

# ESTUDIO

2026



Situación  
de la IT y  
sus efectos  
en la salud.

La prevención  
del suicidio  
en el ámbito  
laboral



Salud  
Laboral

UGT



# ÍNDICE

---

<b>1. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>2. Situación actual de la IT y sus efectos en la salud</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Evolución reciente de la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC)</b>	<b>10</b>
I. Número de procesos finalizados totales	11
II. Incidencia	13
III. Patologías	14
<b>2.2. Listas de espera</b>	<b>14</b>
I. Análisis territorial: presión asistencial por CCAA	15
II. Especialidades con mayor lista de espera estructural	16
III. Evolución de los procesos y la duración de la IT por Comunidad Autónoma	17
IV. Relación entre listas de espera y aumento de incapacidades temporales	18
<b>2.3. Regulación de la IT por la negociación colectiva</b>	<b>19</b>
I. Complementos convencionales en caso de IT	19
II. Las mejoras convencionales sobre IT no incrementan la incidencia de la IT	20
<b>2.4. Las pérdidas económicas por padecer una enfermedad ponen en riesgo la salud de las personas trabajadoras</b>	<b>21</b>
I. La enfermedad de la persona trabajadora provoca graves pérdidas económicas	21
II. La pérdida salarial no reduce	22
<b>2.5. Conclusiones</b>	<b>23</b>
<b>3. El fenómeno, la falta de datos y concienciación en el ámbito laboral</b>	<b>26</b>
<b>4. Mitos y realidades</b>	<b>28</b>

<b>5. Prevención del riesgo de suicidio</b>	<b>30</b>
<b>5.1. Factores de riesgo y evaluación (obligaciones según la ley de PRL)</b>	<b>30</b>
I. Factores de riesgo relevantes (personales, sociales y laborales)	30
II. Factores protectores a fomentar	31
<b>5.2. Medidas preventivas en las organizaciones</b>	<b>32</b>
I. Formación y sensibilización del personal	32
II. Medidas de protección: detección temprana y señales de alarma	34
III. Protocolo de intervención según el nivel de riesgo (riesgo inminente, moderado o bajo)	36
IV. Seguimiento de los casos individuales y apoyo continuado	38
<b>5.3. Evaluación de las estrategias implementadas</b>	<b>40</b>
<b>5.4. El acompañamiento en el proceso de duelo en caso de trabajadores que haya sufrido suicidio de un familiar</b>	<b>42</b>
<b>6. El suicidio como accidente de trabajo</b>	<b>46</b>
<b>7. Planes de salud mental y suicidio: Hacia un enfoque integrado de los riesgos psicosociales para prevenir el suicidio por causas laborales</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 1: Modelo de protocolo de prevención del suicidio en el entorno laboral</b>	<b>55</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud a nivel global y nacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año más de 700.000 personas pierden la vida por suicidio en el mundo. Es, además, una de las principales causas de defunción en personas jóvenes (tercera causa entre los 15 y 29 años, según la OMS) y se calcula que por cada suicidio consumado puede haber hasta 20 intentos no mortales<sup>1</sup>.

En España, el suicidio se ha consolidado en la última década como una de las principales causas de muerte externa (no natural). En 2022 se registraron 4.227 defunciones por suicidio, máximo histórico; en 2023 los datos definitivos elevan la cifra a 4.116 muertes, y en 2024 se observa un ligero descenso hasta 3.953 fallecimientos (una tasa de 8,1 por 100.000 habitantes), manteniéndose como la principal causa de muerte externa entre los hombres y la segunda

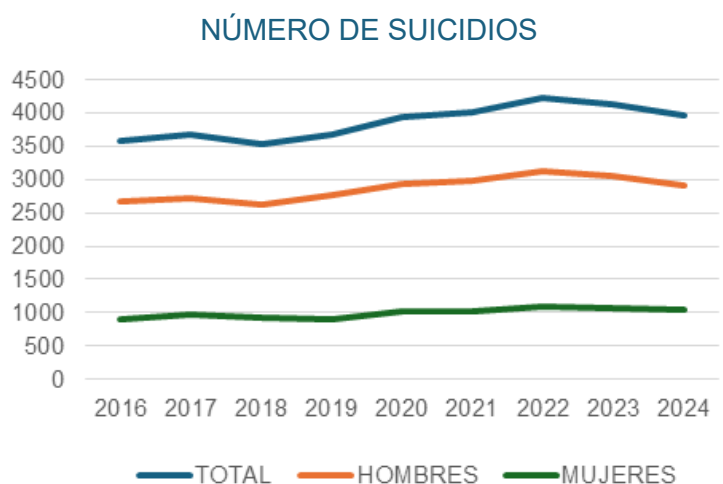
en el conjunto de la población, por detrás de las caídas accidentales<sup>2</sup>.

Por otro lado, las adicciones también incrementan el riesgo de suicidio, por ejemplo, el riesgo de muerte por suicidio es 10 veces superior en personas consumidoras de alcohol que en la población general y 14 veces superior en el caso de consumo de otras sustancias psicoactivas.<sup>3</sup> Además, los jugadores y jugadoras patológicos corren 6 veces más riesgo de fallecer por suicidio que la población general, y en mujeres, el juego patológico está más asociado con depresión, ansiedad o conducta suicida que en los hombres<sup>4</sup>.

Estos datos evidencian la magnitud del fenómeno y la urgencia de intervenir puesto que cada una de estas muertes era potencialmente evitable con las estrategias adecuadas.

DATOS DE SUICIDIO, serie 2016-2024:

Año	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2016	3.569	2.662	907
2017	3.679	2.718	969
2018	3.539	2.619	920
2019	3.671	2.771	900
2020	3.941	2.930	1.011
2021	4.003	2.982	1.021
2022	4.227	3.126	1.101
2023	4.116	3.044	1.072
2024	3.953	2.902	1.051



Elaboración propia a partir de datos facilitados por el INE

1. Ver [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)

2. Ver <https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6822&>

3. Ver: <https://socioalcohol.org/el-consumo-de-sustancias-es-un-factor-de-riesgo-de-suicidio-segun-un-reciente-estudio-gallego-que-recoge-registro-de-quince-anos/>

4. Ver: [https://fejar.org/wp-content/uploads/2024/05/Informe-Investigacion-Ideacion-suicida.pdf?utm\\_source=copilot.com](https://fejar.org/wp-content/uploads/2024/05/Informe-Investigacion-Ideacion-suicida.pdf?utm_source=copilot.com)

## Relación con el empeoramiento de la salud mental

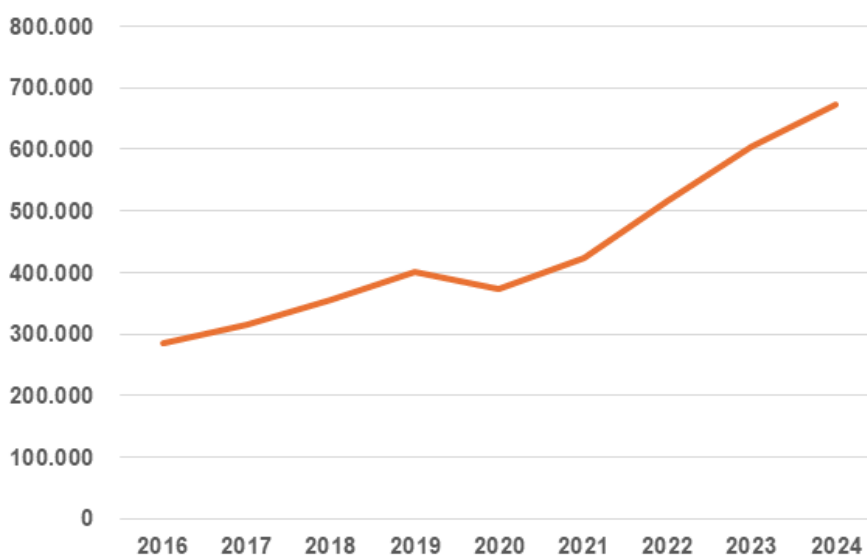
Adicionalmente, se debe tener en cuenta que en los últimos años las IT por salud mental casi se han triplicado. Esto implica un agravamiento de la situación en todos los ámbitos incrementando con ello la posibilidad de que los problemas de salud mental acaben en suicidio. Por otro lado, es importante destacar que existe un claro infra reconocimiento del origen laboral de las bajas por problemas de salud mental. Se están

desviando patologías que deberían ser tratadas por las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social al Sistema Público de Salud. Además, si no se reconoce el origen profesional de estas patologías es como si no existiesen a los ojos de la prevención de riesgos laborales. Por lo tanto, el riesgo laboral seguirá presente en el centro de trabajo pudiendo seguir afectando a la salud de las personas trabajadoras expuestas.

### SITUACIONES DE IT TOTAL Y DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Año fecha baja	TOTAL	TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)	% SOBRE EL TOTAL
2016	5.057.946	283.999	5,6
2017	5.451.802	315.638	5,8
2018	6.082.576	356.517	5,9
2019	6.857.689	400.719	5,8
2020	8.222.569	372.745	4,5
2021	9.450.706	424.161	4,5
2022	11.824.200	516.522	4,4
2023	9.178.159	604.691	6,6
2024	9.405.592	671.618	7,1

### TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)



Elaboración propia a partir de datos facilitados por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones a través del Portal de Transparencia.

## NUMERO DE SITUACIONES LABORALES DE IT TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)

Año Fecha baja	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Contingencias Profesionales</b>	1.226	1.367	1.478	1.475	1.585	1.227	1.453	1.507	1.429
<b>Contingencias Comunes</b>	282.773	314.271	355.039	399.244	371.160	422.934	515.069	603.184	670.189
<b>Total</b>	283.999	315.638	356.517	400.719	372.745	424.161	516.522	604.691	671.618
<b>% Contingencias profesionales sobre el total</b>	0,43	0,43	0,41	0,37	0,43	0,29	0,28	0,25	0,21

*Elaboración propia a partir de datos facilitados por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones a través del Portal de Transparencia.*

### Estigma

A diferencia de otros problemas de salud, el suicidio ha estado históricamente rodeado de estigma y silencio. Hablar de ello abiertamente se consideraba tabú, lo que ha dificultado la concienciación y la prevención. Sin embargo, en los últimos años ha habido una creciente toma de conciencia sobre la importancia de la salud mental y la prevención del suicidio. Organismos internacionales y nacionales están aunando esfuerzos para abordarlo de manera integral. La OMS, por ejemplo, impulsa a los países a desarrollar planes multisectoriales de prevención del suicidio, reconociendo que es un fenómeno prevenible si se actúa de forma coordinada desde la sanidad, la educación, lo social... y también en los centros de trabajo y las empresas, es decir, desde la prevención de riesgos laborales.

Por otro lado, ya se está alertando desde el Observatorio Europeo del Clima y Salud que Cambio Climático puede afectar la salud mental; de hecho, indican que las temperaturas extremas afectan el estado de ánimo, empeoran

los trastornos del comportamiento, aumentan el riesgo de suicidio y afectan el bienestar de las personas con problemas de salud mental.

En consonancia con lo anterior, un reciente informe indica que las condiciones meteorológicas extremas y los factores de estrés ambiental, como altas temperaturas, contaminación atmosférica, desertificación y tormentas (lluvia, truenos y granizo) derivados del Cambio Climático, impactan en la salud mental, existiendo evidencias que vinculan estos factores con mayores tasas de suicidio, incluyendo ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones.<sup>5</sup>

En España, el Ministerio de Sanidad ha lanzado recientemente un Plan de Acción Estatal de Prevención del Suicidio (2025)<sup>6</sup> que refuerza las medidas de prevención y atención, incluyendo el ámbito laboral como un entorno clave donde detectar y reducir el riesgo. Uno de los compromisos de este Plan de Acción es la creación del Observatorio para la Prevención del Suicidio.

5. Fuente: Chen, D. D., Tu, J. H., Ling, K. N., Jin, X. H., & Huang, H. Y. (2025). Climate change and suicide epidemiology: a systematic review and metaanalysis of gender variations in global suicide rates. *Frontiers in Public Health*, 12, 1463676.

<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1463676/full>

6. Ver [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan\\_de\\_accion\\_para\\_la\\_prevenccion\\_del\\_suicidio\\_2025\\_2027.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevenccion_del_suicidio_2025_2027.pdf)

Este nuevo organismo, aprobado el 31 de marzo por el Consejo de Ministros, permitirá consolidar y dar coherencia al conjunto de proyectos impulsados en este ámbito y optimizar el uso de los recursos disponibles. Ahora bien, desde UGT echamos en falta la incorporación al mismo de los interlocutores sociales, agentes que contamos con un amplio conocimiento de las condiciones del mercado laboral y del estado de salud de la clase trabajadora.

El ámbito laboral juega un papel fundamental en esta estrategia. Las personas pasan gran parte de su vida en el trabajo, y el entorno de trabajo puede influir enormemente en su bienestar emocional. Un entorno laboral sano, seguro y que promueve el apoyo puede proteger la salud mental; por el contrario, un entorno tóxico, con altos niveles de estrés o acoso, puede contribuir al sufrimiento psicológico y actuar como desencadenante de conductas suicidas. Por ello, la prevención del suicidio en el contexto del trabajo se ha convertido en una prioridad dentro de las políticas de prevención de riesgos y de promoción de la salud en las organizaciones.

En este trabajo se analiza el fenómeno del suicidio en el ámbito laboral, la escasez de datos específicos, y se desmienten algunos mitos comunes que pueden entorpecer la prevención. Posteriormente, se presentan las estrategias preventivas basadas en la evidencia científica y en guías especializadas recientes (incluyendo factores de riesgo a considerar, medidas de formación y detección temprana, protocolos de actuación según el nivel de riesgo, y el seguimiento de los casos), así como la necesidad de evaluar y mejorar continuamente dichas estrategias. El objetivo es ofrecer un recurso completo que sirva de herramienta de sensibilización y apoyo a la acción preventiva en los entornos laborales, así como un documento de utilidad para los representantes legales de los trabajadores y delegados de prevención en su actividad sindical.

## **Casos de suicidios plurales en empresas de países de nuestro entorno.**

En países de nuestro entorno existen episodios en los que una pluralidad de suicidios o tentativas de suicidio ha sido puesta en relación con la organización del trabajo y con procesos intensos de reestructuración, pérdida de sentido profesional, presión productiva o degradación de las condiciones laborales. Los dos ejemplos franceses más significativos son, por un lado, el caso de **France Télécom** y, por otro, el de la **Dirección General de Finanzas Públicas (DGFIP)**, dependiente del Ministerio de Economía. Ambos ilustran que el suicidio vinculado al trabajo no siempre aparece como un hecho puramente individual, sino también como un fenómeno colectivo que obliga a examinar factores estructurales de la organización empresarial o administrativa.

El caso de France Télécom constituye, probablemente, el precedente europeo más relevante. En el contexto de la reestructuración posterior a la privatización de la compañía, la dirección puso en marcha un plan orientado a reducir drásticamente la plantilla. Según Reuters, el programa perseguía 22.000 salidas y el desplazamiento funcional o geográfico de 10.000 trabajadores; Esta política fue denunciada ya entonces por los sindicatos como una estrategia deliberada de desestabilización de la plantilla. Durante el proceso judicial, los tribunales franceses examinaron de forma pormenorizada 39 situaciones individuales: 19 personas se suicidaron, 12 intentaron hacerlo y 8 sufrieron episodios depresivos graves o bajas de larga duración entre 2007 y 2010.

La importancia jurídica del asunto reside en que la justicia francesa trató estos hechos como el posible resultado de una política empresarial global. En diciembre de 2019, un tribunal de París condenó a la empresa y a varios antiguos

directivos por “harcèlement moral”. Se ha considerado con una resolución histórica, precisamente porque vinculaba una oleada de suicidios a una forma de gestión empresarial. Posteriormente la Cour de cassation, en sentencia de 21 de enero de 2025 (pourvoi n.º 22-87.145), confirmó la condena y reconoció expresamente el concepto de “harcèlement moral institutionnel”, definido como la implantación de una política de empresa que, por su repetición y alcance colectivo, degrada potencial o efectivamente las condiciones de trabajo y sobrepasa los límites legítimos del poder de dirección. En este caso, las causas alegadas fueron, esencialmente, la presión para abandonar la empresa, la movilidad impuesta, la desorganización deliberada de las trayectorias profesionales y la creación de un clima de ansiedad y humillación.

El segundo ejemplo relevante es el de la DGFIP, integrada en el Ministerio de Economía francés. Aquí no existe, al menos por ahora, una resolución judicial equivalente a la de France Télécom, pero sí una acumulación de datos suficientemente grave como para haber abierto un debate público y parlamentario. En el primer semestre de 2025, la administración registró 12 suicidios y 8 tentativas. Posteriormente, en una respuesta parlamentaria oficial de la Asamblea Nacional, el Ministerio indicó que en el conjunto de 2025 la DGFIP había contabilizado 19 suicidios y 21 tentativas, con 1 suicidio y 2 tentativas producidos en dependencias administrativas.

Las causas alegadas por sindicatos y representantes del personal remiten a un deterioro estructural del trabajo en la administración fiscal: supresión de 32.000 puestos desde 2008, equivalente aproximadamente a una cuarta parte de la plantilla; aumento de la carga de trabajo; reformas permanentes; pérdida de sentido del servicio público; y debilitamiento de los colectivos de trabajo.

## En la agenda sindical y social

Los datos vistos hasta el momento referidos al incremento de suicidios y su relación con el trabajo han provocado que UGT haya incluido la cuestión tanto en el Programa de Acción de su 44º Congreso confederal como en la propuesta de negociación del VI Acuerdo por el Empleo y la Negociación Colectiva (AENC).

En el documento citado del 44º Congreso de UGT, celebrado en Barcelona en noviembre de 2024, se resalta que “es imprescindible incluir la prevención del suicidio, reconociendo su creciente incidencia y la necesidad de intervenir frente a los factores laborales que contribuyen a este fenómeno”, proponiendo de un lado, que se incluya la obligación de negociar protocolos para la gestión de riesgo de suicidio cuando en las empresas se detecten indicios relevantes de su presencia en el entorno laboral de elementos de toxicidad psicosocial” y de otro lado, “la aprobación de un Pacto de Estado por la Salud Mental que garantice el derecho a una salud mental pública, equitativa y accesible, con especial énfasis en la prevención del suicidio y las nuevas adicciones sin sustancia”.

Por su parte, la propuesta de negociación del IV AENC pretende que las empresas “incluyan en la gestión de los riesgos psicosociales, protocolos contra el suicidio, con líneas de ayuda psicológica inmediata, campañas de sensibilización y procedimientos de seguridad en los casos en los que haya riesgo de suicidio que incluyan el seguimiento de la persona en riesgo. Es también necesario, para los casos en los que se produzca el suicidio, incluir un plan de acompañamiento y duelo para la plantilla.”

Como complemento a todo lo anterior, desde el sindicato se va a impulsar el Observatorio de Salud Mental de UGT dónde estarán disponibles distintos documentos, información de interés,

modelos de protocolos de actuación. Además de ser una plataforma donde los delegados, delegadas y personas trabajadoras puedan contactar con un equipo de técnicos y profesionales que les asesoren sobre cómo afrontar posibles situaciones relacionadas con los problemas de salud mental y ante las situaciones suicidas.

Por otro lado, en la agenda social es importante destacar la reciente firma del acuerdo alcanzado por el Gobierno y los sindicatos para la modificación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y del Reglamento de los Servicios de Prevención. Con la firma de este acuerdo mostramos la urgente necesidad de proteger a la clase trabajadora con una Ley del Siglo XXI que

proteja de los riesgos del Siglo XXI. La modificación incluye una reclamación histórica de la UGT, ya que obliga a la realización por parte de las empresas a evaluar de manera específica la exposición a los riesgos psicosociales y organizativos, además, se ha alcanzado el compromiso de desarrollar una normativa específica que regule la gestión de dichos riesgos en el entorno laboral.

En línea con lo anterior, es necesario impulsar modificaciones legislativas en los que no se establezca la causa exclusiva como requisito en el reconocimiento del origen laboral del suicidio, sino que sea suficiente con que lo laboral sea causa prevalente.

## 2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA IT Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

---

### 2.1. Evolución reciente de la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC)

La incapacidad temporal (en adelante, IT) es aquella situación en la que la persona trabajadora se encuentra temporalmente impedida para trabajar por causa de enfermedad o accidente, sea laboral o no. Esta imposibilidad de prestar servicios, y la consiguiente suspensión de retribución salarial, se ve suplida en ocasiones con una prestación económica sustitutiva, destinada a cubrir la pérdida de ingresos.

Los procesos de IT pueden dividirse según su origen e incidencia en contingencias comunes, cuando derivan de enfermedad común o accidente no laboral, y en contingencias profesionales, cuando tienen causa en el trabajo, como el accidente de trabajo o la enfermedad profesional, distinción que condiciona tanto el régimen de protección como la intensidad de la cobertura<sup>7</sup>.

Desde el punto de vista jurídico, la IT es una prestación contributiva del sistema de Seguridad Social, regulada en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social<sup>8</sup> (en adelante, TRLGSS). La protección que dispensa presenta una doble finalidad: sanitaria, al garantizar la recuperación de la persona trabajadora, y económica, al compensar la pérdida de ingresos mientras persiste la imposibilidad temporal de trabajar.

La IT ha experimentado en los últimos años un crecimiento tanto en el número de procesos como en su incidencia. Este aumento evidencia una situación precaria de la salud de las personas trabajadoras, vinculada, entre otros factores, a una falta de inversión en prevención de riesgos laborales en las empresas. Asimismo, la creciente presión asistencial, manifestada en unas listas de espera médicas y quirúrgicas cada vez más prolongadas, fruto de una falta de inversión por parte de las Comunidades autónomas, retrasa el diagnóstico, tratamiento o intervención necesarios para la recuperación, lo que pone en riesgo la recuperación de la salud de las personas trabajadoras.

No obstante, y pese a la necesidad de analizar en profundidad este fenómeno, resulta esencial emplear una terminología precisa. La incapacidad temporal no puede equipararse al absentismo laboral, en tanto se trata de una situación justificada, vinculada a una contingencia de salud y expresamente protegida por el sistema de Seguridad Social, ya venga motivada por contingencias comunes o profesionales.

En sentido propio, el absentismo laboral se refiere a la ausencia de la persona trabajadora de su puesto de trabajo sin causa justificada o sin cobertura suficiente, diferenciándose así de las ausencias legítimas o protegidas, como la incapacidad temporal.

---

7. Para más información sobre la Incapacidad Temporal y sus tipos, véase el estudio elaborado por el Servicio de Estudios de la Confederación de UGT: "La Incapacidad Temporal". Enlace disponible en la web del Servicio de Estudios de UGT: <https://servicioestudiosugt.com/la-incapacidad-temporal/>.

8. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 261, de 31/10/2015.

## I. Número de procesos finalizados totales

En **términos absolutos**, en 2025 los procesos de IT por contingencias comunes (en adelante ITCC) **finalizados** alcanzaron 8,9 millones, lo que supone un incremento del 68,18 % desde 2018.

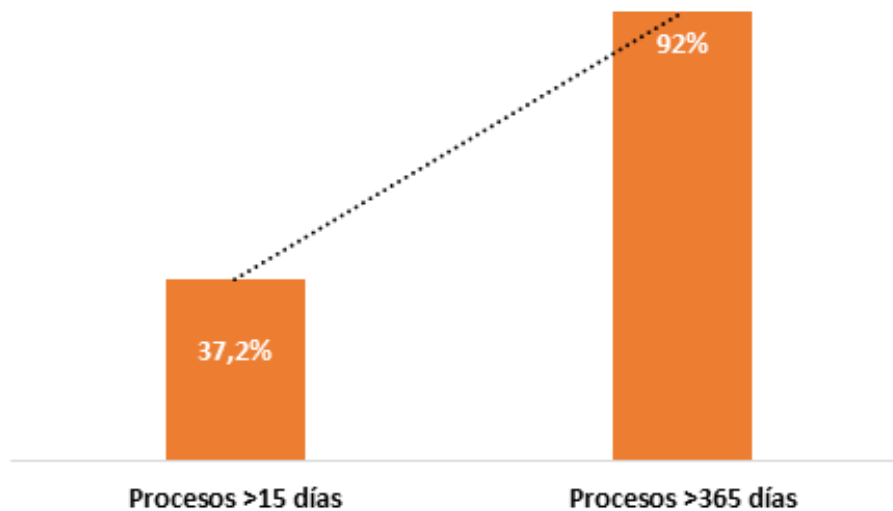
Volumen e incidencia	
Indicador	Valor
Procesos ITCC (2025)	8,9 millones
Incremento desde 2018	68,18 %

Este aumento se explica principalmente por el **crecimiento de las bajas de corta duración**: el 76,2 % del incremento de la incidencia corresponde a procesos de menos de 15 días, que además constituyen la mayoría de los episodios registrados (2 de cada 3) en el periodo 2018-2024.

Volumen e incidencia	
Indicador	Valor
Peso del aumento (<15 días)	76,2 %
Proporción procesos cortos	2 de cada 3

No obstante, aunque las bajas cortas explican gran parte del aumento del número de procesos, los de mayor duración son los que crecen proporcionalmente más. La ITCC de más de 15 días aumenta un 37,2 %, en 2024, respecto a 2018, mientras que las bajas, de más de un año, aunque representan alrededor del 3 % del total, registran el mayor incremento en los últimos años, con un aumento del 92 %.

### Crecimiento ITCC



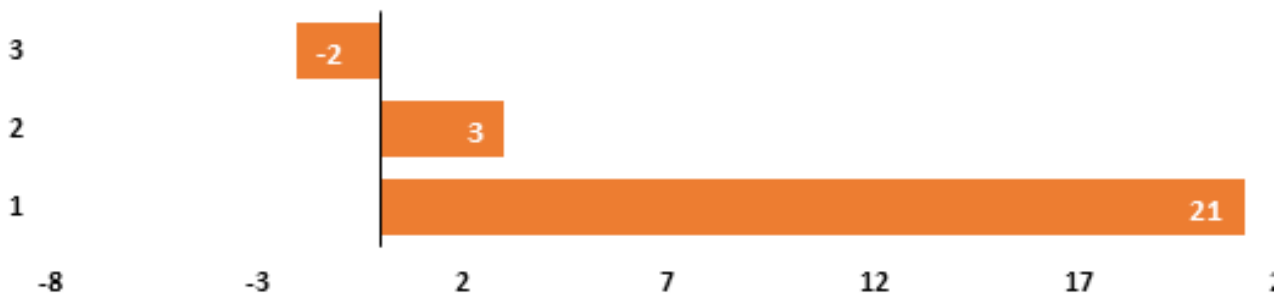
Fuente: elaboración propia SEC-UGT.

Este comportamiento genera una evolución divergente: la **duración media global** se mantiene prácticamente estable desde 2018 (45,8 días) debido al peso creciente de las bajas cortas, pero las largas se prolongan. En concreto, los procesos de más de 15 días han aumentado un 20,2 % y alcanzan una duración media de 132 días, impulsados por los de más de 365 días, cuya duración media llega a 571 días, lo que supone 62 días más que en años anteriores.

En contraste, los de corta duración presentan una duración media de 4 días, con una tendencia ligeramente descendente desde 2021.

La evolución del número de ITCC de más de 365 días y de su duración ha provocado un incremento de 21 días en la duración media de los procesos de más de 15 días. A ello se suma un incremento de 3 días en la contribución<sup>9</sup> de los procesos de entre 90 y 365 días, mientras que los procesos de entre 16 y 90 días reducen su contribución en 2 días.

### Impacto en la duración media (días) de los procesos de más de 15 días



Fuente: elaboración propia SEC-UGT.

Por otro lado, el análisis por **grupos de edad** muestra que, aunque las ITCC correspondientes a personas trabajadoras en edades intermedias siguen teniendo el mayor peso sobre el total, se observa un aumento del porcentaje de procesos tanto entre personas trabajadoras jóvenes como entre personas trabajadoras de mayor edad.

Desde el punto de vista **territorial**, las ITCC de más de un año se concentran principalmente en las CCAA más pobladas, donde su crecimiento

se sitúa por encima de la media nacional, con la excepción de Cataluña, que partía de una situación inicial más elevada. Entre las comunidades con mayor volumen de estos procesos, Galicia destaca por registrar el crecimiento más intenso (120,3 %).

Por **regímenes**<sup>10</sup>, en el Régimen General se observa una tendencia claramente creciente entre 2019 y 2024 tanto en el número de procesos en vigor como en el volumen de personas trabajadoras protegidas, registrando

10. En este caso no se trata de procesos finalizados, sino de procesos en vigor.

9. El término "contribución" se emplea en sentido estadístico para referirse al impacto o peso relativo que cada grupo de procesos, clasificados según su duración, tiene en la variación de la duración media total. No implica necesariamente una modificación individual de la duración de dichos procesos, sino su influencia en el resultado agregado.

aumentos acumulados del 66,4 % y del 9,1 %, respectivamente. En el caso del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos también se aprecia una tendencia general al alza en el número de procesos en vigor por contingencias comunes y en el número de personas trabajadoras autónomas protegidas, aunque de menor intensidad, con incrementos acumulados desde 2019 del 27,2 % y del 4,6 %, respectivamente.

## II. Incidencia

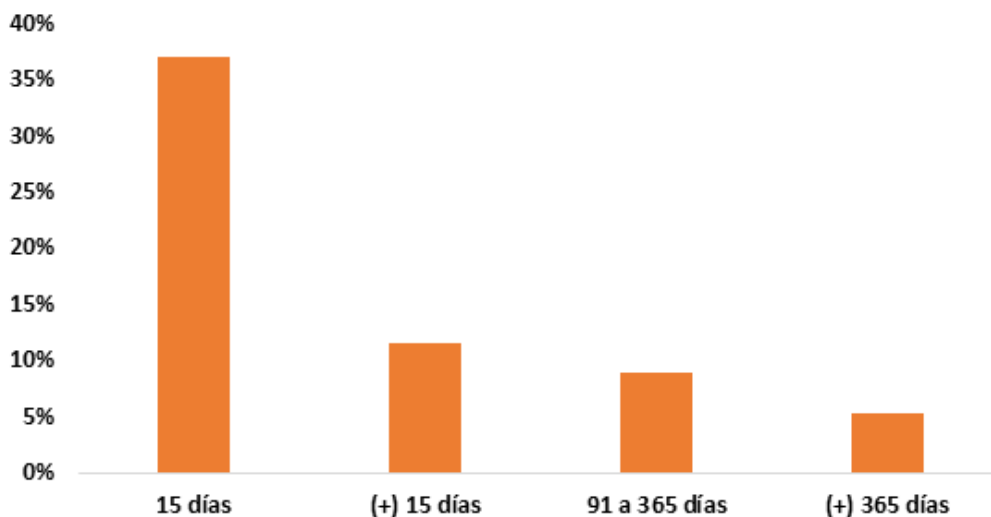
De manera complementaria al análisis de la evolución del número de procesos totales de ITCC producidos, es imprescindible observar cuál ha sido la evolución de la **incidencia de la misma**, esto es, la frecuencia con la que se producen nuevos procesos de baja en relación con la población trabajadora protegida, y que se mide mediante los **procesos por cada 1.000 personas afiliadas**. Es, por tanto, un indicador relativo y más ajustado que las cifras

absolutas, puesto que **tiene en cuenta también la variación del empleo**.

Según este indicador, el crecimiento de la IT derivada de contingencias comunes de 2018 a 2024 fue un 46,7 %, y se explica fundamentalmente, al igual que para los datos absolutos, por el **aumento de los procesos de corta duración**. Así, la incidencia de los procesos de menos de 15 días ha aumentado un 60,4 % en los últimos 6 años, lo que supone 37 puntos porcentuales del crecimiento de la incidencia total.

Por su parte, la incidencia de los procesos de más de 15 días se ha incrementado un 24,8 %, principalmente debido al aumento de los procesos de entre 16 y 90 días, que representa 11,6 puntos porcentuales del crecimiento, seguidos de los procesos de entre 91 y 365 días, que aportan 8,9 puntos porcentuales, y de los procesos de más de 365 días, responsables de los 5,4 puntos porcentuales restantes.

### Aportación al incremento (p.p.)



Fuente: elaboración propia SEC-UGT.

**Por edad**, el aumento de la incidencia en el período 2018 a 2024 ha mostrado un comportamiento inversamente proporcional, de manera que ha crecido con mayor intensidad entre las personas trabajadoras más jóvenes (16 a 24 años), un 59,4 %, y menos entre las

más mayores (entre 55 y 64), un 31,9 %.

En particular, las personas trabajadoras jóvenes presentan el mayor crecimiento de la incidencia cuando se consideran únicamente los procesos de más de 15 días, seguido por el grupo de edad

entre 35 y 44 años y el de 25 a 34, ambos con crecimientos por encima de la media en este tipo de procesos.

En 2024, las **comunidades autónomas** con mayor incidencia de procesos de más de un año fueron Asturias, Melilla, Cantabria, Extremadura, Galicia y Canarias, mientras que los mayores incrementos respecto a 2018 se registraron en Melilla, Galicia, País Vasco, La Rioja, Castilla y León y Asturias.

### III. Patologías

En cuanto a las causas médicas, las bajas de corta duración se asocian principalmente a enfermedades respiratorias y a síntomas inespecíficos, tales como fiebre, mareos, diarrea, tos, dolor de garganta o episodios de nerviosismo, habiéndose incrementado especialmente desde 2018 los síntomas inespecíficos y los trastornos del sistema nervioso. Por su parte, los procesos de más de 15 días se vinculan fundamentalmente a trastornos musculoesqueléticos, especialmente dorsalgias, y a trastornos mentales, entre los que destaca la ansiedad.

En conjunto, los datos muestran una evolución caracterizada por un mayor número de ITCC, principalmente de corta duración, combinado con una prolongación de las de larga duración.

## 2.2. Listas de espera

Como se ha puesto de manifiesto previamente, estrechamente vinculado a la duración de los procesos de IT se encuentra el aumento de las listas de espera, pues una falta de asistencia médica provoca, como no puede ser de otra forma, un retraso en la curación de las personas trabajadoras afectadas.

Entre diciembre de 2018 y junio de 2024, la lista de espera quirúrgica estructural<sup>11</sup> del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha experimentado un incremento significativo. El número total de pacientes pendientes de intervención pasó de 668.288 en 2018 a 848.332 en junio de 2024, lo que supone 180.044 pacientes adicionales y un aumento aproximado del 27 % en el conjunto del territorio nacional.

Este incremento refleja un crecimiento sostenido de la demanda quirúrgica pendiente y pone de manifiesto una presión creciente sobre la capacidad asistencial del SNS.

La evolución anual muestra, además, una dinámica identificable. Tras un aumento moderado entre 2018 y 2019 (de 668.288 a 704.997 pacientes), se produce una caída significativa en 2020, cuando la lista de espera desciende hasta 649.879 pacientes, coincidiendo con la reorganización de la actividad asistencial durante la pandemia. A partir de 2021, el sistema sanitario recupera progresivamente la actividad quirúrgica programada, alcanzando 706.740 pacientes, para posteriormente registrar un crecimiento notable en 2022 y 2023, años en los que la lista de espera asciende a 793.521 y 849.535 pacientes respectivamente. En junio de 2024, la cifra se mantiene en niveles muy similares (848.340 pacientes).

**El análisis por especialidades** confirma además que algunas áreas concentran las mayores demoras. En junio de 2024, la espera media en traumatología alcanza 242 días en Extremadura, 186 días en Andalucía, 181 días en Canarias, 175 días en Cantabria, lo que evidencia que las patologías musculoesqueléticas continúan siendo uno de los principales focos de acumulación de pacientes en lista de espera.

11. Como lista de espera quirúrgica estructural se entiende el conjunto de pacientes a quienes se les ha prescrito una intervención quirúrgica no urgente que requiere el uso de quirófano, que se encuentran pendientes de su realización y están incluidos en el registro correspondiente de pacientes en lista de espera, considerándose como fecha de entrada en dicho registro la fecha de prescripción de la intervención.

Provincia	Traumatología	TOTAL	Fecha	Provincia	Traumatología	TOTAL	Fecha
ANDALUCÍA	188	214	2018-dic	ANDALUCÍA	186	169	2024-jun
ARAGON	107	90	2018-dic	ARAGON	169	139	2024-jun
PDO DE ASTURIAS	78	73	2018-dic	PDO DE AS	96	83	2024-jun
BALEARES	89	81	2018-dic	BALEARES	93	102	2024-jun
CANARIAS	209	140	2018-dic	CANARIAS	181	127	2024-jun
CANTABRIA	105	87	2018-dic	CANTABRIA	175	139	2024-jun
CASTILLA Y LEON	83	65	2018-dic	CASTILLA Y	140	100	2024-jun
CASTILLA-LA MANCHA	156	134	2018-dic	CASTILLA-L	118	118	2024-jun
CATALUÑA	171	151	2018-dic	CATALUÑA	141	137	2024-jun
COMUNIDAD VALENCIANA	114	92	2018-dic	COMUNIDAD	88	79	2024-jun
EXTREMADURA	141	118	2018-dic	EXTREMADL	242	164	2024-jun
GALICIA	75	62	2018-dic	GALICIA	82	71	2024-jun
MADRID	61	50	2018-dic	MADRID	48	47	2024-jun
MURCIA	94	87	2018-dic	MURCIA	101	92	2024-jun
C. FORAL DE NAVARRA	69	77	2018-dic	C. FORAL DI	93	78	2024-jun
PAÍS VASCO	58	49	2018-dic	PAÍS VASCO	69	61	2024-jun
RIOJA	51	43	2018-dic	RIOJA	78	64	2024-jun
CEUTA	78	81	2018-dic	CEUTA	65	84	2024-jun
MELILLA	36	34	2018-dic	MELILLA	88	118	2024-jun

Fuente: elaboración propia SEC-UGT.

Datos: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

Otras especialidades presentan también demoras muy elevadas en determinados territorios, como cirugía plástica (447 días en Andalucía) o neurocirugía (398 días en Aragón, 236 días en Andalucía y 200 días en Cataluña).

**La media de los tiempos de espera quirúrgica** agregados para el conjunto de especialidades y comunidades autónomas ha aumentado desde 90,9 días en diciembre de 2018 hasta 103,8 días en junio de 2024, lo que supone un incremento aproximado de 13 días en el periodo analizado. Esta evolución evidencia un aumento global de las demoras en el acceso a cirugía programada en el Sistema Nacional de Salud.

En conjunto, los datos reflejan que, pese a la reducción parcial de las demoras tras el impacto inicial de la pandemia, los tiempos de espera quirúrgica siguen siendo elevados y desiguales entre territorios, con especial incidencia en especialidades como traumatología. Esta situación confirma la existencia de una presión asistencial estructural sobre la capacidad quirúrgica del SNS, que se traduce en retrasos significativos en el acceso a cirugía programada.

## I. Análisis territorial: presión asistencial por CCAA

El análisis territorial requiere tener en cuenta que las comunidades autónomas presentan tamaños poblacionales muy diferentes, por lo que las comparaciones basadas únicamente en cifras absolutas pueden resultar distorsionadas.

Por ello resulta necesario complementar el análisis con tasas de pacientes en lista de espera por cada 1.000 habitantes, indicador que permite evaluar con mayor precisión la presión asistencial real.

Desde esta perspectiva, el incremento de la lista de espera se confirma también en términos relativos. En el conjunto del SNS, la tasa de pacientes en lista de espera quirúrgica pasó aproximadamente de:

- **13,9 pacientes por 1.000 habitantes en 2018.**
- **17,6 pacientes por 1.000 habitantes en junio de 2024.**

Esto confirma un incremento estructural de la presión quirúrgica sobre el sistema sanitario.

El análisis por CCAA muestra además importantes diferencias territoriales entre las que destacan:

- **Cantabria:** 29,21 pacientes por 1.000 habitantes.
- **Andalucía:** 24,40 pacientes por 1.000 habitantes.
- **Cataluña:** 24,17 pacientes por 1.000 habitantes.

### Evolución por CCAA (Comunidades Autónomas con mayores incrementos)

	Pacientes 2018	Pacientes 2024	Incremento absoluto	Aumento %	Tasa 2018 (por 1.000 hab.)	Tasa 2024 (por 1.000 hab.)	Incremento tasa
<b>Andalucía</b>	143.887	203.979	60.092	42%	17,87	24,4	6,53
<b>Cataluña</b>	163.742	189.472	25.730	16%	22,66	24,17	1,51
<b>Madrid</b>	51.483	70.286	18.803	36%	7,87	10,06	2,19
<b>Galicia</b>	35.372	50.264	14.892	42%	13,44	19,28	5,84
<b>Murcia</b>	23.467	34.595	11.128	47%	17,09	22,03	4,94

*Fuente: elaboración propia SEC-UGT.  
Datos: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones*

## II. Especialidades con mayor lista de espera estructural

Por especialidades, la mayor parte de la demanda quirúrgica pendiente se concentra en:

- **Traumatología.**
- **Oftalmología.**
- **Cirugía general y de digestivo.**

Entre ellas, traumatología es la especialidad que registra el mayor volumen de pacientes en lista de espera.

En junio de 2024, en Andalucía, por ejemplo, los pacientes pendientes de cirugía traumatólica pasaron de 26.789 en 2018 a 48.897, lo que supone un incremento aproximado al 82 %. En Cataluña, a pesar de no incrementar, el volumen también es especialmente elevado, pasando de 44.221 pacientes en 2018 a 43.648 en 2024,

manteniéndose como una de las comunidades con mayor número de pacientes en espera en esta especialidad. Asimismo, se observan incrementos relevantes en Galicia, donde los pacientes pendientes de cirugía traumatólica aumentaron de 10.084 a 12.370, y en Murcia, donde pasaron de 7.578 a 9.554 en el mismo periodo. En Madrid, el número de pacientes pendientes de intervención traumatólica pasó de 11.125 a 12.384, consolidándose también como uno de los principales focos de demanda quirúrgica.

Estos datos evidencian un incremento notable de la demanda de cirugía traumatólica y confirman que las patologías musculoesqueléticas constituyen el principal bloque de cirugía programada pendiente en el SNS, con un impacto especialmente relevante en términos de capacidad funcional y duración de los procesos de incapacidad temporal.

### Comunidades Autónomas con mayor incremento de Lista de espera en traumatología:

	Pacientes 2018	Pacientes 2024	Incremento	Variación (%)
<b>Andalucía</b>	26.789	48.897	22.108	82,50%
<b>Galicia</b>	10.084	12.370	2.286	22,70%
<b>Murcia</b>	7.578	9.554	1.976	26,10%
<b>Madrid</b>	11.125	12.384	1.259	11,30%

Fuente: elaboración propia SEC-UGT. Datos: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

### III. Evolución de los procesos y la duración de la IT por comunidad autónoma

El número de procesos de incapacidad temporal ha crecido de forma sostenida en todas las

comunidades autónomas entre 2021 y 2025. Las comunidades con mayor volumen de procesos son Cataluña, con 2,5 millones en 2025, Andalucía con 1,3 millones y la Comunidad de Madrid con 1,7 millones.

Evolución de los procesos y la duración de la IT por CCAA				
Año agotamiento IT	Comunidad médica	Procesos IT	Duración IT	Duración media IT
2025	PAIS VASCO	582.383	25.858.365	44,40
	CATALUÑA	2.507.734	79.283.624	31,62
	GALICIA	361.815	30.493.618	84,28
	ANDALUCIA	1.309.685	72.073.163	55,03
	ASTURIAS	135.302	9.930.296	73,39
	CANTABRIA	113.460	6.383.193	56,26
	LA RIOJA	68.279	3.008.825	44,07
	REGION DE MURCIA	294.020	17.578.752	59,79
	CMDAD. VALENCIANA	777.145	45.391.404	58,41
	ARAGON	270.187	13.678.149	50,62
	CASTILLA - LA MANCHA	348.814	17.373.100	49,81
	CANARIAS	531.587	27.386.699	51,52
	NAVARRA	215.342	6.817.591	31,66
	EXTREMADURA	108.437	9.447.761	87,13
	ISLAS BALEARES	295.961	9.533.236	32,21
	CMDAD. MADRID	1.738.365	64.334.072	37,01
	CASTILLA Y LEON	351.497	21.365.954	60,79
	CEUTA	9.358	544.033	58,14
	MELILLA	11.000	644.751	58,61

Fuente: elaboración propia SEC-UGT. Datos: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

Sin embargo, es la duración media de los procesos la que presenta las diferencias territoriales más llamativas. Extremadura registra la duración media más elevada con 87

días en 2025, seguida de Galicia con 84 días. La tendencia general apunta a un incremento de la duración media en la mayoría de comunidades autónomas entre 2021 y 2025.

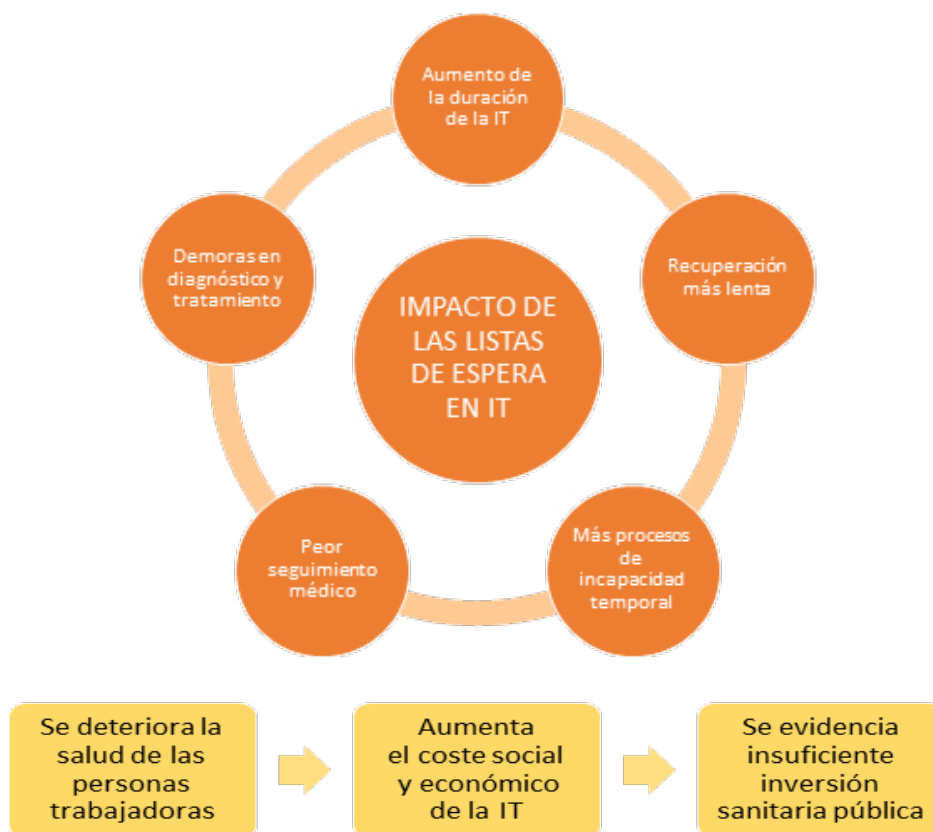
#### IV. Relación entre listas de espera y aumento de incapacidades temporales

Como hemos indicado previamente, el aumento de los procesos de IT se explica, entre otros motivos, por problemas reales de salud de las personas trabajadoras. Dichos procesos se ven perjudicados, además, por **dificultades del sistema sanitario público para atender de forma oportuna a las personas afectadas**. Así, factores como la saturación de la atención primaria, las demoras en consultas y tratamientos y la cronicidad de las listas de espera **impactan directamente en la salud laboral y prolongan la duración de las bajas**. En este sentido, las patologías musculoesqueléticas tratadas en traumatología constituyen una de las principales causas de bajas laborales de media y larga duración. En muchos casos, los procesos de incapacidad temporal se prolongan hasta la resolución quirúrgica o la valoración especializada definitiva.

En consecuencia, el incremento de pacientes pendientes de cirugía en especialidades clave, junto con el aumento de los tiempos de espera y la elevada proporción de pacientes con demoras prolongadas, sugiere que **las listas de espera quirúrgicas actúan como un determinante estructural en la duración de las ITCC, trasladando parte del impacto de las demoras sanitarias al sistema de Seguridad Social**.

Como se ha expuesto, las listas de espera demoran el **diagnóstico y el tratamiento**. Cuando una persona trabajadora espera muchos días para ser atendida por especialistas o para recibir pruebas médicas, su recuperación se retrasa. Esto **hace que la incapacidad temporal dure más tiempo** y que los procesos se acumulen.

No recuperar la salud de forma eficaz prolonga la baja médica, lo que incrementa la duración y el número de procesos de IT, con impacto en la Seguridad Social y en la vida laboral de las personas afectadas.



Fuente: elaboración propia SEC-UGT.

Por tanto, si se quiere reducir la duración de los procesos de incapacidad debe mejorarse de forma significativa la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud (SNS). Un sistema sanitario con más recursos humanos, más inversión, menos listas de espera y atención adecuada puede acelerar la recuperación de la salud de las personas trabajadoras y reducir tanto la incidencia como la duración de las incapacidades temporales. Por el contrario, las declaraciones y las propuestas que solo focalizan el problema en el control de las bajas y en la duración de las mismas ponen en grave riesgo la salud de las personas trabajadoras, que por miedo pueden verse forzadas a reincorporarse a su puesto de trabajo antes de una completa recuperación.

### **2.3. Regulación de la IT por la negociación colectiva**

La protección de la salud en los supuestos de incapacidad temporal por contingencias comunes resulta insuficiente desde la perspectiva del sistema de protección social. Ello se debe, en primer lugar, a que existen días sin cobertura económica (los tres primeros días de baja), y, en segundo lugar, a que el mecanismo de sustitución de rentas es parcial, ya que no garantiza el mantenimiento íntegro del salario. En concreto, la prestación económica asciende al 60 % de la base reguladora desde el día 4.º hasta el día 20.º de la incapacidad, y únicamente alcanza el 75 % de dicha base a partir del día 21.º.

Ante esta insuficiencia, la negociación colectiva ha desplegado un relevante esfuerzo corrector, articulando de manera heterogénea mejoras destinadas a ampliar la protección de la salud y la cobertura económica de las personas trabajadoras. Aunque en ocasiones

estas mejoras han sido cuestionadas por supuestamente incrementar de forma artificial la incidencia de la incapacidad temporal entre las personas trabajadoras, la evidencia empírica disponible desmiente dicha afirmación y pone de relieve la falta de fundamento de tal hipótesis.

### **I. Complementos convencionales en caso de IT**

Como se ha señalado, las insuficiencias del nivel básico de protección legal han propiciado que los agentes sociales incorporen en la negociación colectiva cláusulas destinadas a reforzar la cobertura de la incapacidad temporal por contingencias comunes. En este sentido, es frecuente la previsión de mejoras convencionales que atenúan o eliminan las pérdidas de renta derivadas de la situación de incapacidad, ya sea mediante cláusulas de complemento salarial hasta alcanzar el 100 % de las retribuciones, mediante el aumento de los porcentajes de la prestación durante determinados tramos de la baja, o mediante la asunción empresarial de los días inicialmente excluidos de protección económica por la normativa legal. Estas previsiones convencionales operan así como instrumentos correctores de los límites del sistema legal, mejorando los parámetros básicos de cobertura previamente indicados.

Podría pensarse que el repunte de la IT en los últimos años podría deberse a que la negociación colectiva ha mejorado notablemente este tipo de cláusulas. Sin embargo, un análisis del resultado de las unidades de negociación en el tiempo evidencia que no se detecta una innovación en esta materia. Es decir, en otras palabras, que las cláusulas que mejoran el régimen legal sobre la IT se trasladan de una versión a

otra de los convenios colectivos sin introducir prácticamente ningún cambio<sup>12</sup>, o, incluso, introduciendo alguna restricción<sup>13</sup>. Cuando se introducen mejoras estas tienen carácter garantista, pero son de entidad muy pequeña en términos económicos y de protección efectiva<sup>14</sup>.

De hecho, si observamos la evolución a más largo plazo, se constata que **cada vez menos convenios garantizan el 100% desde el primer día**. En este sentido, se reconoce el porcentaje de mejora o complemento de IT, acotado a un periodo de tiempo. Se imponen: escalonamientos largos y porcentajes parciales (75%, 80%, 90%, 95%).

En conclusión, si las cláusulas convencionales no han variado a lo largo del tiempo, solo puede concluirse que el repunte en la IT no puede provenir de dichas cláusulas, sino de un deterioro en la salud de las personas trabajadoras que tendrá más que ver con el deterioro en el sistema de salud, como se ha señalado antes, y en la falta de inversión en prevención de riesgos por parte de empresas y Gobiernos.

## II. Las mejoras convencionales sobre IT en empresas por sectores

La hipótesis según la cual las mejoras convencionales del régimen legal de la incapacidad temporal actuarían como un factor que incrementa su incidencia queda asimismo refutada en numerosos sectores productivos cuando se procede a un análisis sectorial de la IT. A tal efecto, resulta ilustrativo examinar, entre otros, los sectores de Actividades de Edición, Radiodifusión y Producción y Distribución de Contenidos, el sector financiero, la hostelería y las telecomunicaciones.

Así, los datos oficiales del INSS correspondientes al **sector de Actividades de Edición, Radiodifusión y Producción y Distribución de Contenidos** ponen de manifiesto que una empresa con menor plantilla y con una cláusula convencional menos favorable -que no complementa los días sin prestación por IT y que solo lo hace de forma parcial a partir del cuarto día- registra, pese a ello, unos procesos de IT 1,26 veces superiores a los de otra empresa con mayor plantilla y con un convenio que garantiza un complemento del 100 % desde el primer día.

EVOLUTION MADRID, SL vs RTVE

12. Así, por ejemplo, se ha mantenido un estándar de protección similar en el VI Convenio colectivo general del sector de la construcción y en el VII Convenio colectivo general del sector de la construcción; en el II Convenio colectivo de ámbito estatal del sector de contact center (antes telemarketing) y en el III Convenio colectivo de ámbito estatal del sector de contact center; o en el XI Convenio colectivo nacional de centros de enseñanza privada de régimen general o enseñanza reglada sin ningún nivel concertado ni subvencionado y en el XII Convenio colectivo nacional de centros de enseñanza privada de régimen general o enseñanza reglada sin ningún nivel concertado ni subvencionado.

13. Como las restricciones incorporadas en el Convenio colectivo estatal de empresas de seguridad para el periodo 2023-2026 respecto de la versión anterior al limitar por primera vez el complemento salarial en determinados supuestos de incapacidad temporal. En concreto, se restringe a un máximo de dos procesos al año el complemento del 80 % entre los días 4 y 20, cuando antes no existía tope anual, y se añade un régimen condicionado entre los días 91 y 100, que solo mantiene el complemento del 80 % si no ha habido otro proceso de incapacidad temporal en los doce meses anteriores.

14. Las modificaciones incorporadas en los convenios recientes pueden calificarse como mejoras muy reducidas, ya que no alteran de manera sustancial el nivel de cobertura económica en los supuestos de incapacidad temporal, limitándose a ajustes correctivos o de alcance puntual. Así ocurre, por ejemplo, en el Convenio colectivo del sector de grandes almacenes (Resoluciones de 31 de mayo de 2021 y 30 de mayo de 2023), donde se mantiene intacto el sistema económico y la única novedad relevante es la eliminación de una cláusula sancionadora automática por incumplimientos formales; en el Convenio colectivo general de la industria química (Resoluciones de 7 de julio de 2021 y 6 de febrero de 2025), la mejora consiste en la ampliación limitada de los supuestos protegidos —violencia de género, embarazo o determinadas intervenciones ambulatorias— sin modificar porcentajes ni duración de los complementos; y en el Convenio colectivo estatal de empresas de consultoría, tecnologías de la información y estudios de mercado (Resoluciones de 22 de febrero de 2018 y 4 de abril de 2025), la novedad se concreta en la supresión de presunciones de simulación y mecanismos de control empresarial intrusivos, manteniéndose inalterado el esquema retributivo.

En el **sector de financiero**, igualmente, se observa que una empresa cuyo régimen convencional se limita a la aplicación estricta del marco legal presenta una incidencia de bajas por incapacidad temporal de hasta un 11 % superior a la de otra empresa en la que el convenio colectivo contempla un complemento del 100 % desde el primer día de la baja. CAIXABANK VS SANTANDER.

Por su parte, en el **sector de la hostelería**, si comparamos empresas con actividad y volumen de negocio similar, observamos que una de ellas prevé en su Convenio colectivo una regulación de la IT muy restrictiva, donde los primeros días de baja la persona trabajadora no percibe remuneración salarial y únicamente se reconoce el complemento del 100% si el proceso tiene una duración superior a 20 días y, sin embargo, presenta un 5% más de procesos de IT que otra empresa que reconoce el complemento del 100% desde el primer día de la situación de IT. Burguer King vs mcdonalds.

Similar resultado se muestra también en el **sector de las telecomunicaciones**. En él, observamos como una empresa con un convenio colectivo que contiene una regulación de la IT más favorable para la persona trabajadora, donde se reconoce un complemento del 100% en los 30 primeros días, acredita un 33% menos de procesos de baja, aun teniendo una plantilla de trabajadores mayor, que otra empresa del mismo sector con una regulación más restrictiva de la IT en la cual solo reconoce o complementa el 100% la IT a partir del día 21 de baja médica. DIGI respecto de Market global.

Los datos evidencian, de nuevo, que el complemento de IT no actúa como un elemento que potencie o incremente la IT. La explicación a los incrementos debe ser buscada, por tanto, en otros factores, como el deterioro del sistema de salud.

## 2.4. Las pérdidas económicas por padecer una enfermedad ponen en riesgo la salud de las personas trabajadoras

La regulación de la ITCC por parte de la negociación colectiva también tiene un claro impacto en la renta de las personas trabajadoras. Aquellos convenios con menores complementos provocan importantes pérdidas salariales en las personas trabajadoras. Que, en muchas ocasiones, dada las altas pérdidas salariales, se ven obligadas a elegir entre pagar su alquiler o su hipoteca o permanecer de baja y recuperar su salud.

La distinta intensidad de estas mejoras convencionales, así como su alcance y condiciones de acceso, permite identificar una serie de patrones relevantes en relación con sus efectos económicos y su incidencia en las dinámicas de la incapacidad temporal.

### I. La enfermedad de la persona trabajadora provoca graves pérdidas económicas

En los convenios colectivos que cuentan con complementos parciales a la ITCC se producen pérdidas económicas considerables. En los convenios colectivos con complementos parciales o condicionados a la duración del proceso de ITCC, las pérdidas económicas para la persona trabajadora son elevadas y recurrentes. A pesar de estas importantes pérdidas salariales, el número de procesos de IT en ellas es muy elevado.

Así, por ejemplo, las personas sujetas a algunos convenios del sector del metal sufren una pérdida de hasta 402,45€ por cada proceso de IT, tanto en una baja de 30 días como en bajas de 3 o 6 meses, lo que evidencia una penalización económica inmediata asociada al inicio del

proceso de enfermedad<sup>15</sup>. Asimismo, en el sector agrario, con un menor nivel salarial que otros, se detecta una pérdida proporcionalmente más gravosa<sup>16</sup>, de hasta un 12,1% del salario.

Las mayores pérdidas salariales se concentran en los colectivos más precarizados. En algunos casos, la pérdida supera los 1.500-2.600 euros en bajas de 6 meses<sup>17</sup>, lo que evidencia una desigualdad estructural en la protección frente a la enfermedad común.

En las empresas sin complemento total, la brecha salarial se amplía cuanto mayor es la duración de la ITCC (30 días, 3 meses y 6 meses). Esto demuestra que la regulación actual castiga especialmente las enfermedades de larga duración, penalizando a quienes más necesitan protección.

## II. La pérdida salarial no reduce la incidencia de la incapacidad temporal

Los datos oficiales relativos a los procesos de ITCC en el ámbito empresarial evidencian que, en aquellas empresas cuyos convenios colectivos establecen complementos del 100%, garantizando así la ausencia de merma retributiva durante la situación de IT, no se observa una mayor incidencia de dichos procesos en comparación con aquellas en las que el complemento es inexistente o de

carácter parcial. Por el contrario, se constata la existencia de empresas que no ofrecen ningún tipo de complemento durante la ITCC y en las que, por tanto, las personas trabajadoras soportan pérdidas económicas significativas ante cualquier contingencia de salud, situándose estas entidades entre las que registran un mayor volumen de ausencias por enfermedad.

Desde una perspectiva estrictamente empírica, los datos disponibles permiten formular dos importantes conclusiones.

En primer lugar, la existencia de mejoras convencionales en materia de ITCC, particularmente aquellas que garantizan la percepción del 100 % de las retribuciones durante la situación, no se correlaciona con un incremento en la incidencia de dichos procesos. Ello evidencia que **la hipótesis de un uso fraudulento o generalizado de las bajas médicas carece de sustento objetivo** y evidencia que el verdadero problema que debe solucionarse para reducir las bajas laborales es el de condiciones laborales que condicionan la aparición de contingencias comunes. Tales situaciones justifican la **intervención de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social**, tanto para verificar eventuales incumplimientos de la normativa preventiva como para garantizar el derecho de las personas trabajadoras a la protección de su salud.

15. VII Convenio Colectivo de Industrias de Ferralla (2023-2024), pese a que el complemento alcanza el 100 % de la base reguladora, este solo se aplica a partir del día 16 de la baja y condicionado a un índice de absentismo inferior al 2 %. En consecuencia, un trabajador de nivel 12, con un salario base anual de 20.613,32 €, sufre una pérdida salarial de 402,45 € por cada proceso de IT.

16. En el Convenio de Novedades Agrícolas, un trabajador del grupo técnico F, con un salario base anual de apenas 7.771,44 €, pierde 939,55 € en una baja de seis meses, lo que supone una merma muy significativa de ingresos para un colectivo ya de por sí precarizado.

17. Un impacto aún más acusado se observa en sectores donde el complemento es claramente limitado. Así, en el convenio de Harinas Panificables y Sémolas (2023-2025), donde el complemento por ITCC es del 25 % de la base de cotización a partir del día 15, un trabajador del grupo de Gerencia y Dirección registra una pérdida de 1.817,31 € en una baja de seis meses, mientras que un trabajador del grupo de Técnicos y Especialistas pierde 1.650,51 € en el mismo periodo, pese a tratarse de una contingencia estrictamente sanitaria. En el Convenio colectivo del sector del metal (Madrid), un trabajador del grupo de empleados, con un salario base mensual de 1.579,62 €, sufre una pérdida de 2.648,30 € en un periodo de seis meses de ITCC.

En segundo lugar, **los datos revelan que las ausencias por ITCC se concentran con mayor frecuencia en entornos laborales caracterizados por condiciones organizativas, ergonómicas o psicosociales deficientes**, cuyo impacto perjudica gravemente la salud de la plantilla. A este respecto, la existencia de complementos salariales del 100 % no incrementa la incidencia de la ITCC, pero sí asegura que el ejercicio del derecho a la baja médica pueda realizarse sin el desincentivo económico derivado de una pérdida retributiva.

La comparación entre sectores con distinta tradición de protección convencional resulta especialmente ilustrativa. En sectores como la hostelería y actividades de servicios de bajo valor añadido, la ausencia de complementos completos durante la ITCC genera pérdidas salariales relevantes incluso en bajas de corta duración, lo que actúa como un fuerte incentivo al presentismo y a la reincorporación prematura, con el consiguiente deterioro de la salud de las personas trabajadoras.

Por el contrario, en sectores como banca, seguros y entidades financieras, donde los convenios colectivos garantizan el 100 % del salario durante amplios periodos de la ITCC, no se observa una mayor incidencia de procesos de baja. Así, en el Convenio de Cajas y Entidades Financieras de Ahorro (2024-2026) o en el de Establecimientos Financieros de Crédito, el mantenimiento prácticamente íntegro de los ingresos convive con una gestión más estable de la incapacidad temporal, desmintiendo la hipótesis de que la protección salarial incentive un uso indebido de la baja médica.

**En definitiva, la protección mejorada de la ITCC acordada en los Convenios colectivos debe entenderse como una medida de salud laboral y no como un coste.** Los datos evidencian que los convenios con mejores coberturas favorecen una **gestión**

**más saludable de la enfermedad**, reducen el presentismo y contribuyen a una reincorporación en mejores condiciones, lo que redundará también en beneficio de la propia empresa y del sistema público de salud.

## 2.5. Conclusiones

1. **Incremento generalizado y transversal de la incapacidad temporal.** La evidencia empírica muestra que el aumento de la incapacidad temporal por contingencias comunes constituye un fenómeno generalizado y transversal, observable en todas las comunidades autónomas, en todos los sectores productivos y en todas las cohortes de edad –jóvenes y mayores–. Tanto en el Régimen General como en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos se registra un crecimiento sostenido del número de procesos y de personas protegidas, con independencia del tipo de actividad económica o del tamaño de la empresa. Esta extensión homogénea del fenómeno descarta explicaciones parciales o sectoriales y apunta a la existencia de factores estructurales comunes que afectan de manera amplia al conjunto del sistema productivo y laboral.
2. **Aumento de la IT y deterioro real de la salud de las personas trabajadoras.** El crecimiento de la incapacidad temporal no puede interpretarse como una desviación conductual ni como un incremento del absentismo injustificado, sino como un reflejo del deterioro de la salud de las personas trabajadoras. Aunque el aumento del número de procesos se concentra en bajas de corta duración, la intensificación y prolongación de los procesos de media y larga duración –especialmente los superiores

a un año- revela la presencia de patologías persistentes y de dificultades objetivas para completar los procesos de recuperación. La IT, por tanto, debe ser entendida como un indicador sensible del estado de la salud laboral y de la capacidad del sistema para garantizar una recuperación efectiva.

- 3. Patologías prevalentes, cronicidad y prolongación de las bajas.** Las diferencias en la duración de los procesos de incapacidad temporal están estrechamente relacionadas con el perfil de las patologías que los originan. Mientras que las bajas de corta duración se vinculan fundamentalmente a procesos leves o inespecíficos, las bajas medias y largas se concentran de forma predominante en trastornos musculoesqueléticos y mentales, como las dorsalgias y la ansiedad. Estas patologías, de elevada prevalencia en el ámbito laboral, requieren atención especializada, seguimiento continuado y, en numerosos casos, intervención quirúrgica o terapéutica prolongada, lo que las hace especialmente vulnerables a las demoras asistenciales.
- 4. Las listas de espera quirúrgica como determinante estructural de la duración de la IT.** El análisis territorial confirma que el aumento de las listas de espera quirúrgica actúa como un factor estructural que prolonga y cronifica los procesos de incapacidad temporal. Entre 2018 y 2024, Andalucía destaca como la comunidad autónoma donde el incremento ha sido más intenso en términos absolutos y relativos, con un

aumento del 42 % en el número de pacientes en lista de espera quirúrgica, seguido de otras comunidades como Murcia, que presenta un crecimiento aún más elevado en términos porcentuales (47 %), y Galicia, con incrementos superiores al 40 %. Estas comunidades coinciden, además, con duraciones medias de IT especialmente elevadas, lo que refuerza la relación entre presión asistencial y prolongación de las bajas laborales.

- 5. Desigualdad económica, presión para reincorporaciones prematuras y riesgos para la salud.** La insuficiencia de la protección económica durante la incapacidad temporal genera un impacto profundamente desigual entre las personas trabajadoras, penalizando de forma más severa a quienes perciben salarios más bajos y a quienes sufren procesos de media y larga duración. Las pérdidas retributivas asociadas a la IT ejercen una presión indirecta para la reincorporación prematura al puesto de trabajo, incluso en ausencia de una recuperación completa, lo que aumenta el riesgo de recaídas, cronificación de la enfermedad y deterioro de la salud. Lejos de reducir la incidencia de la IT, este mecanismo contribuye a reproducir desigualdades sociales y sanitarias.
- 6. La negociación colectiva no explica el aumento de la incapacidad temporal.** El análisis sectorial y comparado de la negociación colectiva demuestra de forma consistente que las mejoras convencionales en materia de incapacidad temporal no se traducen

en una mayor incidencia de los procesos de baja. Los complementos salariales no han experimentado una expansión significativa en el tiempo y, en numerosos convenios, incluso se han introducido restricciones. Asimismo, las empresas y sectores con mayores niveles de protección económica durante la IT no registran tasas más elevadas de incapacidad temporal, lo que descarta que estas cláusulas actúen como un incentivo perverso y refuerza la idea de que las causas del aumento deben buscarse fuera del ámbito convencional.

**7. El incremento de la IT está ligado al deterioro estructural del sistema sanitario.**

La concurrencia de todos estos elementos permite concluir que el incremento de la incapacidad temporal obedece a factores transversales y estructurales, entre

los que destaca de manera central el deterioro de la capacidad de respuesta del sistema sanitario público. El aumento de las listas de espera, la saturación de la atención especializada y las demoras diagnósticas y terapéuticas retrasan la recuperación de la salud y prolongan innecesariamente las bajas laborales. En este contexto, los intentos de abordar la IT exclusivamente desde una lógica de control resultan no solo ineficaces, sino potencialmente lesivos para la salud de las personas trabajadoras. La reducción sostenible de la incapacidad temporal exige, por el contrario, un refuerzo decidido del Sistema Nacional de Salud, una mayor inversión en prevención de riesgos laborales y una concepción de la protección durante la IT como un elemento central de la política de salud pública y laboral.

### 3. EL FENÓMENO, LA FALTA DE DATOS Y CONCIENCIACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

---

Aunque el suicidio es un fenómeno ampliamente cuantificado en las estadísticas de salud pública, en el ámbito laboral existe una falta notable de datos y estudios específicos. Esto se debe en parte a que los suicidios no suelen clasificarse dentro de la siniestralidad laboral tradicional. Las empresas y las autoridades laborales históricamente han puesto el foco en los accidentes físicos y las enfermedades profesionales claramente definidas, mientras que las muertes por suicidio (y en general las enfermedades de salud mental) de personas trabajadoras suelen quedar fuera del registro oficial de “accidentes de trabajo”. Incluso cuando un suicidio tiene relación directa con factores laborales (por ejemplo, estrés laboral extremo, acoso o burnout), rara vez se documenta como accidente laboral a no ser que medie una determinación judicial. Las familias y las propias empresas a veces tampoco hacen pública la causa real del fallecimiento por respeto a la intimidad o por el estigma asociado, contribuyendo a la invisibilidad estadística del problema.

Esta carencia de datos hace difícil dimensionar con exactitud cuántos suicidios están vinculados a factores laborales. No obstante, diversos indicios apuntan a que el entorno de trabajo influye significativamente. Por ejemplo, estudios internacionales señalan que ciertas profesiones y sectores muestran tasas más altas de suicidio (como el sector sanitario, fuerzas del orden, agricultura, construcción, etc.), lo cual sugie-

re que las condiciones laborales estresantes o traumáticas propias de esos empleos pueden aumentar el riesgo. El incremento del riesgo de suicidio en ciertos grupos profesionales, como las fuerzas de seguridad y los sanitarios, puede atribuirse a varios factores, entre ellos<sup>18</sup>:

- El acceso y conocimiento de métodos potencialmente letales.
- La resistencia a buscar ayuda en caso de trastornos mentales o situaciones de agotamiento emocional.
- La naturaleza del trabajo, que a menudo requiere la exposición a experiencias difíciles o traumáticas, aumentando las exigencias psicológicas y emocionales relacionadas con su función profesional.

A su vez, el riesgo es más alto en aquellos con baja autonomía en sus tareas, escaso reconocimiento social y económico, y altas demandas laborales.

En España, en los últimos años han trascendido casos donde una conexión laboral quedó evidente, por ejemplo, ha habido suicidios de empleados atribuidos a situaciones de acoso laboral prolongado (mobbing), a cargas de trabajo insostenibles o a la incertidumbre laboral.

A pesar de la escasez de estadísticas oficiales, la realidad es que el sufrimiento psicológico no distingue entre vida personal y vida laboral. Los

---

18. Fundación Iturri (2025) *El suicidio en el entorno laboral ya práctica para la prevención y gestión de la conducta suicida en las organizaciones.*

problemas personales pueden afectar al rendimiento en el trabajo, y viceversa, las condiciones laborales pueden impactar profundamente el estado emocional de la persona. La falta de datos no implica ausencia de problema, sino más bien un déficit de reconocimiento y registro. En muchas organizaciones sigue sin hablarse abiertamente del tema: un suicidio de un integrante de la plantilla suele manejarse con discreción, sin un análisis interno de las posibles causas laborales ni aprendizaje institucional posterior. Asimismo, muchas personas con ideaciones suicidas no lo comunican en el trabajo por miedo al estigma o a represalias, o porque consideran (erróneamente) que “no es asunto del trabajo”. Todo esto lleva a que la prevención del suicidio haya sido un aspecto desatendido dentro de la prevención de riesgos laborales. Tradicionalmente, si bien la normativa de Prevención de Riesgos Laborales obliga a velar por la salud física y mental de las personas trabajadoras, en la práctica la atención a los riesgos psicosociales (estrés, sobrecarga, conflictividad, etc.) ha quedado rezagada respecto a otros riesgos más visibles.

Hoy, sin embargo, estamos ante un cambio de paradigma. La creciente sensibilidad social hacia la salud mental, unida a iniciativas de organismos públicos, está impulsando a las empresas a reconocer el fenómeno y a recopilar más

información. Por ejemplo, algunas organizaciones han comenzado a incluir preguntas sobre bienestar emocional en las encuestas de clima laboral o en los reconocimientos médicos periódicos, y a registrar indicadores como el aumento de bajas por ansiedad o depresión, que pueden ser señales indirectas de riesgo suicida. A nivel macro, se están creando observatorios del suicidio (como el de la Confederación Salud Mental España) que analizan tendencias y factores asociados, y aunque no se centran exclusivamente en lo laboral, ofrecen datos desglosados por edad, sexo y comunidad autónoma que permiten deducir el impacto en población trabajadora.

Todo apunta a que necesitaremos mejores sistemas de información que integren la perspectiva laboral: solo con datos fiables podremos diseñar intervenciones más eficaces. Mientras tanto, la falta de cifras exactas no debe ser excusa para la inacción. Al contrario, es un llamado a redoblar esfuerzos de prevención en todos los frentes, especialmente en el laboral, con las evidencias disponibles y aplicando el principio de precaución. En las siguientes secciones, nos centraremos en derribar mitos que han dificultado la comprensión del problema y en proponer medidas concretas de prevención y gestión del riesgo suicida en las organizaciones.

## 4. MITOS Y REALIDADES

---

Alrededor de la conducta suicida circulan numerosos mitos que conviene desterrar, ya que generan incomprensión y pueden obstaculizar los esfuerzos de prevención. A continuación, se presentan algunas creencias erróneas comunes sobre el suicidio, contrastadas con la **realidad** que la evidencia científica y la experiencia clínica han demostrado<sup>19</sup>:

- **Mito:** “Hablar sobre el suicidio con alguien puede incitarle a intentarlo.”

**Realidad:** No es así. Conversar abiertamente y con tacto sobre el suicidio **no induce la conducta suicida**; al contrario, puede ser un factor protector. Preguntar a una persona en sufrimiento si está pensando en hacerse daño permite que se sienta escuchada y respaldada. Expresar sus emociones alivia parte de la presión interna y abre la puerta a buscar ayuda. El silencio y la evitación, en cambio, alimentan la soledad y el tabú. Por eso, animar a hablar del tema de forma respetuosa y sin juicio es una estrategia fundamental de prevención.

- **Mito:** “Las personas que mencionan ideas suicidas no llegan a hacerlo; solo buscan llamar la atención.”

**Realidad:** La mayoría de las personas que están considerando suicidarse **muestran señales o lo comunican de alguna forma** antes del acto. Frases como “no puedo más”, “ojalá no despertara” o “la vida no tiene sentido” deben tomarse siempre en serio. No se trata de “llamar la atención” en un sentido frívolo, sino de expresiones de un

profundo dolor y desesperanza. Ninguna petición de ayuda, por sutil que sea, debe ser ignorada. Al contrario, esas verbalizaciones brindan una oportunidad para intervenir a tiempo. Minimizar o ridiculizar estas señales (etiquetándolas de manipulación o dramatismo) puede impedir que la persona reciba el apoyo que urgentemente necesita.

- **Mito:** “El suicidio ocurre de repente, sin advertencias. Es imprevisible.”

**Realidad:** Aunque algunos suicidios pueden parecer impulsivos, por lo general **existen señales de alerta previas**. Muchas personas que atraviesan una crisis suicida exhiben cambios observables en su comportamiento, estado de ánimo o forma de expresarse. Pueden aislarse socialmente, mostrar una tristeza profunda o irritabilidad inusual, descuidar su aspecto o rendimiento, o verbalizar ideas de desesperanza. Identificar estas señales tempranamente y ofrecer ayuda puede prevenir desenlaces trágicos. No es posible predecir con total certeza un acto suicida, pero decir que ocurre “sin avisar” es falso y lleva a una falsa sensación de impotencia. La clave está en saber detectar e interpretar esas advertencias que sí ocurren en muchos casos.

- **Mito:** “Si alguien está decidido a suicidarse, nada ni nadie podrá detenerlo.”

**Realidad:** Este mito desconoce que la mayoría de las personas con ideación suicida tienen sentimientos ambivalentes acerca de la muerte. **El deseo de morir suele coexis-**

---

19. Ver <https://www.paho.org/es/campanas/uruguay-mitos-acerca-suicidio>; Laura Lacomba-Trejo Aruca Calderón-Cholbi Marta Cañero-Pérez, *Suicidio. De la conceptualización a la prevención*, Tirant, 2022.

**tir con deseos de vivir**, aunque sea en parte, o con dudas. Mucha gente que piensa en suicidarse en realidad quiere dejar de sufrir, no necesariamente dejar de vivir; si se logra reducir su dolor o desesperación, esa persona puede recuperar las ganas de vivir. Las intervenciones oportunas (escucha empática, terapia psicológica, tratamiento psiquiátrico, apoyo social) **salvan vidas todos los días**. Incluso en casos muy graves, la intervención adecuada (por ejemplo, hospitalización temporal, contención de la persona en momentos críticos) puede evitar el acto. Por lo tanto, nunca se debe renunciar a ayudar argumentando que “ya lo tiene decidido”. Siempre hay algo que se puede hacer para brindar esperanza y protección.

- **Mito:** “Los que intentan suicidarse lo hacen para manipular o porque son cobardes / egoístas.”

**Realidad:** Estas afirmaciones, además de falsas, resultan muy dañinas. Las personas que intentan suicidarse **atravesan un sufrimiento extremo** y ven sus recursos de afrontamiento desbordados. No buscan “manipular” a nadie; de hecho, a menudo creen erróneamente que le harían un favor a los demás desapareciendo. Tampoco es un acto de cobardía ni de valentía, sino el resultado de una enfermedad o una crisis que les supera. Tildar de egoísta a alguien que se encuentra en ese estado ignora que su capacidad de pensar con claridad está nublada por la angustia. Mostrar empatía y comprensión hacia su dolor es esencial para poder ayudarles; juzgarles o culparles solo agrava su sentimiento de incompreensión.

- **Mito:** “El suicidio es cosa de personas con trastornos mentales graves; a la gente ‘normal’ no le pasa.”

**Realidad:** Es cierto que ciertos trastornos mentales (como la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, entre otros) incrementan el riesgo suicida y están presentes en un alto porcentaje de los casos consumados. Sin embargo, **no todas las personas que se quitan la vida tenían un diagnóstico psiquiátrico**. El suicidio es un fenómeno multifactorial: a veces surge en personas aparentemente sin antecedentes mentales, pero que enfrentan situaciones vitales muy estresantes o traumáticas (pérdida del empleo, estrés, ruina económica, rupturas, experiencias de acoso, dolor crónico, etc.). Nadie está totalmente “a salvo” de llegar a una situación de crisis; por eso la prevención debe dirigirse a la población general, no solo a quienes ya tienen un diagnóstico. Cuidar la salud mental en el día a día y buscar ayuda ante los primeros indicios de malestar es importante para todas las personas.

Estos son solo algunos de los mitos más frecuentes. Romper estas ideas erróneas es crucial para crear una cultura de desestigmatización en la que hablar de salud mental sea tan normal como hablar de salud física, y en la que pedir ayuda no sea visto como un signo de debilidad sino de fortaleza. En el contexto laboral, combatir los mitos ayuda a que directivos, mandos intermedios y compañeros tomen en serio las señales de sufrimiento emocional y sepan cómo responder, en lugar de ignorarlas por miedo o desconocimiento. Con los mitos aclarados, en la siguiente sección pasamos a detallar las estrategias de prevención del riesgo de suicidio en las organizaciones: desde la identificación de los factores de riesgo hasta las medidas concretas de actuación y seguimiento.

# 5. PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

---

Prevenir el riesgo de suicidio en el entorno laboral requiere un enfoque amplio y proactivo. Es necesario actuar en múltiples niveles: reducir los factores de riesgo presentes en el trabajo, fortalecer los factores de protección, capacitar al personal para detectar y manejar las situaciones de crisis, establecer protocolos claros de intervención y dar seguimiento adecuado a cada caso. Todo ello, además, debe enmarcarse en el cumplimiento de la normativa vigente en prevención de riesgos laborales y en un compromiso ético de la organización con el bienestar integral de su plantilla.

A continuación, se desarrolla un esquema estructurado de las acciones preventivas esenciales:

## 5.1. Factores de riesgo y evaluación (obligaciones según la ley de PRL)

El primer paso para prevenir es conocer y evaluar los factores de riesgo que pueden incrementar la probabilidad de conducta suicida, así como los factores protectores que conviene potenciar. En el caso del suicidio, hablamos de una combinación de factores individuales, familiares, sociales y laborales. Algunos de estos factores no dependen del entorno de trabajo, pero otros sí, y es fundamental que la empresa los tenga en cuenta dentro de su evaluación de riesgos psicosociales tal y como exige la legislación española.

### I. Factores de riesgo relevantes (personales, sociales y laborales):

- **Individuales:** Antecedentes de problemas de salud mental (p. ej., depresión, trastorno de ansiedad, consumo problemático de alcohol u otras drogas), haber realizado

intentos de suicidio previos, presencia de enfermedades físicas dolorosas o crónicas, rasgos psicológicos como alta impulsividad o desesperanza persistente, y ciertos factores demográficos (por ejemplo, la edad (los hombres de mediana edad y mayores presentan tasas más altas en estadísticas). Estos factores pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona, especialmente si coinciden con situaciones de estrés severo.

- **Familiares y sociales:** Falta de apoyo afectivo o aislamiento social, dinámicas familiares disfuncionales o presencia de violencia intrafamiliar, pérdidas recientes significativas (fallecimiento de un ser querido, ruptura de pareja), problemas económicos graves, o antecedentes familiares de suicidio. En el entorno social más amplio, la estigmatización de los problemas mentales y la ausencia de redes de apoyo comunitario también incrementan el riesgo al dificultar que la persona busque ayuda.
- **Laborales (psicosociales):** Condiciones de trabajo negativas pueden actuar como desencadenantes o agravantes en personas vulnerables. Entre los factores laborales de riesgo destacan el **estrés laboral crónico**, las cargas de trabajo excesivas y prolongadas, las jornadas interminables sin posibilidad de descanso o conciliación, y el **síndrome de burnout** (agotamiento profesional). Asimismo, el **acoso laboral** (mobbing) o sexual en el trabajo es un factor de riesgo gravísimo: la humillación, el hostigamiento o la discriminación sufridos de forma sistemática en el empleo pueden erosionar profundamente la salud mental. Otros facto-

res incluyen la **inseguridad laboral** (miedo constante al despido o a la precariedad), la falta de apoyo por parte de superiores o compañeros, el sentimiento de injusticia o falta de reconocimiento, las responsabilidades mal definidas (rol confuso) o los estilos de liderazgo tóxicos. Ciertos eventos traumáticos en el trabajo (por ejemplo, presenciar accidentes, agresiones o experiencias límite en ciertas profesiones) también pueden predisponer a trastornos psicológicos y riesgo suicida, especialmente si la persona no recibe apoyo post-evento. Finalmente, tener **acceso fácil a medios letales** en el entorno laboral (armas en ciertos trabajos de seguridad, sustancias tóxicas, alturas sin medidas de protección) puede convertirse en un factor facilitador si la persona desarrolla la ideación suicida.

Cabe resaltar que estos factores de riesgo no actúan de forma aislada sino acumulativa. Normalmente es la combinación de varios factores (personales + laborales, por ejemplo) la que incrementa significativamente el peligro. Por fortuna, también existen factores protectores que pueden contrarrestar o mitigar ese riesgo.

## II. Factores protectores a fomentar:

- **Personales:** Buena autoestima y confianza en uno mismo, habilidades de afrontamiento del estrés y de resolución de problemas, capacidad para manejar las emociones de forma saludable, creencias o valores personales que den sentido de propósito a la vida, y mantenimiento de hábitos de vida saludables (sueño adecuado, ejercicio físico regular, evitar el alcohol u otras drogas como forma de afrontar problemas, etc.). Las personas con mayor resiliencia psicológica y recursos personales para enfrentar crisis tienen menos probabilidad de llegar a un extremo suicida incluso bajo presión.

- **Familiares y sociales:** Redes de apoyo sólidas, integración en la comunidad (sentirse parte de grupos, ya sean asociaciones, actividades culturales, deportivas, religiosas o de otro tipo que brinden apoyo emocional), existencia de referentes positivos o personas de confianza a quien recurrir, y facilidad de acceso a ayuda profesional (servicios de salud mental asequibles). En general, sentirse acompañado y comprendido actúa como un potente protector frente a las ideas autolíticas.
- **Laborales:** Un **ambiente de trabajo saludable** y humano es un gran factor protector. Esto incluye tener **superiores y compañeros/as comprensivos**, que fomentan una comunicación abierta y muestran empatía ante los problemas; una cultura organizacional que **prioriza el bienestar** y donde hablar de estrés o de salud mental no sea tabú; políticas activas contra el acoso y la discriminación, que generen confianza en que si alguien sufre un problema será atendido; reconocimiento del buen desempeño y retroalimentación constructiva en lugar de críticas destructivas; **posibilidades de conciliación** de la vida laboral y personal (flexibilidad horaria, respeto a los tiempos de descanso, medidas de apoyo a quien tiene cargas familiares); y participación de la plantilla en decisiones que afectan su trabajo (lo que aumenta la sensación de control y justicia). Cuando las personas trabajadoras sienten que la empresa **se preocupa sinceramente por su salud** (por ejemplo, ofreciendo programas de apoyo psicológico, formación en manejo del estrés, o simplemente cultivando un clima donde pedir ayuda es bien visto), es más probable que busquen esa ayuda antes de llegar a una crisis extrema.

Identificar la presencia de estos factores de riesgo y protección es un requisito básico para cualquier plan de prevención. La legislación es-

pañola de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, y normas que la desarrollan) establece la *obligación legal* de las empresas de proteger la salud de sus personas trabajadoras en todos sus aspectos, incluidos los riesgos psicosociales. Esto implica que factores como el estrés, la sobrecarga, el acoso o la falta de apoyo social en el trabajo deben ser evaluados y gestionados de manera similar a como se evalúan los riesgos de seguridad física. De hecho, la Inspección de Trabajo en España cuenta con el criterio técnico nº 104/2021 que recalca que la evaluación de riesgos psicosociales es parte integral de las obligaciones preventivas de la empresa. Ignorar estos riesgos puede derivar no solo en un detrimento de la salud de la plantilla, sino también en responsabilidades legales para la organización en caso de daños demostrables.

Por tanto, evaluar los factores psicosociales en la empresa no es opcional, sino obligatorio y necesario. Las herramientas de evaluación pueden incluir cuestionarios estandarizados de riesgos psicosociales, entrevistas al personal, grupos focales o encuestas de clima laboral anónimas. Lo importante es realizarlas periódicamente y con rigor, para tomar el pulso al estado emocional de la organización y detectar a tiempo dónde se concentran tensiones, sobrecargas o conflictos. Evaluar no debe ser un mero trámite burocrático: los resultados han de traducirse en planes de acción. Si, por ejemplo, la evaluación revela que en un departamento hay sobrecarga de trabajo y muchos sienten “no poder más”, la dirección debe intervenir (revisar la distribución de tareas, contratar personal de refuerzo, ofrecer coaching al responsable, etc.). Del mismo modo, si se detecta que un número significativo de empleados presenta síntomas de desgaste emocional, debería activarse una respuesta,

como talleres de manejo del estrés o revisión de las políticas de descanso o medir la carga de trabajo<sup>20</sup>.

En resumen, conocer los factores de riesgo y protección, y cumplir con la evaluación psicosocial exigida por la ley, sienta las bases para la prevención del suicidio laboral. Una empresa que entiende sus riesgos será capaz de anticiparse a los problemas antes de que alcancen un punto crítico. En el siguiente apartado se describen las medidas preventivas concretas para actuar sobre esos factores detectados, desde la formación y sensibilización hasta los protocolos de intervención en situaciones de crisis.

## 5.2. Medidas preventivas en las organizaciones

Las medidas preventivas abarcan un conjunto amplio de actuaciones enfocadas a reducir la probabilidad de que ocurra una crisis suicida entre la plantilla. Se trata de intervenir antes de que el problema suceda (prevención primaria), pero también de estar preparados para detectar y actuar si aparece un riesgo en alguna persona (prevención secundaria e intervención). A continuación, se desgranán las principales medidas:

### I. Formación y sensibilización del personal

La formación es una de las herramientas más poderosas para la prevención. Consiste en capacitar a todas las personas de la organización (desde los directivos hasta los mandos intermedios y el personal de base) en aspectos clave de salud mental, gestión del estrés y detección de señales de riesgo. Una plantilla informada y sensibilizada tendrá más recursos para afrontar las dificultades y menos prejuicios a la hora de hablar de ellas.

20. Todolí Signes, A., *La Huida del trabajo. Sobrecarga de trabajo, salud mental y Derechos fundamentales*, Aranzadi, 2025.

En concreto, es recomendable impartir formación específica en prevención del suicidio y riesgos psicosociales a varios niveles:

- **Directivos y mandos:** Deben recibir capacitación en liderazgo saludable, gestión de equipos desde la empatía, y en cómo identificar a tiempo signos de burnout, acoso u otros factores de riesgo en sus equipos. Asimismo, han de aprender pautas para abordar conversaciones difíciles con un trabajador que pueda estar pasando por un mal momento, de manera confidencial y eficaz. Por ejemplo, un jefe debería saber cómo reaccionar si detecta que un miembro de su equipo muestra comportamientos preocupantes o verbaliza frases de desesperanza: conocer las preguntas adecuadas que puede hacer, cómo ofrecer ayuda, y los pasos a seguir según la política de la empresa.
- **Personal técnico de Recursos Humanos (RRHH) y Prevención de Riesgos Laborales (PRL):** Este personal juega un rol central en la estrategia preventiva. Su personal requiere formación especializada para poder diseñar e implementar protocolos, así como para manejar situaciones de riesgo concreto. Deben estar al día en metodologías de evaluación psicosocial, en normativa legal aplicable y en recursos de apoyo disponibles (por ejemplo, saber cómo derivar a un servicio de ayuda psicológica externa). También se benefician de entrenarse en primeros auxilios psicológicos, es decir, cómo brindar apoyo inicial a alguien en crisis hasta que intervenga un profesional de salud mental.
- **Resto de la plantilla:** Todos los empleados y empleadas, independientemente de su cargo, pueden beneficiarse de acciones formativas que les ayuden a detectar mejor el **estrés** cotidiano, poner límites y habilidades

sociales (por ejemplo, talleres de resolución de problemas y comunicación asertiva), y muy especialmente a sensibilizarse sobre la conducta suicida. En estas últimas actividades se informa sobre los mitos y realidades (desestigmatización), se enseñan las señales de alerta que cualquiera puede detectar en un compañero/a y se ofrecen pautas básicas de cómo actuar: desde animar a esa persona a buscar ayuda, hasta saber a quién notificar dentro de la empresa si la situación parece seria. El objetivo es crear una cultura de apoyo y alerta temprana, donde todos cuiden de todos. Un ambiente donde los colegas se atreven a decir “¿Estás bien? Te noto distinto, ¿quieres que hablemos o te ayudo en algo?” y donde pedir ayuda profesional no sea visto como un fracaso, sino como algo tan normal como ir al médico por un tema físico.

- **Figuras específicas de apoyo:** Algunas organizaciones están implementando la figura del “trabajador/a mentor en salud mental” o “empleado de confianza”, que es una persona de la plantilla especialmente entrenada para dar apoyo psicológico de primera línea a compañeros en estrés emocional. No reemplaza a un profesional, pero puede actuar como puente para facilitar el acceso a la ayuda. Formar a este tipo de referentes internos (por ejemplo, delegados de prevención con formación en salud mental, o voluntarios dentro de distintos departamentos que reciban capacitación extra) es otra estrategia útil. Estas personas pueden detectar malestares incipientes en su entorno próximo e intervenir con prontitud, además de luchar contra el estigma dando ejemplo de apertura.

En todos los casos, la formación debe adaptarse al nivel de conocimientos del público objeti-

vo, ser impartida por profesionales cualificados (psicólogos del trabajo, especialistas en prevención, etc.) y actualizarse periódicamente. Los contenidos deben combinar teoría (por qué es importante prevenir el suicidio, qué dice la ciencia) con práctica (role-playing de cómo abordar conversaciones, estudio de casos reales, discusión de situaciones). Un componente esencial de la sensibilización es recalcar que la salud mental es parte de la salud integral y por tanto su cuidado es responsabilidad compartida: de la empresa y de cada individuo.

La formación no solo brinda habilidades, sino que transmite un mensaje cultural: si una empresa invierte tiempo y recursos en entrenar a su gente en estos temas, está diciendo “nos importa vuestro bienestar, queremos que estéis bien”. Esto por sí mismo ya reduce la barrera de silencio y hace más probable que alguien pida ayuda antes de llegar a un punto crítico, o que un compañero extienda la mano al notar algo preocupante. En definitiva, una buena formación y sensibilización crea cortafuegos al suicidio, porque establece una primera línea de defensa mediante el conocimiento y la empatía de todo el equipo humano.

## II. Medidas de protección: detección temprana y señales de alarma

Además de la formación general, es necesario implementar medidas concretas para la detección temprana de situaciones de riesgo. Esto implica dotar a la organización de protocolos, herramientas y canales de comunicación que permitan identificar lo antes posible si una persona trabajadora puede estar atravesando una crisis suicida o un sufrimiento intenso que pudiera desembocar en ella. La detección temprana salva vidas, porque cuanto antes se identifique el riesgo, antes se pueden movilizar recursos de ayuda.

Algunas acciones y medidas de protección en este sentido son:

- **Protocolos internos de alerta y derivación:** La empresa debería contar con un procedimiento claro sobre qué hacer si alguien detecta señales de alarma en un compañero/a. Por ejemplo, puede establecerse que, ante indicios serios (comentarios suicidas explícitos, llanto descontrolado, cambios de conducta extremos, etc.), el empleado que los detecta informe de inmediato (manteniendo la confidencialidad hacia fuera) a una persona designada, como un responsable de RRHH, del Servicio de Prevención o un miembro del equipo de respuesta. Este responsable activará los pasos establecidos para evaluar la situación y proporcionar ayuda. El protocolo debe indicar quién evalúa el nivel de riesgo y cómo (puede involucrarse a un psicólogo laboral o médico del trabajo si lo hay, o contactar con un servicio externo). También debe incluir contactos de emergencia (por ejemplo, teléfonos de líneas de crisis o emergencias sanitarias) y los principios a seguir en la comunicación con la persona afectada.
- **Identificación de señales de alerta en el día a día:** Como resultado de la sensibilización mencionada, la organización debe promover que tanto mandos como compañeros estén atentos a ciertas señales en la conducta de los demás. Entre las señales de alarma más comunes que no se deben ignorar están: cambios marcados de comportamiento (una persona habitualmente sociable que se aísla, o alguien normalmente tranquilo que aparece muy irritable o desanimado); descenso notable en el rendimiento o en la concentración sin causa médica clara; síntomas y enfermedades como el estrés, la ansiedad o la depresión; expresiones verbales preocu-

pantes, ya sean directas (“no puedo seguir”, “quisiera morirme”) o indirectas (“a nadie le importo”, “¿para qué seguir así?”); actos como regalar de repente objetos personales de gran valor, o dejar asuntos arreglados inesperadamente (testamento, despedidas en redes sociales); y cualquier indicio de que la persona se siente acosada, desbordada o desesperanzada respecto al trabajo u otros ámbitos. Es esencial cultivar la actitud de “no mirar hacia otro lado”: esas señales no son “asuntos personales” ajenos al entorno laboral, sino indicadores de que algo anda mal y de que la empresa, a través de las personas adecuadas, debe ofrecer ayuda.

- **Canales confidenciales de comunicación:** Muchas veces, la persona en riesgo no lo expresará abiertamente. Por eso, proporcionar canales de ayuda confidenciales puede ser muy útil. Algunas empresas implementan Líneas de Ayuda atendidas por profesionales externos donde el empleado puede llamar anónimamente si se siente en crisis. Otras ofrecen servicios de Asistencia al Empleado que incluyen apoyo psicológico telefónico o presencial gratuito y confidencial. Es crucial divulgar entre la plantilla la existencia de estos recursos, de forma que quien se sienta agobiado sepa que tiene dónde acudir sin miedo a repercusiones laborales. Igualmente, fomentar que los mandos realicen entrevistas periódicas individuales con sus colaboradores para preguntar cómo se encuentran (más allá de lo laboral) puede brindar un espacio seguro para que afloran inquietudes que de otro modo permanecerían ocultas.
- **Medidas contra el acoso y la discriminación:** Dado que el acoso laboral y otras violencias en el trabajo son factores de riesgo claros, una medida de protección esencial es contar con protocolos eficaces contra el acoso (laboral y sexual) y asegurarse de que se

aplican rigurosamente. Estos protocolos deben permitir detectar desde fases tempranas cualquier situación de hostigamiento. Implica tener canales de denuncia accesibles y confidenciales, proteger a quien denuncia para que no sufra represalias, investigar los hechos con objetividad y, de confirmarse, sancionar o apartar al agresor. Crear un clima de tolerancia cero hacia el acoso y la discriminación (por género, orientación sexual, origen, discapacidad, etc.) es una barrera protectora importantísima para la salud mental de las personas trabajadoras, especialmente de colectivos vulnerables que estadísticamente sufren más este tipo de maltrato. Una organización donde cualquier insinuación de acoso se toma en serio y se ataja, es una organización que está previniendo sufrimientos profundos que podrían desembocar en depresiones severas o ideas suicidas.

- **Promoción de la conciliación y equilibrio trabajo-vida:** Otra medida preventiva de carácter más general pero muy eficaz es facilitar que las personas trabajadoras puedan conciliar su trabajo con su vida personal. Políticas como horarios flexibles, posibilidad de teletrabajo responsable, respeto a la desconexión digital fuera del horario laboral, permisos y licencias cuando la situación familiar lo requiera, entre otras, reducen el estrés crónico derivado del conflicto trabajo-familia. Esto funciona a la vez como un factor protector frente al riesgo suicida, porque disminuye uno de los focos de presión más habituales. Además, tiene un componente inclusivo: la sobrecarga por dificultades de conciliación afecta en especial a las mujeres (que con frecuencia asumen mayor carga en cuidados familiares), generando en ellas más estrés y vulnerabilidad. Medidas de conciliación bien implementadas mejoran la salud mental de toda la plantilla y, por ende, bajan la probabilidad de llegar a estados de desesperación.

En definitiva, las medidas de protección consisten en crear un sistema de vigilancia de la salud mental y apoyo dentro de la empresa. No con ánimo de control intrusivo, sino con el objetivo de que nadie que esté sufriendo pase inadvertido o desatendido. Es tejer una red de seguridad: si una persona comienza a caer (metafóricamente) en un pozo de desesperación, esa red (compuesta por compañeros informados, mandos empáticos, protocolos claros y servicios de apoyo) pueda sostenerla y derivarla a ayuda profesional antes de que sea demasiado tarde. La detección temprana es la pieza que conecta la prevención con la intervención: una vez que se detecta un riesgo, hay que pasar a la acción con un protocolo de intervención adecuado, que es lo que abordamos en el siguiente subapartado.

### III. Protocolo de intervención según el nivel de riesgo (riesgo inminente, moderado o bajo)

No todas las situaciones de riesgo son iguales. Puede haber casos en que se sospecha que alguien podría estar mal, pero no hay señales claras de ideación suicida (riesgo bajo), otros en que la persona muestra indicios preocupantes, pero no inminentes (riesgo moderado), y situaciones en que hay una amenaza inminente para su vida (riesgo alto o inminente). Disponer de un Protocolo de intervención que defina la actuación en cada escenario garantiza que la respuesta sea rápida, coordinada y adecuada a la gravedad.

Un protocolo de este tipo debe estar elaborado preferiblemente por profesionales (psicólogos laborales o especialistas en emergencias) y conocido por todos los responsables correspondientes. A grandes rasgos, podría contemplar lo siguiente:

- **Actuación ante riesgo inminente (alto):**  
Se considera que el riesgo es inminente cuando la persona manifiesta una intención

activa de suicidio, tiene un plan definido o se encuentra en un estado de crisis aguda (por ejemplo, lo ha verbalizado claramente: “me voy a quitar la vida ahora”, o alguien le encuentra preparando el acto). En esta situación, la prioridad absoluta es preservar la vida de la persona. El protocolo indicará que no se la deje sola en ningún momento y que se active inmediatamente la ayuda de emergencia especializada. Esto implica llamar al servicio de emergencias médicas (112 en España) o a los servicios de salud mental de urgencia. Si la empresa cuenta con médico del trabajo o personal sanitario in situ, deben acudir también. Es importante garantizar la seguridad física: por ejemplo, alejando a la persona de cualquier medio peligroso disponible (objetos cortantes, alturas, maquinaria, etc.) de forma no violenta y asegurando un entorno tranquilo. Al mismo tiempo, alguien cercano (idealmente una persona con formación en primeros auxilios psicológicos, quizás del equipo de respuesta rápida previamente designado) deberá entablar comunicación con la persona en crisis mientras llegan los profesionales. Las pautas básicas para esa conversación son: hablar con calma y firmeza, transmitirle que estamos allí para ayudar, expresarle que su vida es importante, preguntarle directamente, pero con sensibilidad por lo que siente (“¿estás pensando seriamente en hacerte daño ahora mismo?”), y mostrar empatía absoluta, sin juzgar ni minimizar su dolor. También es crucial no prometer confidencialidad en este punto: si la persona pide “no se lo digas a nadie”, hay que hacerle entender con delicadeza que su seguridad es la prioridad y que necesitaremos involucrar a profesionales para protegerla. Este es el único caso en que romper la confidencialidad está justificado éticamente: cuando la vida corre peligro inminente. En suma, ante riesgo alto, el protocolo debe guiar a los empleados a

detener todo y volcarse en salvar esa vida: contacto inmediato con emergencias, compañía constante, eliminación de peligros y contención emocional básica. Una intervención rápida puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

- **Actuación ante riesgo moderado:** Hablamos de riesgo moderado cuando hay señales de ideación suicida o malestar significativo, pero la persona no parece estar en peligro inmediato. Por ejemplo, alguien que admite que a veces “preferiría no existir” pero niega tener un plan o intención actual, o un empleado que muestra varios síntomas de depresión grave, aunque sin verbalizar deseos de muerte de forma directa. En estos casos, el protocolo debe activar igualmente una respuesta diligente, pero no necesariamente de emergencia hospitalaria. Lo indicado es involucrar cuanto antes a un profesional de salud mental para que evalúe clínicamente la situación. La empresa puede gestionar, con consentimiento de la persona, una cita urgente con el servicio médico o psicológico laboral si lo tiene, o con los servicios públicos/privados de salud mental (por ejemplo, concertando que acuda ese mismo día o al siguiente a un psicólogo). También es recomendable informar (siempre que sea posible, contando con la persona) a alguien de su confianza (un familiar cercano) para que esté al tanto y brinde apoyo externo. A nivel interno, se debería acordar con la persona algunas medidas temporales de protección: podría ser aliviarle la carga de trabajo o concederle unos días de descanso retribuido si está muy sobrepasada, evitar que realice tareas críticas o peligrosas mientras no esté estabilizada, y asegurarse de que en los días siguientes alguien del equipo (RRHH o el propio mando) la contacte diariamente para hacer seguimiento de cómo se encuentra. En paralelo, conviene retirar de su entor-

no laboral cualquier elemento que pudiera usar para autolesionarse en caso de que su estado empeore (por ejemplo, si trabaja con sustancias tóxicas, quizá reasignarla provisionalmente a otra función). Todo esto debe hacerse de forma respetuosa y dialogada, explicándole que son medidas preventivas pensando en su bienestar. La comunicación en riesgo moderado sigue siendo fundamental: escucharla, mostrar preocupación genuina, animarla a que acepte la ayuda profesional. Es un buen momento para elaborar conjuntamente un plan de seguridad: esto es, un pequeño acuerdo donde la persona se compromete a buscar apoyo (p. ej., llamar a un terapeuta o a una línea de ayuda) si sus pensamientos empeoran, y la empresa se compromete a apoyarla (p. ej., facilitándole horarios para acudir a terapia, reduciendo factores de estrés y carga de trabajo, etc.). El objetivo en este nivel es evitar que la situación progrese a crisis aguda, conectando a la persona con recursos de ayuda y reduciendo presiones.

- **Actuación ante riesgo bajo (prevención continua):** Incluso cuando no hay indicios actuales de ideación suicida, el protocolo debe contemplar la prevención permanente. Riesgo bajo no significa riesgo nulo; cualquier persona puede ver su situación cambiar ante circunstancias adversas. Por ello, la organización debe mantener activas todas las medidas comentadas en los apartados anteriores: seguimiento periódico del clima psicosocial, apoyo generalizado y reacción ante las primeras señales de malestar. Por ejemplo, si un empleado muestra síntomas leves-moderados de estrés o ansiedad (sin llegar a ideación suicida), es buen momento para intervenir con acciones preventivas: quizás orientarle hacia el servicio de orientación psicológica antes de que la cosa escale o el mando puede ajustar ciertas

exigencias laborales para aliviar su estrés. Muchas empresas incorporan en esta fase de prevención continua la figura del “buddy” o compañero de apoyo: no necesariamente un profesional, sino un colega asignado (por ejemplo, cuando alguien nuevo ingresa o cuando alguien sufre una pérdida personal) para acompañarle y facilitar su integración o bienestar. También es parte del protocolo de prevención continua realizar campañas de sensibilización periódicas (por ejemplo, aprovechando el Día Mundial de la Prevención del Suicidio, 10 de septiembre, para difundir información y recursos, o enviar comunicaciones internas recordando los servicios de ayuda disponibles). En resumen, en fase de riesgo bajo, la intervención consiste en reforzar los factores protectores antes descritos y asegurar que los mecanismos de ayuda están operativos y accesibles para cuando alguien los necesite.

En cualquier nivel de riesgo, un elemento clave del protocolo es la comunicación interna apropiada. Si bien la confidencialidad es crítica para proteger la privacidad de la persona en cuestión, la organización como conjunto debe manejar la situación con sensibilidad. Por ejemplo, si una persona se ausenta por una crisis, conviene informar a su equipo inmediato que está en situación de IT por un problema de salud sin entrar en detalles, evitando rumores, pero alentando el respeto y apoyo. Si llegara a ocurrir un intento de suicidio o suicidio consumado dentro del entorno laboral, la empresa debería activar también un plan de postvención (apoyo tras el suceso): brindar asistencia psicológica al resto de compañeros afectados, honrar la memoria sin sensacionalismo y extraer aprendizajes para que no vuelva a ocurrir. Aunque este documento se centra en la prevención, mencionar la postvención es importante: una gestión adecuada del “después” forma parte de la cultura preventiva global, porque ayuda a sanar a la organiza-

ción y refuerza la importancia de las medidas preventivas adoptadas.

En síntesis, contar con un protocolo de intervención bien definido permite que cada persona sepa qué hacer ante una sospecha o evidencia de riesgo suicida. Esto elimina improvisaciones, que pueden costar un tiempo precioso, y reduce el miedo a “meter la pata”, ya que el personal tiene guías claras. Además, demuestra el compromiso de la empresa: es un mensaje de que la organización está preparada para cuidarte si alguna vez te encuentras al límite. Con el protocolo activado, el siguiente paso es asegurar el seguimiento de cada caso a medio y largo plazo, lo cual se detalla en el punto siguiente.

#### IV. Seguimiento de los casos individuales y apoyo continuado

La prevención del suicidio no termina con la intervención puntual en una crisis; por el contrario, si una persona de la plantilla ha pasado por una situación de riesgo, es fundamental realizar un seguimiento cercano y mantenido en el tiempo. El objetivo del seguimiento es doble: asegurarse de que la persona recibe la ayuda necesaria para recuperarse plenamente, y facilitar su reintegración o adaptación en el trabajo de manera saludable, evitando recaídas.

Aspectos clave del seguimiento de casos individuales incluyen:

- **Acompañamiento profesional:** Toda persona que haya manifestado ideación suicida o atravesado una crisis debe estar, idealmente, bajo atención de profesionales de salud mental (psicólogos, psiquiatras). La empresa, respetando la privacidad, puede jugar un papel facilitador: por ejemplo, subvencionando terapia si no la cubre la seguridad social, o dándole permisos para acudir a sus citas médicas sin penalización retributiva. El seguimiento implica desde RRHH

interesarse (con su consentimiento) por si está pudiendo acceder al tratamiento recomendado, si necesita alguna adaptación temporal en el trabajo por indicación médica, etc. No se trata de invadir su tratamiento, sino de apoyar logísticamente su recuperación.

- **Reincorporación al trabajo tras una situación de IT o crisis:** Si la persona estuvo en situación de IT, el retorno al puesto de trabajo debe manejarse con cuidado. Un plan de reincorporación podría contemplar: incorporación gradual (por ejemplo, con permisos retribuidos por las tardes o reducción de jornada sin reducción salarial), ajuste temporal de funciones para reducir estrés, garantizar que no vuelva a un entorno conflictivo sin haberlo solucionado (si el problema fue, digamos, un acoso, ese tema debe resolverse antes de que la persona vuelva, quizá reubicando al agresor o tomando medidas disciplinarias). Es muy recomendable que a su vuelta se le asigne un punto de contacto de confianza (puede ser su superior inmediato si hay buen vínculo alguien de prevención o de la representación legal de los trabajadores) con quien tenga reuniones periódicas para ver cómo se encuentra y qué dificultades tiene. En esas reuniones, más que hablar de productividad, se debe hablar de bienestar: si se siente cómoda, si algo en el trabajo le genera ansiedad y cómo mitigar eso, etc.
- **Apoyo del equipo y gestión del clima:** El entorno de trabajo debe prepararse para recibir a la persona de vuelta sin morbo ni estigma. Dependiendo de lo que la persona quiera que se sepa, puede comunicarse algo general a sus compañeros (“María ha estado ausente por un problema de salud, ya está mejorando y vuelve con nosotros el lunes”) para evitar especulaciones. Es importante fomentar un clima de bienvenida y normalidad, donde sus colegas la traten con

respeto, ofreciéndole ayuda en la carga laboral si la ven agobiada pero sin sobreprotección ni aislarla. Si alguno de sus compañeros más cercanos conoce la situación, se les puede orientar para que sean puntos de apoyo naturales (por ejemplo, almorzar juntos, estar pendientes de su estado de ánimo de forma amistosa). El mensaje clave es que la persona no está sola en su regreso y que su valor en el equipo no ha cambiado por haber pasado un mal momento.

- **Confidencialidad y dignidad:** Durante todo el proceso de seguimiento, la confidencialidad de la información médica o psicológica de la persona debe mantenerse estrictamente. Solo las personas imprescindibles deben conocer detalles, y aun así, únicamente aquellos relevantes para poder ayudarla. A la propia persona se le debe asegurar que su situación no afectará negativamente su carrera profesional: es decir, que haber tenido un episodio de depresión o ideación suicida no supondrá un estigma para ascensos, formación, tareas, etc. Sentirse estigmatizado en el trabajo tras pedir ayuda podría disuadir a otros de hacerlo en el futuro, por lo que la empresa debe ser muy cuidadosa en demostrar con hechos que valora el coraje de quien ha afrontado su problema y que sigue confiando en sus capacidades.
- **Seguimiento periódico y revisión del caso:** Más allá de la reincorporación inicial, conviene hacer un seguimiento durante varios meses (o el tiempo que sea necesario según cada caso). Esto no implica estar encima continuamente, sino quizás establecer hitos: por ejemplo, a los 3 meses, 6 meses, 1 año, hacer una evaluación informal de cómo está la persona en su puesto, si recayó o si está plenamente recuperada. El seguimiento puede incluir repetir alguna evaluación psicológica si se dispone de servicio médico, o simplemente entrevistas de

bienestar. Si en algún momento se detecta una recaída o persistencia del malestar, se puede intensificar de nuevo el apoyo (quizá ofrecer más sesiones de terapia si las dejó o reorganizar ciertas tareas que le estén generando presión). Lo importante es que la persona sienta que la empresa no se desentiende una vez pasada la crisis aguda, sino que le importa genuinamente su evolución.

- **Aprendizaje organizativo:** Cada caso también debería aportar un aprendizaje a la organización. Tras un tiempo, el Servicio de Prevención o RRHH puede analizar (siempre de forma anónima y confidencial de cara al informe) qué factores contribuyeron a que esa persona llegara a ese punto y qué medidas funcionaron mejor en su recuperación. Por ejemplo, si se identifica que una causa importante fue la sobrecarga de trabajo en cierto departamento, se tomarán medidas para corregir eso de forma permanente, no solo para esa persona sino para evitar que otros caigan en lo mismo. O si se nota que la persona tardó en pedir ayuda por miedo, quizás se refuerce la campaña de sensibilización para animar a buscar apoyo sin temor. Este feedback continuo cierra el círculo entre los casos individuales y la prevención colectiva.

En suma, el seguimiento es la fase que asegura que las acciones preventivas tengan efecto duradero. Demuestra, además, el compromiso humano de la empresa: más allá de cumplir obligaciones, acompañar a alguien en su recuperación envía un potente mensaje de humanidad a toda la plantilla. También fortalece la confianza en los programas de ayuda, porque otros empleados ven que quien los usa es respetado y mejora. Desde un punto de vista de gestión, un buen seguimiento disminuye la probabilidad de nuevos episodios críticos, mejora la lealtad del empleado recuperado (que suele sentirse agradecido por el apoyo recibido) y, por supuesto,

reduce el riesgo de una fatalidad. Después de todo, la prevención del suicidio no es una tarea puntual, sino un proceso continuo de cuidado y mejora del entorno laboral.

### 5.3. Evaluación de las estrategias implementadas

Cualquier plan de prevención, para ser eficaz a largo plazo, debe incorporar un proceso de evaluación y mejora continua. Esto significa que las propias estrategias preventivas en la empresa han de ser revisadas periódicamente para comprobar si están funcionando y cómo pueden optimizarse. La evaluación de las medidas implementadas en materia de prevención del suicidio y riesgos psicosociales cumple varias funciones: permite medir resultados, rendir cuentas (ante la dirección, la plantilla y las autoridades) y ajustar las acciones futuras con base en la experiencia y la evidencia.

Algunos aspectos a considerar en la evaluación de las estrategias son:

- **Indicadores cuantitativos:** Es útil definir indicadores concretos que reflejen la evolución del bienestar mental en la organización. Por ejemplo, se puede hacer seguimiento del número de IT laborales por trastornos mentales antes y después de implementar las medidas, del uso que se hace de los servicios de apoyo psicológico (¿han aumentado las consultas al programa de asistencia? ¿en qué proporción?), del porcentaje de personal formado en los cursos de sensibilización (¿se ha alcanzado a todos los mandos? ¿qué porcentaje de la plantilla recibió talleres este año?) o incluso de encuestas periódicas donde los empleados puntúen cómo perciben el apoyo de la empresa a su salud mental. Si la empresa realiza evaluaciones de riesgo psicosocial cada cierto tiempo, comparar los resultados de diferentes años es fundamental: idealmente deberían verse reducciones en

factores de riesgo (por ejemplo, menor puntuación en ítems de carga excesiva o conflicto, si se han tomado medidas al respecto) y mejoras en aspectos protectores (mayor satisfacción con el apoyo recibido, percepción de equilibrio trabajo-vida, etc.).

- **Indicadores cualitativos:** No todo se refleja en números; también es valioso recoger testimonios y percepciones. Entrevistas confidenciales o grupos de discusión con empleados pueden dar información sobre la cultura que no aparecen en una cifra. Por ejemplo, preguntar a algunos trabajadores: “¿Te sentirías cómodo hablando con tu jefe si tuvieras un problema personal serio?” o “¿Cómo describirías el compromiso de la empresa con la salud mental?”. Las respuestas cualitativas pueden revelar si las medidas se están viviendo de verdad en el día a día o si quedan huecas en el papel. Asimismo, analizar casos individuales (respetando anonimato) puede mostrar qué falló o qué funcionó en cada incidente gestionado.
- **Evaluación de la formación y protocolos:** Cada acción formativa impartida debería llevar aparejada una evaluación de satisfacción y aprendizaje (por ejemplo, encuestas a los asistentes para ver si consideraron útil el contenido, si ahora se ven más capaces de detectar señales, etc.). Si la evaluación revela lagunas (quizá muchos respondan “aún no sabría bien cómo actuar”), se puede reforzar con refrescos o materiales adicionales. En cuanto a los protocolos, conviene hacer simulacros o prácticas periódicas para verificar su operatividad. Algunas empresas realizan drills de escenarios hipotéticos (similar a un simulacro de incendio, pero en contexto psicosocial: p. ej., “¿qué haríamos si X expresa ideas suicidas?”) para comprobar que el personal conoce el protocolo y se coordina bien. Tras un simulacro o caso real, una reunión para compartir información

entre los intervinientes sirve para afinar: tal vez se detecte que faltaba un número de teléfono en la lista de emergencias o que hubo confusión de roles; esos ajustes se incorporan al protocolo actualizado.

- **Cumplimiento legal y normativo:** La evaluación debe considerar también si se están cumpliendo las obligaciones legales en la materia. ¿Se han evaluado los riesgos psicosociales con la periodicidad debida? ¿Se han implantado las acciones correctoras comprometidas tras esas evaluaciones? ¿Existen y se divulgan los protocolos de acoso conforme a la normativa? ¿Se ha informado y formado a la plantilla según exige la ley? Auditar estos aspectos garantiza que la empresa no solo actúa bien por voluntad propia, sino que está alineada con los estándares requeridos. Hoy día, la propia Inspección de Trabajo puede solicitar evidencias de estas actuaciones, por lo que tener todo evaluado y documentado también protege a la organización ante eventuales inspecciones o auditorías externas.
- **Retroalimentación de la plantilla:** Es muy importante cerrar el ciclo de comunicación con los empleados en general. Compartir (siempre de forma agregada, sin datos sensibles) los resultados de las evaluaciones hacen que la plantilla se sienta partícipe y vea transparencia. Por ejemplo, comunicar: “En la encuesta anual notamos mejora en la percepción sobre equilibrio laboral-personal gracias a las nuevas medidas de flexibilidad, pero identificamos que todavía muchos empleados sienten estrés por plazos ajustados. Vamos a tomar estas acciones...” Esto demuestra compromiso de mejora. Asimismo, invitar a la gente a proponer ideas o comentar las medidas (vía buzones anónimos, comités de empleados, etc.) puede aportar perspectivas frescas y aumentar la implicación de todos en la cultura preventiva.

- **Revisión y actualización de estrategias:** Con todos los datos recopilados, la dirección junto con el Servicio de Prevención debe revisar las estrategias de manera integral al menos una vez al año (o con la frecuencia fijada). Si algo no está dando los resultados esperados, se cambia de enfoque. Por ejemplo, si pese a cursos y charlas la gente sigue sin usar el servicio de ayuda psicológica, quizás hay que investigar por qué: ¿hay desconfianza? ¿Falta difusión? ¿El horario no es accesible? Y en base a eso, ajustar. O si se observa un nuevo riesgo emergente (por ejemplo, un aumento de conflictos debido al teletrabajo y aislamiento), se incorporan medidas específicas para ese tema. El mundo laboral cambia, y con él los factores psicosociales; por tanto, la estrategia preventiva debe ser dinámica, no quedarse congelada en un manual de hace años.

La mejora continua es un principio básico tanto de la gestión de la calidad como de la prevención de riesgos. En el delicado terreno de la prevención del suicidio, puede marcar la diferencia entre un programa que realmente reduce la tasa de sufrimiento y posibles tragedias y otro que se queda en buenas intenciones. Evaluar y reajustar demuestra humildad (reconocer que siempre se puede hacer mejor) y responsabilidad. Además, refuerza la sostenibilidad de las acciones: cuando se demuestra que algo funciona (por ejemplo, que tras implementar un protocolo X, no ha habido más intentos en la empresa, o que la satisfacción laboral subió), es más fácil conseguir apoyo de la dirección para mantener o ampliar esas políticas.

En conclusión, la prevención del suicidio en el ámbito laboral debe entenderse como un proceso cíclico: se identifican riesgos, se aplican medidas, se monitorean resultados, y con base

en ellos se refinan las medidas. Todas las partes (dirección, mandos, plantilla) tienen un papel en esta rueda de mejora continua. Al final del día, el objetivo último es crear entornos de trabajo más sanos, seguros e inclusivos, donde el bienestar emocional tenga la misma prioridad que la seguridad física, y donde ninguna persona se sienta tan sola o acorralada como para pensar que su vida no vale. Cada acción preventiva cuenta, cada conversación abierta importa y cada vida salvada justifica sobradamente el esfuerzo invertido.

#### **5.4. El acompañamiento en el proceso de duelo en caso de trabajadores que haya sufrido suicidio de un familiar**

La muerte por suicidio de un familiar constituye uno de los acontecimientos vitales más disruptivos y complejos desde el punto de vista psicológico y social. La literatura académica ha subrayado de forma consistente que el duelo por suicidio presenta características específicas que lo diferencian de otros procesos de duelo, incluyendo mayores niveles de culpa, vergüenza, estigmatización y búsqueda de sentido<sup>21</sup>. En este sentido, se ha constatado que las personas que pierden a un familiar por suicidio presentan mayores dificultades de adaptación y una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, así como alteraciones significativas en su funcionamiento cotidiano, incluyendo el ámbito laboral.

La gravedad del impacto es particularmente relevante si se considera que cada suicidio afecta de manera directa a un número elevado de personas. Las estimaciones más recientes sugieren que entre 60 y 135 individuos pueden verse afectados de forma significativa por cada muer-

21. Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav.* 2001 Spring;31(1):91-102. doi: 10.1521/suli.31.1.91.21310. PMID: 11326773.

te por suicidio, lo que revela la magnitud social del fenómeno<sup>22</sup> (Cerel et al., 2019). Asimismo, el duelo por suicidio se asocia con un mayor riesgo de ideación suicida y de conductas autolesivas en comparación con otros tipos de duelo, lo que lo convierte en un fenómeno de especial relevancia desde la perspectiva de la salud mental de las personas en duelo<sup>23</sup>.

Desde el punto de vista del trabajo la evidencia empírica muestra que las personas en duelo por suicidio presentan mayores tasas de absentismo, abandono del empleo y deterioro del rendimiento laboral. En concreto, se ha identificado que estas personas son hasta un 80% más propensas a abandonar su puesto de trabajo o sus estudios en comparación con quienes han sufrido otros tipos de pérdida súbita<sup>24</sup>. Este deterioro no se explica únicamente por la sintomatología depresiva, sino también por factores como el estigma social, la falta de apoyo en el entorno laboral y las dificultades en las relaciones interpersonales.

En este contexto, el papel de la empresa y de los compañeros y compañeras de trabajo adquiere una relevancia central. La literatura científica insiste en que el apoyo social constituye uno de los factores protectores más importantes en el proceso de duelo por suicidio. Sin embargo, diversos estudios muestran que las personas afectadas reciben menos apoyo de su entorno laboral que quienes han sufrido otros tipos de pérdida, en gran medida debido al estigma y a la

incomodidad que genera el tema entre compañeros y supervisores<sup>25</sup>. Esta evitación social puede agravar el sufrimiento y generar sentimientos de aislamiento, rechazo o incomprensión.

Por ello, resulta fundamental que las organizaciones adopten un enfoque sensible y proactivo. La evidencia sugiere que una respuesta organizativa adecuada, basada en la empatía, la comunicación respetuosa y la provisión de recursos de apoyo, puede contribuir significativamente a la recuperación del trabajador y a la prevención de efectos adversos a largo plazo. En particular, la intervención temprana y la disponibilidad de apoyo continuado son elementos clave, dado que las personas en duelo no siempre están preparadas para aceptar ayuda en las fases iniciales y pueden necesitar ofertas reiteradas de apoyo a lo largo del tiempo<sup>26</sup>.

A partir de esta base, se han identificado una serie de recomendaciones dirigidas a facilitar el proceso de duelo en el ámbito laboral. En primer lugar, se subraya la importancia de que las organizaciones dispongan de protocolos específicos para el apoyo a personas trabajadoras afectadas por el suicidio de un familiar. Estos protocolos deben incluir medidas de comunicación, apoyo psicológico y adaptación del puesto de trabajo, y deben estar integrados en las políticas generales de salud laboral.

En segundo lugar, es esencial garantizar una respuesta inmediata basada en la sensibilidad

22. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, Flaherty C. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav.* 2019 Apr;49(2):529-534. doi: 10.1111/sltb.12450. Epub 2018 Mar 7. PMID: 29512876.

23. Pitman A, Khrisna Putri A, De Souza T, Stevenson F, King M, Osborn D, Morant N. The Impact of Suicide Bereavement on Educational and Occupational Functioning: A Qualitative Study of 460 Bereaved Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Mar 31;15(4):643. doi: 10.3390/ijerph15040643. PMID: 29614731; PMCID: PMC5923685.

24. Pitman, A.L.; Osborn, D.P.J.; Rantell, K.; King, M.B. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: A cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open* 2016, 6, e009948

25. Pitman A, Khrisna Putri A, De Souza T, Stevenson F, King M, Osborn D, Morant N. The Impact of Suicide Bereavement on Educational and Occupational Functioning: A Qualitative Study of 460 Bereaved Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Mar 31;15(4):643. doi: 10.3390/ijerph15040643. PMID: 29614731; PMCID: PMC5923685.

26. Pitman A, Khrisna Putri A, De Souza T, Stevenson F, King M, Osborn D, Morant N. The Impact of Suicide Bereavement on Educational and Occupational Functioning: A Qualitative Study of 460 Bereaved Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Mar 31;15(4):643. doi: 10.3390/ijerph15040643. PMID: 29614731; PMCID: PMC5923685.

y el respeto. Los directivos y responsables de equipo deben estar formados para estas situaciones, evitando tanto la banalización como el silencio absoluto. La comunicación debe ser cuidadosa, evitando detalles innecesarios sobre el suicidio y respetando la privacidad del trabajador o trabajadora y de su familia.

En tercer lugar, se recomienda facilitar el acceso a recursos especializados, como servicios de salud mental, terapia psicológica o grupos de apoyo específicos para personas en duelo por suicidio. Estos recursos han demostrado ser eficaces para ayudar a los individuos a procesar el duelo, reducir el estigma y desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas.

En cuarto lugar, debe promoverse un entorno laboral que favorezca el apoyo informal entre compañeros. Esto implica fomentar una cultura organizativa que normalice la expresión emocional y reduzca el estigma asociado al suicidio. La formación en salud mental y en habilidades de comunicación puede contribuir a que el resto de personas trabajadoras se sientan más preparadas para ofrecer apoyo.

En quinto lugar, es necesario introducir medidas de flexibilidad laboral, tales como permisos, reducción temporal de carga de trabajo o adaptación de horarios. Estas medidas permiten a la persona trabajadora gestionar el duelo sin la presión adicional de mantener un rendimiento inmediato, lo que puede facilitar una reincorporación progresiva y sostenible.

En sexto lugar, se destaca la importancia del seguimiento a medio y largo plazo. El duelo por suicidio puede prolongarse durante años y presentar recaídas, por lo que las organizaciones deben evitar enfoques limitados a la fase inicial y garantizar un acompañamiento continuado.

Finalmente, se recomienda abordar de manera explícita el estigma asociado al suicidio. Las campañas de sensibilización, la formación y la inclusión de este tema en las políticas de bienestar laboral pueden contribuir a generar entornos más inclusivos y seguros para los trabajadores afectados.

<b>Dimensión</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Contenido específico</b>	<b>Objetivo principal</b>
<b>Reconocimiento del problema</b>	Reconocer la especificidad del duelo por suicidio	Identificar mayor carga emocional, estigma, culpa y riesgo psicológico	Evitar banalización y mejorar la respuesta organizativa
<b>Marco organizativo</b>	Establecer protocolos internos	Diseñar procedimientos de actuación ante casos de suicidio (comunicación, apoyo, seguimiento)	Garantizar coherencia y rapidez en la intervención
<b>Comunicación</b>	Respuesta sensible y respetuosa	Comunicación cuidadosa, sin detalles innecesarios, respetando privacidad	Reducir daño emocional y evitar estigmatización
<b>Apoyo psicológico</b>	Facilitar acceso a recursos especializados	Psicoterapia, counselling, grupos de apoyo para duelo por suicidio	Favorecer el procesamiento del duelo y prevenir riesgos
<b>Apoyo social interno</b>	Fomentar apoyo entre compañeros	Cultura organizativa abierta, formación en salud mental	Reducir aislamiento y reforzar redes de apoyo
<b>Gestión del trabajo</b>	Introducir flexibilidad laboral	Permisos, reducción de carga, adaptación de tareas y horarios	Facilitar adaptación progresiva al trabajo
<b>Seguimiento</b>	Acompañamiento a medio y largo plazo	Contacto continuado, revisiones periódicas, apoyo sostenido	Evitar recaídas y abandono laboral
<b>Prevención del estigma</b>	Implementar estrategias de sensibilización	Formación, campañas internas, normalización del tema	Mejorar clima laboral y facilitar la expresión emocional

## 6. EL SUICIDIO COMO ACCIDENTE DE TRABAJO

---

Un elemento esencial para avanzar en la prevención del suicidio en el ámbito laboral es la investigación rigurosa de sus causas. Este análisis resulta imprescindible no sólo desde una perspectiva preventiva, sino también jurídica. En aquellos supuestos en los que existen indicios de que el suicidio pudo estar relacionado con factores laborales (ya sean organizativos, psicosociales o estructurales) se activa un conjunto de actuaciones administrativas y judiciales que determinan si el fallecimiento puede ser calificado como accidente de trabajo.

En primera instancia, la empresa está obligada a realizar una investigación interna del suceso, especialmente cuando existan elementos que puedan vincularlo con las condiciones de trabajo, la organización, el clima laboral o la existencia de riesgos psicosociales previamente identificados. Sin embargo, esta indagación interna no agota el análisis jurídico. La Inspección de Trabajo y Seguridad Social puede abrir un expediente para esclarecer si el fallecimiento guarda relación directa con el trabajo o, por el contrario, si las causas son ajenas al entorno laboral. Del mismo modo, tanto la mutua colaboradora con la Seguridad Social como el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) pueden emitir resoluciones calificando el origen laboral o común del fallecimiento. En caso de desacuerdo, serán los tribunales quienes decidan, habitualmente a instancia de los familiares o representantes legales de la persona fallecida.

La jurisprudencia española ha experimentado una evolución significativa en esta materia<sup>27</sup>. Tradicionalmente, se consideraba que el suicidio era un acto estrictamente voluntario y que, por tanto, quedaba excluido de la noción de accidente de trabajo. Sin embargo, esta interpretación ha sido progresivamente abandonada. Los tribunales han reconocido que el suicidio no puede analizarse como un acto libre en sentido pleno, sino como el resultado de un proceso complejo donde confluyen múltiples circunstancias que afectan a la conducta humana. Estas circunstancias pueden ser de naturaleza personal (como trastornos de salud mental, experiencias traumáticas previas o factores familiares) o de naturaleza laboral (como situaciones intensas de estrés, cargas excesivas de trabajo, conflictos laborales prolongados, acoso, cambios organizativos bruscos o presión derivada de objetivos inalcanzables, entre otros). La clave reside en determinar cuál de estos factores actúa como causa prevalente.

Desde esta perspectiva, el suicidio podrá calificarse como accidente de trabajo cuando se acredite que la circunstancia laboral fue determinante o decisiva en la génesis del acto. En caso contrario, la calificación será de contingencia común. A tal efecto, los tribunales suelen aplicar la llamada **teoría de la ocasionalidad relevante**, que exige valorar dos planos probatorios complementarios: uno negativo y otro positivo.

---

27. Ver STS 4 de diciembre de 2012 (rec. 3711/2011), STS 25 de septiembre de 2007 (rcud. 5452/2005), STSJ Islas Baleares 295/2024 (11 de junio), STSJ Andalucía 2010/2023 (18 de diciembre), STSJ Madrid 619/2023 (30 de octubre), STSJ Cantabria 118/2023 (27 de febrero), STSJ Aragón 15/2020 (20 de enero), STSJ Andalucía 65/2019 (10 de enero), STS 9 de febrero de 2010 (rec. 1703/2009), SAN 4 de febrero de 2009 (rec. 81/2008), STSJ Madrid 695/2025 (22 de octubre), STSJ Andalucía 669/2025 (6 de marzo), STSJ Castilla-La Mancha 232/2024 (15 de febrero), STSJ Galicia 923/2022 (24 de febrero), Sentencia Juzgado de lo Social nº 2 Tarragona 537/2024 (30 de diciembre de 2024).

En el plano negativo (descartar otras causas), se examina la ausencia de factores personales de suficiente entidad como para explicar por sí mismos el suicidio. Así, puede resultar relevante demostrar que la persona trabajadora no tenía antecedentes familiares de suicidio, que no se encontraba inmersa en un proceso de separación o divorcio conflictivo, que no existían problemas graves con hijos, hermanas o hermanos, que no había diagnósticos psiquiátricos previos de especial gravedad sin relación con el trabajo o que no concurrían situaciones de endeudamiento extremo o pérdida reciente de seres queridos. También se analiza si existían consumos problemáticos de sustancias, conductas de riesgo o cualquier otra circunstancia que pueda distorsionar la atribución causal al ámbito laboral.

En el plano positivo, se valoran los factores laborales que pudieron haber actuado como desencadenantes o aceleradores del proceso sui-

cida. Entre estos elementos, la jurisprudencia reciente ha considerado relevantes situaciones como: cargas de trabajo desproporcionadas; presión sostenida para alcanzar objetivos comerciales; cambios organizativos repentinos que incrementan la inseguridad laboral; expedientes disciplinarios o sanciones percibidas como injustas; conflictos interpersonales graves dentro del equipo; episodios de violencia laboral; situaciones de acoso psicológico o sexual; turnos prolongados o nocturnos que alteran los ritmos de descanso; carencia de apoyo por parte de mandos intermedios; exposición continuada a eventos traumáticos en profesiones de riesgo (cuerpos de seguridad, personal sanitario o emergencias); o la inminencia de un despido o amortización del puesto de trabajo. En estos casos, cuando puede demostrarse que la persona no habría llegado al suicidio sin la concurrencia del factor laboral, la calificación de accidente de trabajo se vuelve jurídicamente viable.

Dimensión analizada	Factores personales (ámbito negativo de la prueba)	Factores laborales (ámbito positivo de la prueba)
<b>Antecedentes psicológicos o psiquiátricos</b>	Existencia de trastornos mentales graves diagnosticados (depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia). Historial de intentos autolíticos previos ajenos al trabajo. Tratamientos prolongados por ansiedad o depresión.	Inicio o agravamiento de síntomas psicológicos coincidente temporalmente con cambios organizativos, conflictos, sobrecarga o estrés laboral. Empeoramiento progresivo detectado en vigilancia de la salud.
<b>Contexto familiar y social</b>	Procesos de divorcio conflictivos, rupturas afectivas recientes, fallecimiento de personas cercanas, conflictos graves con familiares directos. Situaciones de aislamiento social o problemas económicos severos. Antecedentes familiares de suicidio.	Falta de apoyo laboral, conflictos con superiores o compañeras y compañeros, deterioro del clima laboral. Situaciones de acoso psicológico o discriminación en el entorno de trabajo.
<b>Historia vital y eventos desencadenantes extralaborales</b>	Consumo problemático de alcohol o drogas. Deudas personales o problemas financieros sin relación con el empleo. Enfermedades físicas limitantes. Pérdida reciente de vivienda.	Sanciones disciplinarias percibidas como injustas; cambios bruscos de puesto; movilidad forzosa; asignación de tareas sin formación; turnos imposibles de conciliar; amenazas de despido o amortización de puesto.

Dimensión analizada	Factores personales (ámbito negativo de la prueba)	Factores laborales (ámbito positivo de la prueba)
<b>Temporalidad de los hechos</b>	Evolución autolítica prolongada e independiente del entorno laboral. Sintomatología previa de larga duración sin conexión con el trabajo.	Aparición del malestar tras eventos concretos del trabajo: expedientes disciplinarios, conflictos intensificados, reorganización empresarial, incremento súbito de carga laboral.
<b>Comportamiento previo al suceso</b>	Manifestaciones previas en el ámbito privado de desesperanza no vinculada al trabajo. Aislamiento social fuera del entorno laboral.	Cambios notorios detectados en el trabajo: descenso súbito del rendimiento, irritabilidad, llanto frecuente, ausencias reiteradas, verbalizaciones de incapacidad para asumir la carga laboral.
<b>Acontecimientos traumáticos recientes</b>	Violencia intrafamiliar, violencia sexual y de género, agresiones, enfermedades de familiares, pérdidas por duelo no relacionadas con el trabajo.	Exposición a eventos traumáticos laborales: intervención en emergencias, suicidio o accidente grave de un compañero o compañera, atención a situaciones críticas sin apoyo psicológico.
<b>Contenido del acto suicida</b>	Notas o mensajes que aluden únicamente a problemas personales. Conducta sin conexión temporal con hechos laborales recientes.	Notas, mensajes o verbalizaciones donde se atribuye el malestar al ambiente laboral, al trato recibido o a la presión existente. Suicidio ocurrido inmediatamente tras un conflicto, sanción o incidente laboral crítico.
<b>Otros factores de contexto</b>	Personalidad con rasgos impulsivos previos no relacionados con el trabajo; historial de intentos en etapas anteriores.	Cargas excesivas, objetivos inalcanzables, horarios prolongados, falta de descansos, ausencia de evaluación psicosocial, incumplimientos preventivos reiterados por parte de la empresa.

Un aspecto controvertido es la no aplicación, por regla general, de la **presunción de laboralidad** que opera en los accidentes ocurridos en tiempo y lugar de trabajo. Los tribunales suelen rechazar su aplicación automática al suicidio con el argumento de evitar situaciones de fraude (esto es, la posibilidad de que una persona decida suicidarse en el centro de trabajo con el propósito de asegurar una prestación económica para su familia). Sin embargo, este razonamiento puede ser cuestionado desde la perspectiva sanitaria y preventivista, en la medida en que el suicidio no constituye una decisión libre en sentido estricto. La evidencia internacional sostiene que el suicidio está determinado por circunstancias concretas que afectan a la conducta de la persona, y que también la elección del lugar y el momento forma parte de ese proceso, no siendo un acto

estratégico dirigido a obtener un beneficio posterior.

En consecuencia, la clave interpretativa no debe situarse en el voluntarismo del acto, sino en la reconstrucción causal del contexto que llevó al mismo. Por ello, cuando el análisis conjunto permite concluir que el trabajo ha sido el factor prevalente, los tribunales se inclinan por reconocer la naturaleza laboral del suceso. En cambio, cuando predominan causas personales de suficiente entidad, el fallecimiento será calificado como enfermedad común.

Este enfoque, que combina criterios preventivos, sanitarios y jurídicos, refuerza la importancia de que las organizaciones adopten sistemas eficaces de evaluación y gestión de los riesgos

psicosociales. Una correcta identificación de cargas de trabajo, conflictos internos, deficiencias organizativas o situaciones de violencia laboral no sólo es una obligación legal, sino también una herramienta esencial para

evitar que se desarrollen procesos que puedan desembocar en un desenlace fatal.

Aquí algunos ejemplos de sentencias donde los tribunales han considerado.<sup>28</sup>

Resumen del caso	Referencia de la sentencia
<p>Andalucía, suicidio de un conductor. El trabajador había sufrido episodios previos de ansiedad relacionados con el entorno laboral, fue detenido en el contexto de una huelga, sufrió un episodio agudo de desorientación mientras conducía un autobús y días después se suicidó. TS ratificó que la muerte derivaba de accidente de trabajo.</p>	<p>STS 4 diciembre 2012 (rec. 3711/2011)</p>
<p>Suicidio de un trabajador de mantenimiento en un centro penitenciario, ocurrido en tiempo y lugar de trabajo, se acredita un episodio depresivo grave con desencadenante laboral.</p>	<p>STS 25 septiembre 2007 (rec. 5452/2005)</p>
<p>En Madrid, suicidio de un jefe de planificación y control, ocurrido en su domicilio. El Tribunal aprecia ese nexo causal porque concurría una situación laboral extrema: sobrecarga continuada de trabajo, jornadas muy prolongadas dentro y fuera de horario, presión derivada de la investigación penal en la empresa, ausencia de medidas preventivas pese a una evaluación psicosocial que calificó el riesgo como “muy elevado”, y un deterioro de la relación con la directora financiera.</p>	<p>STSJ Madrid 30 octubre 2023 (rec. 619/2023)</p>
<p>Suicidio de un trabajador de Banca, acreditado que el fallecimiento ocurrió inmediatamente después de un conflicto laboral con un cliente que generó un estado intenso de estrés.</p>	<p>STSJ Andalucía 10 enero 2019 (rec. 65/2019)</p>
<p>Suicidio de una persona trabajadora que utilizó el arma proporcionada para sus funciones policiales. Se analiza la obligación del Estado de proteger la vida ante riesgos previsibles.</p>	<p>TEDH 12 julio 2016, Kotelnikov v. Russia (demanda n.º 45104/05)</p>
<p>Deterioro grave de la salud mental de una persona trabajadora del Parlamento Europeo por tensiones laborales intensas. Se reconoce la responsabilidad del empleador público y se califica como accidente de servicio.</p>	<p>TJUE (Tribunal de la Función Pública) 16 julio 2014, asunto F-157/12, BN c. Parlamento Europeo</p>

28. Para mayor información consultar el informe del Servicio de Estudios de UGT: [“El suicidio como Accidente Laboral”](#)

# 7. PLANES DE SALUD MENTAL Y SUICIDIO: HACIA UN ENFOQUE INTEGRADO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES PARA PREVENIR EL SUICIDIO POR CAUSAS LABORALES

---

En el entorno de trabajo actual, los riesgos psicosociales (como la sobrecarga de trabajo, el estrés prolongado o el acoso laboral) no son realidades independientes, sino factores que actúan conjuntamente afectando la salud mental de las personas trabajadoras. Diversos estudios y organismos internacionales coinciden en que estos factores de riesgo tienden a interrelacionarse y a generar un abanico de consecuencias psicológicas que van desde trastornos leves hasta problemas severos. Por ejemplo, una carga laboral excesiva o un entorno de estrés crónico pueden desembocar en ansiedad y depresión, al igual que situaciones de acoso laboral sostenido pueden erosionar la autoestima de la persona hasta provocar síndrome del quemado (burnout) y otros trastornos emocionales. Es importante destacar que estos efectos no ocurren en compartimentos estancos: una misma condición laboral adversa puede causar múltiples secuelas en la salud mental, y a su vez problemas como la ansiedad o la depresión tienden a retroalimentarse, intensificando el malestar general.

La evidencia muestra claramente esta cadena de consecuencias. Por un lado, *las personas sometidas a estrés laboral prolongado experimentan a menudo agotamiento emocional, ansiedad o depresión*, e incluso pensamientos suicidas.

Por otro lado, riesgos psicosociales como la sobrecarga de tareas, el acoso laboral o la inestabilidad contractual generan un deterioro paulatino que puede manifestarse primero en síntomas de estrés o bajo rendimiento, y luego escalar hacia trastornos mentales graves. En otras palabras, un entorno de trabajo negativo puede iniciar un efecto dominó: al principio aparece la tensión o la angustia, que sin intervención adecuada puede evolucionar hacia problemas mayores como depresión clínica o burnout, y en última instancia incrementar el riesgo de conductas suicidas. Es fundamental comprender esta progresión para no subestimar ninguna señal de malestar. Un incremento en alguno de estos problemas (por ejemplo, un nivel de ansiedad desbordado o un estado depresivo profundo) puede escalar en intensidad y, de no abordarse a tiempo, acercar a la persona afectada a *desenlaces extremos como el suicidio*. La Organización Mundial de la Salud y la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo han advertido que los problemas de salud mental asociados al trabajo, tales como la ansiedad, la depresión, el agotamiento e incluso las ideas suicidas, son consecuencias habituales de riesgos psicosociales mal gestionados<sup>29</sup>. En síntesis, todos estos efectos están interrelacionados, formando parte de un continuo: el estrés crónico y otros riesgos psicosociales actúan como caldo de

---

29. Ver <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> y <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-mental-health/mental-health-work-practical-resources>

cultivo de trastornos mentales y, si se agravan, pueden llevar a conductas autodestructivas.

Desde un enfoque de seguridad y salud laboral, esta interrelación implica que no se puede abordar cada riesgo de forma aislada. Tradicionalmente, algunas empresas han intentado afrontar problemas como el *estrés laboral*, el *mobbing* (acoso psicológico) o el *burnout* con iniciativas independientes, pero esa visión fragmentada resulta insuficiente. Si solo se implementan medidas contra el acoso laboral, pero se deja de lado la sobrecarga de trabajo, es posible que la fuente de angustia persista por otra vía. Del mismo modo, centrar la atención únicamente en reducir el estrés sin mejorar las condiciones organizativas (claridad de roles, apoyo social, equilibrio trabajo-vida, etc.) puede significar *atacar síntomas, pero no las causas de fondo*. La realidad es que las condiciones psicosociales adversas suelen coexistir e interactuar: un ambiente laboral tóxico puede incluir altas exigencias junto con falta de apoyo o incluso hostilidad. Por ello, cualquier intento serio de proteger la salud mental en el trabajo debe reconocer que los distintos factores de riesgo operan como un sistema. Así, *los trabajadores pueden experimentar estrés y diversos problemas de salud mental a la vez (ansiedad, depresión, agotamiento...), y estos problemas no solo se suman, sino que pueden potenciarse mutuamente*. La consecuencia última de ignorar esta sinergia de factores es que los daños psicológicos se agraven progresivamente, llegando en casos extremos a derivar en intentos de suicidio o suicidios consumados.

### **Prevención del suicidio desde una gestión integrada de riesgos psicosociales**

Dado lo anterior, la prevención del suicidio en el ámbito laboral exige un enfoque integral de los riesgos psicosociales. No basta con establecer un protocolo de emergencia para actuar cuan-

do un empleado muestra ideación suicida; es imprescindible *ir más atrás en la cadena causal* y reducir los factores laborales que conducen a ese extremo. Todos los indicios apuntan a que un protocolo de prevención del suicidio debería estar estrechamente vinculado a una evaluación más amplia de riesgos psicosociales, insertándose dentro de ella. Esto significa que, antes de que una situación desemboque en pensamientos suicidas, la organización debe haber evaluado sistemáticamente elementos como las cargas de trabajo, el clima organizativo, la presencia de acoso o la calidad del liderazgo, identificando dónde existen condiciones potencialmente tóxicas o patogénicas para la salud mental. De hecho, especialistas en prevención señalan que realizar periódicamente una evaluación psicosocial en la empresa es de importancia capital (además de una obligación legal derivada del art. 14 Ley de prevención de riesgos laborales), ya que muchos factores laborales de riesgo pueden permanecer ocultos si no se investigan, a pesar de que forman parte de la *multicausalidad de la conducta suicida*. En otras palabras, detrás de un caso de suicidio laboral suele haber una combinación de causas, entre las cuales las vinculadas al trabajo (estrés insostenible, situaciones de acoso, etc.) pueden desempeñar un papel significativo, aunque inicialmente no sean evidentes. Integrar la prevención del suicidio en la gestión psicosocial permite sacar a la luz esos factores ocultos y abordarlos proactivamente.

Adoptar un enfoque preventivo, holístico y sistemático en la gestión de los riesgos psicosociales es considerado actualmente la estrategia más eficaz. Este enfoque holístico implica que la empresa aborde la salud mental laboral de manera global, articulando todas las medidas preventivas en un *marco único y coherente*. Por ejemplo, en lugar de tener un protocolo separado para violencia ocupacional, otro distinto para acoso sexual y otro para *estrés*, un enfoque integrado buscaría unificar criterios y acciones bajo una

misma política de bienestar psicosocial. ¿Por qué es esto preferible? Porque la fragmentación en múltiples protocolos inconexos puede llevar a lagunas, redundancias e incoherencias. Cuando cada riesgo se gestiona por separado, se corre el riesgo de perder de vista el panorama general: es posible que distintas medidas no se coordinen entre sí, que ninguna área asuma responsabilidad por ciertos temas transversales, o que los trabajadores reciban mensajes confusos sobre las prioridades de la empresa. En contraste, un enfoque común y holístico garantiza que *todas las piezas encajen*: se evalúan conjuntamente todos los riesgos psicosociales, se planifican intervenciones complementarias y se fomenta una cultura preventiva unificada en torno al bienestar mental.

Las ventajas de este planteamiento integrado son las siguientes. Primero, permite detectar antes las situaciones de riesgo, ya que la empresa mira *en todas las direcciones*: examina cargas de trabajo, estilos de gestión, relaciones interpersonales y más, en un mismo proceso evaluador. Segundo, favorece intervenciones más efectivas, al poder atacar varias causas a la vez con un plan coordinado. Por ejemplo, si la evaluación revela que en cierto departamento coinciden sobrecarga de trabajo y acoso laboral, la respuesta puede incluir tanto reequilibrar la carga como formaciones en respeto y medidas disciplinarias contra el acoso, todo dentro de un mismo paquete de soluciones. Tercero, normaliza la consideración de la salud mental como parte integral de la seguridad laboral. Esto último es crucial: durante mucho tiempo, la salud física recibió mayor atención preventiva que la mental, pero hoy sabemos que problemas como el estrés o la depresión deben recibir *la misma consideración que cualquier otro riesgo laboral*. Equiparar la importancia de los factores psicosociales a la de, por ejemplo, los riesgos de seguridad física (maquinaria, incendios, etc.) envía un potente mensaje a la organización de que *el*

*sufrimiento psicológico no es algo secundario ni ajeno al trabajo*, sino un aspecto más que debemos gestionar.

Un protocolo de prevención del suicidio integrado dentro del plan de prevención de riesgos laborales actuaría, así como última línea de defensa en un sistema de prevención escalonado. La idea es que, si la empresa vigila y mejora continuamente las condiciones laborales (reduciendo el estrés excesivo, previniendo conductas de acoso, promoviendo la conciliación, etc.), será menos probable llegar a situaciones de riesgo suicida. No obstante, si a pesar de todo un trabajador o trabajadora desarrolla ideación suicida, el protocolo específico entraría en acción de forma coordinada con el resto de las medidas: activando apoyo psicológico urgente, ajustando temporalmente las condiciones de trabajo de esa persona, investigando qué pudo fallar en el ambiente laboral y fortaleciendo esos puntos débiles. Así, *cualquier caso de riesgo suicida se entendería no solo como un individuo en crisis, sino también como una posible señal de alarma de que algo en la organización requiere atención*. Esta perspectiva integrada evita culpabilizar únicamente al individuo o atribuir el suicidio a factores personales aislados, reconociendo que el entorno de trabajo tiene una influencia determinante en la salud mental y que, por tanto, debe formar parte de la solución.

### **El plan de salud mental laboral: un marco holístico e imprescindible**

Llegados a este punto, resulta conveniente explicar qué es un plan de salud mental laboral y por qué se erige en la herramienta adecuada para ese enfoque holístico que defendemos. Si bien es cierto que, dentro de dicho plan de salud mental, resulta necesario incluir un protocolo específico para la prevención del suicidio en el ámbito laboral, dada la complejidad y las graves consecuencias que puede llegar a acarrear la

ausencia de prevención. Dicho protocolo debe negociarse entre la empresa y la representación legal de las personas trabajadoras.

Un Plan de Salud Mental en la empresa puede definirse como *un conjunto estructurado y sistemático de estrategias, políticas, programas y acciones* destinado a promover, prevenir, detectar y abordar de manera integral los problemas relacionados con la salud mental en el entorno de trabajo. En esencia, se trata de un marco coordinado que garantiza el bienestar psicológico de las personas empleadas, reduciendo los riesgos psicosociales asociados al trabajo y fomentando un ambiente laboral saludable y sostenible. A diferencia de iniciativas puntuales o reactivas, este plan constituye una respuesta global de la organización frente a los desafíos de la salud mental: abarca desde la sensibilización y la formación, hasta la evaluación de riesgos, la intervención sobre factores organizativos, la atención a trabajadores vulnerables y la monitorización continua de resultados, incluyendo la parte dedicada a la prevención laboral del suicidio.

La utilidad de un plan de salud mental laboral radica en que brinda un paraguas único bajo el cual se engloban todas las acciones preventivas y de promoción del bienestar psicosocial. En la práctica, *esto significa que los recursos y medidas funcionan de forma complementaria, no como iniciativas aisladas*. Por ejemplo, dentro de un plan bien diseñado podrían convivir medidas de prevención primaria (p.ej., evaluación anual de riesgos psicosociales, mejoras en la organización del trabajo para evitar sobrecargas, políticas antiacoso claras), con medidas de prevención secundaria (p.ej., programas de apoyo psicológico para quien lo necesite, formación en manejo del estrés y resiliencia) y terciaria (p.ej., protocolos de actuación ante signos de depresión o riesgo suicida, reintegración y apoyo a quien se ha ausentado por trastornos mentales, etc.). Al agrupar todas estas acciones en un mismo marco, la empresa asegura coherencia y

eficacia: se evitan duplicidades, se cubren *todas las capas de intervención* (desde la prevención hasta la atención) y se facilita la comunicación, tanto interna como con los agentes sociales implicados.

Cabe destacar que un plan de salud mental laboral no surge espontáneamente, sino que requiere del impulso decidido de las empresas, los delegados y delegadas de prevención y los representantes legales de las personas trabajadoras. Su papel es decisivo para instaurar este enfoque común. Las empresas, por su parte, deben comprometerse a integrar la salud mental en su cultura preventiva, destinando recursos y tomando en serio las evaluaciones psicosociales como lo hacen con otros riesgos. Los delegados de prevención (y la RLPT) también juegan un rol crucial: al participar en la elaboración y seguimiento del plan, garantizan que las necesidades reales de la plantilla estén reflejadas y que las medidas cuenten con la confianza de las y los empleados. De hecho, la participación de las personas trabajadoras es un principio básico en el éxito de estos planes. Los delegados y delegadas de prevención aportan la perspectiva de quienes viven el día a día del trabajo, pudiendo señalar riesgos psicosociales incipientes que tal vez la dirección no perciba, y velan porque las acciones se implementen correctamente. Finalmente, la sociedad en su conjunto; sindicatos, empresas, asociaciones profesionales, administraciones públicas... están llamados a fomentar un entorno normativo y cultural que facilite este enfoque holístico. En muchos países ya se aboga por que la legislación exija explícitamente planes de prevención de riesgos psicosociales al igual que se exigen evaluaciones de seguridad tradicionales. También se promueven acuerdos marco a nivel nacional o sectorial que impulsen la salud mental en el trabajo como prioridad colectiva.

En conclusión, la problemática del suicidio en el ámbito laboral nos enfrenta al desafío de abor-

dar la salud mental de manera amplia y articulada, pero también concretando las acciones en un Protocolo orientado a la prevención de las conductas suicidas, en donde se incluya: el papel de cada actor implicado en el proceso, la formación específica que debe recibir, las formas de actuación frente a los distintos niveles de riesgos, las actuaciones de seguimiento de los casos, así como la creación de un canal confidencial de ayuda.

Aparte de todo lo anterior y mediante una gestión integrada de los riesgos psicosociales; tratando factores como la carga de trabajo, el estrés y el acoso no como problemas independientes, sino como piezas de un mismo puzzle podremos realmente proteger la salud mental en el trabajo y prevenir los casos más extremos de sufrimiento, como es el suicidio. Integrar todos los esfuerzos preventivos en un enfoque

holístico común es una necesidad fundamental. En efecto, las personas no dividen su mente en compartimentos estancos, y por tanto la prevención tampoco debería fragmentarse. Con un plan de salud mental laboral sólido, fruto de la colaboración entre empleadores, trabajadores/as y agentes sociales, se evita dispersar las iniciativas en protocolos desconectados y se logra un marco unificado donde cada acción suma hacia un mismo objetivo: un bienestar psicológico pleno en el entorno laboral, *donde nadie deba llegar al punto de sacrificar su vida a causa del trabajo*. Las empresas que adopten este enfoque integral (además de cumplir con su deber legal y ético) cultivarán organizaciones más saludables, resilientes y productivas, en las que la prevención del suicidio deja de ser un protocolo de último recurso para convertirse en el resultado natural de cuidar día a día la salud mental de su gente.

# ANEXO 1: MODELO DE PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL ENTORNO LABORAL

Para la elaboración de este Modelo de Protocolo de prevención del suicidio en el entorno laboral desde UGT hemos extraído las recomendaciones recogidas en el “Estudio sobre la prevención del suicidio en el ámbito laboral” y se han adaptado al formato de protocolo, de tal manera que es posible ajustar el texto a la realidad de cada empresa o sector. Por lo tanto, los textos que componen este modelo han sido extraídos de la citada guía.

## PARTES FIRMANTES

Enunciar las partes firmantes del protocolo

## ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo se aplicará a todo el personal de la organización sin ninguna distinción por tipo de contrato o duración del mismo.

También se aplicará al personal externalizado de otras empresas que realizan su actividad laboral dentro de las instalaciones de la empresa. En este último caso, la adopción de medidas se hará de forma coordinada entre las empresas afectadas, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

## OBJETO

El presente Protocolo tiene por objeto prevenir y actuar contra el suicidio en el ámbito laboral.

En España, el suicidio se ha consolidado en la última década como una de las principales causas de muerte externa (no natural). El Plan de Acción Estatal de Prevención del Suicidio (2025) refuerza las medidas de prevención y atención, incluyendo el ámbito laboral como un entorno clave donde detectar y reducir el riesgo.

Un entorno laboral sano, seguro y que promueve el apoyo puede proteger la salud mental; por

el contrario, un entorno tóxico, con altos niveles de estrés o acoso, puede contribuir al sufrimiento psicológico y actuar como desencadenante de conductas suicidas.

Prevenir el riesgo de suicidio en el entorno laboral requiere un enfoque amplio y proactivo. Es necesario actuar en múltiples niveles: reducir los factores de riesgo presentes en el trabajo, fortalecer los factores de protección, capacitar al personal para detectar y manejar las situaciones de crisis, establecer protocolos claros de intervención y dar seguimiento adecuado a cada caso. Todo ello, además, debe enmarcarse en el cumplimiento de la normativa vigente en prevención de riesgos laborales y en un compromiso ético de la organización con el bienestar integral de su plantilla.

## VIGENCIA Y REVISIÓN

El presente Protocolo entra en vigor a partir de su publicación y comunicación a la plantilla, manteniéndose vigente de manera indefinida.

El Protocolo se revisará por la empresa y la representación legal de las personas trabajadoras en cualquier momento a lo largo de su vigencia, cuando se detecte la necesidad de modificar algún aspecto del mismo con el fin de mejorar o reforzar el cumplimiento de sus objetivos de prevención y actuación.

## PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES QUE PUEDEN ACTUAR COMO DESENCADENANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA

En el suicidio influyen una combinación de factores individuales, familiares, sociales y laborales. Algunos de estos factores no dependen del entorno de trabajo, pero otros sí, por lo que la empresa los tendrá en cuenta dentro de su evaluación de riesgos psicosociales. Es importante destacar que estos factores de riesgo actúan de forma acumulativa.

### Factores de riesgo relevantes: personales, sociales y laborales

- **Individuales:** Antecedentes de problemas de salud mental, haber realizado intentos de suicidio previos, presencia de enfermedades físicas dolorosas o crónicas, rasgos psicológicos como alta impulsividad o desesperanza persistente, y ciertos factores demográficos. Estos factores pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona, especialmente si coinciden con situaciones de estrés severo.
- **Familiares y sociales:** Falta de apoyo afectivo o aislamiento social, dinámicas familiares disfuncionales o presencia de violencia intrafamiliar, pérdidas recientes significativas, problemas económicos graves, o antecedentes familiares de suicidio.
- **Laborales (psicosociales):** Entre los factores laborales de riesgo destacan el estrés laboral crónico, las cargas de trabajo excesivas y prolongadas, las jornadas interminables sin posibilidad de descanso o conciliación, y el síndrome de burnout. Asimismo, el acoso laboral o sexual en el trabajo es un factor de riesgo gravísimo: la humillación, el hostigamiento o la discriminación sufridos de forma sistemática en el empleo pueden erosionar profundamente la salud mental.

Otros factores incluyen la inseguridad laboral, la falta de apoyo por parte de superiores o compañeros, el sentimiento de injusticia o falta de reconocimiento, las responsabilidades mal definidas o los estilos de liderazgo tóxicos. Ciertos eventos traumáticos en el trabajo (por ejemplo, presenciar accidentes, agresiones o experiencias límite en ciertas profesiones) también pueden predisponer a trastornos psicológicos y riesgo suicida, especialmente si la persona no recibe apoyo post-evento. Finalmente, tener acceso fácil a medios letales en el entorno laboral (armas en ciertos trabajos de seguridad, sustancias tóxicas, alturas sin medidas de protección) puede convertirse en un factor facilitador si la persona desarrolla ideación suicida.

La empresa identificará la presencia de los factores de riesgo psicosocial con el objetivo de proteger la salud mental de las personas trabajadoras.

La empresa evaluará factores laborales como el estrés laboral, la sobrecarga, el acoso o la falta de apoyo social, entre otros. Dicha evaluación de riesgos psicosociales será revisada siempre que se compruebe la ineficacia de las medidas aplicadas de acuerdo con la evaluación de riesgos, cuando se hayan producido cambios sustanciales en las condiciones de trabajo o factores psicosociales, cuando se hayan producido o detectado incidentes, quejas internas, denuncias y daños a la salud que pudieran poner de manifiesto que las medidas de prevención hayan sido inadecuadas o insuficientes.

Igualmente se revisará cuando se haya producido un intento de suicidio o se haya consumado dicho suicidio.

Para llevar a cabo la evaluación de riesgos, así como la adopción de medidas preventivas, se consultará con los delegados y delegadas de prevención de riesgos laborales.

## FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL ÁMBITO LABORAL

La empresa facilitará formación a todas las personas trabajadoras con el objetivo de identificar y prevenir conductas suicidas. Dicha formación será teórica-práctica y será impartida por profesionales expertos en la materia.

**Dirección y mandos:** Recibirán formación tanto teórica como práctica, cada dos años, sobre liderazgo saludable, gestión de equipos desde la empatía, y sobre cómo identificar a tiempo signos de burnout, acoso u otros factores de riesgo en sus equipos. Dicha formación también incluirá pautas para abordar conversaciones difíciles con una persona trabajadora, de manera confidencial y eficaz.

**Personal de Recursos Humanos (RRHH), Prevención de Riesgos Laborales (PRL) y Delegados y Delegadas de PRL:** La empresa se compromete a facilitar formación especializada, cada dos años, para poder diseñar e implementar protocolos, así como para manejar situaciones de riesgo concreto. En dicha formación se incluirán nociones teóricas y prácticas sobre metodologías de evaluación psicosocial, normativa legal aplicable y recursos de apoyo disponibles (por ejemplo, saber cómo derivar a un servicio de ayuda psicológica externa). Además, incluirá primeros auxilios psicológicos, es decir, cómo brindar apoyo inicial a alguien en crisis hasta que intervenga un profesional de salud mental.

**Resto de la plantilla:** La empresa facilitará formación teórico-práctica, que se repetirá cada dos años, a todos los empleados y empleadas, independientemente de su cargo, sobre métodos de detección del estrés, formas de poner límites y habilidades sociales (por ejemplo, talleres de resolución de problemas y comunicación asertiva), y muy especialmente sensibilización sobre la conducta suicida.

**Mentor/a en salud mental:** es una persona de la plantilla especialmente entrenada para dar apoyo psicológico de primera línea a compañeros en estrés emocional. No reemplaza a un profesional, pero puede actuar como puente para facilitar el acceso a la ayuda.

La empresa formará a un equipo de mentores/as en salud mental, entre los que se pueden encontrar los representantes de las personas trabajadoras, o voluntarios dentro de distintos departamentos. La formación teórica-práctica se repetirá anualmente y les capacitará para detectar malestares incipientes en su entorno próximo e intervenir con prontitud en posibles crisis hasta que llegue la ayuda especializada, además de luchar contra el estigma del suicidio.

## CANAL CONFIDENCIAL DE AYUDA FRENTE A LA CONDUCTA SUICIDA

La empresa proporcionará los siguientes canales de ayuda confidenciales:

Opciones:

- Línea de Ayuda atendida por profesionales externos donde la persona trabajadora puede llamar anónimamente si se siente en crisis.
- Servicio de asistencia a la persona trabajadora: incluye apoyo psicológico telefónico o presencial gratuito y confidencial.

## DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO

Es crucial divulgar entre la plantilla la existencia del protocolo y de los recursos que lleva asociados. La empresa se compromete a informar de la existencia del presente Protocolo a través de las siguientes acciones:

- Se enviará el Protocolo de prevención del suicidio a todas las personas trabajadoras a través del correo electrónico corporativo.
- Se publicará a través del portal corporativo o intranet.

- Se harán recordatorios a través de los medios de comunicación internos de manera recurrente.
- Se entregará copia del Protocolo de prevención del suicidio al personal de nuevo ingreso.

## **PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO**

### **Actuación ante riesgo inminente**

Se considera que el riesgo es inminente cuando la persona manifiesta una intención activa de suicidio, tiene un plan definido o se encuentra en un estado de crisis aguda (por ejemplo, lo ha verbalizado claramente: “me voy a quitar la vida ahora”, o alguien le encuentra preparando el acto).

- La prioridad absoluta es preservar la vida de la persona.
- El mentor/a de salud mental no dejará sola en ningún momento a la persona. Si la empresa cuenta con médico del trabajo o personal sanitario in situ, deben acudir también.
- Avisar a la ayuda de emergencia especializada. Llamar al 112 o a los servicios de salud mental de urgencia.
- Es importante garantizar la seguridad física: por ejemplo, alejando a la persona de cualquier medio peligroso disponible (objetos cortantes, alturas, maquinaria, etc.) de forma no violenta y asegurando un entorno tranquilo.
- El mentor/a de salud mental deberá entablar comunicación con la persona en crisis mientras llegan los profesionales. Las pautas básicas para esa conversación son: hablar con calma y firmeza, transmitirle que estamos allí para ayudar, expresarle que su vida es importante, preguntarle directamente, pero con sensibilidad por lo que siente (“¿estás pensando seriamente en hacerte daño ahora mismo?”), y mostrar empatía absoluta, sin juzgar ni minimizar su dolor.

- No prometer confidencialidad en este punto: si la persona pide “no se lo digas a nadie”, hay que hacerle entender con delicadeza que su seguridad es la prioridad y que necesitaremos involucrar a profesionales para protegerla. Este es el único caso en que romper la confidencialidad está justificado éticamente: cuando la vida corre peligro inminente.

### **Actuación ante riesgo moderado**

Existe riesgo moderado cuando hay señales de ideación suicida o malestar significativo, pero la persona no parece estar en peligro inmediato. Por ejemplo, alguien que admite que a veces “preferiría no existir” pero niega tener un plan o intención actual, o un empleado que muestra varios síntomas de depresión grave, aunque sin verbalizar deseos de muerte de forma directa.

- Se requiere una respuesta rápida pero no es una emergencia hospitalaria.
- Se debe involucrar cuanto antes a un profesional de salud mental para que evalúe clínicamente la situación.
- La empresa gestionará, con consentimiento de la persona, una cita urgente con el servicio médico o psicológico laboral si lo tiene, o con los servicios públicos/privados de salud mental (por ejemplo, concertando que acuda ese mismo día o al siguiente a un psicólogo).
- También es recomendable informar (siempre que sea posible, contando con la persona) a alguien de su confianza (un familiar cercano) para que esté al tanto y brinde apoyo externo.
- A nivel interno, se acordarán con la persona algunas medidas temporales de protección: aliviarle la carga de trabajo; concederle unos

días de descanso retribuido; evitar que realice tareas críticas o peligrosas mientras no esté estabilizada.

- En los días siguientes el mentor/a de salud mental contactará diariamente con la persona afectada para hacer seguimiento de cómo se encuentra, informará a RRHH y a los delegados y delegadas de prevención de manera periódica.
- En paralelo, conviene retirar de su entorno laboral cualquier elemento que pudiera usar para autolesionarse en caso de que su estado empeore (por ejemplo, si trabaja con sustancias tóxicas, quizá reasignarla provisionalmente a otra función). Todo esto debe hacerse de forma respetuosa y dialogada, explicándole que son medidas preventivas pensando en su bienestar.
- La comunicación en riesgo moderado sigue siendo fundamental.
- Elaborar conjuntamente un plan de seguridad: es un acuerdo donde la persona se compromete a buscar apoyo (p. ej., llamar a un terapeuta o a una línea de ayuda) si sus pensamientos empeoran, y la empresa se compromete a apoyarla (p. ej., facilitándole horarios para acudir a terapia, reduciendo factores de estrés y carga de trabajo, etc.).

### **Actuación ante riesgo bajo**

La empresa realizará un seguimiento periódico del clima psicosocial y reaccionará ante las primeras señales de malestar a través de la aplicación de medidas preventivas y la revisión de su eficacia.

La labor de los representantes legales de las personas trabajadoras se torna esencial, alertando a la empresa de posibles desviaciones de la gestión preventiva de los riesgos psicosociales y organizativos.

La empresa se compromete a realizar campañas de sensibilización periódicas incluyendo el Día Mundial de la Prevención del Suicidio, 10 de septiembre, para difundir información, recursos y enviar comunicaciones internas recordando los servicios de ayuda disponibles.

### **Actuación en caso de producirse el suicidio**

La empresa anunciará la noticia con el máximo respeto y se compromete a facilitar asistencia psicológica al resto de compañeros y compañeras afectadas.

Además, se facilitarán espacios para recordar a la persona en un ambiente respetuoso.

Los directivos o mandos estarán a disposición de los y las trabajadoras y crearan espacios de dialogo en los que se respetará el proceso de duelo de cada individuo.

Se revisarán los métodos de trabajo y organización del mismo y se reevaluarán los riesgos psicosociales contando con la participación de los representantes legales de las personas trabajadoras. Estas acciones van encaminadas a detectar si las condiciones del entorno laboral han podido llegar a influir en el suicidio.

### **Actuaciones de seguimiento de los casos de riesgo**

Si una persona trabajadora ha pasado por una situación de riesgo de suicidio es fundamental realizar un seguimiento cercano y mantenido en el tiempo. El objetivo del seguimiento es doble: asegurarse de que la persona recibe la ayuda necesaria para recuperarse plenamente, y facilitar su reintegración o adaptación en el trabajo de manera saludable, evitando recaídas.

- La empresa se compromete a subvencionar la terapia si no la cubre la seguridad social, y se facilitarán permisos para acudir a sus citas médicas sin penalización retributiva.

- Se crea una Comisión de Seguimiento en la que participarán 2 personas designadas por la empresa y 2 personas de la representación legal de las personas trabajadoras cuya misión será la de realizar el seguimiento de los distintos casos, interesándose por si la persona afectada está pudiendo acceder al tratamiento recomendado, si necesita alguna adaptación temporal en el trabajo por indicación médica, etc. No se trata de invadir su tratamiento, sino de apoyar logísticamente su recuperación.
- Reincorporación al trabajo tras una situación de IT o crisis: La Comisión de Seguimiento junto con la persona afectada elaborarán un programa de reincorporación tras una situación de incapacidad laboral por causa de intento de suicidio. En este Plan se podrán incluir distintas medidas como la incorporación gradual (por ejemplo, con permisos retribuidos por las tardes o reducción de jornada sin reducción salarial), ajuste temporal de funciones para reducir estrés, garantizar que no vuelva a un entorno conflictivo sin haberlo solucionado. En dicho Plan se designará una persona de confianza, como por ejemplo un compañero o un representante de las personas trabajadoras, con quien tenga reuniones periódicas para ver cómo se encuentra y qué dificultades tiene.
- Es importante fomentar un clima de bienvenida y normalidad donde sus colegas la traten con respeto.
- La confidencialidad de la información médica o psicológica de la persona debe mantenerse estrictamente. Solo las personas imprescindibles deben conocer detalles.
- A la propia persona se le debe asegurar que su situación no afectará negativamente su carrera profesional.
- Seguimiento periódico: Tras el intento de suicidio la empresa se compromete a realizar un seguimiento a lo largo del tiempo, junto con la representación de las personas trabajadoras. Se revisará la situación de la persona trabajadora a los 3 meses, 6 meses y 1 año evaluando cómo está la persona en su puesto, si recayó o si está plenamente recuperada.

## **EVALUACIÓN DE LAS ACTUACIONES EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS**

La empresa se compromete a evaluar las distintas acciones implementadas en cada uno de los niveles de riesgo. Para ello llevará a cabo distintas acciones:

- Reevaluación periódica de los riesgos psicosociales y organizativos contando con la participación de la representación legal de las personas trabajadoras a la hora de diseñar el proceso y en la implementación de medidas preventivas.
- Realización de encuestas periódicas sobre clima laboral. En ningún caso la realización de estas encuestas sustituirá a la evaluación de riesgos psicosocial.
- Evaluación de la formación continua incluida en el ámbito de este protocolo, para lo que se pasarán evaluaciones de la calidad a los asistentes a las diferentes acciones formativas.