'entre 25 i 30 anys (11,38%) i d'entre 31 i 40 anys (10,84%), mentre que el valor més baix es dona en el grup de menors de 25 anys (1,85%) i es mantenen per sota del 7,3% en els dos grups de més edat.

Figura 86. Distribució dels grups d'edat en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).



L'anàlisi per edat mostra que l'estrès laboral no es distribueix de manera homogènia al llarg de la trajectòria professional. Les persones més joves i les etapes de consolidació professional (25–40 anys) concentren majors demandes, menys recursos i un impacte més sever sobre la salut mental i el benestar.

Aquests resultats reforcen la necessitat de tenir en compte el factor edat a l'hora de definir estratègies preventives, amb una atenció especial als primers anys d'exercici professional i als anys de mitja carrera.

3.12. VARIABLE ÀMBIT DE TREBALL AL SECTOR SANITARI DE CATALUNYA

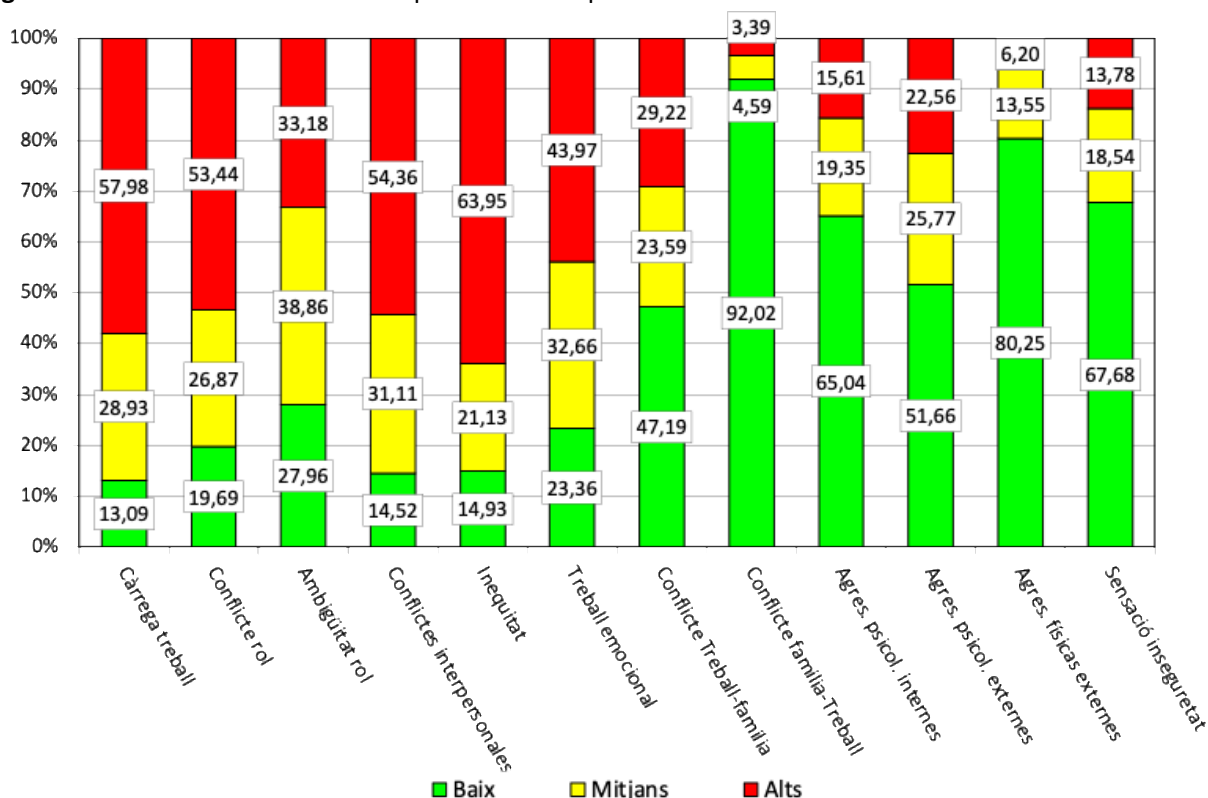
L'anàlisi per àmbit de treball (hospital, atenció primària i altres àmbits com el SEM o les mútues) mostra diferències clares en les condicions psicosocials, la disponibilitat de recursos organitzatius i l'impacte de l'estrès sobre la salut. Tot i que l'estrès laboral és present en els tres àmbits, l'atenció primària i el grup d'altres àmbits concentren, en general, nivells de risc més elevats, mentre que l'àmbit hospitalari presenta un perfil relativament més favorable en algunes variables clau.

Els grups analitzats van ser: àmbit hospitalari (n = 1.742), atenció primària (n = 1.196) i altres àmbits (SEM, mútues, etc.) (n = 306).

3.12.1. Variables de demanda: perfils diferenciats segons l'àmbit assistencial

La càrrega de treball elevada és un problema comú a tots els àmbits, amb percentatges molt similars als hospitals (58,0%) i a l'atenció primària (57,6%), i lleugerament inferiors en altres àmbits (54,9%). Tanmateix, en analitzar el conjunt de demandes, apareixen patrons clarament diferenciats:

Figura 87. Distribució de la mostra de persones d'Hospitals en nivells de riscos en variables de demanda.



L'atenció primària presenta els nivells més elevats de conflicte de rol (58,53% en nivells elevats, davant del 53,44% als hospitals i del 54,58% en altres àmbits), d'ambigüitat de rol (38,0%, davant del 33,18% als hospitals i del 35,29% en altres àmbits), de conflictes interpersonals (59,53%), d'agressions psicològiques externes (30,2%; als hospitals: 22,56% i en altres àmbits: 27,12%) i de sobreimplicació laboral, amb un

63,5% que reconeix dificultats per desconnectar de la feina, davant del 60,45% als hospitals i del 58,8% en altres àmbits.

Figura 88. Distribució de la mostra de persones Atenció primària en nivells de riscos en variables de demanda.

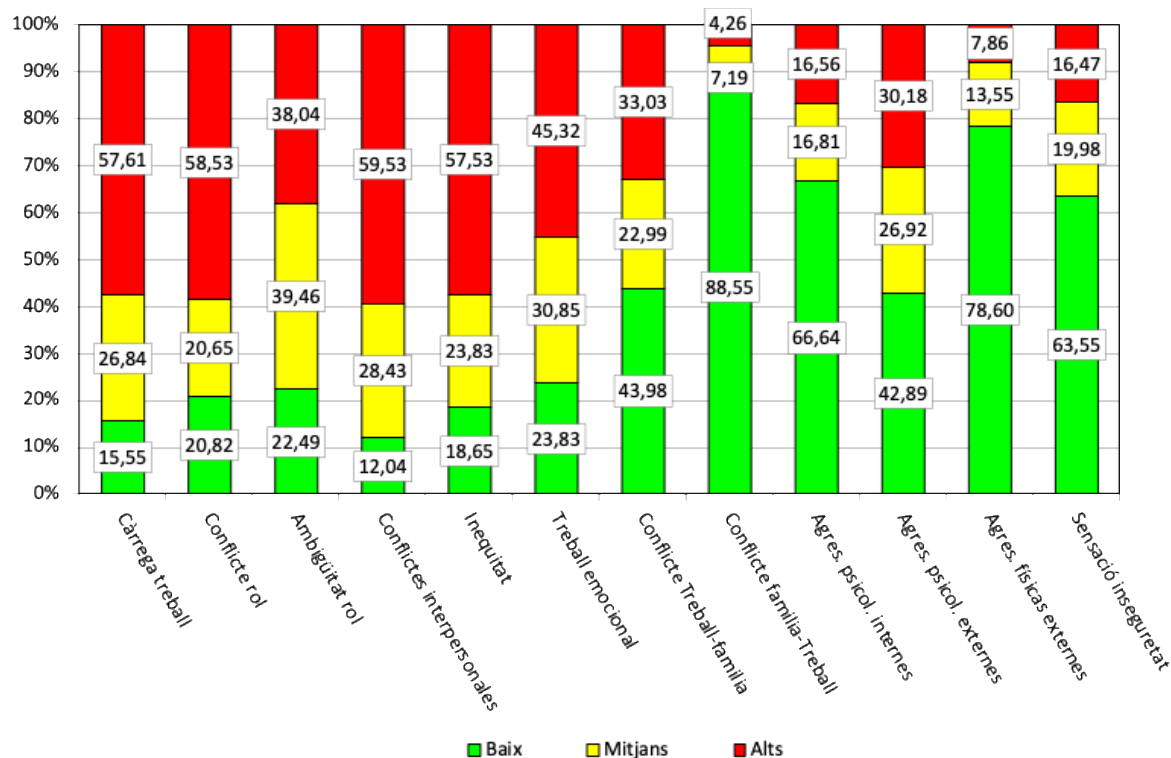
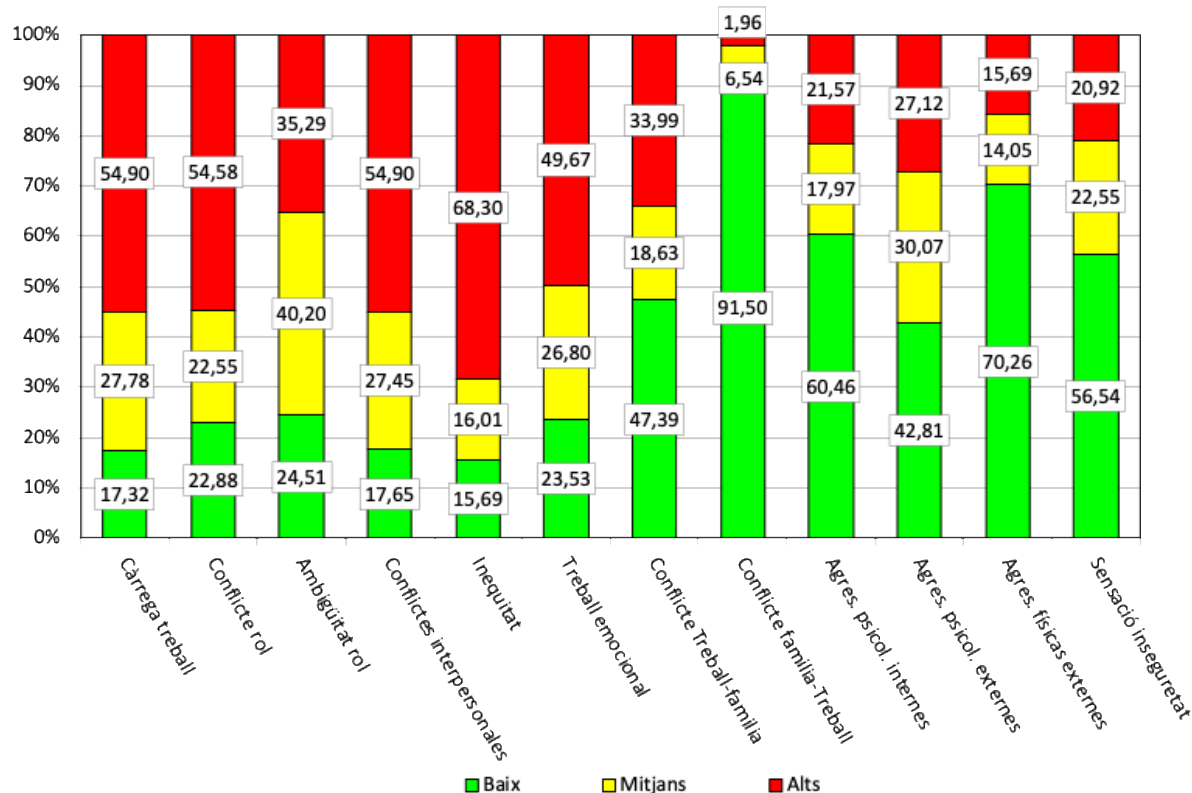


Figura 89. Distribució de la mostra de persones d'altres àmbits en nivells de riscos en variables de demanda.



Altres àmbits (SEM, mútues, etc.) destaquen per una percepció més elevada de manca de justícia organitzativa (68,3%; als hospitals: 63,95% i a l'atenció primària: 57,53%), pels nivells més alts de treball emocional (49,67%, davant del 43,97% als hospitals i del 45,32% a l'atenció primària), per una major exposició a agressions físiques externes (15,69%, davant del 6,20% als hospitals i del 7,86% a l'atenció primària) i per una sensació d'inseguretat més elevada (20,92%).

L'àmbit hospitalari presenta, en general, els nivells de risc més baixos en la majoria dels factors de demanda, especialment en l'ambigüitat de rol (33,18%), les agressions psicològiques externes (22,56%) i les agressions físiques externes (6,2%).

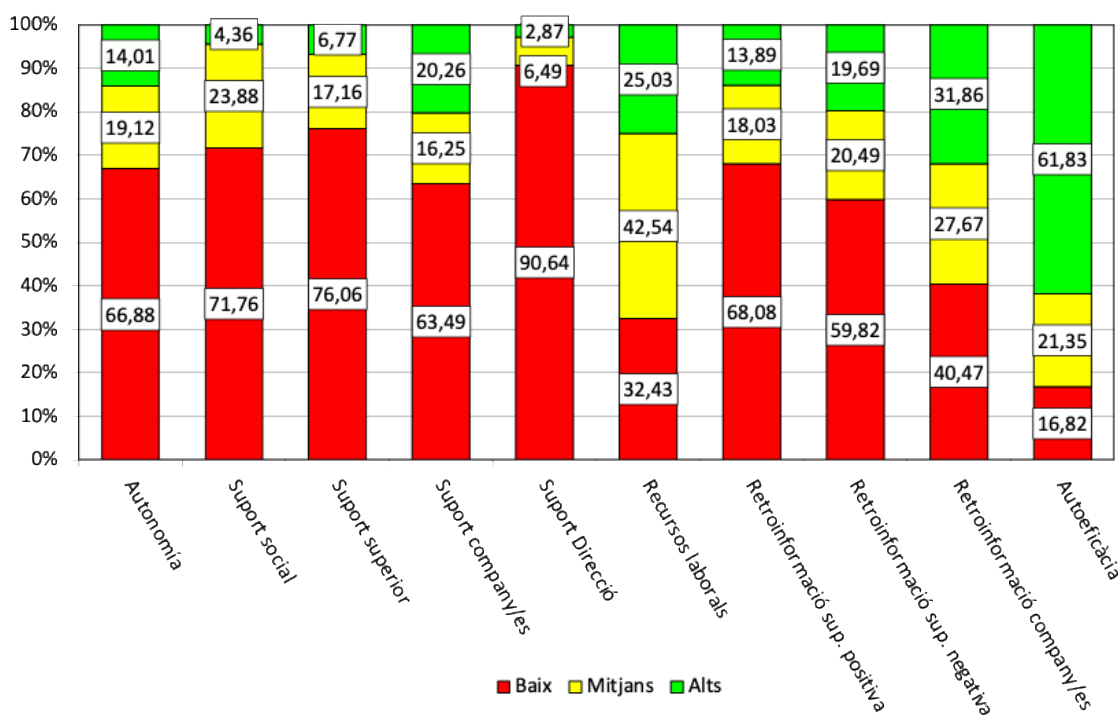
L'anàlisi de les fonts de conflicte reforça aquest patró: en el grup d'altres àmbits, els conflictes amb pacients (12,42%) i amb familiars (10,78%) són especialment freqüents (als hospitals: 4,82% i 5,45%; a l'atenció primària: 8,7% i 7,36%), mentre que l'àmbit hospitalari presenta els nivells més baixos de conflictivitat externa.

3.12.2. Recursos laborals: dèficits generalitzats i fortes diferències organitzatives

Els recursos psicosocials mostren dèficits importants en els tres àmbits, tot i que amb diferències rellevants en la seva distribució:

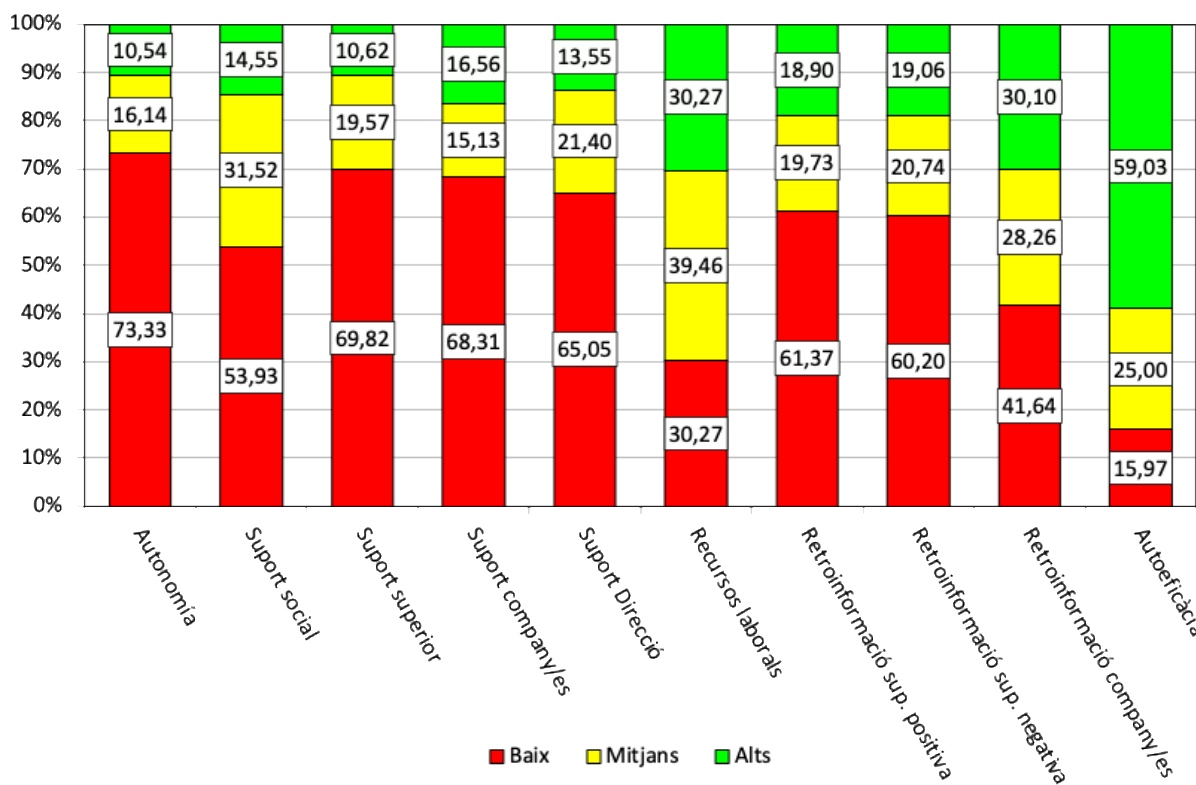
- La baixa autonomia és especialment elevada a l'atenció primària (73,33%) i en altres àmbits (72,88%), davant de l'àmbit hospitalari (66,88%).
- La manca de suport social general és més elevada en altres àmbits (73,86%) i als hospitals (71,76%), mentre que l'atenció primària mostra un perfil lleugerament més favorable (53,9%).

Figura 90. Distribució de la mostra de persones d'Hospitals en nivells de riscos en variables de recursos.



- El suport de la direcció és clarament deficitari a l'àmbit hospitalari, on el 90,64% percep nivells baixos, i també en altres àmbits (87,91%), davant del 65,05% a l'atenció primària.
- La retroalimentació positiva per part de la persona superior és més freqüent a l'atenció primària (18,9%), mentre que és especialment escassa en altres àmbits (11,8%).
- L'autoeficàcia és elevada en els tres grups, tot i que lleugerament superior en altres àmbits (63,7%) i en l'àmbit hospitalari (61,8%).

Figura 91. Distribució de la mostra de persones d'Atenció primària en nivells de riscos en variables de recursos.

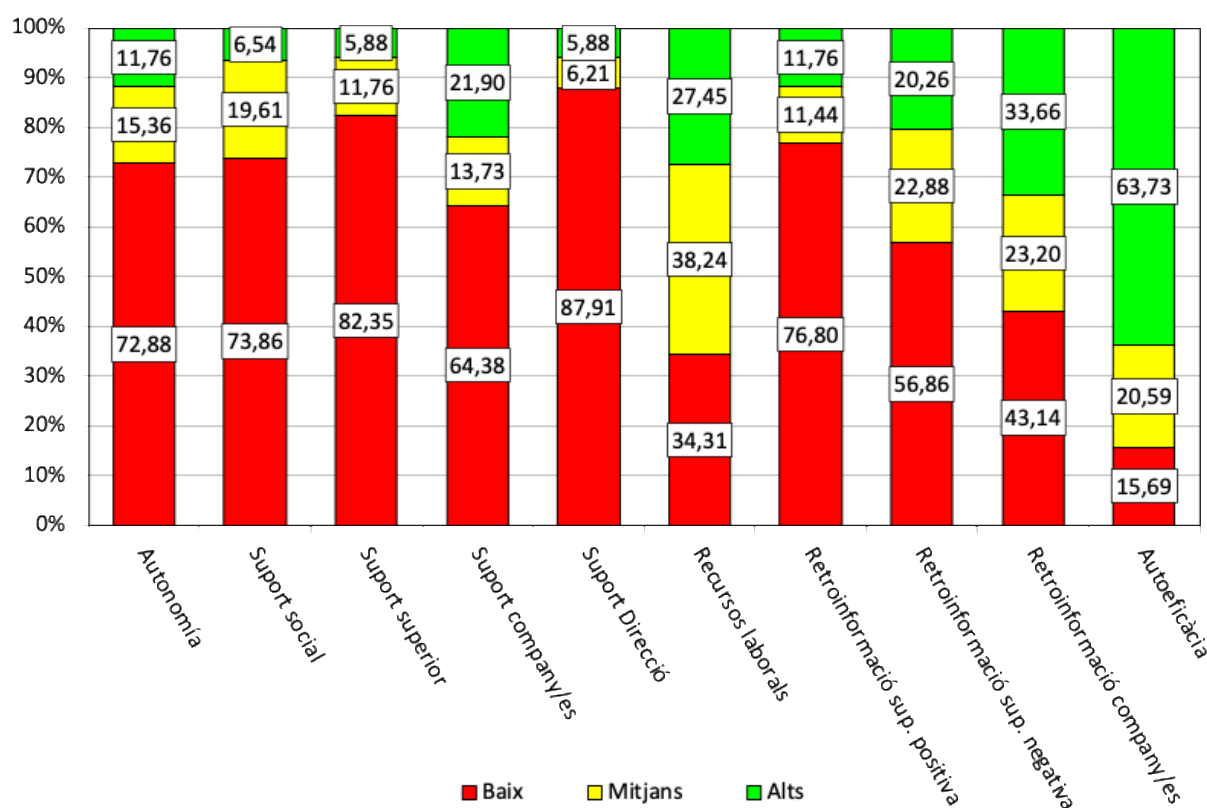


En conjunt, els resultats indiquen que l'atenció primària percep un major suport organitzatiu relatiu que la resta, mentre que l'àmbit hospitalari presenta un dèficit especialment acusat de suport directiu, i els altres àmbits combinen un menor suport amb demandes emocionals més elevades.

En els tres àmbits s'observa un alt nivell de desconeixement i de percepció d'absència de mecanismes preventius, amb una gravetat especial a l'atenció primària:

- El 63,04% del personal d'atenció primària afirma que no existeix un pla d'igualtat al seu centre, davant del 59,87% als hospitals i del 44,44% en altres àmbits.
- El 38,0% del personal d'atenció primària indica que no existeix un protocol d'assetjament sexual (29,05% als hospitals i 22,55% en altres àmbits), i aproximadament un 58% manifesta que no existeixen o que desconeixen si existeixen mecanismes de prevenció de l'assetjament psicològic (davant d'un 48% als hospitals i d'un 37% en altres àmbits).
- La formació en prevenció de l'assetjament no existeix, segons declaren, per al 50,67% del personal d'atenció primària i el 45,35% del personal hospitalari, davant del 39,87% en altres àmbits.

Figura 92. Distribució de la mostra de persones d'altres àmbits en nivells de riscos en variables de recursos.



Aquests resultats apunten a una implantació desigual i, en molts casos, insuficient de les polítiques preventives, especialment a l'atenció primària.

3.12.3. Conseqüències de l'estrès: major impacte a l'atenció primària i en altres àmbits

Les conseqüències de l'estrès laboral també varien de manera clara segons l'àmbit de treball.

L'atenció primària presenta els nivells més elevats de problemes de salut relacionats amb la feina (41,47%) i de necessitat d'ajuda especialitzada (17,22% en nivells elevats).

Altres àmbits concentren els valors més elevats en crisis d'ansietat (18,95%), problemes per dormir (44,12%), consum de medicació (29,41%) i increment del consum de tabac (11,44%).

Figura 93. Distribució de la mostra de persones d'Hospitals en nivells de resultats de l'estrès laboral.

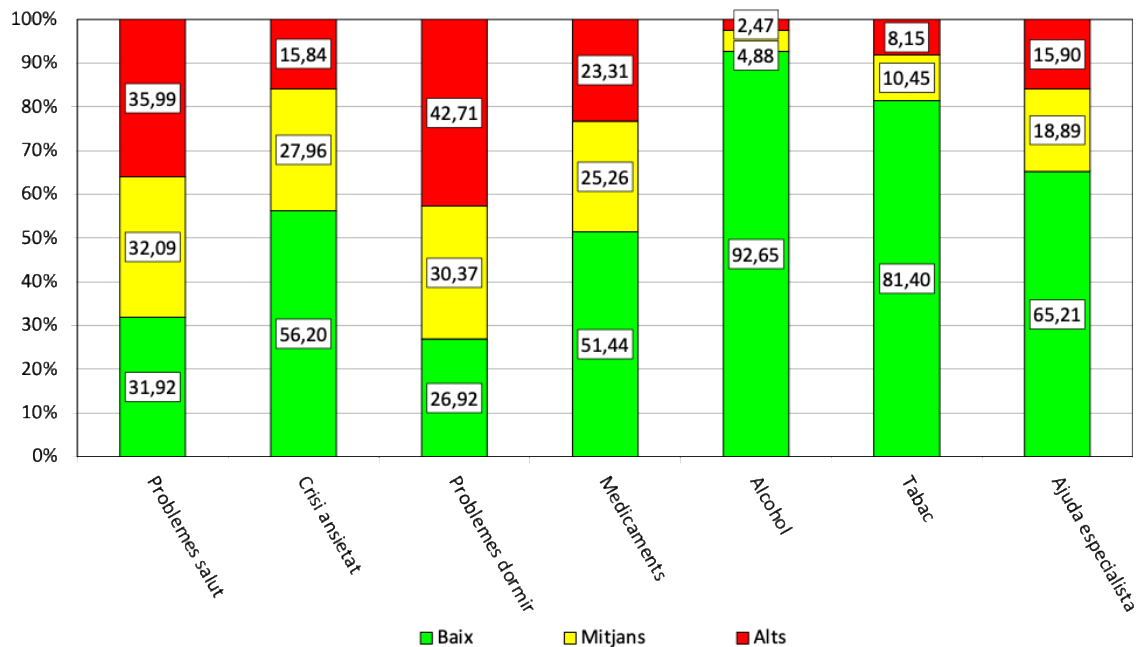


Figura 94. Distribució de la mostra de persones d'Atenció primària en nivells de resultats de l'estrès laboral.

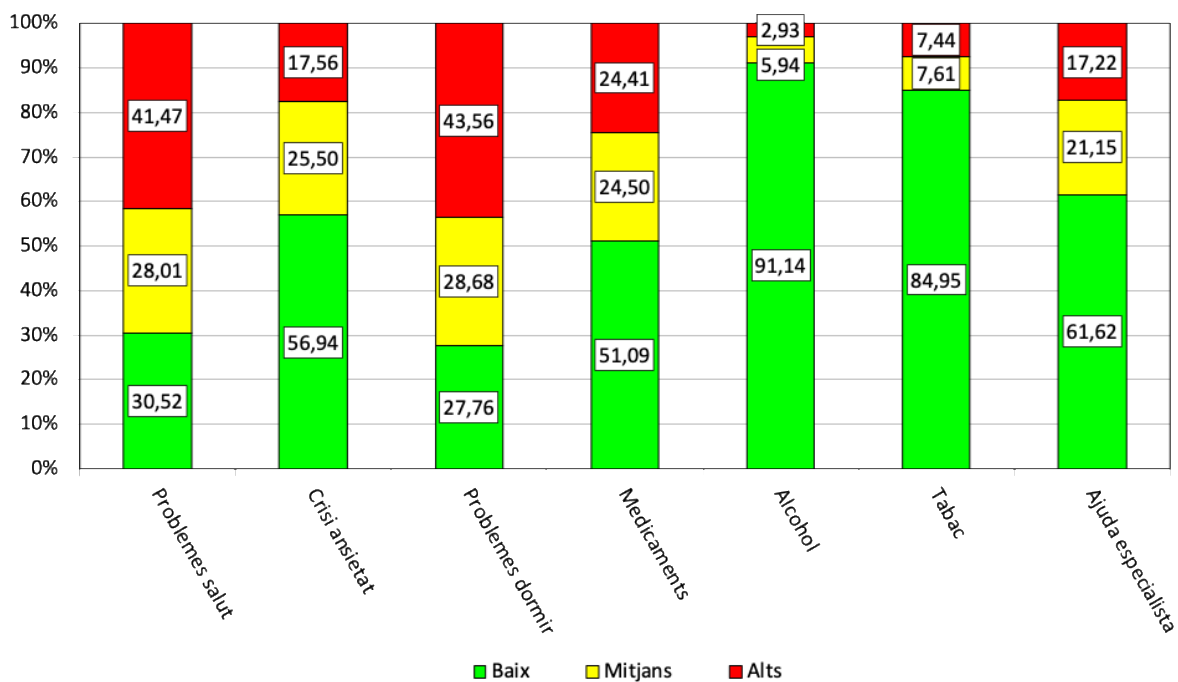
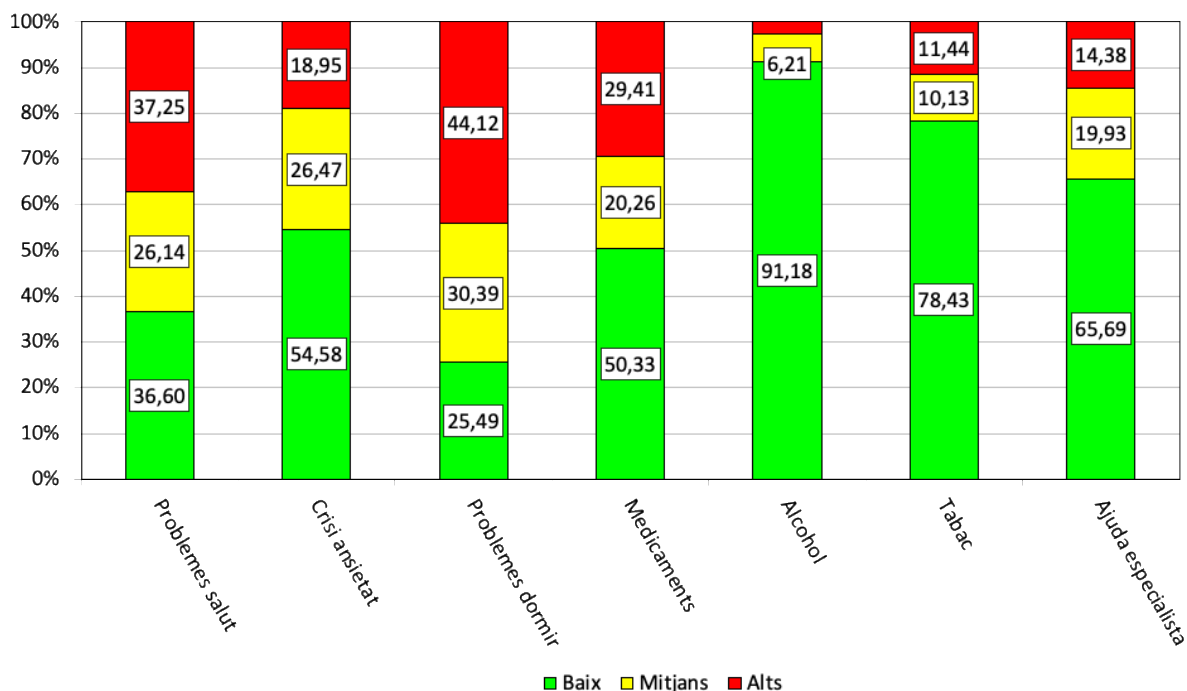
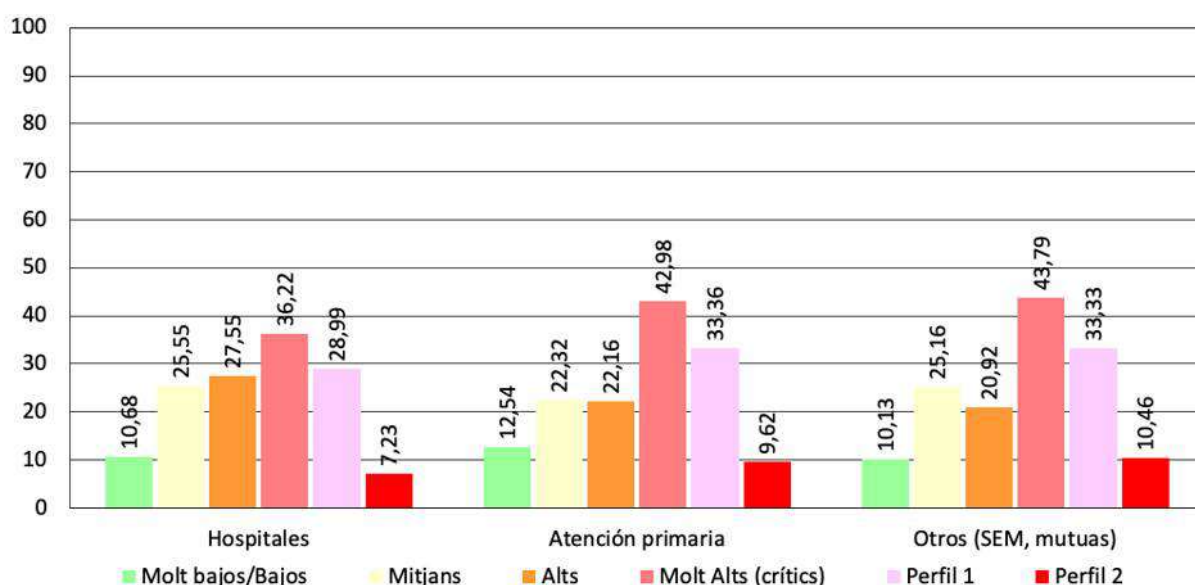


Figura 95. Distribució de la mostra de persones altres àmbits en nivells de resultats de l'estrès laboral.



Pel que fa al burnout, el percentatge més elevat de nivells molt alts (crítics) del SQT es va obtenir en el grup d'altres àmbits (43,79%), mentre que el percentatge més baix en aquest nivell es va observar en el grup de l'àmbit hospitalari (36,22%). Si es consideren els perfils, el percentatge més elevat de persones en el perfil 2 també correspon al grup d'altres àmbits (10,46%), mentre que el més baix es dona en l'àmbit hospitalari (7,23%).

Figura 96. Distribució dels tres àmbits en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).



L'àmbit hospitalari presenta el perfil més favorable en burnout (36,2% en nivells crítics) i absentisme, sent també l'àmbit amb el percentatge més elevat de persones que no han faltat cap dia a la feina durant l'últim any.

En termes de satisfacció laboral, el grup d'altres àmbits és el més insatisfet tant amb el salari (70,3%) com amb la feina en general (50,7%), mentre que l'atenció primària mostra una major satisfacció amb els valors i els objectius de l'organització.

3.12.4. Factors explicatius: què impulsa l'estrès segons l'àmbit

Les anàlisis predictives reforcen missatges clau per a la prevenció:

- La càrrega de treball és el principal predictor dels problemes de salut en els tres àmbits.
- La manca de justícia organitzativa és el predictor més consistent del burnout en tots els grups.
- Els conflictes interpersonals expliquen especialment el consum d'alcohol derivat de problemes laborals.
- Des de la perspectiva dels recursos, l'autonomia i la disponibilitat de recursos són els factors més protectors davant del burnout i l'absentisme, mentre que el suport social és clau per reduir els problemes de salut i la necessitat d'ajuda especialitzada.

L'anàlisi per àmbit de treball mostra que l'estrès laboral al sector sanitari adopta formes diferents segons el context assistencial:

- L'atenció primària concentra nivells elevats de demandes organitzatives, sobreimplicació i conseqüències sobre la salut.
- Els altres àmbits combinen una major exposició a factors emocionals i a la violència externa, una menor justícia organitzativa i un impacte més gran sobre la salut mental.
- L'àmbit hospitalari, tot i no estar exempt de riscos, presenta un perfil relativament més favorable.

Aquests resultats reforcen la necessitat d'estratègies preventives diferenciades per àmbit, combinant mesures comunes per a tot el sistema sanitari amb intervencions específiques adaptades a les particularitats organitzatives i assistencials de cada context.

4 INFORMACIÓ QUALITATIVA A TRAVÉS DE FOCUS GROUPS I ENTREVISTES GRUPALS A PROFESSIONALS SANITARIS DE CATALUNYA

CUIDAR QUI ENS CUIDA



La Veu dels Professionals Sanitaris: Comprendre per Transformar

La prevenció dels riscos psicosocials en el sector sanitari requereix anar més enllà de les dades quantitatives i escoltar de prop les experiències dels equips. Les xifres dels qüestionaris ofereixen una imatge imprescindible, però necessiten incorporar la veu directa dels professionals, escoltar les seves vivències i interpretar-les en el seu context.

Els focus groups i les entrevistes grupals realitzades el 2024 aporten aquesta mirada, revelant un missatge clar: els riscos psicosocials no són fenòmens individuals, sinó resultats d'un sistema tensionat, amb condicions de treball que fa anys que acumulen pressió sense els ajustos estructurals necessaris. Mentre que la càrrega assistencial creix, els recursos no ho fan al mateix ritme, i el reconeixement material i simbòlic queda molt per sota de l'esforç real que assumeixen els equips. L'estrès, l'esgotament emocional i el burnout apareixen com a expressions d'un desgast que és tan personal com organitzatiu.

Aquest capítol recull i organitza les percepcions i propostes dels diferents col·lectius sanitaris, mostrant que tots comparteixen reptes estructurals que impacten tant en el seu benestar com en la qualitat assistencial. En UGT Catalunya creiem que solament des de la comprensió de les vivències de les persones que viuen el dia a dia la realitat laboral sanitària es poden orientar mesures útils, realistes i transformadores, capaces de millorar de manera efectiva les condicions de treball.

4.1. CONTEXT I METODOLOGIA QUALITATIVA

Per aprofundir en la realitat psicosocial del sector sanitari a Catalunya l'any 2024, es va complementar l'estudi quantitatiu amb un conjunt de focus groups i entrevistes grupals. L'objectiu no va ser únicament validar les dades, sinó que aquestes estratègies van permetre aprofundir en les percepcions i experiències dels professionals sanitaris, identificar necessitats psicosocials i proposar accions adaptades a cada col·lectiu.

Les tècniques emprades — focus groups amb dinàmica d'interacció oberta i entrevistes grupals més estructurades— van facilitar espais de confiança on els participants van expressar percepcions, preocupacions i propostes de manera honesta i espontània.

Tot i que inicialment es van plantejar sessions presencials, finalment es van realitzar en format virtual per facilitar la participació i minimitzar la càrrega en un període d'alta pressió assistencial (entre setembre i octubre de 2024). En total, hi van participar 39 professionals sanitaris pertanyents a sis categories professionals: medicina, infermeria, TCAIS, tècnics i tècniques sanitàries, personal administratiu i zeladors. La convocatòria es va fer a través de delegats sindicals i la coordinació va ser a càrrec de l'equip d'Audit & Control Estrès.

El guió de treball incloïa cinc blocs: introducció i context, aspectes generals del treball, riscos psicosocials, bones pràctiques i propostes d'intervenció. Les sessions, amb una durada aproximada d'una hora i mitja, van ser moderades per psicòlegs experts, assegurant un entorn participatiu i respectuós.



4.2. UNA MIRADA TRANSVERSAL: FACTORS DE RISC COMUNS

Malgrat la diversitat de rols i contextos, les converses revelen un conjunt de problemes estructurals comuns en gairebé tots els col·lectius. Aquests factors expliquen una part significativa del malestar, l'estrès i l'esgotament que perceben els professionals sanitaris.

1. Càrrega de treball excessiva i manca de recursos per atendre la demanda assistencial

És el risc més transversal. Professionals de tots els perfils coincideixen que les ràtios són ajustades, hi ha manca de personal i una acumulació de tasques que no corresponen al seu rol, al mateix temps que la demanda assistencial ha crescut en volum i complexitat. Els períodes crítics, caps de setmana, nits i vacances, esdevenen especialment tensos.

2. Falta de reconeixement

Tots els grups expressen que la seva feina és poc valorada per la direcció o altres categories professionals, malgrat la seva importància en el sistema sanitari. És especialment rellevant en el cas de TCAIS, el personal administratiu i els zeladors/es, i sembla estar relacionada amb la manca de consideració de les seves opinions i amb situacions de "classisme" professional.

3. Càrrega emocional i esgotament emocional (burnout)

Inclou factors com la pressió constant, dificultats per desconnectar, agressions (verbals i físiques), manca de suport emocional i desgast per la falta de reconeixement.

4. Ambigüitat i conflictes de rol

Es detecten situacions de realització de tasques que no corresponen al perfil professional, manca de procediments clars, delegació inadequada i, en alguns casos, confusió en les responsabilitats entre categories (per exemple, tècnics fent tasques administratives o TCAIS realitzant tasques pròpies d'infermeria).

5. Lideratge sense eines i direcció poc connectat amb la realitat assistencial

En diversos col·lectius emergeix una crítica a comandaments desbordats, amb poca capacitat de decisió, escassa escolta o desconnectats de la realitat assistencial, així com sense formació específica en gestió d'equips o en prevenció psicosocial. Les direccions es perceben poc empàtiques i allunyades de la realitat operativa, fet que genera una sensació d'abandonament.

6. Problemes amb la conciliació

(personal d'infermeria, TCAIS, metges i metgesses)

Els torns llargs, les guàrdies, la irregularitat horària i la falta de substitucions dificulten la conciliació.

7. Rotació i inestabilitat laboral

(personal d'infermeria, TCAIS, personal tècnic sanitari i metges i metgesses)

La cerca d'oportunitats amb millors condicions i valoració de la conciliació per part de les noves generacions, així com la inestabilitat per no tenir plaça fixa, afegeix pressió als equips.

8. Dificultats d'adaptació a les noves tecnologies

(Especialment personal tècnic sanitari i personal administratiu)

Assenyalen sobrecàrrega cognitiva, falta de formació i transicions tecnològiques mal planificades. Les persones veteranes tenen dificultats per adaptar-se a les noves tecnologies, generant càrrega cognitiva i frustració i afegeix càrregues addicionals, com ara períodes d'adaptació prolongats i la necessitat de reciclatge i aprenentatge continu.

8. Agressions d'usuaris o familiars

(personal d'infermeria, TCAIS, personal administratiu, zeladors/zeladores)

Les agressions verbals, i sovint físiques, han augmentat notablement, especialment en urgències i centres d'atenció primària.

9. Desigualtats entre col·lectius.

Els greuges comparatius entre categories professionals o entre treballadors del sector públic i privat són freqüents. Això genera desmotivació i sensació d'injustícia.

Altres factors que, tot i haver estat assenyalats només per alguns col·lectius, probablement són compartits per d'altres:

10. Duplicació de tasques per falta de personal

(zeladors/zeladores)

La seva feina es veu afectada per la necessitat de cobrir múltiples serveis alhora, sense que es reforcin les seves plantilles.

11. Tasques administratives excessives

(metges/metgesses)

A Primària, els metges assumeixen cada cop més funcions administratives, que redueixen el temps per a tasques pròpies del seu rol de metge.

12. Reunions interdisciplinàries inexistents o poc participatives o sense que se'ls escolti o es tingui en compte les seves opinions

(personal administratiu, TCAIS, personal tècnic sanitari)

El personal administratiu manifesta que no són inclosos en reunions d'organització, malgrat tenir un paper clau en el funcionament quotidià. En el cas del personal tècnic, aquestes són irregulars en el temps i amb escassa capacitat d'influència.

4.3 RESULTATS PER COL·LECTIUS

La informació extreta va permetre identificar preocupacions i propostes de millora específiques per a cada categoria professional:

Taula 12. Resultats del focus groups i entrevistes per col·lectius (2024).

Col·lectius	Principals preocupacions psicosocials	Propostes d'intervenció
Personal administratiu	Ocupa un lloc clau en el funcionament dels centres, però percep una manca estructural de reconeixement. Exclosos sovint de decisions organitzatives (reunions), i sense suport davant d'usuaris cada vegada més exigents, càrrega de treball creixent, increment del burnout i baixes recurrents, vulnerabilitat davant de conflictes i agressions dels usuaris, sense suport directiu.	Reforçar mesures de seguretat. Campanyes de sensibilització als pacients per fomentar el respecte. Recursos formatius i psicològics específics per al col·lectiu. Espais de participació reals. Consideren que les avaluacions de riscos no es tradueixen en canvis pràctics.
Personal d'infermeria	Tot i un fort sentiment vocacional, el personal d'infermeria és un dels col·lectius més afectats emocionalment. Entre els factors més destacats: augment d'agressions verbals i físiques (especialment a urgències), escassetat de recursos i plantilles, rotació i fuga de talent, lideratge poc preparat i sense capacitat d'acció real, conflicte i ambigüitat de rol amb assumpció de tasques que no els hi corresponen (com administració de medicaments sense cobertura legal), sensació persistent de desconexió entre necessitats assistencials i decisions de direcció.	Augment de personal i recursos materials, protocols clars, lideratge més humà i empàtic, més reconeixement i una gestió horària més flexible i participativa.
Personal de medicina	Sobrecàrrega cronificada, agreujada per guàrdies molt llargues (24 hores), pluriocupació (per complementar ingressos), excés de burocràcia (especialment a Primària), lideratge deteriorat, escollit per "descart" i amb caps que es troben atrapats entre direcció i equip, falta de substitucions i equips incomplets, tensió emocional amb pacients i famílies, desdibuixament del rol mèdic davant d'altres perfils professionals.	Reorganitzar tasques per reduir la càrrega administrativa i optimització dels temps assistencials. Reforç de personal i recuperar el suport de personal administratiu especialitzat, lideratge més proper, motivador i participatiu.

TCAIS	Manca de reconeixement i de confiança en el seu criteri per part de les direccions, tot i ser qui millor coneix els pacients. Ràtios insuficients, especialment a nits i caps de setmana, perfil de pacients més fràgils i dependents, tasques delegades que no els corresponen legalment, lesions físiques per manca de temps per aplicar mesures ergonòmiques, agressions creixents i poca protecció, lideratge distant i poc empàtic, diferències notables entre centres públics i privats.	Revisió de ràtios de personal en torns crítics, protocols clars, prevenció d'agressions i reconeixement de la seva experiència i aportació. Lideratge més participatiu i orientat al benestar. Major igualtat salarial entre centres.
PERSONAL TÈCNIC SANITARI	Càrregues molt elevades en caps de setmana (equips reduïts), projectes organitzatius que incrementen la complexitat del treball, tasques fora del seu rol en determinats contextos, manca de d'oferta formativa especialitzada que s'ajusti a les seves necessitats tècniques, diversitat generacional amb expectatives divergents.	Proposen millores en conciliació (jornades compactades), més suport formatiu i una gestió més clara de rols i processos.
ZELADORS/ES	Sobrecàrrega derivada de compartir múltiples serveis entre diferents àrees, manca de reforç d'equips a urgències, tensions amb altres col·lectius quan no s'arriba a cobrir totes les demandes, lideratge desconnectat del dia a dia assistencial, poca participació en la millora de processos.	Reforçar els equips i més participació en l'organització del treball.

4.4. CONCLUSIONS: MALESTAR PSICOSOCIAL ESTRUCTURAL, TRANSVERSAL I SOSTINGUT EN EL TEMPS

Les sessions qualitatives confirmen una idea central: el malestar psicosocial en el sistema sanitari té un caràcter estructural, transversal i sostingut en el temps. L'impacte recau tant en la salut dels professionals com en la qualitat del servei que poden oferir.

Els punts clau que sintetitzen les vivències recollides són:

- una demanda assistencial que creix a un ritme superior al dels recursos disponibles
- un lideratge insuficientment preparat i sense poder real
- una infraestructura organitzativa que perpetua desigualtats històriques
- un model de treball que exigeix molt i reconeix poc
- un clima emocional tens i deteriorat arran de la pandèmia
- una experiència professional marcada per l'esforç vocacional, però amb un risc elevat de desgast i una creixent sensació d'abandonament.

5 LIDERATGE EN EL SECTOR SANITARI A CATALUNYA INTEGRANT LES DIFERENTS FONTS D'INFORMACIÓ

CUIDAR QUI ENS CUIDA



El lideratge: palanca clau per millorar les condicions psicosocials en el sector sanitari

El lideratge és un dels factors amb un impacte més gran sobre les condicions de treball, el benestar emocional i la salut mental dels professionals sanitaris. En un context marcat per una elevada càrrega assistencial, una pressió emocional sostinguda, l'escassetat de recursos i una creixent complexitat organitzativa, la manera com s'exerceix el lideratge adquireix un paper determinant en la generació —o contenció— dels riscos psicosocials, l'estrès laboral i el burnout.

Els resultats del projecte mostren amb claredat que el lideratge no es pot entendre únicament com una funció operativa o de coordinació de tasques, sinó com un factor estructural que influeix en la resta de variables psicosocials. L'estudi posa de manifest que més del 80 % dels professionals perceben nivells baixos de suport social per part de la direcció del seu centre o organització i prop del 75 % per part del seu superior o superiora immediat/da, situant el lideratge entre els principals dèficits de recursos psicosocials del sistema sanitari. Aquest fet es relaciona directament amb la percepció de manca de justícia organitzativa, identificada en l'estudi com el predictor més consistent del burnout.

Des d'aquesta perspectiva, abordar el lideratge no constitueix una acció complementària, sinó una estratègia preventiva de primer ordre, especialment quan s'orienta a millorar les condicions organitzatives i a reforçar els recursos psicosocials disponibles per als equips.

5.1. PERCEPCIÓ DEL LIDERATGE: UNA BRETXA ENTRE LA INTENCIÓ I EL SEU IMPACTE

En el qüestionari de l'estudi de prospecció sobre les condicions psicosocials del sector sanitari a Catalunya, es va incloure una versió abreujada del model de lideratge resiliència i saludable LIDERA R3.0. Aquest model integra 13 competències observables, agrupades en 4 factors: gestió proactiva del treball, l'empoderament del talent, el lideratge emocional i ètic, i el lideratge emocional davant les dificultats, entès com la capacitat per afrontar dificultats sense traslladar estrès als equips.

L'enquesta va incorporar una versió breu del qüestionari LIDERA R3.0, així com l'ítem «*Tens personal a càrrec?*» que permetia identificar els professionals amb responsabilitat de lideratge formal. Aquest disseny va fer possible que aquestes persones responguessin els ítems de lideratge dues vegades: una per avaluar el lideratge dels seus superiors i una altra per autoavaluar-se. La resta de participants únicament van valorar els seus responsables. Aquest plantejament va permetre obtenir una visió de tipus 360° i va posar de manifest una discrepància rellevant entre l'autopercepció dels líders i la valoració que en fan els seus equips en totes les dimensions analitzades: gestió proactiva del treball, empoderament del talent, lideratge emocional i ètic, i lideratge emocional davant les dificultats.

La versió abreujada del LIDERA R3.0 consta de 18 ítems, distribuïts en els quatre factors del model:

- Gestió proactiva del treball (4 ítems)
- Empoderament i estímul del talent (4 ítems)
- Lideratge emocional i ètic (4 ítems)
- Lideratge emocional davant les dificultats (6 ítems)

Del total de 3.244 participants de l'estudi, 236 persones (7,3 %) van indicar tenir personal a càrrec. Aquest grup és el que va respondre la versió d'autopercepció del lideratge, fet que ha permès realitzar una comparació de tipus 360° dels resultats.

Una de les troballes més rellevants de l'estudi és l'existència d'una bretxa sistemàtica i significativa entre l'autopercepció de les persones que exerceixen funcions de lideratge i la percepció que en tenen els seus equips. L'aplicació del model LIDERA R3.0 en format 360° mostra que els responsables d'equip tendeixen a valorar el seu estil de lideratge de manera notablement més positiva que els professionals que treballen sota la seva supervisió.

Aquesta discrepància es manifesta de manera consistent en totes les dimensions analitzades: la gestió proactiva del treball, l'empoderament i l'estímul del talent, el lideratge emocional i ètic, i la capacitat de gestionar l'estrès i els conflictes sense generar tensió als equips.

En aspectes clau com la comunicació d'objectius, la revisió de les càrregues de treball, el reconeixement, l'escolta activa o l'interès pel benestar de l'equip, les diferències entre ambdues percepcions arriben a bretxes superiors als 30 i 40 punts percentuals.

Taula 13. Percentatges de resposta sobre la percepció de la freqüència dels comportaments de lideratge (LIDERA R3.0) dels comandaments (resposta individual i resposta 360°).

FACTORS	ÍTEMS	FREQÜÈNCIES	treballador/a (N=3244)	Comandament 360° (N=236)	Diferència percentual
GESTIÓ PROACTIVA DEL TREBALL	Treballa de forma proactiva anticipant-se a possibles dificultats i oportunitats.	sempre + moltes vegades	49,4%	80,0%	30,6%
		De vegades	26,7%	14,0%	-12,7%
		només alguna vegada i mai	23,9%	7,0%	-16,9%
	Comunica els objectius del treball a l'equip i s'assegura que els comprenem (i assumim).	sempre + moltes vegades	51,0%	86,0%	35,0%
		De vegades	27,0%	8,1%	-18,9%
		només alguna vegada i mai	22,0%	5,9%	-16,1%
	Garanteix les condicions que marca l'empresa quant a flexibilitat horària (teletreball, horaris, desconnexió digital, etc.).	sempre + moltes vegades	45,2%	82,0%	36,8%
		De vegades	22,1%	9,0%	-13,1%
		només alguna vegada i mai	32,6%	9,0%	-23,6%
	Posa terminis realistes, revisant i consultant prèviament i regularment els compromisos i càrregues de treball de les persones del meu equip.	sempre + moltes vegades	40,0%	81,4%	41,4%
		De vegades	26,0%	11,4%	-14,6%
		només alguna vegada i mai	34,0%	7,2%	-26,8%
EMPODERAMENT I ESTÍMUL DEL TALENT	Té en compte l'opinió dels membres de l'equip i les dades que li faciliten a l'hora de distribuir les càrregues i responsabilitats.	sempre + moltes vegades	43,7%	89,0%	45,3%
		De vegades	23,2%	4,2%	-19,0%
		només alguna vegada i mai	33,1%	6,8%	-26,3%
	Empodera els membres de l'equip perquè prenguem decisions i actuem dins dels nostres àmbits de competències.	sempre + moltes vegades	41,7%	84,7%	43,0%
		De vegades	23,5%	8,5%	-15,0%
		només alguna vegada i mai	34,8%	6,8%	-28,1%
	Periòdicament porta a terme reunions efectives amb l'equip.nt.	sempre + moltes vegades	34,0%	67,0%	33,0%
		De vegades	24,0%	17,0%	-7,0%
		només alguna vegada i mai	42,0%	16,0%	-26,0%
	A l'equip compartim i valorem les idees, punts de vista i dificultats de cada integrant.	sempre + moltes vegades	37,8%	79,7%	41,9%
		De vegades	23,4%	9,7%	-13,7%
		només alguna vegada i mai	38,8%	10,6%	-28,2%
LIDERATGE EMOCIONAL ÈTIC	Actua amb honestat i compleix allò que diu; i si no ho pot complir, n'explica els motius.)	sempre + moltes vegades	51,5%	89,0%	37,5%
		De vegades	19,0%	4,7%	-14,4%
		només alguna vegada i mai	29,5%	6,4%	-23,1%
	Dona feedback freqüent als membres del meu equip i sempre que algú li ho demana.	sempre + moltes vegades	46,7%	85,2%	38,5%
		De vegades	20,4%	6,4%	-14,0%
		només alguna vegada i mai	33,0%	8,5%	-24,5%
	Tracta de posar-se al lloc dels membres del meu equip per entendre els nostres punts de vista.	sempre + moltes vegades	44,6%	86,9%	42,3%
		De vegades	20,3%	6,4%	-13,9%
		només alguna vegada i mai	35,1%	6,8%	-28,4%
	S'interessa per cada persona de l'equip de manera individual mantenint regularment converses i preocupant-se pel nostre estat i benestar personal i professional.	sempre + moltes vegades	39,0%	81,8%	42,8%
		De vegades	19,0%	9,7%	-9,3%
		només alguna vegada i mai	41,0%	8,5%	-32,5%
LIDERATGE EMOCIONAL ENFRONT DE LES DIFÍCULTATS	Evita encomanar l'estrès a l'equip.	sempre + moltes vegades	48,4%	83,1%	34,7%
		De vegades	17,8%	7,6%	-10,2%
		només alguna vegada i mai	33,8%	9,3%	-24,5%
	Estimula la cooperació i el suport a l'equip perquè mantinguem uns nivells tolerables d'estrès quan ens enfrontem a desafiaments, problemes o amenaces.	sempre + moltes vegades	43,3%	83,5%	40,1%
		De vegades	20,7%	9,7%	-10,9%
		només alguna vegada i mai	36,0%	6,8%	-29,2%
	S'ocupa dels problemes tan aviat com es presenten, valorant-los i prioritant-los.	sempre + moltes vegades	50,4%	87,3%	36,9%
		De vegades	20,0%	5,5%	-14,5%
		només alguna vegada i mai	29,6%	7,2%	-22,4%
	Intervé a les disputes dels membres de l'equip abans que es converteixin en conflictes.	sempre + moltes vegades	38,8%	77,1%	38,3%
		De vegades	22,3%	11,9%	-10,5%
		només alguna vegada i mai	38,9%	11,0%	-27,9%
	Tracta i resol els conflictes en lloc d'intentar només "mantenir la pau" o escoltar les queixes d'uns/es cap a d'altres.	sempre + moltes vegades	40,5%	80,5%	40,0%
		De vegades	21,9%	10,6%	-11,3%
		només alguna vegada i mai	37,5%	8,9%	-28,6%
	No permet actituds o conductes ofensives, discriminatòries, denigrants o intimidatòries dels membres del meu equip.	sempre + moltes vegades	61,6%	85,6%	24,0%
		De vegades	14,6%	4,2%	-10,3%
		només alguna vegada i mai	23,8%	10,2%	-13,7%

NOTA: les respostes de la columna treballador/a indiquen l'apreciació d'aquest/a cap al seu superior immediat. Exemple: Treballa de manera proactiva anticipant-se a possibles dificultats i oportunitat Les respostes de la columna de líders formals indica la valoració que aquests tenen de la seva manera de treballar. Exemple: Treball de manera proactiva anticipant-me a possibles dificultats i oportunitats. S'han marcat les caselles amb una diferència percentual igual o major a 40.

En tots els factors i ítems analitzats, els líders valoren el seu exercici de manera més positiva que les persones que tenen a càrrec seu. A continuació es presenten alguns exemples il·lustratius:

- Mentre que el 86 % dels líders afirma «comunicar els objectius amb claredat», només el 50,6 % del personal ho percep així.
- El 89 % dels líders considera que té en compte l'opinió del seu equip a l'hora de planificar i distribuir les càrregues de treball, però només el 43,7 % del personal ho corrobora.
- Un 81,8 % dels líders manifesta preocupar-se regularment pel benestar del seu equip, mentre que només el 39,4 % del personal en té aquesta percepció.
- El 87,3 % dels líders afirma actuar de manera proactiva per resoldre problemes, però només el 48,4 % dels professionals hi està d'acord.
- Un 83,1 % dels líders creu que evita transmetre estrès al seu equip, però només el 48,4 % dels professionals ho avala.

En termes divulgatius, aquestes dades reflecteixen que molts líders creuen que ofereixen suport, comunicació, flexibilitat, cura emocional o reconeixement, mentre que una part significativa dels professionals dels seus equips no ho experimenta així en la seva realitat quotidiana.

A més, es van identificar variacions rellevants en funció del tipus de centre i del perfil professional. Als centres amb puntuacions més baixes en benestar general i suport institucional, les discrepàncies en la percepció del lideratge resulten més acusades. De manera similar, es van observar puntuacions més baixes en el lideratge percebut en àrees assistencials sotmeses a una major pressió emocional i càrrega de treball.

Aquesta manca d'alineació entre la intenció del lideratge i el seu impacte real no és menor, sinó que té conseqüències psicosocials. Quan el lideratge no és viscut com a proper, coherent, empàtic i amb capacitat real d'actuar sobre els problemes del treball, es debiliten els recursos psicosocials i s'amplifica l'efecte de les demandes existents. En contextos d'elevada pressió assistencial, aquesta bretxa es tradueix en una major sensació de desesperament, una càrrega emocional més elevada i un desgast sostingut en el temps.

Més enllà d'aquestes dades, l'estudi va identificar múltiples necessitats, oportunitats de millora i indicadors quantitatius i qualitatius que apunten al paper crític del lideratge en la generació o contenció dels riscos psicosocials. Aquest conjunt d'evidències subratllen la importància d'incorporar models de desenvolupament competencial com el LIDERA R3.0 en les estratègies de prevenció, promoció del benestar i transformació cultural del sistema sanitari.

5.2. LIDERATGE I CONDICIONS PSICOSOCIALS DE TREBALL

Els resultats quantitatius i qualitatius de l'estudi coincideixen a assenyalar que una part rellevant del malestar psicosocial en el sector sanitari no s'explica únicament per la càrrega de treball o la complexitat

assistencial, sinó per la manera com aquestes demandes són gestionades des de l'organització i el lideratge.

Visió dels líders en els focus groups

Els grups focals i les entrevistes grupals reforcen aquesta interpretació. De manera transversal, els professionals descriuen lideratges poc connectats amb la realitat assistencial, comandaments intermedis atrapats entre decisions jeràrquiques i les necessitats de l'equip, i una manca d'eines per gestionar persones, emocions i conflictes. Expressions com «no ens escolten», «no tenen capacitat real de decisió» o «no es preocupen per com estem» reflecteixen una experiència de lideratge que, lluny d'amortir la pressió, tendeix a intensificar-la.

Concretament, es van identificar els aspectes següents:

- Manca de reconeixement, comunicació i suport directe per part dels responsables jeràrquics, especialment en centres amb estructures rígides i models de lideratge més tradicionals.
- Alguns participants van destacar que la diferència entre lideratges propers, accessibles i empàtics, enfront d'altres de més autoritaris o distants, afecta directament la motivació i la cohesió dels equips.
- Necessitat de desenvolupar competències específiques en lideratge emocional i gestió de persones.
- Desconnexió entre les direccions i la pràctica diària. Diversos participants fan referència a la manca de contacte real amb la dinàmica assistencial o a una escassa empatia envers les dificultats del personal, fet que es tradueix en una percepció d'abandonament, burocratització i manca de suport davant situacions d'estrès, agressions de pacients o sobrecàrrega emocional.

Això es va posar de manifest amb expressions com:

- «No tenen formació en lideratge ni habilitats socials» (infermeria)
- «Estan atrapats entre les directrius de dalt i els problemes reals de l'equip» (personal mèdic)
- «No se senten legitimats per prendre decisions» (personal tècnic i TCAIS)
- «No escolten, no ens tenen en compte» (personal administratiu i zeladors)

Moltes persones van associar aquest lideratge absent amb sentiments de desempament, sobrecàrrega i manca de motivació i propòsit.

El lideratge en els resultats quantitatius

Pel que fa als resultats de l'anàlisi estadística del qüestionari, el lideratge apareix estretament vinculat a la percepció d'altres factors psicosocials, en especial els relacionats amb la càrrega de treball, el treball emocional, l'autonomia, la claredat i el conflicte de rol, el reconeixement-inequitat, el suport social i els conflictes interpersonals. En aquest sentit, la sobrecàrrega de treball és percebuda com a elevada pel 57,6 % dels participants, així com la presència generalitzada de conflictes interpersonals (56,3 %) i de conflicte

de rol (55,4 %). També es van observar nivells elevats d'ambigüitat de rol (35,2 %), treball emocional (45 %) i manca de justícia organitzativa (inequitat, 62 %).

Quan el lideratge no intervé activament en aspectes com la redistribució de càrregues, la prioritització realista de tasques, la comunicació clara d'objectius o el reconeixement de l'esforç, es consolida un entorn en què l'estrès deixa de ser puntual i passa a convertir-se en estructural.

Pel que fa als recursos protectors, es va identificar que gairebé el 70 % dels professionals perceben nivells baixos d'autonomia, un recurs estretament vinculat al marge de decisió que faciliten els responsables directes, i nivells molts baixos de suport social, especialment per part de la direcció del centre (80,9 %) i del superior immediat (74,4 %). Només el 8,3 % va manifestar rebre un suport social elevat en el seu entorn laboral.

L'anàlisi de la variable «tenir o no persones a càrrec» mostra que el personal sense funcions de comandament pateix un impacte més sever i presenta nivells més elevats de burnout: mostra pitjors indicadors de salut, un desgast emocional més gran i una percepció particularment baixa de suport directiu. Alhora, les persones amb responsabilitat sobre altres assumeixen nivells més elevats de sobrecàrrega i pressió, fet que posa de manifest que el lideratge també s'exerceix en contextos exigents i amb recursos limitats. Aquest doble patró reforça la necessitat d'intervenir tant sobre el lideratge exercit com sobre les condicions organitzatives que el fan possible.

L'impacte del lideratge no és homogeni en tots els col·lectius. En els perfils assistencials nuclears, com la medicina i la infermeria, la manca de lideratge efectiu contribueix a la cronificació de la sobrecàrrega, a una major sobreimplicació i a nivells més elevats de burnout. En altres col·lectius, com el personal administratiu, el dèficit de lideratge es viu més com un desamparament davant l'exposició a conflictes amb usuaris i agressions, juntament amb una percepció molt baixa del suport directiu. En els perfils d'oficis i serveis, un lideratge insuficient s'associa amb una major conflictivitat interna i un menor accés als recursos. Aquestes diferències reforcen la idea que el lideratge actua com un factor transversal, tot i que amb manifestacions específiques segons el rol i la posició organitzativa.

També, als centres on el lideratge és percebut com a distant, amb escassa capacitat d'escolta o amb un marge de decisió limitat, s'observen nivells més elevats de conflicte de rol, percepció d'inequitat, manca de reconeixement i baix suport social. Aquests factors són predictors rellevants de l'estrès laboral i de la síndrome de burnout.

Aquestes dades reforcen la hipòtesi que l'estil i la qualitat del lideratge són elements centrals tant per a la prevenció del distrès i del burnout com per al desenvolupament d'entorns laborals saludables. La percepció limitada de lideratge proactiu i empàtic, identificada tant per vies quantitatives com qualitatives, apareix com un dels dèficits organitzatius més rellevants.

En definitiva, els participants reclamen un lideratge més participatiu i empàtic, que escolti i reconegui l'esforç, faciliti la conciliació i protegeixi davant la pressió, la sobrecàrrega i les agressions verbals o físiques dels usuaris.

5.3. PAPER DEL LIDERATGE EN LA PREVENCIÓ DE RISCOS PSICOSOCIALS

L'evidència recollida en aquest projecte reforça una idea clau: el lideratge és un dels principals factors preventius davant els riscos psicosocials, especialment quan s'exerceix de manera saludable, ètica i resilient.

Les variables sobre les quals el lideratge té una influència directa —suport social, l'afavoriment de l'autonomia, la justícia organitzativa, la gestió de conflictes o el reconeixement— apareixen com a predictors rellevants del burnout i de múltiples problemes de salut. No és casual, per tant, que l'estudi mostri que una proporció molt significativa de professionals presenta nivells molt elevats o crítics de burnout (40 %), juntament amb una elevada sobreimplicació (més del 60 %), entesa com la dificultat per desconnectar de la feina.

La integració de les diferents fonts de dades d'aquest estudi assenyalava el lideratge com un factor clau per a la prevenció del burnout i la promoció del benestar en el sector sanitari. En aquest sentit, l'estudi evidencia que:

1) El lideratge saludable i resilient, avaluat mitjançant el model LIDERA R3.0, és un factor crític per al benestar psicosocial dels professionals sanitaris de Catalunya.

Les dades integrades de l'enquesta, mostren que un lideratge positiu i proper pot contribuir a prevenir factors de risc existents i a augmentar l'eficàcia de les estratègies individuals i col·lectives d'afrontament.

Un lideratge saludable i eficaç pot amortir l'impacte negatiu dels factors de risc psicosocial mitjançant, per exemple:

- una redistribució més equitativa de les càrregues de treball,
- la promoció de la participació i la incorporació de pràctiques d'escolta activa,
- el disseny d'estratègies de motivació adaptades a les necessitats reals de l'equip,
- l'adopció d'hàbits quotidians de reconeixement i suport emocional,
- la millora dels circuits de comunicació interna, etc.

2) Existeix una diferència significativa entre com els responsables d'equips de persones perceben el seu propi estil de lideratge i com aquest és percebut pels seus equips. Aquesta discrepància, detectada de manera sistemàtica en totes les dimensions del model LIDERA R3.0, ha de ser abordada mitjançant estratègies integrals, que incloguin accions comunicatives, formatives, mecanismes d'avaluació i feedback continu i, sobretot, una aposta institucional per un lideratge més humà i relacional.

L'enfortiment del lideratge no es pot limitar a la capacitat tècnica ni al desenvolupament d'habilitats genèriques. Cal implementar estratègies específiques de formació emocional i ètica, d'escolta activa i de gestió del conflicte, així com promoure mecanismes de retroalimentació bidireccional, espais de diàleg organitzatiu i plans de mentoring estructurats.

3) En conjunt, les dades reflecteixen que l'estil de lideratge predominant en molts centres sanitaris no respon adequadament a les necessitats dels equips en contextos d'alta exigència psicosocial. Les dimensions del lideratge resilient (gestió proactiva, lideratge emocional, ètica en la presa de decisions, comunicació i reconeixement) apareixen debilitades, fet que limita la capacitat dels equips per afrontar l'estrès laboral i incrementa la vulnerabilitat davant la sobrecàrrega, la inequitat i la pressió emocional.

La informació obtinguda en aquest projecte aporta una base sòlida per dissenyar programes de desenvolupament de competències de lideratge i identificar indicadors de seguiment del seu impacte, especialment en els entorns amb major vulnerabilitat psicosocial.

La revisió de bones pràctiques (metaanàlisi del capítol 2) destaca la importància d'enfortir el lideratge mitjançant formació ètica i emocional, mentoring i sistemes de retroalimentació. Aquestes recomanacions coincideixen amb les línies de millora suggerides pels mateixos participants i són coherents amb les necessitats detectades a través del LIDERA 360°.

Finalment, cal destacar que el lideratge no s'exerceix en el buit, sinó que està influït per condicions estructurals i organitzatives com l'autonomia, els recursos disponibles o el reconeixement institucional. Per tant, la transformació del lideratge requereix també transformacions organitzatives que el facin possible.

5.4. CLAUS PER A UN LIDERATGE SALUDABLE I RESILIENT

Els resultats del projecte permeten identificar algunes línies clares d'actuació per reforçar el lideratge com a motor de millora de les condicions de treball i de la salut psicosocial en el sector sanitari:

- Revisar el perfil i les funcions dels responsables i dels càrrecs intermedis. La forta discrepància entre l'autopercepció dels líders i la visió dels seus equips posa de manifest la necessitat de revisar el rol que exerceixen els comandaments intermedis i directius en la creació d'entorns segurs, motivadors i emocionalment saludables, així com la manera com aquest rol es transmet i es fa visible als equips. Això requereix incorporar mecanismes de feedback bidireccional i d'avaluació contínua.
- El desenvolupament del lideratge no es pot limitar a la formació tècnica. És imprescindible acompanyar els responsables d'equips de persones en processos de reflexió i apostar per programes específics de desenvolupament de competències transversals, emocionals, ètiques i relacionals, que incloguin habilitats d'escolta activa, gestió del conflicte, comunicació, reconeixement i cura del benestar propi i de l'equip.

En el Manual de Recursos i Bones Pràctiques desenvolupat en el marc del present projecte, s'inclouen, entre d'altres, recomanacions i propostes d'intervenció amb mesures específiques relacionades amb el lideratge saludable, com ara programes de formació en lideratge emocional i

ètic, sistemes de mentoring i coaching, millora de la comunicació i del feedback organitzatiu, protocols d'escolta activa i prevenció del burnout en responsables d'equips, etc.

- Així mateix, és clau integrar el lideratge en les estratègies de prevenció de riscos psicosocials, reconeixent-lo explícitament com una funció preventiva. Això implica incorporar-lo als plans de prevenció, als sistemes d'avaluació i als indicadors de seguiment del benestar organitzatiu.
- Incorporar mecanismes visibles, coherents i consistents de reconeixement del lideratge com una funció clau de la salut organitzativa, i no únicament operativa.
- Establir sistemes d'avaluació i retroalimentació participatius que permetin aflorar les opinions de totes les persones dels equips i treballar a partir d'experiències i evidències reals.

Perquè aquest lideratge saludable sigui possible, cal el suport institucional i una cultura que valori també la cura de les «persones professionals» del sistema sanitari, aportant els recursos suficients perquè les condicions organitzatives siguin coherents amb aquests principis.

Un lideratge eficaç pot reduir de manera significativa l'impacte negatiu d'aquestes demandes mitjançant accions quotidianes que no requereixen grans inversions, però sí un canvi d'enfocament: anticipar dificultats, ajustar càrregues, facilitar la participació de l'equip, promoure espais de comunicació real, reconèixer l'esforç i mostrar un interès genuí pel benestar de les persones.

Així mateix, el lideratge exerceix un paper central en la prevenció secundària i terciària de l'estrès i el burnout. La creació d'un entorn de confiança, la detecció precoç de senyals de sobrecàrrega o malestar emocional, la intervenció primerenca en conflictes o l'acompanyament emocional en situacions difícils poden marcar la diferència entre un equip que resisteix de manera saludable i un altre en què el desgast es cronifica. Aquestes dinàmiques s'intensifiquen en determinats contextos assistencials, com l'atenció primària i els llocs de treball amb alta exposició relacional i menor suport organitzatiu, on el lideratge adquireix un paper encara més crític com a factor de contenció de l'estrès i del desgast emocional.

L'estudi posa de relleu que les intervencions centrades exclusivament en la persona, com els programes d'autocura o de gestió individual de l'estrès, resulten insuficients si no van acompanyades de canvis reals en l'estil de lideratge i en les dinàmiques organitzatives.

5.5. LIDERAR PER CUIDAR: UNA PRIORITAT ESTRATÈGICA

En síntesi, l'estudi confirma que el lideratge constitueix una palanca estratègica de transformació en el sector sanitari. Un lideratge saludable, ètic i resilient pot actuar com un potent factor protector davant l'estrès i el burnout, millorar la cohesió dels equips i contribuir de manera directa a la sostenibilitat del sistema.

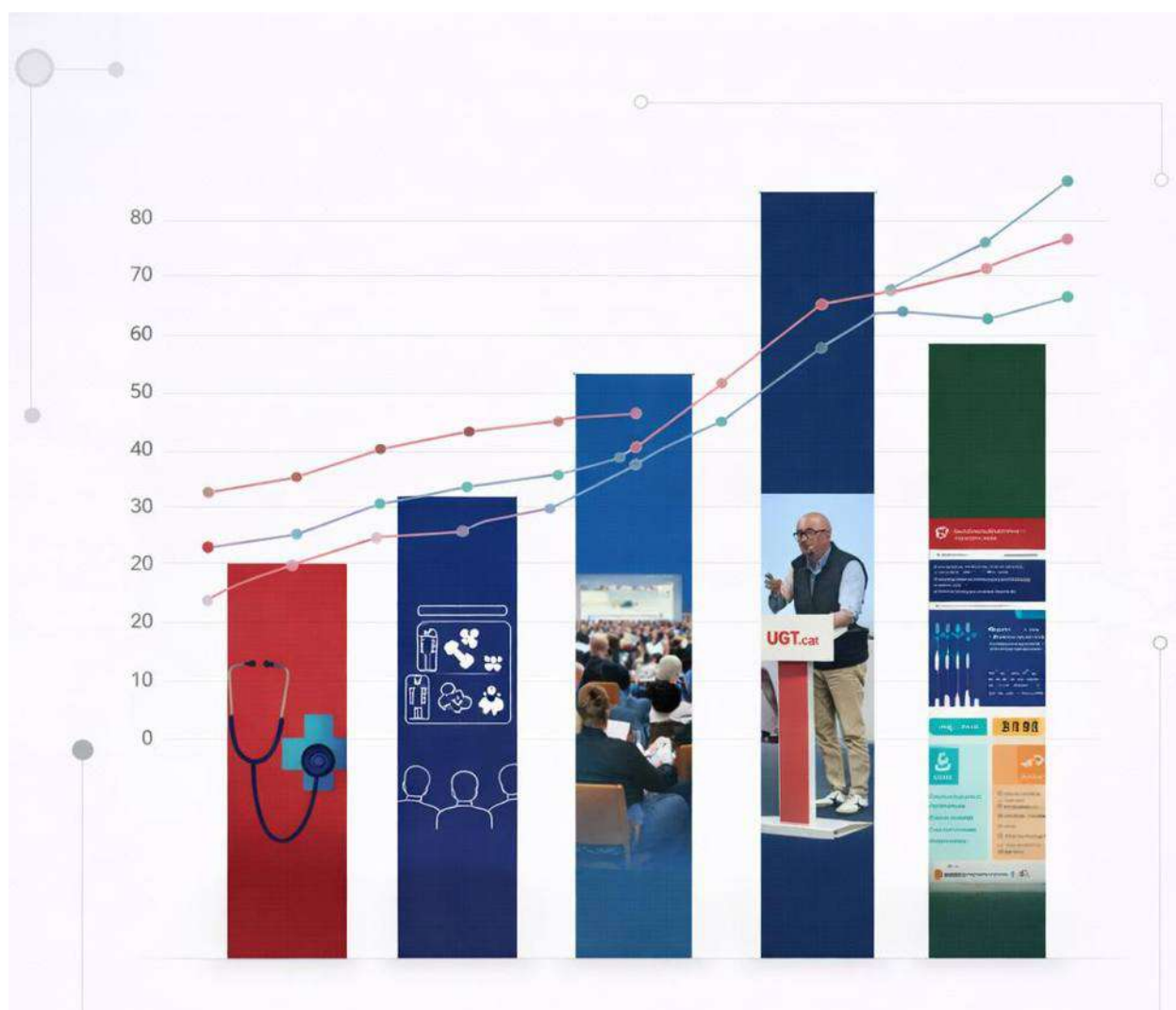
Les dades d'absentisme reforcen aquesta idea, ja que evidencien que una part molt significativa dels professionals (45 %) s'ha absentat de la feina per problemes de salut relacionats amb la seva activitat laboral, acumulant un volum elevat de jornades laborals perdudes. Aquestes xifres mostren amb claredat que l'impacte del malestar psicosocial no és únicament individual, sinó organitzatiu i sistèmic.

Treballar el lideratge és una inversió que impacta directament en la salut dels professionals, en la qualitat de l'atenció i en la capacitat del sistema sanitari per afrontar els reptes presents i futurs. Incorporar aquesta mirada en les polítiques de prevenció i en la gestió quotidiana dels centres sanitaris és una necessitat i ha de ser, avui més que mai, una prioritat ineludible.

En resum, el lideratge ha d'esdevenir una autèntica palanca de transformació organitzativa: un lideratge saludable, ètic i resiliència pot esdevenir un factor protector clau davant el distrès i el burnout, així com un eix articulador de la cultura de la cura i del benestar laboral en el sistema sanitari català.

6 DEL DIAGNÒSTIC A L'ACCIÓ: CONTRIBUIR A MILLORAR LES CONDICIONS PSICOSOCIALS I LA SALUT MENTAL DE LES PERSONES DEL SECTOR SANITARI A CATALUNYA

CUIDAR QUI ENS CUIDA



Sentit i propòsit

Aquest capítol final tanca l'informe resum dels dos anys de treball del projecte Prospecció sobre Riscos Psicosocials, Estrès i Burnout al Sector Sanitari de Catalunya, amb la voluntat d'anar més enllà de la diagnosi i posar l'accent en la continuïtat, la utilitat i la transferència del coneixement generat.

Al llarg del projecte, l'anàlisi rigorosa de la realitat psicosocial del sector sanitari ha permès visibilitzar amb claredat la magnitud i la complexitat dels riscos psicosocials, així com el seu impacte sobre el benestar emocional, la salut mental i la sostenibilitat del sistema. Tanmateix, aquest projecte no s'ha concebut com un exercici merament descriptiu, sinó com una eina al servei de la transformació i la millora de les condicions de treball.

En aquest sentit, el darrer any de projecte ha estat orientat a traslladar els resultats de la recerca a l'acció, mitjançant el desenvolupament de propostes, recursos i materials que facilitin la prevenció dels riscos psicosocials, la sensibilització dels diferents col·lectius i la presa de decisions informades en l'àmbit organitzatiu i institucional.

Aquest capítol recull, per tant, el sentit de continuïtat del projecte, presenta les principals accions de difusió i transferència realitzades, i apunta les línies de futur que considerem prioritàries per consolidar una abordatge desacomplexat, integrat i estratègic de la salut psicosocial en el sector sanitari català.

6.1. DE LA VISIBILITAT DEL PROBLEMA A LA FACILITACIÓ DE SOLUCIONS

La continuïtat del projecte Prospecció sobre Riscos Psicosocials, Estrès i Burnout al Sector Sanitari de Catalunya respon a la necessitat de donar recorregut pràctic als resultats obtinguts en la fase inicial d'anàlisi i diagnosi desenvolupada durant l'any 2024. Els resultats d'aquell estudi van posar de manifest nivells elevats de risc psicosocial, estrès i burnout en diversos col·lectius professionals, així com la influència determinant de factors organitzatius sobre la salut i el benestar dels i les professionals sanitaris.

Davant d'aquesta realitat, el projecte no s'ha plantejat com un exercici tancat, sinó com un procés orientat a generar impacte, transferència i millora real de les condicions psicosocials del sector. Els objectius de la seva continuïtat s'han centrat, d'una banda, a aprofundir en el coneixement generat —mitjançant anàlisis més avançades i una sistematització rigorosa de l'evidència disponible— i, de l'altra, a transformar aquest coneixement en eines útils, accessibles i aplicables en els entorns sanitaris.

Aquest enfocament parteix d'una idea clau: la necessitat d'abordar els riscos psicosocials, l'estrès i el burnout des d'una perspectiva integrada i estratègica, que superi intervencions puntuals o exclusivament individuals i incorpori de manera explícita les condicions organitzatives, els estils de lideratge i els recursos col·lectius com a eixos centrals de la prevenció.

En coherència amb aquest plantejament, la continuïtat del projecte ha donat lloc al desenvolupament de diferents productes i accions orientades a la sensibilització, la prevenció i la promoció del benestar psicosocial: l'ampliació de l'anàlisi estadística dels resultats obtinguts, la sistematització del coneixement científic en formats publicables, l'elaboració d'una Guia de Bones Pràctiques amb orientació clarament aplicada, la producció d'un informe resum divulgatiu i la creació de materials gràfics i accions de difusió adreçades als diferents col·lectius del sector.

Aquest conjunt d'accions reflecteix la voluntat del projecte de contribuir no només a visibilitzar les problemàtiques psicosocials existents, sinó també a facilitar processos de reflexió, presa de decisions i canvi organitzatiu que permetin avançar cap a unes condicions de treball més saludables, sostenibles i alineades amb la cura de la salut mental de qui cuida.

6.2. LA GUIA DE BONES PRÀCTIQUES: DEL DIAGNÒSTIC A L'ACCIÓ

Un dels principals resultats de la continuïtat del projecte ha estat l'elaboració del **Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: riscos psicosocials, estrès i burnout**, concebuda com una eina de transferència del coneixement generat cap a la pràctica quotidiana dels centres i equips sanitaris. La Guia neix com a resposta directa a les necessitats detectades en l'estudi de prospecció de 2024 i a la voluntat explícita d'anar més enllà del diagnòstic, facilitant instruments útils per a la prevenció dels riscos psicosocials, la gestió de l'estrès i la reducció del burnout.

Imatges 1-4: Portada, exemple de continguts i fitxes de la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.



1. Rigor científic: les intervencions seleccionades tenen una base en estudis publicats en revistes científiques revisades per parells. 2. Impacte demostrable: es tracta d'intervencions que han mostrat resultats positius en àrees clau, com la reducció de l'estrès, la millora del benestar laboral o l'augment de l'eficàcia organitzativa. 3. Diversitat d'estratègies: les pràctiques inclouen intervencions dirigides a les condicions de treball, a l'individu i a combinacions d'ambdues, així com estratègies basades en la tecnologia. 4. Aplicabilitat i adaptabilitat: les pràctiques seleccionades són aplicables a diferents contextos del sector sanitari i es poden adaptar a les necessitats específiques de cada organització.	tra de bones pràctiques que es va mostrar en l'informe corresponent. 2. La Guia de bones pràctiques: objectius, continguts i estructura de la guia. 3. Els riscos psicosocials: contextualització de l'estrès i el burnout i els principals factors de risc psicosocials en entorns sanitaris. 4. Estructura de les fitxes: on es mostra el tipus d'intervenció (primària, secundària, terciària) i es categoritza amb etiquetes (factors de risc psicosocials, competències de lideratge, competències personals, tipus d'afrontament), a més de mostrar la descripció de la bona pràctica, els seus objectius i la seva aplicabilitat, així com altres aspectes (implementació, explotació i preguntes clau i conclusions). 5. Bones pràctiques: diferenciades en tres grans blocs, segons el tipus d'intervenció (primària, secundària, terciària). 6. Glossari: definició dels conceptes més rellevants que sorgeixen a les propostes d'intervenció. 7. Bibliografia: referències bibliogràfiques per al disseny de les bones pràctiques. 8. Recursos addicionals: materials, enllaços d'interès, etc. 9. Annexos: bones pràctiques segons tipus d'intervenció; bones pràctiques segons factors de risc psicosocial; metodologia actuacions; tipus d'intervenció; factors de risc psicosocial; competències de lideratge; competències personals; tipus d'afrontament.
---	---

2.3. Estructura de la guia

La guia s'estructura en diversos apartats, que inclouen:

- El Contexte de la Guia:** antecedents i contextualització de la Guia, amb els objectius i resultats i necessitats detectades a l'estudi sectorial de 2024; també la primera mos-

FITXA 06	
PRIMÀRIA	INTRODUCCIÓ DE PERÍODES DE SON PROTEGIT PER A PERSONAL MÈDIC RESIDENT
FACTORS DE RISC PSICOSOCIAL	TORN I HORARI
COMPETÈNCIES LIDERATGE	CONSIDERACIÓ
COMPETÈNCIES PERSONALS	ADAPTACIÓ - APTITUDINA
TIPUS D'AFFRONTAMENT	INDIVIDUAL - COL·LECTIU - PREVENTIU
DESCRIPCIÓ	La intervenció consisteix a establir un període de son protegit durant les guardies nocturnes del personal mèdic resident. Es defineix un horari concret de descans per permetre als professionals dormir i millorar així la seva salut i rendiment laboral. El "son protegit" no és només una mesura de descans, sinó una estratègia organitzativa de prevenció primària que redueix errors, augmenta la concentració i reforça una cultura de cura mútua entre professionals (basat en Shea et al., 2014).
OBJECTIUS	Millorar la salut del col·lectiu mèdic gràcies a una millor qualitat del son: • Millorar la qualitat i quantitat del son durant les guardies. • Reduir l'esgotament i augmentar la capacitat de resposta en torns nocturns. • Integrar el descans com a part de la política preventiva i de qualitat assistencial.
APLICACIÓ	COL·LECTIU: Personal mèdic que realitza guardies nocturnes.
	EFICÀCIA: Participants: Reducció significativa dels nivells d'esgotament i millora en la qualitat del son i la concentració. Organització: Millora de la qualitat assistencial i del rendiment general dels residents.
	DIFÍCULTAT: Moderada. Requereix reorganització dels torns i coordinació entre l'equip.
	COST: Baix, no implica recursos materials significatius.
	DURADA: Mig termini: Pot avaluar-se a partir de 3 mesos d'implementació.
	IMPLICACIÓ DIRECCIÓ: Alta. Necessària per dissenyar torns adequats i donar suport a la implementació.
	CONTEXT: Entorns hospitalaris, especialment en unitats amb alta exigència de guardies nocturnes.

IMPLEMENTACIÓ Pasos: 1. Planificació i disseny del sistema. • Revisió de la distribució actual de guardies i la disponibilitat de personal. • S'estableix un període de descans obligatori de 12:30 a 5:30 h durant les guardies nocturnes i s'estableix protocols de cobertura. • Cal assignar tasques a altres membres de l'equip per cobrir l'atenció durant el període de descans, amb indicacions clares sobre quan despertar el resident en casos d'emergència. • És important informar i formar els equips sobre el propòsit i les normes del programa. 2. Implementació i adaptació • Es recomana la implementació del sistema de descans durant 3 mesos com a prova pilot en un o més serveis. • Es designa un responsable per torn (supervisor/a o adjunt/a) per garantir el compliment i coordinar incidències. • Cal recollir dades diàries: hores reals de son, incidències, valoració de la càrrega i qualitat assistencial. 3. Seguitament i avaluació de l'impacte. • S'analitzen resultats amb indicadors de son, salut, rendiment, esgotament i satisfacció personal mèdic resident. • Cal ajustar el model segons volum d'activitat i disponibilitat de personal. • Es formalitza el "son protegit" com a mesura estructural dins dels protocols de guardia i docència. Requisits clau: • Compromís ferm de la direcció mèdica i dels caps de servei. • Coordinació entre Recursos Humans, Prevenció i Docència. • Comunicació clara dels beneficis per al personal i per a la seguretat del pacient. • Planificació dels torns per garantir una cobertura adequada durant el període de descans. • Formació de l'equip per gestionar l'atenció durant aquest període. • Supervisió periòdica del compliment i suport als equips. EXPLOTACIÓ I PREGUNTES CLAU • El personal mèdic resident percep una millora real en la seva salut i rendiment? • La qualitat assistencial es veu afectada per la manca de descans del personal mèdic? S'han reduït els errors o les incidències durant les guardies? • Tenim capacitat, amb el personal disponible, per reorganitzar els horaris de les guardies i donar un servei adequat a les persones usuàries? • Pot aquesta mesura integrar-se de manera permanent i replicar-se en altres unitats? • L'organització garanteix el compliment efectiu del període de descans? CONCLUSIONS Aquest redisseny d'horaris és una estratègia efectiva per millorar la qualitat del son i reduir l'esgotament en personal mèdic resident. El "son protegit" representa un canvi cultural cap a una organització més saludable i segura, que reconeix el descans com un element essencial de la pràctica mèdica. És especialment útil en contextos on les llargues jornades laborals afecten el benestar i el rendiment dels professionals. Requereix compromís institucional i seguiment continu, però és una inversió amb un alt retorn en salut, eficiència i sostenibilitat del sistema sanitari.	11
--	-----------

La Guia s'ha dissenyat amb una orientació clarament aplicada, pensada per a ser utilitzada per professionals sanitaris, responsables d'equips, serveis de prevenció i agents socials, tant en l'àmbit assistencial com no assistencial. No pretén ser un manual tancat ni exhaustiu, sinó una referència flexible i adaptable, que permeti inspirar, dissenyar i implementar solucions ajustades a les diferents realitats organitzatives del sector sanitari català.

Des del punt de vista conceptual i operatiu, la Guia estructura les bones pràctiques segons tres grans criteris:

- el **nivell d'intervenció** (individual, col·lectiu i organitzatiu),
- el **tipus d'intervenció** (primària, secundària i terciària),
- i els **factors de risc psicosocial** als quals donen resposta.

Aquesta estructura respon a un plantejament alineat amb la normativa de prevenció de riscos laborals i amb l'evidència científica disponible, prioritzant les intervencions de caràcter preventiu i organitzatiu, sense obviar la importància del desenvolupament de recursos personals i col·lectius.

La Guia, juntament amb totes les bones pràctiques que incorpora, està disponible **de manera gratuïta al web d'UGT Catalunya**, amb l'objectiu de facilitar-ne l'accés, la difusió i l'ús per part de tots els agents implicats en la millora del benestar psicosocial en el sector sanitari.

Relació de bones pràctiques incloses a la Guia

La Guia recull un conjunt ampli i divers de bones pràctiques estructurades en funció del tipus d'intervenció, que aborden tant les condicions de treball com els recursos individuals i col·lectius. A continuació es presenta una relació sintètica de les bones pràctiques incloses, amb una breu descripció orientativa del seu contingut i finalitat (veure les taules 14, 15 i 16).

Valoració de la utilitat de les bones pràctiques per part dels professionals

En el marc de la Jornada de difusió "Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català", celebrada a Barcelona el 20 de novembre de 2025, es van dur a terme dues dinàmiques participatives mitjançant l'aplicació Slido, amb l'objectiu de recollir la percepció directa dels i les professionals assistents sobre la utilitat pràctica de les bones pràctiques incloses a la Guia.

En ambdues dinàmiques es va demanar als participants que seleccionessin les tres bones pràctiques que consideraven més útils per millorar les condicions psicosocials de la seva àrea, departament, empresa o institució, diferenciant entre:

- bones pràctiques d'intervenció primària (sobre les condicions de treball), i
- bones pràctiques d'intervenció secundària i terciària (orientades al desenvolupament de recursos i a la reducció de l'impacte de l'estrès i el burnout).

Taula 14: Relació de bones pràctiques d'intervenció primària incloses en la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.

BONES PRÀCTIQUES (INTERVENCIÓ PRIMÀRIA)	
1.	Redisseny de càrregues laborals en equips sanitaris Reorganització dels equips d'atenció primària per equilibrar la càrrega assistencial i reduir la pressió emocional i millorar la qualitat assistencial.
2.	Redisseny de càrregues i desenvolupament professional en infermeria Reconfiguració de les càrregues laborals en infermeria i promoció del desenvolupament professional per millorar la gestió de la demanda laboral i les condicions de treball.
3.	Gestió de càrregues de treball Control de la sobrecàrrega quantitativa i mental mitjançant la distribució racional de les tasques, incloent-hi pauses per reduir la fatiga i minimitzar errors.
4.	Millora de processos per a la qualitat del treball en professionals d'infermeria Anàlisi dels processos de treball dels professionals d'infermeria i a analitzar que contribueixen a problemàtiques per implementar canvis adreçats a la seva millora.
5.	Canvi en la cultura organitzacional: Promoció de pràctiques saludables Transformació de la cultura organitzacional mitjançant accions per fomentar el suport social, la comunicació oberta i el reconeixement en l'entorn laboral.
6.	Introducció de períodes de son protegit per a personal mèdic resident Implantació d'un període de son protegit durant les guàrdies nocturnes del personal mèdic resident per millorar la seva salut i rendiment laboral.
7.	Optimització dels registres mèdics electrònics i processos digitals Ús de la tecnologia per millorar l'eficiència laboral, reduir el tecnostress i optimitzar processos digitals com els registres mèdics electrònics (RME).
8.	Gestionant el canvi Implementació d'un procediment estratègic que faciliti la presa de decisions davant de transformacions internes i externes que afecten l'organització.
9.	Disseny i enfortiment del pla de formació de les persones treballadores Implementació d'un pla de formació estratègic i coherent amb les necessitats de l'organització i les persones que en formen part.
10.	Gestió del treball per torns Reducció de la fatiga i millora de la salut, el descans i la seguretat dels/de les treballadors/es nocturns mitjançant un sistema organitzat de treball per torns.
11.	Pla d'acollida i d'actualització del lloc Disseny dels processos d'acollida i d'actualització del lloc per garantir una integració fluida, segura i motivadora del personal dins l'organització.
12.	Claredat del rol Definició, actualització i difusió dels perfils de lloc per garantir un exercici professional coherent, eficient i alineat amb els objectius organitzacionals.
13.	Ajust de rols i funcions per millorar la percepció del control i l'eficàcia laboral Definició participativa del lloc de treball, a través de la reflexió i l'acció, per augmentar la satisfacció i l'autonomia.
14.	Ajustament persona i lloc de treball Identificació d'oportunitats de desenvolupament professional i optimització de la distribució de rols dins dels equips, així com reubicacions internes o promocions.
15.	Enriquiment dels llocs de treball Reducció de tasques rutinàries, monòtones o controlades externament mitjançant el sentit i la varietat de tasques i el desenvolupament d'habilitats i autonomia.
16.	Gestió de pauses Facilitació del descans físic i mental necessari durant la jornada laboral, reduint la fatiga i augmentant la concentració, la motivació i la seguretat.
17.	Participació efectiva a l'equip Implementació de la participació real en decisions i millora contínua, reconeixent el valor de l'aportació dels professionals.
18.	Feedback i reconeixement Creació d'una nova cultura de la comunicació oberta i contínua, on el reconeixement sigui una pràctica habitual de lideratge i desenvolupament professional.
19.	Més conciliació Promoció d'un equilibri real entre les necessitats personals, familiars i professionals de la plantilla, reconeixent la diversitat de situacions personals.
20.	Desconnexió digital Foment d'una cultura que posi en el centre l'equilibri entre la vida laboral i personal, evitant la hiperconnectivitat, el teletreball extensiu i la disponibilitat constant.
21.	Implementació de la modalitat de teletreball Implementació d'una cultura basada en la flexibilitat, la conciliació i la sostenibilitat laboral, amb una millora en la gestió del temps i la reducció dels desplaçaments.
22.	Millora participativa de les condicions psicosocials Participació activa del personal en la detecció, anàlisi i resolució dels factors de risc psicosocials presents a l'organització.
23.	Rol de les caps i dels caps en la prevenció i gestió de l'estrès Integració de la prevenció de l'estrès dins del lideratge, reforçant el paper clau dels comandaments en la prevenció de l'estrès.
24.	Millora de la comunicació organitzacional Consolidació d'una comunicació més clara, fluida i participativa entre tots els nivells de l'organització, fomentant la proximitat entre direcció, comandaments i personal.

Taula 15: Relació de bones pràctiques d'intervenció secundària incloses en la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.

BONES PRÀCTIQUES INTERVENCIÓ SECUNDÀRIA	
25.	Formació en prevenció i gestió de conflictes Desenvolupament d'habilitats de comunicació, gestió de conflictes i gestió emocional per millorar les relacions interpersonals dins dels equips i amb pacients.
26.	Millora en les relacions personals Desenvolupament de la comunicació assertiva, empàtica i respectuosa entre comandaments i persones treballadores.
27.	Intervencions educatives i mentoring per al desenvolupament personal i professional Foment de l'autoconeixement, la gestió emocional i el desenvolupament d'habilitats on una persona amb experiència acompanya una altra en el seu procés de creixement.
28.	Desenvolupament d'estratègies d'afrontament Prevenció de l'aparició de trastorns emocionals gràcies al desenvolupament de tècniques de mindfulness aplicables fàcilment en el dia a dia laboral.
29.	Promoció del suport social Creació i consolidació de vincles socials positius entre la plantilla per reduir l'estrès, fomentar el sentiment de pertinença i millorar la salut emocional.
30.	Aprofitament integral de les habilitats i destreses individuals Reconeixement i posada en valor de les habilitats, interessos i competències personals que sovint queden fora de les seves responsabilitats professionals.
31.	Servei d'assistència psicosocial Implementació d'un programa professionalitzat, confidencial i voluntari per oferir assessorament, orientació i suport a les persones treballadores.
32.	Foment d'estils de vida saludable Increment de comportaments saludables mitjançant activitats que promouen l'autocura i el benestar general (alimentació equilibrada, activitat física regular i higiene del son).
33.	Desenvolupament i enfortiment de la resiliència a l'ambient laboral Adaptació positiva a situacions adverses i recuperació a esdeveniments estressants gràcies al desenvolupament d'habilitats personals i col·lectives.
34.	Promoció de la salut mental i prevenció del trastorn mental a la feina Incorporació de la salut mental dins de les polítiques de promoció de la salut a l'organització amb la detecció precoç de símptomes i l'accés ràpid a l'atenció professional.

Taula 16: Relació de bones pràctiques d'intervenció terciària incloses en la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.

BONES PRÀCTIQUES INTERVENCIÓ TERCIÀRIA	
35.	Grups de suport emocional per a la reducció de l'estrès laboral i el burnout Creació de grups on els professionals poden compartir experiències, expressar emocions i rebre suport mutu.
36.	Tècniques de relaxació per a la reducció de l'estrès i millora del benestar emocional Incorporació de tècniques de relaxació com la respiració conscient, la relaxació muscular progressiva, la visualització guiada i el mindfulness en el dia a dia.
37.	Tècniques cognitiu-conductuals per a la gestió de l'estrès i el burnout Identificació de patrons de pensament negatius o distorsionats i substituir-los per interpretacions més realistes i adaptatives.
38.	Tècniques per a la dessensibilització sistemàtica davant situacions d'ansietat Intervenció orientada a reduir les respostes d'ansietat davant de situacions percebudes com amenaçadores o estressants.
39.	Atenció a crisi i primers auxilis psicològics Intervenció inicial que inclou l'escolta activa, la contenció emocional i la derivació si cal davant de crisis imprevistes i d'intens impacte emocional.
40.	Prevenició del consum de substàncies psicoactives i d'alcohol Programa integral per a la prevenció del consum de substàncies psicoactives i d'alcohol dins de les polítiques de salut laboral i benestar emocional.

En les dinàmiques van participar (van votar a través del seu telèfon mòbil) 59 persones assistents a la Jornada. Els resultats mostren un patró clar i coherent amb les conclusions del projecte de prospecció: els i les professionals identifiquen com a especialment útils aquelles bones pràctiques que actuen sobre les causes organitzatives de l'estrès, sense deixar de valorar la importància dels recursos de suport individual i col·lectiu.

En l'àmbit de les intervencions primàries, destaquen especialment:

- la gestió de càrregues de treball, com a mesura clau per reduir la sobrecàrrega i la pressió assistencial;
- la claredat del rol, vinculada a la necessitat de definir funcions, responsabilitats i expectatives de manera més precisa;
- les accions orientades al feedback i el reconeixement, la participació efectiva dels equips i la millora de la conciliació, totes elles relacionades amb el reconeixement, el control i la qualitat de les relacions laborals.

Aquestes preferències reforcen la idea que el malestar psicosocial no es pot abordar només des de l'individu, sinó que requereix canvis estructurals en l'organització del treball, en els processos i en els estils de lideratge.

Pel que fa a les intervencions secundàries i terciàries, les opcions més valorades pels participants van ser:

- la promoció de la salut mental i la prevenció del trastorn mental a la feina;
- la implementació de serveis d'assistència psicosocial accessibles i confidencials;
- la formació en prevenció i gestió de conflictes, com a eina per millorar les relacions interpersonals i reduir tensions en els equips.

Taula 17: Resultats de les dinàmiques grupals amb Slido: relació de la 10 pràctiques que van obtenir més vots.

Bones pràctiques	n. de vots	N	Percentatges
3. Gestió de càrregues de treball	32	56	57%
34. Promoció de la salut mental i prevenció del trastorn mental a la feina	31	59	53%
31. Servei d'assistència psicosocial	27	59	46%
25. Formació en prevenció i gestió de conflictes	24	59	41%
12. Claredat del rol	19	56	34%
13. Ajust de rols i funcions per millorar la percepció del control i l'eficàcia laboral	14	56	25%
1. Redisseny de càrregues laborals en equips sanitaris	13	56	23%
26. Millora en les relacions personals	13	59	22%
35. Grups de suport emocional per a la reducció de l'estrès laboral i el burnout	13	59	22%
39. Atenció a crisi i primers auxilis psicològics	11	59	19%

Aquests resultats posen de manifest la necessitat de complementar les mesures preventives en origen amb recursos de suport que permetin detectar precoçment el malestar, acompanyar els professionals i reduir l'impacte de l'estrès i el burnout quan ja s'han manifestat.

La valoració realitzada pels i les professionals assistents aporta un element de gran valor al projecte: confirma que les bones pràctiques recollides a la Guia responen a necessitats percebudes com a reals, urgents i aplicables en els entorns sanitaris. Alhora, reforça el plantejament del projecte de prioritzar una estratègia integral, que combini intervencions organitzatives, col·lectives i individuals, amb un clar èmfasi en la prevenció primària.

En aquest sentit, creiem que la dinàmica participativa no només ha servit per validar el contingut de la Guia, sinó també per generar reflexió col·lectiva i facilitar que els professionals s'identifiquin com a agents actius en la millora de les condicions psicosocials del sector sanitari.

6.3. ACCIONS I MATERIALS DE SENSIBILITZACIÓ I DIFUSIÓ DEL PROJECTE

La continuïtat del projecte ha incorporat, de manera destacada, un conjunt d'accions de sensibilització, difusió i transferència del coneixement, amb l'objectiu de fer accessibles els resultats de l'estudi i les propostes d'actuació als diferents col·lectius del sector sanitari.

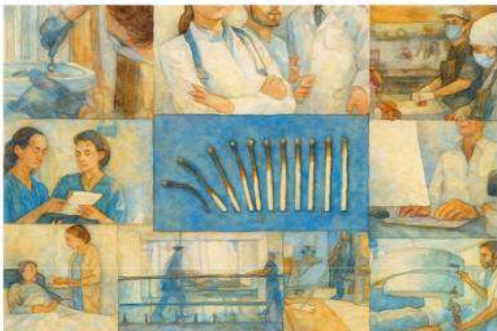
Aquestes accions responen a la convicció que la millora de les condicions psicosocials no depèn únicament de la generació d'evidència, sinó també de la capacitat de comunicar-la, compartir-la i activar processos de reflexió col·lectiva en els entorns professionals i institucionals.

Jornada de difusió: *Cuidar qui ens cuida*

Una de les principals accions de difusió ha estat la jornada, que hem citat en l'apartat anterior, "**Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català**", celebrada el 20 de novembre de 2025 a Barcelona. Aquesta jornada va permetre presentar de manera integrada els resultats del projecte, aprofundir en la comprensió dels riscos psicosocials i generar un espai de debat i intercanvi entre professionals, representants sindicals, responsables institucionals i experts acadèmics.

Imatge 5: Programa de la jornada "Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català"

Jornada
Cuidar qui ens cuida:
riscos psicosocials, estrès i burnout
al sector sanitari català



dijous, **20 de novembre de 2025**, de 9-14 h
Sala de les Brigades Internacionals
Seu de la UGT de Catalunya
Rambla Sta. Mònica, 10, 08002 Barcelona

Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català

Amb aquesta jornada, UGT de Catalunya vol presentar els resultats de l'estudi sobre riscos psicosocials, estrès, burnout i bones pràctiques al sector sanitari de Catalunya, una iniciativa que veníem fent any passat i que continuem aquest any amb noves accions i línies de treball.

L'objectiu principal d'aquest projecte és actualitzar i aprofundir en el coneixement de la situació psicosocial de les treballadores i els treballadors del sector sanitari, tot identificant els factors de risc més freqüents i les estratègies d'afrontament que el personal utilitza per fer front a les dificultats derivades de la seva tasca professional.

L'estudi es fonamenta en una enquesta exhaustiva a la qual van respondre més de 3.200 professionals de centres d'atenció sanitària de tot Catalunya. Aquest qüestionari, elaborat amb l'ajut de Mònica, recull informació sobre diversos aspectes del treball: qualitat de les característiques dels llocs de feina, les tasques desenvolupades, les condicions organitzatives, el lideratge, les relacions interpersonals, així com indicadors de símptomes d'estrès i burnout, i les estratègies més habituals d'afrontament.

A més dels resultats de l'enquesta, l'estudi incorpora l'anàlisi qualitativa obtinguda a través de grups de discussió amb professionals del sector i d'una revisió bibliogràfica exhaustiva d'experiències i bones pràctiques, tant a nivell nacional com internacional. Tot aquest treball ha permès elaborar un catàleg de bones pràctiques que recull iniciatives efectives per millorar el benestar emocional, reduir el desgast professional i afavorir entorns laborals saludables.

En el marc d'aquesta jornada, UGT de Catalunya presentarà també una guia pràctica adreçada a delegades i delegats de prevenció així com al conjunt del personal sanitari amb recomanacions i recursos per identificar, prevenir i gestionar els riscos psicosocials. Aquesta guia es complementa amb material divulgatiu orientat a sensibilitzar, informar i promoure la cultura preventiva en els centres de treball.

Amb aquest projecte, UGT de Catalunya reafirma el seu compromís amb la seguretat i la salut laboral i el benestar del personal sanitari, impulsant eines i propostes que contribueixin a millorar les condicions de treball, la salut mental i la qualitat del servei públic de salut.

Aquesta iniciativa vol ser una aportació útil i transformadora per a tot el sector, posant el focus en allò que és essencial: *cuidar qui ens cuida*.

Programa

09.15 Acreditació d'assistència

09.30 Presentació. Camil Ros, secretari general UGT de Catalunya

09.40 Presentació del projecte. Mamen Márquez, OITPRL i Fernando Cobano, responsable de seguretat i salut de serveis sanitaris i sociosanitaris UGT-SP de Catalunya

09.50 «Riesgos psicosociales y síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el sector sanitario como colectivo de riesgo»
Pedro Gil-Monte. Catedrático de Psicología Social. Universidad de Valencia

10.30 «Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales del sector sanitario de Catalunya»
Pedro Gil-Monte. Miembro de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO), Universidad de Valencia.

10.50 Torn de preguntes
Modera: Reyes Solaz, secretària nacional i responsable de salut laboral UGT Catalunya

11.10 Pausa-café

11.40 Presentació de resultats de l'estudi. José Francisco Martínez-Losa, director d'Audit & Control Estrès

12.10 Propostes d'actuació sindical. José Manuel Domínguez, secretari del sector Salut d'UGT-SP Catalunya

12.40 Torn de preguntes
Modera: F. Xavier Borràs, responsable de salut laboral i medi ambient UGT-SP de Catalunya

13.00 Presentació del Manual de recursos i bones pràctiques. Dinàmica interactiva. Xavier Penella i José Francisco Martínez-Losa, Audit & Control Estrès.

13.45 Cloenda. Reyes Solaz, secretària nacional, UGT de Catalunya i Pilar González, secretària de política sindical de UGT-SP de Catalunya.

Imatges 6 -10: Jornada “Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català”.



Fila superior d'esquerra a dreta: (i6) Participants; (i7) Cami Ros (secretari general UGT de Catalunya); (i8) Dr. Pedro R. Gil-Monte (Catedràtic de Psicologia Social. Universitat de València; Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional, UNIPSIICO); (i9) Participants; (i10) d'esquerra a dreta fila superior: Antonio Peña (Audit & Control Estrès), Xavier Peralta (Audit & Control Estrès), F. Xavier Borrajo (responsable de salut laboral i medi ambient UGT-SP de Catalunya), Eduard Salvador (OTPRL d'UGT de Catalunya), José Manuel Domínguez (secretari del sector Salut d'UGT SP Catalunya), Fernando Cobano (responsable de seguretat i salut de serveis sanitaris i sociosanitaris UGT-SP de Catalunya); fila inferior: Pilar González (secretària de política sindical de UGT-SP de Catalunya), J. Francisco Martínez-Losa (Audit & Control Estrès), Reyes Solaz (secretària nacional, UGT de Catalunya), Dr. Pedro R. Gil-Monte (UNIPSIICO, UV), Pedro Gil-LaOrden (UNIPSIICO, UV), Mamén Márquez (OTPRL d'UGT de Catalunya), Manel Fidalgo (Director del Departament de Condicions Psicosocials i de l'Organització en el CNCT de Barcelona del INSST).

El programa de la jornada va combinar aportacions científiques de referència sobre el burnout en el sector sanitari, la presentació dels resultats de l'estudi de prospecció i la formulació de propostes d'actuació, culminant amb la presentació del **Manual de recursos i bones pràctiques** i la realització de la dinàmica participativa orientada a valorar la seva utilitat pràctica.

Aquesta acció va reforçar el caràcter col·lectiu i aplicat del projecte, posant l'accent en la necessitat de passar del diagnòstic a la intervenció i de situar la salut psicosocial com una prioritat estratègica del sistema sanitari.

Difusió en espais científics i professionals

Paral·lelament, el projecte ha tingut i tindrà presència en congressos (com Prevencionar 2025), jornades professionals i publicacions científiques i divulgatives, amb l'objectiu de transferir els resultats i les conclusions a diferents nivells: acadèmic, professional i institucional. Aquest esforç permet ampliar l'impacte del projecte, contribuir al debat sobre els riscos psicosocials en el sector sanitari i reforçar la base d'evidència per a la presa de decisions en matèria de salut laboral.

Materials gràfics i divulgatius: fer visible l'invisible

Un altre element central de la difusió del projecte ha estat el desenvolupament de materials gràfics i divulgatius, en forma d'infografies i pòsters, dissenyats per comunicar de manera clara i accessible els principals resultats de l'estudi i les línies d'actuació proposades.

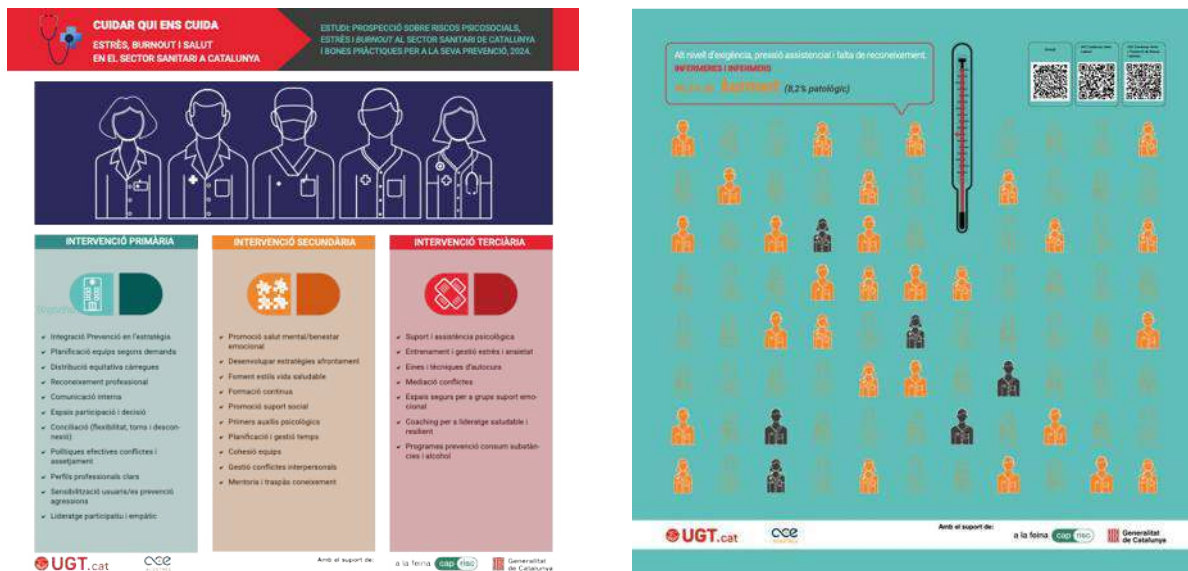
Imatges 11 -12: Mostra d'infografies i material gràfic del projecte.



Aquests materials presenten, de manera visual, els principals riscos psicosocials identificats, el seu impacte sobre la salut i el benestar dels professionals i un conjunt de mesures agrupades segons tres àmbits d'intervenció: organització, recursos i cura, així com segons el nivell d'intervenció primari, secundari i terciari. A més, s'han elaborat pòsters específics per a diferents col·lectius professionals, com infermeria, personal mèdic, tècnics en cures auxiliars d'infermeria i personal administratiu, facilitant una lectura ajustada a les seves realitats i necessitats específiques.

Aquest conjunt de materials contribueix a fer visible una problemàtica sovint invisibilitzada, a sensibilitzar sobre la magnitud dels riscos psicosocials i a oferir missatges clars sobre què es pot fer per millorar les condicions de treball i la salut mental en el sector sanitari.

Imatges 13 -14: Mostra d'infografies i material gràfic del projecte.



6.4. APRENENTATGES, DESITJOS I PRÒXIMS PASSOS

Arribats a aquest punt del projecte, i després de dos anys de treball intens d'anàlisi, contrast, debat i transferència, es fa necessari mirar enrere per identificar els principals aprenentatges, però sobretot mirar endavant per definir què ens agradaria que arribés al sector sanitari català en matèria de salut psicosocial. Aquest apartat vol ser, deliberadament, una “carta als Mags d'Orient”: una síntesi reflexiva del que hem après, del que considerem imprescindible i del que creiem que hauria de guiar els pròxims passos del projecte i de les polítiques de salut laboral.

Un primer aprenentatge compartit és que els riscos psicosocials, l'estrès i el burnout no són fenòmens individuals ni circumstancials, sinó el resultat d'un desequilibri estructural sostingut entre les demandes del treball sanitari i els recursos disponibles. La sobrecàrrega crònica, la pressió emocional, la manca de reconeixement, la inequitat percebuda i els dèficits de suport organitzatiu apareixen de manera sistemàtica com a eixos centrals del malestar, afectant tots els col·lectius professionals i comprometent la sostenibilitat del sistema.

Un segon aprenentatge clau és la normalització del malestar. En molts entorns sanitaris s'ha assumit que el patiment forma part inherent de la professió, alimentant una cultura del sacrifici i de la sobreimplicació que, lluny de ser protectora, incrementa el risc de desgast, problemes de salut i abandonament professional. Trencar aquesta normalització és una condició imprescindible per avançar cap a entorns de treball saludables.

Des d'aquesta perspectiva, el projecte posa de manifest la necessitat d'un canvi de paradigma: passar d'una cultura basada en la resistència individual a una cultura del benestar, la dignitat laboral i la corresponsabilitat organitzativa. Aquest canvi implica actuar de manera decidida sobre les causes del malestar i no limitar-se a respostes reactives o centrades exclusivament en la persona.

En aquest camí, emergeixen amb força diversos àmbits prioritaris d'actuació. En primer lloc, la necessitat de reforçar les intervencions organitzatives i preventives en origen, especialment en relació amb la gestió de la càrrega de treball, la planificació de plantilles, la conciliació i la desconexió digital. En segon lloc, la importància de transformar el lideratge, promovent models més saludables, ètics, propers i participatius, capaços de generar suport, reconeixement i sentit de justícia organitzacional. En tercer lloc, el valor d'incorporar de manera estable espais de participació, escolta i suport emocional, que reforcin el suport social i la cohesió dels equips.

Un altre desig compartit és que les eines desenvolupades en el marc del projecte —especialment la Guia de Bones Pràctiques— no quedin com a documents de referència, sinó que siguin utilitzades, adaptades i avaluades en els centres sanitaris. Això requereix temps, recursos, implicació institucional i mecanismes de seguiment que permetin mesurar l'impacte real de les intervencions i aprendre de la seva implementació.

Finalment, el projecte apunta clarament cap als pròxims passos necessaris per consolidar aquest camí: aprofundir en la recerca amb enfocaments longitudinals, reforçar la transferència del coneixement a través de formació i assessorament, desplegar intervencions pilot amb avaluació rigorosa i continuar sensibilitzant el conjunt del sector sobre la importància estratègica de la salut psicosocial. Tot plegat amb una idea central que travessa tot l'estudi: cuidar la salut no hauria d'implacar posar en risc la pròpia salut.

Un resum de les conclusions de la ponència que José Manuel Domínguez (secretari del sector Salut d'UGT SP Catalunya) va presentar en la Jornada "Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català" serveix per a il·lustrar quines són les principals propostes per a l'actuació sindical que es poden extreure dels resultats i conclusions d'aquest estudi:

Des de la perspectiva sindical, els resultats de l'estudi de Prospecció sobre Riscos Psicosocials, Estrès i Burnout al Sector Sanitari de Catalunya, constitueixen un avís estructural: el sistema es sosté sobre una cultura del sacrifici normalitzat que està tenint un impacte sever i generalitzat sobre la salut mental, el benestar i la sostenibilitat professional de les persones que hi treballen. Els elevats nivells de burnout, la sobrecàrrega crònica, la manca de reconeixement i la feblesa de la prevenció dels riscos psicosocials configuren un problema sistèmic, no individual, que compromet tant la qualitat assistencial com la seguretat de pacients i professionals.

Sota el lema «**treballar en salut no ha de fer mal a la salut**», la visió sindical planteja un canvi de paradigma: avançar des d'una cultura laboral basada en la resistència i la sobreimplicació cap a una cultura del benestar, la dignitat i la corresponsabilitat organitzativa. Aquest canvi exigeix intervenir sobre les causes estructurals del malestar i no limitar-se a respostes pal·liatives o individualitzadores.

Les propostes d'acció sindical s'articulen en diversos eixos estratègics:

- **Dignificació de la càrrega laboral i reforç de plantilles.** Es reclama una revisió profunda de la planificació de recursos humans, amb un increment real de les plantilles, l'establiment de ràtios adequades, el reforç dels torns crítics i una atenció prioritària als serveis d'alta demanda. La sobrecàrrega assistencial i el dèficit de professionals s'identifiquen com l'origen principal del risc psicosocial i del desgast professional.
- **Clarificació de rols i desburocratització.** És imprescindible redefinir de manera clara les competències de cada categoria professional per evitar el conflicte de rol i l'assignació sistemàtica de tasques impròpies. Paral·lelament, es planteja la reducció de la càrrega administrativa mitjançant l'automatització de tràmits, alliberant temps per a les funcions assistencials essencials.
- **Planificació i retenció del talent.** L'envelliment de les plantilles i la lentitud en la formació de nous professionals obliguen a desplegar polítiques actives de retenció, cura del talent existent i planificació del relleu generacional, evitant la pèrdua d'experiència i l'abandonament prematur de la professió.
- **Millora de les condicions laborals i reconeixement professional.** La visió sindical subratlla la necessitat d'una recompensa justa i equitativa a l'esforç realitzat. Això inclou la revisió salarial, l'equiparació de condicions entre l'àmbit públic i el privat, el reconeixement explícit de la feina ben feta, la reclassificació professional i l'accés a modalitats de jubilació parcial o anticipada que facilitin transicions saludables.
- **Transformació del lideratge i gestió de conflictes.** S'identifica el lideratge com un factor crític tant de risc com de protecció. Per aquest motiu, es proposa la formació obligatòria dels comandaments en lideratge resiliat, ètic i saludable, juntament amb sistemes d'avaluació 360° que incorporin la percepció dels equips i mecanismes de supervisió externa i millora contínua.
- **Prevenició real dels riscos psicosocials, seguretat i suport integral.** L'acció sindical exigeix avaluacions rigoroses dels riscos psicosocials, amb un seguiment efectiu i l'aplicació real de les mesures preventives. Així mateix, es planteja el desplegament de programes confidencials i continuats de suport emocional, mesures efectives contra les agressions (protocols de violència zero, protecció de l'anonimat i conseqüències administratives per als agressors), i polítiques clares de conciliació i dret a la desconnexió digital.

En conjunt, aquesta visió sindical interpreta els resultats de l'estudi com un crit d'alerta ineludible: el sistema sanitari es troba al límit, sostingut per la dedicació dels seus professionals, però amb un dèficit estructural de reconeixement, recursos i suport. Des d'UGT Catalunya es planteja l'exigència de convertir aquestes propostes en accions concretes i avaluables, orientades a garantir la dignitat laboral, reforçar les plantilles i desplegar un model integral de prevenció i cura que faci realitat el principi que cuidar la salut no ha d'implacar posar en risc la pròpia salut.

6.5. ACOMPANYAMENT I COMPROMÍS INSTITUCIONAL

La millora de les condicions psicosocials del treball en el sector sanitari català requereix no només diagnòstic i evidència, sinó també acompanyament, assessorament i compromís sostingut per part de les institucions i agents socials implicats. En aquest sentit, UGT de Catalunya i, de manera destacada, la **Oficina Tècnica de Prevenció de Riscos Laborals (OTPRL)**, posen a disposició dels professionals, delegats i delegades de prevenció, equips directius i organitzacions del sector sanitari els recursos necessaris per avançar cap a entorns de treball més segurs, saludables i sostenibles.

L'OTPRL de UGT Catalunya és una eina sindical orientada a la promoció de la seguretat i la salut laboral, mitjançant accions d'informació, assessorament tècnic, divulgació i suport a la implantació efectiva de la normativa de prevenció de riscos laborals. La seva tasca se centra, especialment, en l'àmbit dels riscos psicosocials, facilitant eines i coneixement per abordar-los amb rigor, perspectiva preventiva i impacte real.

Entre els serveis que ofereix l'OTPRL destaquen:

- L'assessorament personalitzat en prevenció, a càrrec d'un equip de tècnics especialitzats en les diferents disciplines preventives i amb un profund coneixement del context sindical i laboral.
- El suport prioritari als delegats i delegades de prevenció, per reforçar el seu paper en la defensa de la salut laboral i el compliment efectiu de la normativa.
- L'elaboració d'informes, documents tècnics, estudis i resolució de consultes en matèria de prevenció de riscos laborals.
- L'assistència tècnica a Comitès de Seguretat i Salut.
- El desenvolupament de xerrades, jornades i accions divulgatives.
- La producció i difusió de materials divulgatius, guies i publicacions especialitzades en salut laboral.

Aquest projecte s'emmarca en el compromís de **UGT de Catalunya, UGT Serveis Públics de Catalunya, la Secretaria de Política Sindical, la Secretaria del Sector Salut i Serveis Sociosanitaris i l'Oficina Tècnica de Prevenció de Riscos Laborals**, amb el suport de la **Generalitat de Catalunya**, per impulsar una prevenció dels riscos psicosocials real, integrada i orientada a la millora de les condicions de treball i del benestar emocional dels professionals sanitaris.

Les persones i institucions impulsores del projecte resten a disposició de totes aquelles organitzacions, equips i professionals interessats a informar-se, assessorar-se o iniciar processos de millora psicosocial, entenent que la salut mental laboral és un element clau per garantir la qualitat assistencial, la sostenibilitat del sistema i la dignitat del treball en l'àmbit sanitari.

6.6. CONCLUSIONS I UNA MIRADA EXPERTA CAP AL FUTUR

L'estudi present confirma, a través d'una àmplia triangulació metodològica, la presència sistemàtica de riscos psicosocials en el sector sanitari català, en línia amb les tendències observades en altres entorns europeus i estatals. L'elevada càrrega emocional, la sobrecàrrega assistencial, la percepció de manca de reconeixement i els dèficits de suport organitzatiu constitueixen eixos centrals del malestar laboral dels i les professionals sanitaris.

Els resultats obtinguts coincideixen amb les troballes de models d'estrès laboral com el model Demandes–Recursos (JD-R; Demerouti et al., 2001; Bakker i Demerouti, 2007) i el model de Desequilibri Esforç–Recompensa (Siegrist, 1996; Siegrist et al., 2009), que assenyalen que un desequilibri persistent entre exigències elevades i recursos escassos condueix al burnout i al deteriorament de la salut. En aquest estudi, tant les dades quantitatives com les qualitatives mostren que el personal assistencial presenta una major exposició als factors de risc, amb un impacte especial en les dones, en les persones que treballen en l'àmbit públic i en els col·lectius amb menor autonomia i reconeixement, com els perfils tècnics, els zeladors o el personal administratiu.

Una troballa especialment significativa és la normalització del malestar emocional i la percepció que «el patiment forma part de l'ofici», fet que pot invisibilitzar la necessitat d'una intervenció preventiva i sostinguda. Aquesta cultura de resignació, unida a lideratges jeràrquics i poc connectats amb les realitats del dia a dia, limita la capacitat d'implementar millores efectives.

En definitiva, es posa de manifest la necessitat urgent d'intervencions organitzatives, com la reducció de la càrrega de treball, la millora del suport institucional i el reconeixement dels esforços del personal sanitari. El desequilibri detectat no només afecta el benestar del personal, sinó que també pot tenir un impacte en la qualitat assistencial del sistema sanitari català.

L'elevada exposició als factors de risc, juntament amb la manca de recursos organitzatius adequats, exigeix avançar cap a polítiques integrades de salut mental laboral.

Entre altres conclusions, destaquem:

- La urgència d'abordar els riscos psicosocials amb un enfocament multinivell, i no únicament des de la responsabilitat individual del professional.
- La necessitat d'enfortir les competències de lideratge saludable, com a eix de transformació cultural als centres.
- La importància de visibilitzar i reconèixer la feina de tots els col·lectius, especialment aquells històricament infravalorats.
- El valor d'incorporar espais de participació, escolta i cura emocional com a part de la rutina organitzativa.
- La rellevància de vincular les mesures preventives a plans estratègics i no només a respostes reactives davant de crisis.

Com a tancament d'aquest informe, hem considerat rellevant recollir la reflexió del professor Pedro R. Gil-Monte, coordinador científic del projecte i una de les veus de referència en l'estudi del burnout i els riscos psicosocials. La seva resposta a una de les preguntes formulades durant la jornada de difusió sintetitza amb claredat la rellevància científica del projecte, l'abast dels resultats i la urgència d'actuar.

Pregunta:

Bon dia i moltes gràcies per la presentació. Em sorgeixen un parell de preguntes de caràcter metodològic. En primer lloc, pel que he entès, la mostra de l'estudi no és aleatòria, sinó que està formada per professionals que han participat de manera voluntària. En quina mesura aquest tipus de mostreig difereix del que s'ha utilitzat en altres estudis amb els quals es comparen els resultats? En segon lloc, pensant especialment en l'estudi de Rochegrès de 2022 a Catalunya, on tot i que el qüestionari és diferent, els resultats són molt diferents, com interpreten vostès aquestes diferències? Creuen que es poden explicar pel tipus de mostra? En el nostre sector sovint se'ns diu que només veiem "la meitat del pastís", la part que més ens interessa veure. Per això el meu dubte és: creuen que amb aquest tipus de mostra estem veient només una part de la realitat o realment estem captant una visió global de la situació del sector? Gràcies.

Resposta:

"Gràcies per la pregunta, perquè és molt interessant. De vegades, quan es presenten resultats d'estudis, hi ha informació metodològica que no sempre es veu i que ajuda molt a interpretar-los correctament.

En primer lloc, aquest estudi és, pel que fa a la mida de la mostra, un dels més importants que s'han fet a Espanya en l'àmbit sanitari. Sincerament, no conec cap altre estudi amb una mostra tan gran i amb una representativitat tan elevada de la població de referència com aquest.

Estem parlant d'una mostra de més de tres mil professionals, amb un nivell de confiança del 95 %, la qual cosa implica un marge d'error reduït. Això vol dir que la mostra s'assembla molt a la població real: si extraguéssim una altra mostra de la mateixa població, els resultats serien molt similars, amb un petit error estadístic assumible. Per tant, sí, els resultats són extrapolables a la població de referència amb garanties.

En aquest sentit, podem dir que tenim una fotografia fixa, fixa en el moment en què es van recollir les dades, del que està passant a la sanitat a Catalunya.

A més, hi ha un altre aspecte fonamental: l'amplitud i la diversitat de la mostra. No només per la mida, sinó per la varietat de perfils professionals, categories laborals i distribució geogràfica. Això és especialment rellevant perquè molts estudis se centren únicament en metges o en infermeria, i no inclouen el conjunt de professionals del sistema sanitari.

Fins i tot en metaanàlisis amplis, excepte alguna excepció que recull l'atenció primària en diferents estudis espanyols, no trobem mostres que s'aproximin, ni de lluny, a la diversitat i magnitud d'aquesta. Per tant, des d'un punt de vista metodològic, la mostra representa de manera molt fidel el que està passant.

I m'atreveixo a dir encara una cosa més: el que estem veient aquí no és només Catalunya. Això és un indicador avançat, una mena de far que ens està dient: «això està passant a tot el sistema sanitari espanyol». La diferència és que aquí s'ha posat sobre la taula; en altres comunitats, probablement, s'estigui ocultant o minimitzant.

No cal anar gaire lluny. Per exemple, a Madrid, la situació podria ser fins i tot pitjor, amb processos de derivació cap a la sanitat privada que agreugen encara més el problema. En definitiva, tenim un problema molt seriós amb les condicions de treball de les persones que treballen en sanitat.

I hi ha un altre punt clau que em sembla fonamental destacar: quan analitzem els predictors, veiem que el principal predictor és la manca de justícia organitzativa. I aquí la pregunta és: què estem fent amb els nostres professionals sanitaris? Durant la pandèmia s'hi van deixar la pell, literalment, i ara no se'ls està reconeixent aquest esforç.

D'això parlem quan parlem de justícia organitzativa. Professionals que creuen en el sistema, que s'impliquen a la seva feina, que posen la seva salut al servei del sistema sanitari —tant a la pública com a la privada—, i que a canvi reben salaris baixos, sobrecàrregues de treball i, en molts casos, manca de suport institucional. Si hi ha un problema, no sempre es dona suport al professional; sovint es prioritza la reclamació del pacient, fins i tot quan el professional té raó.

Tot això és el que ens està dient l'estudi: la gent està malament. Els nivells de burnout que han aparegut són molt elevats. I no només parlem de burnout: a nivell psicosomàtic, els indicadors són igualment preocupants.

I si entréssim en altres conductes —com ja s'està veient als Estats Units—, parlariem de l'augment del consum d'alcohol, tabac, automedicació, i de la necessitat creixent de recórrer a ajuda mèdica perquè ja no es pot més.

Podria continuar parlant d'això fins a l'hora de dinar, perquè realment és un problema d'una magnitud enorme. Però, en fi, no vull allargar-me més. Això ja sembla més un discurs de cloenda que no pas una resposta.”

P.R. Gil-Monte (20 de novembre de 2025)

Ens ha semblat que, finalment, la seva resposta sí que es mereixia que la convertíssim en un discurs de tancament d'aquest resum de l'estudi.

El missatge final és clar i contundent: els professionals sanitaris estan assumint un cost personal i emocional molt elevat, i això té conseqüències tant per a la seva salut com per a la qualitat del sistema. Afrontar aquesta realitat exigeix reconèixer el problema, actuar sobre les causes organitzatives i desplegar estratègies de prevenció reals i sostingudes en el temps.

Amb aquesta mirada experta es tanca aquest informe, reforçant la idea que la prevenció dels riscos psicosocials no és una opció, sinó una prioritat estratègica, i que cuidar la salut de les persones que cuiden és una condició imprescindible per garantir un sistema sanitari just, humà i sostenible.

7 BIBLIOGRAFIA RELACIÓ DE FIGURES, TAULES I IMATGES



BIBLIOGRAFIA

S'inclou tota la bibliografia general del projecte, excepte l'específica de la "Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya".

Baessler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la Escala de Autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.

Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. NY: Freeman, New York, 1997.

Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC). (2021). *El sector salut a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://ctesc.gencat.cat>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>

Fundació Vila Casas & Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la UPF (CCS-UPF). (2023). *Opinió Quiral: La salut mental de los profesionales de la sanidad*. Número 44.1. ISSN: 2013-486X. Depósito legal: B-7834-2009. Disponible en <https://www.fundaciovilacasas.com>.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2023). *Cartera de serveis de l'atenció primària i comunitària*. Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat>

Gil-Monte, P. R. (2011). *Manual del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*. Madrid: TEA Ediciones.

Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.

Gil-Monte, P. R., & Olivares, V. (2011). Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory" in Chilean professionals working to physical disabled people. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 441-451.

Gil-Monte, P. R., & Zúñiga-Cabrera, C. G. (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 371-378.

Gil-Monte, P. R., & Noyola-Cuevas, S. E. (2011). Estructura factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en maestros mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 75-84.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1993). *Unipsico: un método para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo*. Valencia: Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Gil-Monte, P. R. (2016). La Batería UNIPSIPO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de demanda. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(2), 86-94. <https://doi.org/10.12961/aprl.2016.19.02.2>
[SciELO](#)

Gil-Monte, P. R. (2016). La Batería UNIPSIPO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de recursos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(2), 95-102. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-25492016000200003&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com

Gil-Monte, P. R. (2014). El Método UNIPSIPO. En P. R. Gil-Monte (Coord.), *Manual de Psicosociología Aplicada al Trabajo y a la Prevención de los Riesgos Laborales* (pp. 439-448). Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P. R. (2019). *CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual*. TEA Ediciones.

Gobierno de España. (2003). *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios*. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 254, de 23 de octubre de 2003, páginas 37893-37902. Disponible en <https://www.boe.es>.

Institut Català de la Salut (ICS). (2022). *Pla d'ordenació de recursos humans per al període 2022-2026*. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2018). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: Una visión general*. Madrid: INSST. Disponible en: <https://www.insst.es/documents>

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2022). *Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: Impacto de la pandemia por COVID-19*. Madrid: INSST. Disponible en: <https://www.insst.es>

Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. *Basic Books*.

Llorca-Rubio, J. L., Llorca-Pellicer, M., & Gil-Monte, P. R. (2021). Validación psicométrica de la batería UNIPSICO en valenciano/catalán: análisis de las escalas que evalúan las variables psicosociales de recursos. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 51(3), 177-184. Disponible en: [Dialnet](#)

Llorca-Rubio, J. L., Llorca-Pellicer, M., Gil-Monte, P. R., & Gil-LaOrden, P. (2022). Validación psicométrica de la batería UNIPSICO en valenciano/catalán: análisis de las escalas que evalúan las variables psicosociales de demanda. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 25(3), 285-299. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-25492022000300005&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com

Llorca-Pellicer, M., Gil-LaOrden, P., Prado-Gascó, V. J., y Gil-Monte, P. R. (2023). Brief version of the Frankfurt Emotional Work Scale and gender difference in emotional labour. *Sustainability*, 15(4), 2925. <https://doi.org/10.3390/su15042925>

Llorca-Rubio, J. L. (2017). *Evaluación del estrés laboral y sus consecuencias en trabajadores del sector sanitario. Una perspectiva de género* [Tesis doctoral, Universitat de València]. Roderic. <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/968d0610-8526-47bf-8bef-242020ebb751/content>

Marín-Lluch, P., García-Domingo, C., Muñoz-Fernández, J. L., & Rabanaque-Mallent, G. (2006). *Detección de riesgos psicosociales en profesionales sanitarios de un área de salud. Atención Primaria*, 37(5), 301-304.

Martínez-Losa, J. F. (2018). Organizaciones resilientes. *MC Salud Laboral: Revista Monográfica de PRL*, 41, 5-9. Disponible en: <https://prevencion.mc-mutual.com/documents/9390969/0/Organizaciones-resilientes.pdf/346b044a-956a-f188-8d6b-fdff10f4f9fb?t=1602835124109>

Martínez-Losa, J.F.; Bestratén, M. *Desarrollo de competencias y riesgos psicosociales*. NTP 856 y NTP 857. INSHT. 2010 Disponibles en:
<https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/25-serie-ntp-numeros-856-a-890-ano-2011/nota-tecnica-de-prevencion-ntp-856>
<https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/25-serie-ntp-numeros-856-a-890-ano-2011/nota-tecnica-de-prevencion-ntp-857>

Martínez-Losa, J. F., Peña Pulido, A., & Peralta Maniviesa, X. (2021). *Modelo de competencias de afrontamiento proactivo y resiliencia: AFRONTA R3.0*. En *Actas III Congreso Prevencionar 2021: Ciencia, conocimiento y transferencia* (pp. 355-362). <https://prevencionar.com/2022/07/06/modelo-de-competencias-de-afrontamiento-productivo-y-resiliencia-afronta-r3-0/>

Martínez-Losa, J. F. (2023). Competencias de liderazgo resiliente y saludable: LIDERA R3.0. Conferencia en *IV Congreso Internacional Prevencionar 2023: Salud, seguridad y sostenibilidad #2030* <https://prevencionar.com/2023/11/07/resiliente-saludable/>

Martínez-Losa, J. F. (2024). Liderazgo de la salud mental y resiliencia de los equipos. Conferencia en *Congreso Mundial Empresas saludables: Edición España 2024. Equilibrio emocional: Priorizando la Salud Mental en el Trabajo*.
<https://prevencionar.com/2024/09/11/salud-mental-resiliencia/>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización*. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 83, de 7 de abril de 2015. Disponible en <https://www.boe.es>.

Sánchez-Piernas, J. (2024). *Los riesgos psicosociales en el personal docente no universitario y medidas preventivas aplicables*. [Tesis doctoral, Universitat de València].

Roderic. <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/deceb843-b8cc-45e3-b922-cec08d64147f/content>

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., et al. (2004). *The measurement of Effort-Reward Imbalance at work: European comparisons*. *Social Science & Medicine*, 58(8):1483–1499.

Siegrist, J., Li, J., & Montano, D. (2019). *Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire*. Centre for Health and Society, Faculty of Medicine, Heinrich-Heine-University Duesseldorf, Germany. https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institute/Institut_fuer_Medizinische_Soziologie/Dateien/ERI/ERI_Psychometric-New.pdf

Vallellano Pérez, M. D. (2018). *Guía "Género y Riesgos Psicosociales en el Trabajo"*. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC. Financiado por la Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales F.S.P. Disponible en: <https://portal.ugt.org/saludlaboral>

Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., y Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(3), 371-400. <https://doi.org/10.1080/135943299398230>

BIBLIOGRAFIA RELLEVANT PER A LA PREVENCIÓ DELS RISCOS PSICOSOCIALS

INSST. Documentación disponible para la materia "Riesgos psicosociales"

Recopilación de documentos elaborados por el INSST tales como notas técnicas de prevención, guías técnicas, calculadores y apps, material divulgativo, etc. en materia de prevención de riesgos laborales psicosociales.

<https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/documentacion>

UGT-CEC (2024): [Informe Salud Mental y Trabajo 2024](#)

UGT de Catalunya (2023): [Digitalització, intel·ligència artificial i prevenció de riscos laborals](#)

UGT de Catalunya (2023): [Resum i conclusions de la Jornada: La síndrome d'estar cremat pel treball \(SCT\) o Burnout. 1 de desembre de 2023.](#) Inclou enllaços a gravacions de les intervencions.

UGT de Catalunya (2023): [Guia: La síndrome d'estar cremat pel treball \(SCT\)](#)

UGT-CEC (2022): [Plan de prevención y acompañamiento en materia de adicciones \(PAMA\)](#)

UGT de Catalunya (2022): [Resum i conclusions de la Jornada: La salut mental en el treball. 10 d'octubre de 2022.](#) Inclou enllaç a gravació de la jornada.

UGT de Catalunya (2021): [Afrontar la mort a l'empresa](#)

UGT de Catalunya (2021): [Protocol d'actuació a l'empresa per la prevenció de l'assetjament psicològic a la feina](#)

UGT de Catalunya (2015): [Recomendaciones prácticas de las evaluaciones y los procesos de intervención psicosocial](#)

UGT de Catalunya (2009): [Guia per a la prevenció de la violència en l'àmbit sanitari](#)

UGT de Catalunya (2007): [Guía práctica de hospitales](#)

UGT de Catalunya (2007): [Guía práctica de geriátricos](#)

UGT de Catalunya: [Quadern Preventiu: treball per torns i nocturn](#)

RELACIÓ DE FIGURES, TAULES I IMATGES

Figures

Figura 1. Diagrama de flux PRISMA	20
Figura 2. Història natural dels factors i riscos psicosocials i la seva influència sobre el benestar laboral (Gil-Monte, 2021).	21
Figura 3. Freqüència d'estratègies dirigides a la formació de l'individu per gestionar factors i riscos psicosocials del treball.	23
Figures 4 – 11: Percentatges de participació en les diferents variables soci-demogràfiques (I)	31
Figures 12 – 16: Percentatges de participació en les diferents variables soci-demogràfiques (II)	32
Figura 17. Percentatges de resposta d'ítems de les variables de demanda.	34
Figura 18. Distribució dels participants en percentatges als indicadors de conflictes interpersonals segons les fonts de conflicte.	35
Figura 19. Distribució dels participants en percentatges per tipus d'agressions.	35
Figura 20. Distribució dels participants en percentatges en necessitat de fer treball administratiu de seguiment i control.	36
Figura 21. Distribució dels participants en percentatges a la variable Sobreimplicació.	36
Figura 22. Percentatges de resposta d'ítems de les variables de recursos.	37
Figura 23. Distribució dels participants en percentatges a la variable Suport social percebut segons les fonts.	37
Figura 24. Distribució dels participants en percentatges als indicadors de Feedback sobre l'exercici del treball.	38
Figura 25. Distribució dels participants en percentatges als indicadors d'existència de mecanismes per intervenir en situacions de violència a la feina.	38
Figura 26. Distribució dels participants en percentatges en els indicadors de formació per a treballadors i caps/directius per intervenir en situacions de violència a la feina.	39
Figura 27. Distribució dels participants en percentatges a l'indicador de coneixement sobre persones referents a qui dirigir-se en situacions de violència a la feina.	39
Figura 28. Distribució dels participants en percentatges a la variable Autoeficàcia.	40
Figura 29. Distribució dels participants en percentatges als indicadors de Satisfacció laboral.	40
Figura 30. Distribució dels participants en percentatges en identificació amb els valors i les metes de l'organització.	41
Figura 31. Percentatges de resposta d'ítems de les variables conseqüències.	42
Figura 32. Distribució dels participants a nivells del SQT.	43
Figura 33. Distribució dels participants segons el nombre de dies faltats a la feina a causa de problemes de salut o accidents derivats del treball.	43
Figura 34. Distribució de la mostra d'homes (H) i dones (D) en nivells de riscs en variables de demanda.	49
Figura 35. Distribució percentual dels grups d'homes i dones en nivells de les fonts de conflictes interpersonals.	50
Figura 36. Distribució de la mostra d'homes (H) i dones (D) en nivells de risc en variables de recursos.	51
Figura 37. Distribució percentual de la mostra d'homes i dones en percepció d'existència, ús i eficàcia de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.	52
Figura 38. Distribució percentual de la mostra d'homes i dones en percepció sobre existència de formació per a la prevenció de l'assetjament psicològic.	52
Figura 39. Distribució percentual de la mostra d'homes i dones en percepció de sobreimplicació i càrrega administrativa.	53
Figura 40. Distribució de la mostra de homes (H) i dones (D) en nivells de resultats de l'estrès laboral.	54
Figura 41. Distribució dels grups segons la variable sexe en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).	54
Figura 42. Distribució dels grups segons la variable sexe en nivells d'absentisme en l'últim any, agrupats per percentatges de dies d'absència a la feina.	55
Figura 43. Distribució de la mostra de personal de medicina en nivells de risc en variables de demanda.	59
Figura 44. Distribució de la mostra de personal d'infermeria en nivells de risc en variables de demanda.	59
Figura 45. Distribució de la mostra de personal tècnic de grau en nivells de risc en variables de demanda.	60
Figura 46. Distribució de la mostra de personal tècnic en nivells de risc en variables de demanda.	60
Figura 47. Distribució de la mostra de personal administratiu en nivells de risc en variables de demanda.	61
Figura 48. Distribució de la mostra de personal d'oficis en nivells de risc en variables de demanda.	61
Figura 49. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en variables de demanda.	62
Figura 50. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en sobreimplicació i càrrega administrativa.	62
Figura 51. Distribució de la mostra de personal de medicina en nivells de risc en variables de recursos.	64
Figura 52. Distribució de la mostra de personal d'infermeria en nivells de risc en variables de recursos.	65
Figura 53. Distribució de la mostra de personal tècnic de grau en nivells de risc en variables de recursos.	65
Figura 54. Distribució de la mostra de personal tècnic en nivells de risc en variables de recursos.	66
Figura 55. Distribució de la mostra de personal administratiu en nivells de risc en variables de recursos.	66
Figura 56. Distribució de la mostra de personal d'oficis en nivells de risc en variables de recursos.	67

Figura 57. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en variables de recursos.	67
Figura 58. Distribució de la mostra de personal de medicina en nivells de resultats de l'estrès laboral.	68
Figura 59. Distribució de la mostra de personal d'infermeria en nivells de resultats de l'estrès laboral.	69
Figura 60. Distribució de la mostra de personal tècnic de grau en nivells de resultats de l'estrès laboral.	69
Figura 61. Distribució de la mostra de personal tècnic en nivells de resultats de l'estrès laboral.	70
Figura 62. Distribució de la mostra de personal administratiu en nivells de resultats de l'estrès laboral.	70
Figura 63. Distribució de la mostra de personal d'oficis en nivells de resultats de l'estrès laboral.	71
Figura 64. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de resultats de l'estrès laboral.	71
Figura 65. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).	72
Figura 66. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells de satisfacció laboral amb el salari i amb el treball (satisfacció intrínseca).	72
Figura 67. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells de identificació amb els valor i metes de l'organització	73
Figura 68. Distribució dels grups segons la variable professió en nivells d'absentisme en l'últim any, agrupats per percentatges de dies d'absència laboral.	73
Figura 69. Distribució de la mostra del sector públic (PUB) vs. sector concertat/privat (C/P) en nivells de risc en variables de demanda.	78
Figura 70. Distribució percentual dels grups per al sector públic i sector privat/concertat en nivells de les fonts de conflictes interpersonals.	79
Figura 71. Distribució de la mostra del sector públic (PUB) vs. sector concertat/privat (C/P) en nivells de risc en variables de recursos.	80
Figura 72. Distribució percentual dels sectors públic i privat / concertat en percepció d'existència de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.	80
Figura 73. Distribució de la mostra del sector públic vs. concertat/privat en nivells de resultats de l'estrès laboral.	81
Figura 74. Distribució dels grups segons la variable sector en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).	82
Figura 75. Distribució percentual dels sectors públic i privat / concertat en nivells de satisfacció amb el salari i amb el treball (satisfacció intrínseca).	82
Figura 76. Distribució dels grups segons la variable sector en nivells d'absentisme en l'últim any, agrupats per percentatges de dies d'absència a la feina.	83
Figura 77. Distribució de la mostra persones amb personal a càrrec vs. sense personal a càrrec en nivells de riscos en variables de demanda.	84
Figura 78. Distribució de la mostra de altres professions en nivells de risc en variables de demanda: sobreimplicació i càrrega administrativa.	85
Figura 79. Distribució de la mostra persones amb vs. sense personal a càrrec en nivells de riscos en variables de recursos.	86
Figura 80. Distribució de la mostra persones amb vs. sense personal a càrrec en percepció d'existència, ús i eficàcia de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.	87
Figura 81. Distribució de la mostra persones amb vs. sense personal a càrrec en nivells de resultats de l'estrès laboral.	88
Figura 82. Distribució dels grups segons la variable sector en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).	89
Figura 83. Distribució dels sectors en percepció d'existència, ús i eficàcia de protocols per a la prevenció de la violència en el treball.	92
Figura 84. Distribució dels sectors en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).	93
Figura 85. Distribució dels sectors en nivells de satisfacció amb el salari i amb el treball.	93
Figura 86. Distribució dels grups d'edat en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).	96
Figura 87. Distribució de la mostra de persones d'Hospitals en nivells de riscos en variables de demanda.	97
Figura 88. Distribució de la mostra de persones Atenció primària en nivells de riscos en variables de demanda.	98
Figura 89. Distribució de la mostra de persones d'altres àmbits en nivells de riscos en variables de demanda.	98
Figura 90. Distribució de la mostra de persones d'Hospitals en nivells de riscos en variables de recursos.	99
Figura 91. Distribució de la mostra de persones d'Atenció primària en nivells de riscos en variables de recursos.	100
Figura 92. Distribució de la mostra de persones d'altres àmbits en nivells de riscos en variables de recursos.	101
Figura 93. Distribució de la mostra de persones d'Hospitals en nivells de resultats de l'estrès laboral.	102
Figura 94. Distribució de la mostra de persones d'Atenció primària en nivells de resultats de l'estrès laboral.	102
Figura 95. Distribució de la mostra de persones altres àmbits en nivells de resultats de l'estrès laboral.	103
Figura 96. Distribució dels tres àmbits en nivells del síndrome de cremar-se per la feina (burnout).	103

Taules

Taula 1. Principals resultats de la revisió de la literatura.	22
Taula 2. Propostes d'intervenció, Pedro R. Gil-Monte (2024).	26
Taula 3. Fases de del treball quantitatiu.	29
Taula 4. Variables de l'estudi.	30
Taula 5. Percentatges de resposta d'ítems de les variables demanda i recursos	33
Taula 6. Distribució dels participants en graus de freqüència en problemes de salut i conductes com a conseqüència dels riscos psicosocials a la feina.	42
Taula 7. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables psicosocials (demandes i recursos) i conseqüències.	44
Taula 8. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de demanda i conseqüències per a ambdós grups.	56
Taula 9. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de recursos i conseqüències per a ambdós grups.	57
Taula 10. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de demanda i conseqüències per als grups professionals.	74
Taula 11. Predictors significatius en l'equació de regressió entre variables de recursos i conseqüències per als grups professionals.	76
Taula 12. Resultats del focus groups i entrevistes per col·lectius (2024).	110
Taula 13. Percentatges de resposta sobre la percepció de la freqüència dels comportaments de lideratge (LIDERA R3.0) dels comandaments (resposta individual i resposta 360°).	115
Taula 14: Relació de bones pràctiques d'intervenció primària incloses en la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.	128
Taula 15: Relació de bones pràctiques d'intervenció secundària incloses en la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.	129
Taula 16: Relació de bones pràctiques d'intervenció terciària incloses en la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.	129
Taula 17: Resultats de les dinàmiques grupals amb Slido: relació de la 10 pràctiques que van obtenir més vots.	130

Imatges

Imatges 1-4: Portada, exemple de continguts i fitxes de la Guia de recursos i bones pràctiques en el sector sanitari de Catalunya: Riscos Psicosocials, estrès i burnout.	126
Imatge 5: Programa de la jornada "Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català"	131
Imatges 6 -10: Jornada "Cuidar qui ens cuida: riscos psicosocials, estrès i burnout al sector sanitari català".	132
Imatges 11 -12: Mostra d'infografies i material gràfic del projecte.	133
Imatges 13 -14: Mostra d'infografies i material gràfic del projecte.	134