



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA COMUNICACIÓN

Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Impacto de la pandemia en las relaciones laborales:
un primer análisis**

Presentado por: Encarnación Abascal Pérez

Tutorizado por: Mariano González Clavero

Segovia, junio de 2022

Resumen

Este TFG presenta un análisis sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en el mundo laboral, centrándose posteriormente en el colectivo del personal sanitario, siendo dentro de los servicios públicos los profesionales más dañados. En este estudio se describen la organización del Sistema Nacional Sanitario, sus deficiencias organizativas, los riesgos laborales de los profesionales sanitarios, analizando los riesgos psicosociales y como han aumentado. Este TFG finaliza con una propuesta de mejora de las condiciones de trabajo y de intervención social en el sistema sanitario.

Abstract

This TFG presents an analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the world of work and subsequently focusing on the group of health personnel, the most damaged professionals being within public services. The organization of the National Health System, its organizational deficiencies, the occupational risks of health professionals are described, paying more attention to psychosocial risks and how they have increased. It ends with a proposal to improve working conditions and psychosocial intervention.

Palabras Clave

COVID-19, crisis, sanitarios, prevención, riesgos laborales, condiciones laborales

Keywords

COVID-19, sanitary, prevention, occupational risks, labor conditions

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1	
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	
1.1. Impacto del COVID-19 en el empleo	7
1.2. Regulación del Teletrabajo y el trabajo a distancia.....	12
1.3. Desafíos de la prevención de riesgos laborales en el mundo postcovid.....	16
1.4. Plan de recuperación, transformación y resiliencia	19
CAPITULO 2	
PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO	
2.1. Organización del sistema sanitario y colectivos profesionales	24
2.2. Impacto de la crisis COVID-19 sobre los profesionales del ámbito sanitario.....	25
2.3. Riesgos laborales del personal de la sanidad	33
CAPÍTULO 3	
PROPUESTAS DE MEJORA	
3.1. Propuestas de mejora en la sanidad	39
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
LEGISLACIÓN.....	49
ANEXOS.....	51



INTRODUCCIÓN

El objetivo del Trabajo de Fin de Grado es realizar un estudio del impacto de la pandemia en las relaciones laborales y como ha influido un nuevo virus que ha provocado una crisis económica, sanitaria y de empleo. A modo de muestra de ese impacto el estudio se ha centrado en uno de los colectivos profesionales más dañados en esta pandemia como es el Sector Sanitario. A lo largo de los tres estados de alarma declarados en España a pesar de las restricciones a los ciudadanos, dichos profesionales de la sanidad, como servicios esenciales, no dejaron de trabajar en ningún momento, sino que multiplicaron su carga de trabajo y su exposición al riesgo de COVID-19 muy por encima del resto de la población.

La situación de los profesionales de la Sanidad que están desarrollando su actividad laboral durante la pandemia por COVID19, cómo se organiza el sistema sanitario y sus colectivos profesionales, sus condiciones laborales, su exposición a riesgos en concreto se centra en los riesgos psicosociales y como les ha afectado a su salud mental y física.

Una vez analizada la situación, el estudio pretende desarrollar propuestas de mejora y medidas para la intervención psicosocial en los centros sanitarios y favorecer la salud mental y física de los profesionales.

Para analizar la situación se consultan como fuentes relacionadas con estas materias:

- Los datos de la Encuesta de Población Activa
- Las Estadísticas de accidentes de trabajo publicadas por el Ministerio de Trabajo y economía social
- Datos individualizados notificados por las CCAA a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y publicados por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de sanidad
- Noticias de prensa
- Encuestas realizadas por la Central sindical independiente y de funcionarios
- Normativa y sentencias

El contenido del trabajo está planteado para investigar el daño que ha supuesto para los profesionales del ámbito sanitario la pandemia de COVID19 y comprobar si se han planificado estrategias de mejora por parte del Ministerio de Sanidad y los Servicios Autonómicos de Salud y se están aplicando actualmente medidas para reparar ese daño.

Para terminar, es necesario recordar que cualquier persona trabajadora tiene derecho a trabajar sin sufrir daños en su salud, incluido este colectivo, además la empresa siempre está obligada a garantizar la protección y velar por la seguridad y salud. Todo ello, lo encontramos regulado en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, que va a cumplir en este año 2022, ya 27 años desde su aprobación pero que no termina de implementarse al 100% en las empresas y administraciones. En ella quedan delimitadas los derechos, obligaciones, las responsabilidades, las sanciones, la gestión y modalidades organizativas, tanto de empresarios como personas trabajadoras y sus representantes.



CAPÍTULO 1

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1.1. Impacto del COVID-19 en el empleo

La pandemia de COVID-19, que actualmente sigue presente en España, ha supuesto la aplicación de una serie de medidas políticas, económicas y sociales que se han ido adaptando y modificando según ha ido propagándose la enfermedad.

A continuación, se muestra en esta cronología el desarrollo de los acontecimientos más señalados de la pandemia y que tengan relación con el contenido a tratar en este trabajo:

- El 24 de enero de 2020: el Ministerio de Sanidad define los criterios que debe cumplir un enfermo para hacerle la prueba frente al coronavirus.
- El 31 de enero de 2020: España confirma su primer caso de COVID-19 que surge en La Gomera (Islas Canarias), este sería el primero de millones de contagios.
- El 11 de febrero de 2020: la Organización Mundial de la Salud (OMS) anuncia que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus se denominará COVID-19.
- El 26 de febrero del 2020: se publicó el Criterio 2/2020 de la Dirección de General de Ordenación de la Seguridad Social sobre la consideración como situación de incapacidad temporal derivada de enfermedad común de los períodos de aislamiento preventivo sufridos por los trabajadores como consecuencia del nuevo tipo de virus de la familia coronaviridae, denominado SARS-CoV-2.
- El 4 de marzo de 2020: el informe de contagios del Ministerio de sanidad publicó 198 contagios en España y la primera persona muerta de fecha 13 de febrero 2020.
- El 10 de marzo de 2020: se publica el Real Decreto Ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública y en su artículo 5, se recoge la consideración excepcional, como situación asimilada a la de accidente de trabajo exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de seguridad social, de aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocado por el virus COVID -19.
- El 11 de marzo de 2020: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por COVID-19 y hace “un llamamiento a los países para que adopten medidas urgentes y agresivas”.
- El 14 de marzo de 2020: el Gobierno declaró el primer Estado de Alarma en España afectando a todo el territorio nacional para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el COVID-19 que finaliza el 21 de junio de 2020 tras seis prórrogas.
- 17 de marzo de 2020: se publica el Criterio 8/2020 de la Dirección de General de Ordenación de la Seguridad Social sobre la consideración excepcional como situación asimilada a accidente de trabajo de los períodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19.
- 19 de marzo de 2020: se publica el primer fallecimiento entre el personal sanitario que era una enfermera de 57 años que trabajaba en el hospital de Galdácano (Vizcaya).
- El 8 de abril de 2020: se aprueba el Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril y en su Disposición final primera modifica el Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo por la que

se reconocería el contagio de la enfermedad COVID-19 como accidente de trabajo si se presenta prueba del contagio por causa exclusiva en el trabajo.

- El 28 de abril de 2020: el Consejo de ministros aprobó el Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad.
- El 10 de mayo del 2020: la OMS reconoce que la COVID-19 puede considerarse enfermedad profesional si se contraen por causa de la exposición en el trabajo.
- El 27 de mayo de 2020: se aprobó Real Decreto ley 9/2020, de 26 de mayo por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19. En su artículo 9 y disposición transitoria 3ª reconoce Consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2 durante el estado de alarma.
- El 17 de septiembre de 2020: la OMS ante la elevada exposición de los trabajadores de la salud a riesgos derivados de la COVID-19 publica una carta con motivo del Día Mundial de la Seguridad del Paciente en la que se hace un llamamiento para adoptar medidas destinadas a proteger a los trabajadores de la salud de la violencia, mejorar su salud mental, protegerlos de los peligros físicos y biológicos, promover los programas nacionales de seguridad de los trabajadores de la salud, y vincular las políticas de seguridad de los trabajadores de la salud con las políticas de seguridad del paciente existentes.
- El 7 de octubre de 2020: el Gobierno presenta el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la Economía Española, que posteriormente se aprueba el 29 de abril de 2021.
- El 9 de octubre de 2020: el Gobierno declara el segundo estado de alarma hasta el 24 de octubre de 2020 con el fin de establecer las medidas necesarias para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 y se aplica en el territorio de nueve municipios de la Comunidad Autónoma de Madrid: Alcobendas, Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe, Leganés, Madrid, Móstoles, Parla y Torrejón de Ardoz.
- El 25 de octubre de 2020: el Gobierno declara el tercer estado de alarma por el COVID-19 que concluye el 9 de mayo de 2021 y aplicándose en todo el territorio nacional.
- El 2 de diciembre de 2020: se publica la primera Estrategia de vacunación en España frente a la COVID-19.
- El 27 de diciembre de 2020: Comenzó la campaña de vacunación contra la COVID-19, los primeros en recibir la vacuna fueron el Grupo 1 (Residentes y personal sanitario y sociosanitario que trabaja en residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes) y el Grupo 2 (Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario).
- El 2 de febrero de 2021: se reconoce al personal que preste servicios en centros sanitarios y sociosanitarios que el contagio por COVID-19 tendrá las mismas prestaciones que el sistema de la Seguridad Social otorga a las personas que se ven afectadas por una enfermedad profesional.

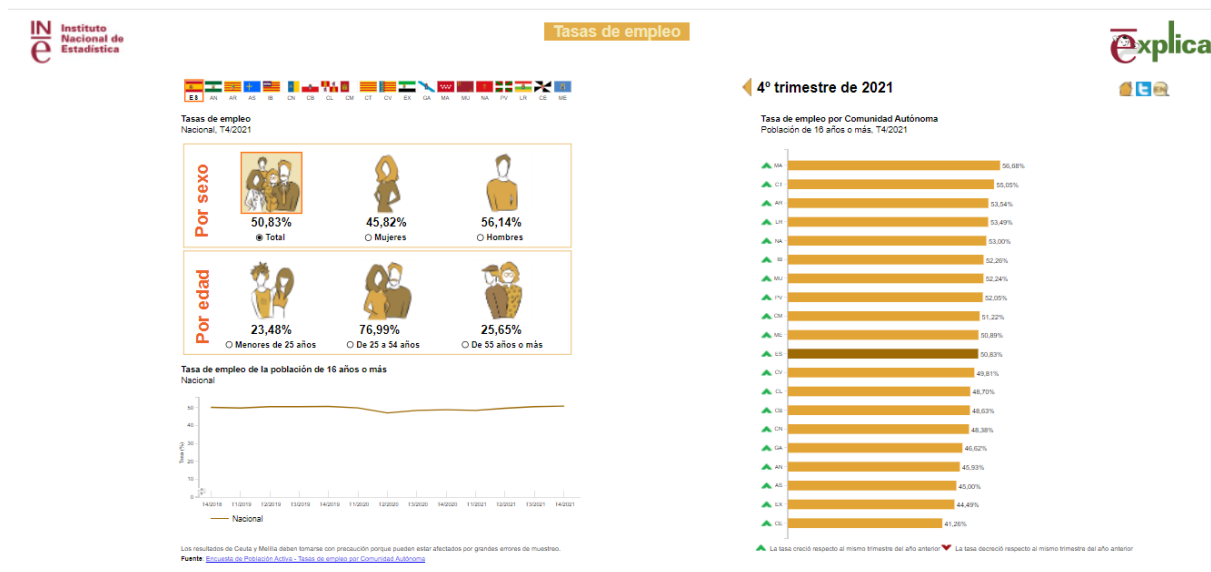
- El 30 de marzo de 2021: se publica la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, llamada también la “Ley de la Nueva Normalidad”, que entre sus medidas estaba la obligación de uso de mascarillas en espacios públicos.
- 18 de noviembre de 2021: el Ministerio de Sanidad incluye un apartado sobre Long COVID o COVID Persistente en una actualización del Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2
- El 3 de febrero de 2022: se aprueba la nueva Reforma laboral
- El 19 de abril de 2022: se elimina la obligación del uso de mascarillas en espacios interiores salvo en centros sanitario, sociosanitarios y transporte público.

La aparición del virus SARS-COV2 ha supuesto a nivel mundial una crisis sanitaria, económica y en el empleo de la que aún no somos totalmente conscientes del recorrido que pueda llegar a tener. En España, ha provocado un efecto devastador en la sociedad y en el mundo del trabajo puesto que ha disparado la incertidumbre en el futuro de las empresas y sus personas trabajadoras, provocando así miles de pérdidas de empleo, aumento de la temporalidad y ha empeorado la salud laboral.

Los datos del mercado laboral muestran el retroceso que han sufrido las mujeres: la brecha en la contratación temporal se ha multiplicado por seis en el último año, ha aumentado la proporción de mujeres ocupadas a tiempo parcial por cuidado de menores, dependientes u otras obligaciones familiares; hay más mujeres en paro o en ERTE.

Según los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) del cuarto trimestre de 2021, en los que influyó la pandemia, las desescaladas y los distintos estados de alarma, el número de trabajadores ocupados en España se sitúa en 20.184.900, lo que supone que el empleo creció en 840.700 personas (un 4,35%) en 2021. La ocupación aumentó el cuarto trimestre en 162.500 personas en el sector privado y se redujo en 8.500 en el público. Durante el año 2021 el empleo se ha incrementó en 744.300 personas en el sector privado y en 96.400 en el público. Los asalariados aumentaron el último trimestre de 2021 en 57.700, con contrato indefinido se hicieron 150.600, mientras que los de contrato temporal descendieron en 92.900. El número de trabajadores por cuenta propia subió en 96.000 el último trimestre de 2021 y en 105.800 a lo largo en todo el año 2021.

TABLA Nº 1: TASA DE EMPLEO NACIONAL, 4º TRIMESTRE 2021



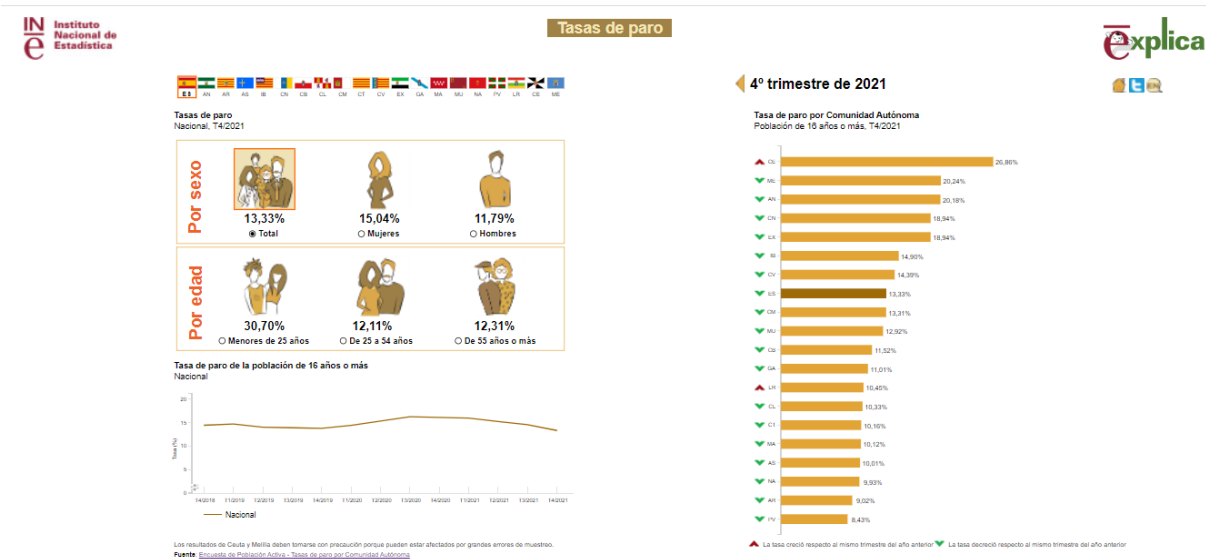
Fuente: INE Infografías:

<https://www.ine.es/infografias/tasasepa/desktop/tasas.html?t=1&lang=es> [16/04/2022]

Si analizamos los datos por sexo, el empleo aumentó en el último trimestre de 2021 en 48.400 hombres y en 105.500 mujeres. En 2021 el empleo ha aumentado en 840.700 personas (361.100 hombres y 479.600 mujeres) y como comprobamos en la Tabla nº 1 el 45,82% son mujeres y el 56,14% son hombres. Mientras que, si observamos los datos por edad, el empleo creció este trimestre en todos los grupos de 25 y más años. El mayor aumento (129.300 ocupados más) se da entre las personas de 55 años y más. Por el contrario, la ocupación baja entre los menores de 25 años (con 75.300 ocupados menos de 20 a 24 años y 61.600 menos de 16 a 19 años) que suponen el 23,48%, siendo la mayor tasa de empleo la franja de edad entre los 25 a 54 años con un 76,99 %. En lo que respecta a los datos por nacionalidad, la ocupación sube en 151.300 personas entre los españoles y en 2.700 entre los extranjeros.

En la Tabla nº 2 se observa que la tasa de paro se situó en un 13,33 %, lo que supone un descenso en 2,8 puntos respecto del año anterior. El número de parados baja el último trimestre de 2021 en 312.900 personas (-9,16%) y se situó en 3.103.800. En 2021 el paro ha descendido en 615.900 personas (-16,56%).

TABLA Nº 2: TASA DE PARO NACIONAL, 4º TRIMESTRE 2021



Fuente: INE Infografías:

<https://www.ine.es/infografias/tasasepa/desktop/tasas.html?t=1&lang=es> [16/04/2022]

El número de inactivos fue de en 16.418.200 en 2021, esto supone una disminución respecto del año anterior y una variación anual del $-0,92\%$. En el año 2020 el número de trabajadores acogidos a un expediente de regulación temporal de empleo (ERTE) vinculado a la COVID-19 se situó en 755.613 mientras que el año 2021 se redujeron consiguiendo llegar a 102.548 personas en esta situación. La crisis de empleo muestra el cierre del 10% de las pequeñas y medianas empresas en 2020 a lo que se suman otro 22,1% en 2021, según el Consejo General de Gestores Administrativos. España es el segundo país de la Unión Europea en el que más empresas han cerrado.

Otro aspecto destacable ha sido la numerosa regulación laboral a lo largo del 2020 y el 2021 que ha generado diferentes interrogantes ante situaciones en las que no ha quedado lo suficientemente claro y genera una inseguridad jurídica a las empresas y personas trabajadoras, como por ejemplo el reconocimiento del contagio por COVID-19 como contingencia profesional en la que tuvo diferentes regulaciones y ha generado una desprotección a la persona trabajadora del sector sanitario y sociosanitario obligándola a reclamaciones jurídicas para su reconocimiento.

Ante la difícil situación por la pandemia en el mercado laboral, los ERTE al proporcionar suspensiones y reducciones de jornada, se plantearon como la opción más favorable que permitía dañar económicamente en menor medida a personas trabajadoras, empresas y administraciones públicas. Desgraciadamente se ha comprobado como durante el año 2021 muchos se han convertido en despidos.

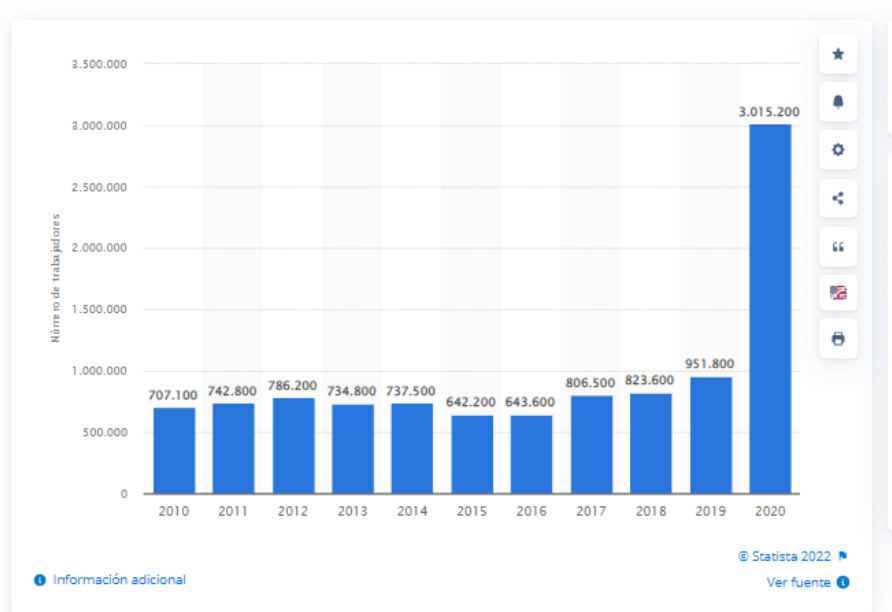
1.2. Regulación del Teletrabajo y el trabajo a distancia

Desde una perspectiva positiva la pandemia puede interpretarse como motor de cambio en el mundo laboral. La adaptación al cambio es una estrategia para superar las circunstancias y en estos dos años de crisis sanitaria COVID-19 se ha puesto a prueba la capacidad de adaptación de la sociedad, los gobiernos y las figuras en el ámbito laboral (empresas, administraciones, personas trabajadoras, servicios de prevención y sindicatos).

Esta adaptación provocó nuevas formas de relacionarse, de comunicación, de trabajar, de aplicar medidas preventivas, una mayor utilización del teletrabajo y flexibilizar los horarios. Gracias al teletrabajo las empresas pudieron asegurar su actividad económica en los momentos de mayor crisis sanitaria y distanciamiento social. Además, pudieron garantizar la seguridad y salud de las personas trabajadoras reduciendo su exposición al virus.

La pandemia COVID-19 generó el impulso para conseguir por fin instaurar en España la modalidad del teletrabajo y regularlo en la empresa privada en el Real Decreto-ley 28/2020, de 22 de septiembre, de trabajo a distancia. Al declararse el primer estado de alarma en España el 14 de marzo de 2020, el Gobierno aplicó restricciones para frenar los contagios por COVID-19, obligando a un confinamiento domiciliario que paralizaba todas las actividades no esenciales fuera del hogar. Esto supuso el aumento del teletrabajo, ya que más de 3 millones de españoles tuvieron que adaptarse a esta situación extraordinaria, pero sin prácticamente regulación ni condiciones laborales adecuadas en sus domicilios y en conexión con el centro de trabajo.

TABLA Nº 3: PROFESIONALES QUE TRABAJARON REGULARMENTE DESDE CASA EN ESPAÑA DE 2010 A 2020



Fuente: <https://es.statista.com/estadisticas/1243353/empleados-con-teletrabajo-regular-en-espana/>[16/04/2022]

El teletrabajo y el trabajo a distancia no son exactamente la misma modalidad de trabajo. Se entiende por trabajo a distancia como forma de organización del trabajo o de realización de la actividad laboral conforme a la cual esta se presta en el domicilio de la persona trabajadora o en el lugar elegido por esta, durante toda su jornada o parte de ella, con carácter regular. Mientras que el teletrabajo es aquel trabajo a distancia que se lleva a cabo mediante el uso exclusivo o prevalente de medios y sistemas informáticos, telemáticos y de telecomunicación.

Dentro de los modelos de relaciones laborales, en esta pandemia se reconoce al teletrabajo como la protagonista por ser cada vez más habitual y haber conseguido que se regule en el ámbito privado, mientras que en ámbito de las Administraciones Públicas se han ido aprobándose de forma paulatina normativas autonómicas reguladoras de la modalidad del trabajo a distancia, pero aún está pendiente la regulación del teletrabajo en la Administración General del Estado.

Mientras que en el ámbito privado se aprueba su regulación en el mencionado real decreto-ley, y posteriormente en la Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia. En la Administración Pública se aprobó el Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. En su artículo primero modifica el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre e introduce un nuevo artículo 47 bis sobre Teletrabajo. Se conforma así un marco normativo básico para que todas las Administraciones Públicas, tanto autonómicas como del Estado, puedan desarrollar sus instrumentos normativos propios reguladores del teletrabajo en uso de sus potestades de autoorganización y considerando también la competencia estatal sobre la legislación laboral en el caso del personal laboral. El instrumento de desarrollo normativo aprobado en la Administración General del Estado es el Acuerdo de la Mesa General de la Administración General del Estado sobre desarrollo del teletrabajo en la Administración General del Estado de 12 de abril de 2021.

El teletrabajo se lleva a cabo de distintas formas, aunque la tendencia es el teletrabajo híbrido, unos días a la semana se trabaja a distancia en el domicilio y otros en el centro de trabajo.

Entre las ventajas que ofrece el teletrabajo encontramos:

- Mayor flexibilidad en los horarios que favorece la conciliación de la vida familiar y laboral, aunque no sea propiamente una medida de conciliación.
- Ahorro de tiempo y dinero al eliminar los desplazamientos de ida y vuelta al lugar de trabajo.
- Reducción de la contaminación al reducir los desplazamientos.
- Reducción del absentismo laboral y de la siniestralidad laboral.
- Promueve la deslocalización, a la hora de elegir donde vivir ya no es tan necesario la cercanía al trabajo.
- Mayor concentración, ya que en la oficina se suelen suceder más interrupciones (llamadas, ruido ambiental, conversaciones cruzadas, etc.).

- Aumento de la productividad y satisfacción a la persona trabajadora por los beneficios que obtiene.
- Para la empresa al tener menos empleados en la oficina puede optar por espacios más pequeños que suponen un ahorro de mantenimiento, limpieza, mobiliario, etc.

Pero también encontramos desventajas en la modalidad de teletrabajo que generan riesgos psicosociales como son:

- El aislamiento del profesional
- Desvinculación del profesional con la empresa
- Dificultad para controlar al profesional y para el trabajo en equipo.
- Aumento de situaciones de ciberacoso.
- Pérdida de confidencialidad.
- Descenso de la productividad, condicionado por la gestión personal de la persona trabajadora en su domicilio.
- Inversión y costes para la empresa al dotar de los equipos necesarios en el domicilio.

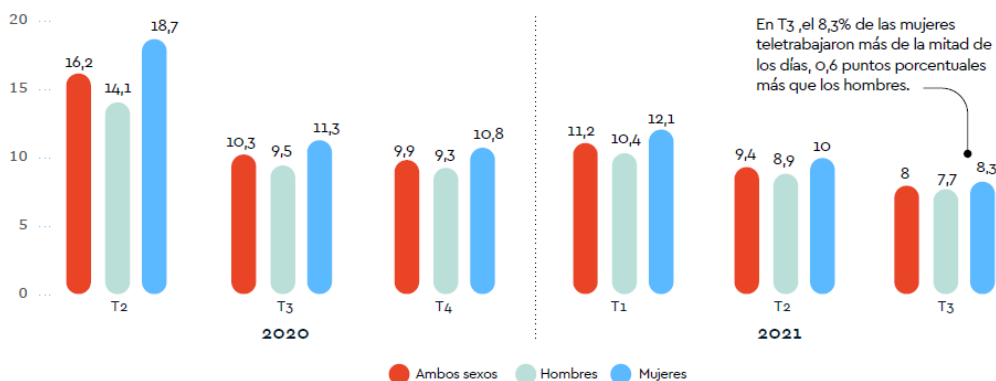
Según el último informe “Flash datos de Teletrabajo (Tercer trimestre 2021)” del Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI) del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital sobre los datos de teletrabajo en España concluye que los niveles de teletrabajo descienden puesto que se ha consolidado el retorno al trabajo presencial en el tercer trimestre del 2021. No obstante, el teletrabajo con un 8 % (1,6 millones de ocupados) sigue siendo casi el doble de que se registró en 2019.

TABLA Nº4: OCUPADOS QUE TRABAJAN DESDE SU PROPIO DOMICILIO MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS

Ocupados que trabajan desde su propio domicilio más de la mitad de los días	
4º trimestre 2019	4,8 %
2º trimestre 2020	16,2 %
1º trimestre 2021	11,2 %
2º trimestre 2021	9,4 %
3º trimestre 2021	8 %

Fuente: Elaboración propia

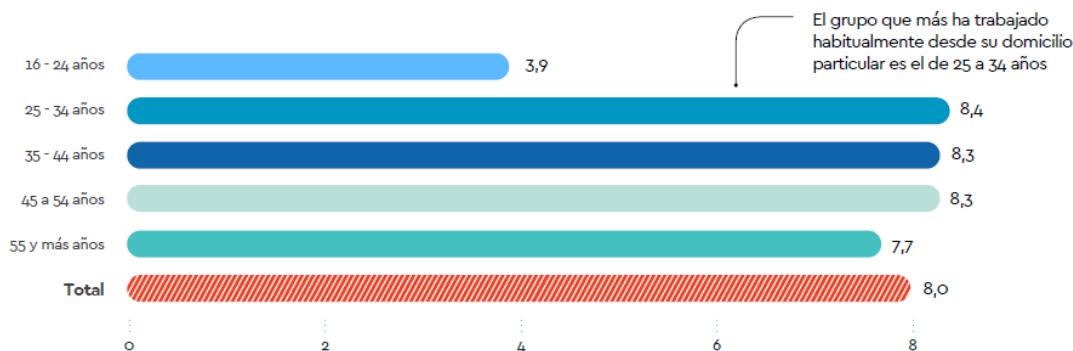
TABLA Nº 5: PORCENTAJE DE OCUPADOS QUE TRABAJARON DESDE EL DOMICILIO PARTICULAR POR GÉNERO (T3/ 2021)



Fuente:

Encuesta Población Activa (INE) [flashdatosteletabajotercertrimestre21.pdf \(ontsi.es\)](https://inecovid.inec.es/flashdatosteletabajotercertrimestre21.pdf) [16/04/2022]

TABLA Nº 6: PORCENTAJE DE OCUPADOS QUE TRABAJARON DESDE EL DOMICILIO PARTICULAR POR EDADES (T3/2021)



Fuente:

Encuesta Población Activa (INE) [flashdatosteletabajotercertrimestre21.pdf \(ontsi.es\)](https://inecovid.inec.es/flashdatosteletabajotercertrimestre21.pdf) [16/04/2022]

En la Tabla 5 se refleja la existencia de brecha de género, puesto que la tendencia en el tercer trimestre de 2021 es a la adopción del teletrabajo es más frecuente en mujeres que en hombres se entiende que con el objetivo de conciliación familiar entre algunos motivos. El 8,3% de las mujeres teletrabajaron más de la mitad de los días, 0,6 puntos porcentuales más que los hombres.

En la Tabla 5 muestra que consta una reducción de la adopción del teletrabajo en el tercer trimestre de 2021 respecto del trimestre anterior en todos los colectivos de edad. Los grupos que más trabajan desde el domicilio particular son las de 25 a 34 años (8,4%), seguidos de las de 35 a 44 años (8,3%), grupos de edad más implicados con el cuidado de menores. Los que menos trabajan desde el domicilio particular son los más jóvenes, las personas de 16 a 24 años (3,9%), y los más mayores, los que tienen 55 y más (7,7%).

1.3. Desafíos de la prevención de riesgos laborales en el mundo postcovid

Desde la perspectiva de prevención de riesgos laborales, esta pandemia ha situado la seguridad y salud en el trabajo como una prioridad en las empresas y ha conseguido integrar en la sociedad la cultura preventiva a través de conseguir instaurar hábitos como la higiene de manos, la utilización de equipos de protección individual como la mascarilla, aplicación de medidas organizativas y de protecciones colectivas (ventilación, distancias, reducción de aforos) y seguir unos protocolos. Se han reforzado obligaciones a veces “descuidadas” en materia de seguridad y salud como son la protección de trabajadores vulnerables o trabajadores especialmente sensibles (TES), la formación y la información. Se ha potenciado la coordinación entre Autoridades Sanitarias, empresas, administraciones públicas y servicios de prevención debido a los protocolos y Procedimientos de actuación para los Servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 (18 actualizaciones).

A lo largo de la pandemia, el Ministerio de Sanidad y en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Economía Social (INSST y CNMP), Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (INSS) y Asociaciones especialistas en seguridad y salud en el trabajo (ANMTAS, SEMST, SESLAP, AET, FEDEET y AESPLA) publicó el Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 y sus 18 actualizaciones siendo la última el 1 de febrero de 2022. En dicho procedimiento se establecieron las medidas preventivas recomendadas para cada uno de los niveles de riesgo establecidos. La intervención de las empresas frente al SARS-CoV-2 a través de sus servicios de prevención era clave para evitar los contagios y la expansión de la enfermedad en los centros de trabajo mediante medidas organizativas, de protección colectiva, de protección individual, referentes al trabajador especialmente vulnerable y nivel de riesgo, de estudio y manejo de casos y contactos ocurridos en la empresa, de colaboración en la gestión de la incapacidad temporal y de reincorporación de las personas vacunadas.

En este capítulo nos centramos en uno de los colectivos profesionales más dañados y afectados durante la pandemia para analizar su situación como son los profesionales de la Sanidad. La pandemia de la COVID-19 ha supuesto en sí misma un desafío en muchos sentidos y para el mundo de la seguridad y salud en el trabajo también. Nos trajo un nuevo escenario en el que la sociedad ha cambiado, y con ello, las formas de relacionarse, de trabajar, etc., lo que ha supuesto también un cambio en las medidas preventivas de las organizaciones. Empresas y Administraciones Públicas han tenido que adaptarse a marchas forzadas a este nuevo contexto, y al mismo tiempo en sus servicios de prevención, para así poder velar por la salud laboral de las personas trabajadoras.

Si algo ha definido la gestión en esta pandemia ha sido la desorganización por cambio de criterios en los protocolos, descoordinación, la opacidad de la información, la falta de protección a las personas trabajadoras, la actuación con retraso ante la situación y el déficit en recursos humanos y materiales especialmente los servicios públicos. La pandemia ha puesto de manifiesto las carencias de los sistemas gestión de prevención de riesgos laborales de las diferentes administraciones y empresas.

Lo más alarmante ha sido la desprotección a los profesionales que han estado al frente de la pandemia y que en los momentos más duros del confinamiento siguieron trabajando como servicios esenciales, sufriendo una mayor exposición al contagio y por ello accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales, que a día de hoy siguen sin reconocerse. Al igual que tampoco se han indemnizado a muchos de estos profesionales que han sufrido daños y perjuicios personales y morales por la falta de protección y un grave riesgo para su seguridad y salud.

Concretamente en el ámbito sanitario que es en el que se centra a analizar en el presente trabajo de fin de grado, se cometieron infracciones graves y muy graves en materia de prevención de riesgos laborales recogidas en el Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

Entre las infracciones graves recogidas en el artículo 12 cometidas en la pandemia en algunas administraciones y empresas se señalan:

- “No llevar a cabo las evaluaciones de riesgos, concretamente la evaluación del riesgo de exposición al COVID-19 como agente biológico clasificado como grupo 3.”
- “La superación de los límites de exposición a los agentes nocivos que, conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales, origine riesgo de daños graves para la seguridad y salud de los trabajadores, sin adoptar las medidas preventivas adecuadas, salvo que se trate de infracción muy grave conforme al artículo siguiente.”
- No realizar reconocimientos médicos y pruebas de vigilancia del estado de salud.
- “El incumplimiento de los derechos de información, consulta y participación de los trabajadores por no convocar comités de seguridad y salud en el trabajo”.
- “Incumplimientos de la normativa de prevención de riesgos laborales que crearon un riesgo grave para la integridad física o la salud de los trabajadores afectados como la falta de protección colectiva e individual”.

Y entre las infracciones muy graves recogidas en el artículo 13, se señalan:

- “No observar las normas específicas en materia de protección de la seguridad y la salud de las trabajadoras durante los períodos de embarazo y lactancia.”
- “Superar los límites de exposición a los agentes nocivos que, conforme a la normativa sobre prevención de riesgos laborales, originen riesgos de daños para la salud de los trabajadores sin adoptar las medidas preventivas adecuadas, cuando se trate de riesgos graves e inminentes.”
- “No adoptar cualesquiera otras medidas preventivas aplicables a las condiciones de trabajo en ejecución de la normativa sobre prevención de riesgos laborales de las que se derive un riesgo grave e inminente para la seguridad y salud de los trabajadores.”

Como ejemplo revelador de estas infracciones, mencionar la Sentencia de 7 de enero 2022 dictada por el juez de lo Social número 5 de Alicante Ricardo Barrio, que condena a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valencia a indemnizar a los médicos que trabajaron sin protección con sumas de hasta 49.0000 euros.

En plena crisis sanitaria y económica durante el año 2020 hubo que enfrentarse a desafíos laborales y a graves deficiencias en materia de seguridad y salud en el trabajo como fueron:

- Déficit de recursos humanos en los servicios de prevención, tanto de personal sanitario como técnico.

- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales sin tramitar.
- Desprotección frente a la COVID-19 de trabajadoras embarazadas.
- Insuficientes equipos y medios de protección.
- Contagio por COVID-19 como accidente in itinere sin reconocer.
- Ausencia de evaluaciones de riesgos y medidas.
- Sobrecarga de trabajo como consecuencia de la temporalidad, jornadas a tiempo parcial y despidos que no se cubren.
- Grave impacto psicológico como consecuencia de la COVID-19 y la situación laboral (estrés postraumático, ansiedad, insomnio, miedos, depresión, irritabilidad, síndrome del profesional quemado y fatiga pandémica).
- Escasa vigilancia de la salud y secuelas de la COVID-19, ahora definido como COVID Persistente.
- La implantación del teletrabajo sin salvaguardar el derecho a la desconexión digital y a la prevención de riesgos en el domicilio.

Gracias a la estrategia de vacunación, que se inició en diciembre de 2020, se ha conseguido mejorar la inmunidad de la población como se comprueba en la siguiente tabla un 85,1 % de la población está vacunada con pauta completa. Con ello, a lo largo de este año 2022 se ha mejorado así la crisis sanitaria, aunque muchos de los retos mencionados se mantienen al no conseguirse superarlos.

TABLA Nº7: CUADRO DE MANDO DE RESUMEN DE DATOS DE VACUNACIÓN (ACTUALIZADOS A 13/4/2022)

Personas con al menos una dosis en España	Personas con la pauta completa en España	Población vacunada con pauta completa por grupos de edad de población activa
41.180.591 86,9 % de la población total	40.349.823 85,1 % de la población total	20-29 años: 84,4 % 30-39 años: 85 % 40-49 años: 90,7% 50-59 años: 94,9 % 60-69 años: 95,5 %

Fuente: Ministerio de Sanidad: Vacuna Covid-19

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/pbiVacunacion.htm> [16/04/2022]

1.4. Plan de recuperación, transformación y resiliencia

Para este estudio de investigación sobre el impacto en las relaciones laborales, se hace referencia al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, ya que forma parte de las medidas que el Gobierno planificó para la recuperación de la crisis por el COVID-19. Se hace alusión a la parte que afecta al sector público y particularmente al ámbito sanitario ya que es el colectivo elegido en la investigación.

El Gobierno aprueba el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia en la Resolución de 29 de abril de 2021, de la Subsecretaría, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de ministros de 27 de abril de 2021. Consiste en un proyecto en el que se desarrolla las líneas de actuación con el objetivo de conseguir la modernización de la economía española, la recuperación del crecimiento económico y la creación de empleo, tras la crisis del COVID-19. Para su ejecución se van a emplear 72.000 millones de euros de fondos europeos hasta 2023.

Entre las principales reformas del Plan de recuperación que afectan al sector público y a la investigación de este trabajo se encuentran:

- Modernización de la Justicia
- Modernización y Digitalización de la Administración
- Modernización y Refuerzo del Sistema Nacional de Salud
- Modernización y Refuerzo del Sistema Educativo, de Formación Profesional y de la Universidad
- Nuevas políticas públicas del Mercado de Trabajo – hacia un estatuto de los trabajadores del Siglo XXI

Se planificó impulsar la digitalización de las Administraciones públicas, concretamente con proyectos tractores enfocados en el empleo, la seguridad social y las políticas de inclusión, la Justicia, simplificando la relación con la ciudadanía y consiguiendo que 150.000 empleados públicos estén perfectamente habilitados y formados para el teletrabajo. Además, cuenta con una dotación específica de más de 3.000 millones de euros para la transformación digital del sector público que haga posible que la relación con los ciudadanos y empresas y la gestión de los servicios públicos se realice de forma digital por defecto, y que llegará también a las Comunidades Autónomas y Entidades Locales.

Entre los proyectos tractores de digitalización del sector público destacar:

- Transformación digital en Sanidad, en el que se invertirá 170.000.000 €. Se incidirá en distintos ámbitos como la mejora de la interoperabilidad, el desarrollo de nuevos servicios digitales, y el impulso a la analítica de datos y a la explotación de la información en el Sistema Nacional de Salud.

- Transformación digital de la Administración de Justicia para el que se asignará 410.000.000. Orientada principalmente a:

- mejorar los servicios digitales para ciudadanía, empresas y colectivos;
- disponer de un expediente judicial electrónico sostenible;

- facilitar la intermediación digital, fe pública digital y teletrabajo;
 - conseguir una Justicia orientada al dato y
 - modernizar las infraestructuras de sistemas, redes y puesto de usuario y fomentar los mecanismos de interoperabilidad y ciberseguridad dentro de la estructura del Ministerio de Justicia y de la Administración de Justicia.
- Transformación digital en el ámbito del Empleo, al que se asignará 170.000.000: orientada a mejorar el servicio que se da a los ciudadanos y empresas en todos los ámbitos relacionados con el empleo, en particular en los ámbitos de:
 - prestaciones y reactivación del empleo,
 - mejora de los sistemas de información que dan soporte al sistema de prestaciones por desempleo y a las políticas de reactivación del empleo,
 - digitalización de los servicios públicos de empleo,
 - estadísticas y gestión del dato que permitan la toma de decisiones con la información suficiente, así como la publicación de información de alto valor para la sociedad y
 - la lucha contra el fraude aprovechando las ventajas que ofrecen los sistemas de Inteligencia Artificial y análisis de datos.
 - Transformación digital en el ámbito de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones que cuenta con una dotación de 215.000.000 €. El objetivo de este proyecto es evolucionar los servicios públicos del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, incluyendo la Gerencia de Informática de la Seguridad Social, para mejorar la usabilidad, utilidad, calidad, y accesibilidad, habilitando asimismo nuevos canales y servicios más adaptados a las necesidades de las empresas.

El Plan contempla una importante modernización de las Administraciones públicas, entre otros elementos, orientada a reducir la temporalidad en el sector público; mejorar la coordinación entre los distintos niveles de Administración y mejorar el diseño, calidad y evaluación de las leyes y políticas públicas. Destacar que con el objetivo de reducir la temporalidad en la Administración Pública que supera a la temporalidad de la empresa privada, que cuenta se aprobó la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.

1.5. Deficiencias estructurales que se han hecho visibles en la crisis sanitaria por el COVID-19

La alerta sanitaria ha puesto de manifiesto la necesidad de un Sistema Sanitario Público dotado de recursos humanos, recursos materiales e infraestructuras dignas y suficientes. Los continuos recortes en el gasto presupuestario y la precariedad que sufre el sistema desde hace más de una década, así como la descentralización y gestión en las CCAA, ha dejado igualmente de manifiesto los déficits y la disparidad entre CCAA.

La Sanidad Pública debe estar preparada, organizada y proveer acontecimientos como en el que nos encontramos inmersos. El gestionar el límite y rozando la precariedad, ante una situación concreta, desborda el sistema sanitario público, repitiéndose año tras año independientemente de la situación actual del COVID-19, se suele reiterar en distintos momentos y lugares de nuestra geografía a lo largo del año, sin tener evidencias de alertas sanitarias como la actual. Sirva de ejemplo gripes estacional, brotes de tuberculosis, Ébola, masificación de población en zonas costeras y turísticas, etc.

Esta alarma sanitaria que estamos padeciendo ha puesto de manifiesto la auténtica precariedad de nuestro sistema y a costa de los profesionales, que una vez más están soportando situaciones inverosímiles en un supuesto estado de bienestar que se ha evidenciado frágil e ineficaz. Gracias a la profesionalidad del personal que conforma el sistema nacional de salud, incluso arriesgando su salud, ha permitido dar una respuesta adecuada al conjunto de la ciudadanía.

El Sistema Sanitario Público, desde el Ministerio de Sanidad debe encabezar de una vez por todas la auténtica realidad del Sistema y en virtud de su competencia debe coordinar y exigir a las distintas CCAA políticas homogéneas en materia de sanidad, que garanticen una protección eficaz de la salud del conjunto de la ciudadanía. Entre otras, el Ministerio de Sanidad:

- Debe liderar las políticas públicas orientadas a garantizar la protección de la salud como un derecho, de tal manera que contribuya a incrementar el bienestar social.
- Redefinición del papel del Consejo interterritorial, como papel cohesionador, ejecutivo y propulsor de acuerdos vinculantes.
- Potenciar, defender, y coordinar los diferentes niveles de asistencia y de salud, evitando desigualdades en salud en las CCAA, son excelentes indicadores, desde esta perspectiva, de progreso y bienestar social.
- Garantizar un conjunto de prestaciones sanitarias homogéneas para todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia, así como la movilidad de los ciudadanos con su cobertura en todo el territorio.
- Los múltiples agentes que intervienen en la protección de la salud trabajen de forma armónica y continua. En el tratamiento de la enfermedad debe hacerse especial incidencia en los cuidados, de manera que los problemas de salud no se traduzcan en una carga insostenible e insostenible.
- Articular mecanismos suficientes que permitan a los servicios de salud de las CCAA, incorporar todas las mejoras de efectividad y eficiencia que se desarrollen en el seno del sistema. Entre ellos, se consideran imprescindibles sistemas de información transparente y útil en el proceso de toma de decisiones y una política de personal que incentive y sea coherente con la organización del sistema, adaptada a los reiterados



estudios realizados tanto de organismos nacionales, internacionales, sociedades científicas o entidades sindicales, en materia de personal.

- El envejecimiento cada vez mayor de las plantillas engloban un tanto por ciento alto de consideración de personal vulnerable.
- Políticas reales de Conciliación Familiar, tan de moda sobre papel, pero no sobre la realidad, el Personal del Ámbito Sanitario, también son padres, hijos y parejas donde se añaden las situaciones personales de vulnerabilidad antes mencionada, que hacen necesaria una auténtica Conciliación Familiar, hoy denostado e ignorado en nuestro sistema sanitario público como ha quedado de manifiesto a lo largo de esta crisis sanitaria con la supresión de estos derechos.
- Unificación, elaboración, control de calidad de los distribuidores homologados y reconocidos para abastecimiento de material, etc.



CAPITULO 2

PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO

2.1. Organización del sistema sanitario y colectivos profesionales

En España la actividad sanitaria se lleva a cabo por el Sistema Nacional de Salud, que está formado por el conjunto de los servicios de salud de la administración del estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas. La estructura del Sistema Sanitario y las actividades a desarrollar en las Áreas de salud se desarrolla en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

A modo resumen, la organización del Sistema Sanitario consiste en que cada Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio Autonómico de Salud, el cual se divide en varias Áreas de Salud responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Las Áreas de Salud se dividen en dos ámbitos:

- a) En el ámbito de la atención primaria de salud, que está formada por los centros de salud y centros integrales de atención primaria. Se encargan de programas de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
- b) En el ámbito de atención especializada, que se compone por los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, donde se presta la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.

La regulación de las categorías profesionales se encuentra en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Respecto a los recursos humanos en el ámbito sanitario se dividen en dos grandes grupos:

- Personal sanitario compuesto por médicos, farmacéuticos, enfermeros (DUE), técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), técnicos de laboratorios (TEL), técnicos de radiodiagnóstico (TER), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas
- Personal no sanitario o de gestión y servicios: celadores, administrativos, direcciones/gerentes, personal de lavandería, personal de mantenimiento, personal de lencería, personal de limpieza, personal de cocina y conductores.

Desde la perspectiva de seguridad y salud, algunos de los riesgos laborales son coincidentes puesto que se desarrollan en el mismo lugar de trabajo, pero se añaden otros riesgos específicos inherentes a la tarea que realizan. Se explican los grupos profesionales ya que se investiga en el apartado siguiente como se diferenciaron entre unas categorías y otras para evaluar el riesgo de exposición al COVID-19.

2.2. Impacto de la crisis COVID-19 sobre los profesionales del ámbito sanitario

Al analizar el impacto de la pandemia COVID-19 en los profesionales del ámbito sanitario se investigan los siguientes apartados:

- Situación del empleo en el sector sanitario
- Problemas en la Sanidad Pública
- Impacto psicológico
- Gestión preventiva en centros sanitarios
- Consideración del contagio por COVID-19 como accidente de trabajo y/o enfermedad profesional (sentencias)
- Síndrome de COVID Persistente

2.2.1. Situación del empleo en el sector sanitario

La pandemia ha demostrado como los servicios públicos son indispensables y si el país se ha sostenido ante las fuertes tempestades que ha provocado el COVID-19 ha sido gracias a su profesionalidad y constancia, a pesar de poner su salud incluso su vida en juego y no contar con los RRHH suficientes como es en el caso del sector sanitario. Durante el año 2020 y 2021 ha habido una fluctuación en la contratación, aspecto llamativo siendo un colectivo tan necesario en plena crisis sanitaria. Según los datos de la Encuesta de Población Activa del último trimestre de 2021 publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el sector sanitario alcanzó una cifra de un total de 1.268.300 profesionales ocupados, siendo esta mayor que en el año 2020 en el mismo trimestre ya que lo supera en 44.400 ocupados. Pero comparando con el tercer trimestre del 2021, se despidieron a 21.400 personas trabajadoras, situación alarmante si recordamos que en ese momento España estaba en plena campaña de la gripe (que comienza el 25 de octubre de 2021 hasta el 22 de enero 2022) , continuaba con su estrategia de vacunación frente al COVID19, se vivió la sexta ola siendo protagonista la nueva cepa OMICRÓN, se reanudaron en ese trimestre las citas presenciales y se añade el aumento de las consultas externas por secuelas postcovid más todas aquellas que se arrastraban sin atender del año 2020. Por sexo, hay mayor ocupación de mujeres en sanidad que hombres, aunque los descensos del último trimestre de 2021 fueron en ambos sexos. De los 1.268.300 ocupados en el sector sanitario, el 75,29% son mujeres (954.900 empleadas) por un 24,71% de hombres (313.400 empleados).

TABLA Nº 8. OCUPADOS EN EL SECTOR SANITARIO EN 2021



Fuente: elaboración propia

En cuanto al paro en el sector sanitario, cuenta con 84.700 personas registradas, 11.700 más que en el tercer trimestre de 2021, de los que 64.200 son mujeres. Por tanto, la tasa de paro en Sanidad y Servicios Sociales es del 2,7 %. Ante estas condiciones es evidente la situación de deterioro de los centros de salud en España como consecuencia del déficit de personal, falta de inversiones y la situación de colapso generada durante la pandemia y que dificultó su funcionamiento.

Si se comparan las ratios del personal sanitario con otros países europeos se comprueba que España está por debajo otros países vecinos, presentando una ratio en Atención Primaria de personal médico y de Enfermería por 1.000 habitantes de 0.77 y 0.66 respectivamente, sin casi cambios en los últimos diez años y que, en el caso del personal facultativo, está muy alejada de las tasas de otros países como Portugal (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42).

“En los Presupuestos Generales del Estado (PGE) para 2022 carecen de la inversión necesaria para el Marco Estratégico de Atención Primaria ya que sería necesario invertir más de 1.600 millones de euros (10 veces más de lo previsto) el próximo año, según un análisis realizado por CSIF sobre el marco presupuestario de la Sanidad. El presupuesto que se destinará a Atención Primaria es un 2,6% de todo el presupuesto destinado a política sanitaria, teniendo en cuenta además que según datos de la estadística de gasto sanitario 2019, publicado en marzo de 2021 por el Ministerio de Sanidad, el gasto sanitario medio destinado a Atención Primaria por las CCAA es 14%, muy lejos del 25% demandado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los organismos internacionales. Los PGE tampoco recogen el déficit actual de profesionales ni la necesidad de dimensionar las plantillas para equipararnos al resto de países europeos¹.

¹ Fuente: www.csif.es [25/10/2021] “Los centros de salud afrontan las citas presenciales y la campaña de vacunación en precario y con déficit de personal”. Comunicado de prensa recuperado de: Recuperado de: <https://www.csif.es/contenido/nacional/sanidad/329151>

Analizando los datos se concluye la necesidad de llevar a cabo medidas de mejora en la planificación, organización, financiación y recursos humanos y materiales concretamente fortalecer el papel de gobernanza del Consejo Interterritorial sobre la Atención Primaria, consolidar una nueva política financiera y de recursos humanos, mejorar la calidad y la coordinación de la asistencia, y el impulso de la investigación y formación.

2.2.2. Gestión preventiva en el sector sanitario y contagio por COVID-19 como contingencia profesional

Dentro del análisis de la situación actual en pandemia de los profesionales de la Sanidad, hay que tener en cuenta la situación externa o general de España y la situación interna dentro de los centros de salud y hospitales. España al igual que el resto del mundo lleva 2 años sufriendo una grave crisis sanitaria debido a la pandemia de COVID-19 que ha contagiado a millones de personas y provocados miles de fallecimientos. La población en general ha sufrido un importante impacto psicológico debido a diversos factores como han podido ser experimentando sufrimiento por la situación económica o de salud y/ fallecimiento de sus seres cercanos, sentimientos de angustia, impotencia, miedo al contagio o a la muerte, etc. Para el personal de la sanidad se suman a estas circunstancias, todas las sufridas por la exposición de riesgo a agentes biológicos como es el SARS-CoV-2, sobrecarga de trabajo, factores psicosociales propios de su actividad laboral y de las condiciones de trabajo, precarias en muchas ocasiones, que han provocado daños a su salud mental y física. Como ejemplos de factores de estrés por las difíciles situaciones e inadecuadas condiciones ante los que se han tenido que enfrentar estos profesionales destacan:

- La actuación ante una situación de emergencia por un virus desconocido que aumenta el miedo, la incertidumbre y la inseguridad ante el desconocimiento de los tratamientos aplicar.
- El desarrollo de su trabajo sin equipos de protección ni medidas de contención suficientes.
- La excesiva carga asistencial por el elevado número de contagios y las plantillas insuficientes.
- En algunas ocasiones tuvieron que incorporarse a trabajar sin estar al 100% recuperados.
- En una primera fase de la pandemia no contaban con equipos de trabajo suficientes como respiradores y eso los llevó a tomar decisiones críticas ante los pacientes que podrían ir en contra de su moral y ética.
- La elevada exposición al sufrimiento y al dolor que provocaba un alto nivel de estrés por la exigencia emocional.
- La intensificación de los tiempos, cargas, turnos y ritmos de trabajo.
- La reorganización de los servicios para atender los numerosos casos de COVID-19, que supuso una adaptación por los cambios en las actividades y tareas del personal sanitario. Asumiendo funciones distintas a las habituales en otras unidades o nuevas formas de trabajar.
- Etc.

La pandemia ha visibilizado las carencias en materia de prevención de riesgos laborales, que continua siendo un objetivo pendiente para este Gobierno y sus administraciones, ya que ha dejado de manifiesto las deficiencias que existen en los centros de sanitarios relacionadas con la falta de equipos de protección individual (EPIS), insuficientes medidas de protección colectiva, falta de previsión y planificación, insuficiente dotación de recursos humanos en las unidades hospitalarias y consultas de atención primaria, ... y que generan daños a la salud, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales e incluso a fallecimientos.

Otro aspecto a investigar de la gestión en la pandemia es el reconocimiento del contagio por COVID-19 como contingencia profesional para los profesionales del sector sanitario y relacionado con ello es la infradeclaración de los contagios en las Estadísticas de accidentes de trabajo publicadas por el Ministerio de Trabajo.

A lo largo de la pandemia y los diferentes estados de alarma se modificó la consideración de accidente de trabajo al contagio de los profesionales sanitarios y sociosanitarios, lo que ha provocado una falta de protección y coberturas a los profesionales tanto en el momento de la incapacidad temporal durante el contagio, sus posibles recaídas y secuelas tanto físicas como psicológicas. En la tabla nº 9 se enumeran las diferentes regulaciones sobre la consideración del contagio por COVID-19 en el personal sanitario.

TABLA Nº 9: CONSIDERACIÓN DEL CONTAGIO POR COVID-19 PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

Legislación	Consideración del contagio o aislamiento por COVID-19
Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, modificado por Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril, artículo quinto	“Consideración excepcional como situación asimilada a accidente de trabajo de los periodos de aislamiento, contagio o restricción en las salidas del municipio donde tengan el domicilio de las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19”
Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, artículo 9	“Las prestaciones de Seguridad Social que cause el personal que presta servicios en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, y que en el ejercicio de su profesión, hayan contraído el virus SARS-CoV2 durante cualquiera de las fases de la epidemia, por haber estado expuesto a ese riesgo específico durante la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos laborales y Salud Laboral, se considerarán derivadas de accidente de trabajo, al entender cumplidos los requisitos exigidos en el artículo 156.2.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.”
El Real Decreto-ley 27/2020, de 4 de agosto. Disposición adicional octava prórroga del Real Decreto-ley 19/2020	“La consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo de las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2, se aplicará, a los contagios del virus SARS-CoV2 producidos desde el 1 de agosto de 2020 hasta que las autoridades sanitarias levanten todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, acreditando el contagio mediante el correspondiente parte de accidente de trabajo que deberá haberse expedido dentro del mismo periodo de referencia.”
Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, establece en su artículo 6	“Las prestaciones causadas por las y los profesionales de centros sanitarios y socio sanitarios que durante la prestación de servicios sanitarios o socio sanitarios han contraído el virus SARS-CoV-2 en el ejercicio de su profesión serán las mismas que el sistema de la Seguridad Social otorga a quienes hubieran contraído una enfermedad profesional.”

Además de esta regulación la Dirección de General de Ordenación de la Seguridad Social dictó varios criterios para valorar la protección de los trabajadores como son:

- Criterio 3/2020 sobre determinación de la contingencia de la situación de incapacidad temporal en la que se encuentran los trabajadores que han sido confirmados como positivos en las pruebas de detección del Sars-Cov-2.
- Criterio 4/2020 sobre la aplicación del artículo 5 del Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública.
- Criterio 8/2020 sobre la consideración excepcional como situación asimilada a accidente de trabajo de los períodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19.
- Criterio Operativo nº 102/2020 del Ministerio de Trabajo y Economía Social, sobre medidas y actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social relativas a situaciones derivadas del nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2).

Las diferentes consideraciones del contagio y/o aislamiento han provocado controversias, dificultades en el reconocimiento de la contingencia profesional y no termina de quedar suficientemente clara. Inconvenientes que han provocado que los profesionales de la sanidad que se han contagiado en el desempeño de su actividad hayan tenido que reclamarlo judicialmente, e incluso han conseguido que se les reconociera como enfermedad profesional.

Se mencionan varias sentencias en las que se reconoce el contagio por COVID-19 como enfermedad profesional:

- Juzgado de lo Social N°. 3 de Talavera de la Reina, Sentencia 187/2021 de 21 May. 2021, Proc. 5/2021

Un administrativo (personal no sanitario) que trabajaba en la recepción de un centro de salud, contagiado en el trabajo y en situación de incapacidad temporal durante cuatro meses, consiguió que se le reconociera como enfermedad profesional.

- La sentencia del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 97 de Madrid reconoció que un médico jefe de cirugía del Hospital La Paz que murió por coronavirus al inicio de la pandemia, considerando que el fallecimiento fue "por inoculación infecciosa" durante su trabajo, y por tanto accidente de trabajo, condenado a una aseguradora a pagar 150.000 euros a la familia.

Se aclaran a continuación a los términos accidente de trabajo versus enfermedad profesional comentados en la tabla nº 9, para el profesional siempre va a ofrecerle más protección y coberturas el reconocimiento del contagio como enfermedad profesional.

Por accidente de trabajo se entiende toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Se presumirá, salvo prueba de lo contrario, que son constitutivas de accidentes de trabajo las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo. (Art. 115 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.).


Por enfermedad profesional se entiende “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad” Artículo 116 del 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.

Entre los problemas que ha planteado las diferentes regulaciones legales y reconocimientos del contagio por COVID-19 para los profesionales de la sanidad puesto que quedan en un vacío legal se destacan:

- A los profesionales de la Sanidad que se contagiaron de COVID-19 antes de la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud, que fue el 11 de marzo de 2020, no se les reconoce el contagio como contingencia profesional lo que les obliga a denunciarlo por vía judicial.
- Las recaídas sufridas posteriormente tras el contagio y por secuelas de éste que han tenido estos profesionales en un elevado porcentaje no se les ha reconocido como accidente de trabajo sino como enfermedad común. Así ha sucedido también en los casos de COVID Persistente. Aclarar que “se considerará que existe recaída en un mismo proceso de incapacidad temporal cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los 180 días naturales siguientes a la fecha de efectos de la alta médica anterior. Los períodos de recaída se computan a efectos del período máximo de duración de la situación de incapacidad temporal, y de su posible prórroga” (Artículos 169.2 del TRLGSS).
- Los posteriores diagnósticos de COVID persistente que han ido apareciendo se reconocen como enfermedad común en lugar de relacionarlo con el primer contagio que fue en su puesto de trabajo.
- Han sucedido y aún suceden trabas por parte de los servicios de prevención y la seguridad social para el reconocimiento del contagio como contingencia profesional de ahí el reflejo de la infradeclaración de contagios en las Estadísticas Nacionales de accidentes de trabajo como se puede comprobar a continuación.

Según el Informe publicado del Ministerio de Trabajo sobre los datos de contagios COVID-19: “Actualización nº 581. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 11.03.2022” los casos confirmados de personal de la sanidad son 217.987.

TABLA Nº 10: CONTAGIOS POR COVID-19 DEL PERSONAL SANITARIO. ACTUALIZACIÓN 11.3.2022



SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD Y EMERGENCIAS
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
 Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

PERSONAL SANITARIO
 Hasta el 10.03.2022 se han notificado 217.867 casos confirmados en personal sanitario (utilizando la información agregada hasta el día 10 de mayo y la información individualizada desde el día 11 de mayo de 2020). A continuación se reflejan los datos recogidos según la nueva estrategia de vigilancia desde el 11.05.2020

Tabla 7. Casos confirmados en personal sanitario desde el 11.05.2020 por Comunidades Autónomas, a 10.03.2022 (datos consolidados a las 15:30 horas del 11.03.2022)

Comunidad Autónoma	Personas notificadas	Diagnostificados en los últimos 14 días	Diagnostificados en los últimos 7 días	Casos desde el inicio de la vigilancia en los últimos 14 días	Casos desde el inicio de la vigilancia en los últimos 7 días
Andalucía	18.183	307	134	134	67
Aragón	6.836	87	33	33	6
Asturias	3.218	25	10	6	0
Balears	2.148	14	9	20	7
Cantabria	5.786	45	16	14	7
Cataluña	4.955	86	44	27	12
Castilla-La Mancha	9.843	99	34	39	14
Castilla y León	12.843	138	43	114	44
Castilla-La Mancha	20.056	374	249	443	172
Ciudad de Ceuta	127	15	12	15	12
C. Valenciana	22.346	279	107	199	68
Extremadura	4.256	113	60	56	33
Galicia	15.888	834	464	534	287
Madrid	12.179	248	139	200	77
Mejilla	612	15	9	12	5
Murcia	12.148	379	158	301	101
Navearra	9.176	31	17	19	5
País Vasco	1.909	21	8	5	1
La Rioja	2.990	34	9	27	7
ESPAÑA	187.567	3.342	1.564	2.284	968

Tabla 8. Ámbito de exposición en personal sanitario en función del centro de trabajo desde el 11.05.2020 a 10.03.2022 (datos consolidados a las 15:30 horas del 11.03.2022)

Ámbito de exposición (límite probable de contagio)	Personal sanitario de centro sanitario	Personal sanitario de centro no sanitario	Personal sanitario de otro tipo de centro	Total
Centro Sanitario	16.850	787	394	18.031
Centro no sanitario	919	14.427	120	15.466
Domicilio	20.406	5.938	4.702	31.046
Resto	66	45	144	255
Laboral	10.321	5.902	1.973	18.196
Social	3.723	192	646	5.571
Otros ámbitos	4.489	1.500	1.789	8.198
Desconocido	40.554	14.028	7.029	70.644
Total	106.518	44.612	17.237	187.567

*La clasificación de ámbito socio está vigente desde el día 17 de noviembre de 2020
 Actualización de SSI. Informes por el coronavirus (COVID-19). 11.03.2022
 Página 11 de 32

Fuente: Ministerio de Sanidad:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_581_COVID-19.pdf [16/04/2022]

Si analizamos las Estadísticas de Accidentes de Trabajo publicadas por el Ministerio de Trabajo y Economía Social los contagios reconocidos como accidentes de trabajo por sección de actividad económica de Actividades Sanitarias y de Servicios Sociales son los que se reflejan en la siguiente tabla.

TABLA Nº 11. CONTAGIOS RECONOCIDOS COMO ACCIDENTES DE TRABAJO

Contagios reconocidos como Accidentes de Trabajo		
	CON BAJA	MORTALES
Año 2020	9.066	19
Año 2021	11.885	6
Año 2022 (enero)	7.989	-

Fuente: Elaboración propia

Si comparamos las cifras de ambas estadísticas sorprende que solo el 13,27% (28.940) de los contagios de lo sanitarios se han reconocido como accidente de trabajo, por tanto, quedan estos profesionales con un agravio en las coberturas por su daño producido y por las futuras lesiones que pueden aparecer.

2.2.3. Síndrome de COVID Persistente

Entre las secuelas que ha dejado la pandemia ha sido la enfermedad emergente conocida como COVID Persistente, Long COVID, o COVID Crónico. La Organización Mundial de la Salud ha definido al COVID persistente como “persona con historia de infección probable o confirmada por SARS CoV-2, habiendo transcurrido 3 meses desde el inicio de la infección, con síntomas que duran al menos 2 meses y que no pueden explicarse con otro diagnóstico. Existen más de 50 síntomas relacionados con COVID persistente (cardiovasculares, musculoesqueléticos, respiratorios, neurológicos, otorrinolaringológicos u oftalmológicos), aunque entre los más

comunes se encuentran fatiga, dificultad respiratoria, disfunción cognitiva, entre otros, y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Pueden ser de nueva aparición después de la recuperación inicial de un episodio agudo de COVID-19 o persistente desde la enfermedad inicial, además, pueden ser fluctuantes o permanecer en el tiempo.

Según varios estudios, los datos que se estiman de COVID persistente es que entre un 10% o 15% de los pacientes que han sufrido COVID-19 pueden desarrollar un COVID Persistente, mayormente aparece en mujeres. Por tanto, ante los datos de contagios analizados anteriormente como son los 217.987 de sanitarios contagiados por COVID-19, se puede estimar que entre los profesionales sanitarios contagiados una cifra de 21.799 presenta o presentarán la enfermedad de COVID persistente.

Esto genera la necesidad de llevar a cabo una vigilancia de la salud con un seguimiento tras la incorporación como así indica el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, además de una adaptación del puesto de trabajo al considerárseles trabajadores especialmente sensibles protegiéndoles y facilitando así su recuperación tal como exige el artículo 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Otra cifra que aumenta con el COVID persistente es la de las incapacidades laborales, ya que en función del estado en que quede la persona trabajadora por las secuelas puede conllevarle a que le declaren una incapacidad permanente parcial (IPP), una incapacidad permanente total, o una incapacidad absoluta (IPA).

En la fecha que se realiza la investigación (abril 2022) el Mapa de las consultas de COVID persistente en España ocupa las siguientes CCAA: Andalucía (Cádiz, Huelva, Málaga, Sevilla), Canarias, Cataluña, Galicia, Castilla La Mancha, Comunidad de Madrid, Castilla y León. Dado el volumen de enfermos de COVID Persistente este número de consultas es muy insuficiente, al menos habría que dotar de una consulta por provincia.

- Según un estudio realizado por la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) en un millar de profesionales entre noviembre 2021 y abril 2021 destaca entre sus conclusiones el abandono y desprotección que sufren estos profesionales ya que casi un 60% no están recibiendo seguimiento médico tras sufrir COVID persistente. Además, revela que un 46,2% tuvo algún tipo de recaída tras su incorporación, que fue considerada contingencia común y no contingencia profesional. Entre los encuestados han permanecido de baja más de un año un 17,2%, mostrándose así la repercusión grave que tiene el virus en el estado físico. Refiere que la mayoría de los contagios se han producido en mujeres (en un 82,4% de los casos) por tratarse de un sector muy feminizado y entre las categorías profesionales que más ocupan estas cifras de contagio han sido las siguientes: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs), -con un 29,1% de contagios-; enfermería -con un 22,6%- celadores -10,8%- y facultativos -9,3%-. Y las unidades con más contagios entre su personal son las de hospitalización (37% de casos); unidades especiales -Urgencias, UCIS, quirófanos, etc. (20,7%) y Atención Primaria, con un 14,7% de incidencia².

² Fuente: www.csif.es [25/04/2022] "Cerca de un 60% del personal de la Sanidad no recibe seguimiento médico tras sufrir COVID persistente". Comunicado de prensa recuperado en: <https://www.csif.es/contenido/nacional/general/340046>.

2.3. Riesgos laborales del personal de la sanidad

Dentro del ámbito sanitario se encuentran numerosos tipos de riesgos y muy diferentes. Cada uno de los riesgos supone un daño a la salud de la persona trabajadora que bien sea inmediata o a largo plazo puede suponer un gran problema. Entre los tipos de riesgos destacan:

- Riesgos relacionados con la seguridad en el trabajo: caídas al mismo o distinto nivel, choques, golpes, atrapamientos, cortes o pinchazos, caída de objetos por desplome o manipulación, golpes o atropellos con vehículos, proyección de fragmentos, partículas o líquidos, contacto térmico, contacto eléctrico, contacto con sustancias nocivas, tóxicas o corrosivas, incendio o explosión.
- Riesgos de exposición a contaminantes químicos: el formaldehído, gases anestésicos, óxido de etileno, etc.
- Riesgos de exposición a contaminantes biológicos: sangre y otros fluidos corporales, residuos, etc.
- Riesgos de exposición a contaminantes físicos: radiaciones ionizantes y no ionizantes, ruido o disconfort acústico, etc.
- Riesgo de disconfort térmico.
- Riesgos ergonómicos: sobreesfuerzos por manipulación de cargas o movilización de pacientes, carga postural, movimientos forzados, uso de pantallas de visualización de datos, sedentarismo, fatiga física, fatiga visual y movimientos repetitivos.
- Riesgos psicosociales: violencia en el trabajo (agresiones), carga mental, acoso laboral, acoso sexual y por razón de sexo, estrés laboral, burnout, nocturnidad y turnicidad.
- Riesgos para la maternidad/paternidad y reproducción.

En el presente TFG se centra en los riesgos psicosociales, que son los generados por las inadecuadas condiciones de trabajo psicosociales u organizativas. La disciplina en el ámbito de la prevención de riesgos laborales que aborda estos factores psicosociales es la Psicología en el Trabajo. Ésta se ocupa de evaluar e intervenir ante los factores de riesgo por condiciones de trabajo deficientes y/o dañinas que interactúan con las expectativas, necesidades, capacidades y/o actitudes de las personas trabajadoras e impactan negativamente sobre su seguridad, salud y bienestar debido a un diseño inadecuado o por una implantación en la organización. Todo ello, con el objetivo de eliminarlos, reducirlos y/o controlarlos con una planificación de medidas preventivas. Los peligros psicosociales se vinculan con los factores sociales del trabajo, el modo en que se organiza el trabajo, los aspectos del ambiente de trabajo, los equipos y las tareas peligrosas. Desgraciadamente los peligros psicosociales suelen estar en todas las organizaciones, pueden aparecer combinados entre sí y pueden influir y ser influidos por otros peligros. Por ello es fundamental que los riesgos psicosociales se gestionen en conjunto con el resto de riesgos de la seguridad y salud en el trabajo de forma coherente y se integren en los procesos de la organización.

En el sector sanitario los riesgos psicosociales a los que pueden estar expuestos los profesionales son:

- Riesgos ligados a la organización de trabajo

- Carga mental
- Estrés Laboral
- Síndrome del Burnout o Desgaste Profesional
- Acoso moral en el trabajo
- Acoso sexual y/o acoso por razón de sexo
- Violencia en el trabajo
- Trabajo a turnos y nocturno.

Todos ellos han sido agravados por la situación vivida en la pandemia, aunque el estudio de investigación se centra en concreto en el riesgo de violencia en el trabajo y estrés laboral como se desarrolla en el siguiente apartado.

Por estrés laboral se entiende como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo. Provoca una serie de consecuencias negativas físicas, psíquicas, y organizativas. Cuando su nivel es elevado y llega a ser crónico se define como síndrome de burnout o síndrome del quemado. El personal de la sanidad ha mantenido a lo largo de la pandemia unos niveles muy elevados de estrés por la sobrecarga de trabajo, peligrosidad e incertidumbre. En el apartado 2.2.2. “Gestión preventiva en el sector sanitario y contagio por COVID-19 como contingencia profesional” ya se comentan diversos factores que influyen en el aumento de los niveles de estrés en este colectivo.

Mientras que hablamos de violencia en el trabajo cuando un profesional sufre abusos, acoso, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud tanto física como psicológica. La violencia puede ser física cuando se produce una agresión física sobre la persona trabajadora o causar daños en propiedades de la organización o del personal, como la violencia psicológica cuando sufre intimidación, amenazas, conductas de violencia psicológica susceptibles de causar daño psicológico y moral, etc.

2.3.1. Riesgos psicosociales del personal sanitario

Dentro del ámbito de la prevención de riesgos laborales, los riesgos psicosociales son la tarea pendiente en muchas administraciones y empresas, pero cierto es que la pandemia ha generado tal impacto en la salud mental de los profesionales que los ha colocado como prioridad en la lista de tareas pendientes. En el contexto de la pandemia la exposición a factores de riesgos psicosociales ha sido muy intensa, entre los que cabe señalar una intensificación de los tiempos, cargas y ritmo de trabajo y de las exigencias cognitivas, elevadas exigencias emocionales, percepción de inseguridad, conflictos de rol derivados de la adopción de decisiones para las que, en numerosos casos, no se sienten preparados.

La violencia y el acoso en el trabajo han aumentado durante la crisis de la COVID-19, concretamente en el personal sanitario al igual que otros trabajadores esenciales durante la pandemia por parte de los usuarios y por ello urge la regulación más específica para erradicar este daño que afectan diariamente a millones de personas en su entorno laboral.

En la actualidad, la administración sanitaria al igual que el resto del mundo laboral viven sumidas en entornos de incertidumbre, convulsos y complejos en gran parte generado por la crisis de COVID 19 que obligan a adaptarse a los cambios, es ahí cuando se comprueba la resistencia al cambio y adaptación de algunas organizaciones con las correspondientes consecuencias negativas en su planificación.

La gestión de la salud mental laboral es una obligación además de una prioridad. En este contexto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2019 adoptó el Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo, un riesgo psicosocial de elevada incidencia y cuyo reconocimiento no siempre es sencillo. El 14 de septiembre de 2021, el Consejo de Ministros aprobó la ratificación del convenio contra la violencia y el acoso laboral de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Convenio nº 190) que debe pasar por las Cortes Generales y el BOE. Una vez ratificado deberá poner en marcha las leyes y medidas políticas necesarias para prevenir y abordar la violencia y el acoso en mercado laboral. Además, la OIT y la Organización Mundial de la Salud publicaron este año 2022 una guía sobre el desarrollo y la implementación de programas para reforzar la protección de los trabajadores sanitarios, ya que la pandemia de COVID-19 continúa ejerciendo una gran presión sobre ellos.

Otros documentos recientes y relevantes a señalar para la gestión de los riesgos psicosociales son la norma UNE-ISO 45003:2021 Gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Seguridad y salud psicológicas en el trabajo. Directrices para la gestión de los riesgos psicosociales y el Criterio Técnico 104/21, sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social en riesgos psicosociales. Son hechos, que ponen de relieve la importancia que va a tener la gestión de los riesgos psicosociales en los próximos años, siendo uno de los mayores desafíos para la salud, la seguridad y el bienestar en el trabajo.

Síndrome del Burnout o de desgaste profesional

Desde enero de 2022, ha entrado en vigor la actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que incorpora el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del Síndrome del Burnout o de desgaste profesional como como un problema relacionado con el trabajo, lo que facilitará su diagnóstico médico y la prevención psicosocial pero se considera insuficiente ya que para una protección total sería necesario incluirlo dentro del cuadro de enfermedades profesionales en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Publicado en: «BOE» núm. 302, de 19/12/2006. Hasta esta revisión, el “burnout” estaba incluido entre los “problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida” (Z73.0), dentro de la categoría genérica de “personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias”. Con la nueva clasificación, el síndrome de desgaste profesional se incluye en el capítulo 24: “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud” dentro de la subcategoría de “problemas asociados con el empleo y el desempleo” y es codificado como QD85: Síndrome de desgaste ocupacional³.³

³ Fuente: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) [14/1/2022] “*Síndrome de desgaste profesional (burnout) como un problema relacionado con el trabajo*”. Comunicado de prensa recuperado en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>

El Síndrome del Burnout o Desgaste Profesional se define como "una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización." De esta definición se constata porque tantos profesionales de la Sanidad están sufriendo este síndrome debido a la exposición a condiciones laborales exigentes, altas demandas laborales debidas a la sobrecarga laboral, al turno, inconvenientes sobrevenidos, plantillas insuficientes y los propios recursos personales de las personas trabajadoras. Afectando no solo a su salud sino también a la Salud Pública en la calidad y la seguridad de la atención. A pesar de esto, destaca como características de esto profesionales su compromiso laboral, su eficacia profesional y su resiliencia tal y como lo han demostrado día a día en la pandemia. Además, el apoyo social y el trabajo en equipo son factores que reducen la aparición de síndrome de burnout entre los profesionales.

Violencia en el trabajo

Respecto a la violencia en el trabajo, tanto las agresiones físicas como las verbales, al personal sanitario han aumentado durante la pandemia a pesar del enorme esfuerzo que han realizado y una vez olvidados los aplausos. Cabe señalar que, tras la reforma del Código Penal del año 2015, agredir o intimidar de forma grave a un profesional sanitario se considera delito de atentado. Los agresores podrían cumplir penas de prisión de entre 6 meses y 3 años. Incluso cuando el ataque se produjese fuera de su lugar de trabajo, motivado por su condición de sanitario.

Para investigar el nivel de violencia en el trabajo en el Sistema Nacional de Salud se ha consultado el Informe de Agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019-2020 del Ministerio de Sanidad, los datos del Observatorio Contra las Agresiones de la Organización Médico Colegial (OMC) y su Consejo General de Médicos (CGCOM) del año 2021 y noticias al respecto.

El Observatorio contra las agresiones del CGCOM publicó que durante el segundo año de pandemia de COVID-19 las agresiones a la profesión médica aumentaron un 39%. Destacan las siguientes observaciones de su informe del año 2021:

- Se registraron un total de 612 agresiones, lo que suponen 171 más que el año anterior.
- El 62% del total de agresiones corresponde a mujeres frente al 38% de los hombres, confirma la tendencia señala que las mujeres sufren más agresiones que los hombres, teniendo en cuenta que el sector sanitario con mayor plantilla femenina.
- El ámbito de la Atención Primaria, que supone más de 50% de los casos (51,1%) ocupa el primer lugar, seguida de la atención hospitalaria con un 22%; Urgencias de Atención Primaria con un 7,9% y en Urgencias de Hospitales con un 7,7%. Las agresiones en atención domiciliaria "in Itinere" suponen ya el 1,7% del total.
- Respecto a los tipos de agresiones, el 87 % de las agresiones fueron verbales donde se produjeron insultos y amenazas, mayoritariamente a mujeres, mientras que el 13% restante fueron agresiones que acabaron en lesiones físicas, sufriendolas en un 56% las mujeres y un 44% los hombres. Destaca el aumento registrado en amenazas en un 5,7% y el 3,3% de lesiones en detrimento del 9% de insultos.

- El 13% de las agresiones acabaron en baja laboral siendo cuatro puntos más que el año anterior.
- Descendió el número de agresiones realizadas de manera telemática de un 29% en 2020 a un 11% en 2021.
- Las causas por las que se produjeron las agresiones son el 35% por discrepancia con la atención médica recibida, el 9% motivadas por causas relacionadas con la COVID-19 (2 puntos más que el año anterior), el 14% por las discrepancias personales; el 12% por el tiempo en ser atendido y el 10% por no recetar lo propuesto por el paciente.
- En relación con la edad, las agresiones las sufren mayoritariamente los colegiados entre los 36 y 55 años (58%), en contraposición de los más jóvenes o más mayores que sufren un ligero descenso.
- Aumenta el apoyo a los profesionales por parte del centro con un 61%, son cuatro puntos más que el año 2020.
- Por último, respecto al tipo de agresor, las cifras revelan que el 48 % son pacientes programados, seguidos de los pacientes no programados con un 27% y el 22% son los acompañantes, estos dos últimos grupos aumentan respecto al año anterior.

Según un Informe del Ministerio del interior referente a las denuncias registradas de agresiones a personal sanitario en la Policía Nacional revela un aumento del 14% respecto al 2020, situando la cifra en 225. De esta cifra, un 48% fueron por agresiones físicas, siendo el colectivo de médicos el que más denuncias interpuso con un 58% del total, seguido por el de enfermeros que suman un 27% y el de técnicos que supone un 15%. Entre las causas predomina la vuelta a la presencialidad en los centros hospitalarios y de salud, así como la vigilancia del cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias, el perfil más frecuente del agresor es el de varón entre 36 y 55 años y de nacionalidad española, mientras que el de la víctima es de la misma edad y nacionalidad, pero mujer. A las denuncias recibidas se suman las 9.000 intervenciones tanto en hospitales como en atenciones sanitarias en domicilios de los agentes de seguridad ciudadana.

Ha influido en estas cifras la implantación de la figura del interlocutor policial sanitario y su labor de concienciación para prevenir agresiones. En 2017 se creó la se crea la figura del Interlocutor Policial Nacional Sanitario y, a nivel provincial, la figura del Interlocutor Policial Territorial Sanitario. Se ocupan de asesorar a la Administración Sanitaria y a los representantes de los profesionales de la salud en la implantación de medidas preventivas especializadas. Sus objetivos son erradicar este tipo de agresiones, y otras actividades criminales que puedan darse en los centros sanitarios, en colaboración con la seguridad privada.

Según un comunicado de prensa de la Central Sindical independiente y de funcionarios (CSIF), revela que "Los miles de contagios, el colapso de la Atención Primaria, el retraso en la atención de patologías no COVID19, la presión hospitalaria y una mayor crispación social han provocado un aumento en el número de agresiones al personal de la Sanidad". Por tanto, se puede concluir en que gran parte de los factores de riesgo de agresión son derivados de carencias organizacionales, RRHH insuficientes y por una gestión ineficaz de la organización siendo todos ellos riesgos psicosociales.

CAPÍTULO 3

PROPUESTAS DE MEJORA EN LA SANIDAD

3.1. Propuestas de mejora en la sanidad

Una vez analizada la situación actual del Sistema Nacional de Salud y el grave impacto sufrido por la pandemia que ha agravado más aún si cabe su situación se proponen unas medidas aplicar para una verdadera reconstrucción del Sistema Nacional de Salud.

3.1.1. Medidas para los RRHH

- Revisión Urgente de los Planes de Ordenación de RRHH de las CCAA, en lo que concierne a permanencia en el Servicio activo del personal. Adecuación de las plantillas a las necesidades reales de la población. Reposición del 100% de las plantillas. Homogenizar las ratios de personal en todas las CCAA.
- Las carencias de la Atención Primaria, puestas de relieve en esta crisis sanitaria, hace necesario abordar una reforma de la misma, con un incremento presupuestario y con la participación de todos los operadores del sistema nacional de salud, para conseguir la mejora de la asistencia sanitaria de la población, mejorando las actuales condiciones laborales de los profesionales.
- Favorecer la calidad y cohesión dentro del SNS de todo el territorio para garantizar la cartera común de servicios básicos, cuestión que está aprobada y recogida en nuestra Constitución Española desde el año 1978 y que debe respetarse al amparo de los derechos fundamentales establecidos en nuestra Carta Magna.
- Dotación en los centros educativos de la figura de la Enfermera Escolar, como divulgadora de información medidas preventivas, transmisión de enfermedades, hábitos saludables, formadora en prevención y educación para la salud, ya reconocida por la OMS.
- Ofertas de empleo público que convoquen la totalidad de las plazas existentes y cubiertas de manera temporal, eliminando la tasa de reposición.
- Garantizar una oferta de empleo público bianual, previo concurso de traslados abierto y permanente.
- Homogeneización en los criterios a baremar en los procesos de selección y provisión de plazas en el ámbito del sistema tanto en ofertas de empleo público como en bolsas temporales de empleo.

3.1.2. Profesionales del Ámbito Sanitario del Sistema Nacional de Salud

El número de profesionales que conforman el SNS en 2010 era de 490.351 y en 2019 de 510.224. En una década se ha incrementado en 19.872 profesionales del ámbito sanitario, número exiguo para las necesidades reales que necesita el sistema sanitario público en nuestro país y muy por debajo de la media de la Unión Europea. El gasto sanitario en España representa el 6,4% % del PIB, existiendo diferencias de más del 5% de países del entorno europeo, (Francia, Alemania, o Suecia) que superan el 11% del PIB, encontrándonos el puesto 14º de los estados miembros. Si nos circunscribimos a ratios de profesionales como por ejemplo la enfermería no se ha modificado desde el 2010, con una ratio de 5,2 enfermeras por cada 1000 habitantes, cuando la media de la UE, está en las 8,4 enfermeras por cada 1000.

Con respecto a los médicos la ratio está en 3,9 médicos por cada 1.000, según los resultados del Informe anual de estadísticas sanitarias 2018, publicado por la Organización Mundial de la Salud

(OMS). Con respecto a 2012, España ha bajado 13 posiciones en el ranking mundial. Por delante de España se sitúan países del entorno europeo como Grecia, con una ratio de 6,3 médicos por cada 1.000 habitantes; Portugal (4,4); Alemania (4,2); o Italia (4).

Anualmente en torno al 5% de los profesionales, en todas sus categorías profesionales llegan a la edad de jubilación, sin que dichas plazas se repongan en las distintas ofertas de empleo público. La media de edad de los profesionales del ámbito sanitario sobrepasa los 55 años. El 62% de los profesionales de atención primaria se sitúa en esa media de edad, frente al 44% de los profesionales de la especializada. El sistema sanitario público aglutina en el resto de categorías profesionales, que no es médico o enfermera, el 50,19% del total de los profesionales, que todos son equipos de apoyo a los anteriores en sus diversas funciones, pero que igualmente les afecta el envejecimiento reseñado, incluso más acentuado.

Conforme a los datos estadísticos, el personal tiene que hacer frente a una atención sanitaria en dos ámbitos:

- Atención Primaria: 234 millones de consultas médicas, 130 millones de consultas de enfermería, 13 millones de visitas a domicilio y 29 millones de urgencias y 7 millones de 112/061, con tan solo 36.000 médicos de familia y 30.000 enfermeras. Y en 3000 centros de salud, 10000 consultorios y 2000 puntos de urgencias extrahospitalaria. La inversión en Atención Primaria supone el 14% sobre el total de la inversión en el sistema nacional de salud. Para CSIF esta inversión es exigua y debe incrementarse para potenciar la “puerta de entrada en el sistema sanitario”
- Atención Especializada: 4 millones de ingresos hospitalarios, con 81 millones de consultas, con 3,6 millones de intervenciones quirúrgicas y 23 millones de urgencias, sin incluir las estancias medias de hospitalización y sin actuaciones en trasplantes. Con una inversión del 63% igualmente exigua para la magnitud de una atención muy especializada acorde con nuestro país y muy por debajo de la UE.

Esta crisis sanitaria ha evidenciado que el Sistema Nacional de Salud necesita una mayor inversión económica para paliar los males endémicos que viene arrastrando desde hace años, y fortalecer el sistema. No se puede ni debe olvidar que, según los datos estadísticos, la expectativa de vida en España se sitúa en torno a los 83 años. Actualmente el 20% de la población superar los 65 años.

Por ello, se hace necesario por un lado aumentar las plantillas y acabar con la tasa de reposición en las ofertas de empleo público, para adecuar las mismas a la media de la Unión Europea y poder prestar un servicio de calidad a los más de 47 millones de ciudadanos y por otro acabar con la alta tasa de temporalidad existente y dar estabilidad a las plantillas.

3.1.3. Atención a la ciudadanía

Una cuestión viva, día a día cada vez son mayores los avances científicos así lo van demostrando y la población se merece un estado de bienestar como pilar fundamental de su vida, desde una óptica sanitaria, no se puede ir derivando al usuario de un lado para otro, eternizando plazos, pruebas diagnósticas, que al final rompen con ese estado del bienestar debido a las políticas

cicateras y de recortes de todas las CCAA, independientemente de que una crisis agrave más el tema. De las 112.000 camas hospitalarias, se encuentran en el 3,1 de camas por cada 1000 habitantes, encontrándose la media de la Unión Europea, en 5,2 camas por habitante.

La opinión de la ciudadanía sobre el sistema sanitario ha ido bajando con el paso del tiempo y situarnos en el 44% de la población que entiende que funciona bien frente al 56% que entiende debe mejorarse.

3.1.4. Medidas legislativas

- Modificación de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco, para incentivar la provisión de plazas de difícil cobertura. Planteamiento de estudio y modificación del Estatuto Marco y del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP).
- Modificación y actualizaciones de funciones con respecto a los desfasados Estatutos de Personal.
- Consideración de personal de riesgo a todos los colectivos del ámbito sanitario y establecimiento de coeficientes reductores.

3.1.5. Condiciones laborales

- Conseguir una auténtica conciliación de la vida laboral y familiar.
- Modelo retributivo uniforme. Desde la publicación del Estatuto Marco del Personal estatutario, las retribuciones complementarias dependen del criterio de las CCAA, lo que lleva a agravios comparativos entre trabajadores, en función de su lugar de trabajo.
- Homogenización real de la carrera profesional y desarrollo profesional. Las distintas CCAA ha establecido carreras profesionales con distintos requisitos de ingreso, retribuciones y otras condiciones que pretendemos sean homologadas en aras de la cohesión interregional. Con un modelo único.
- Recuperar los derechos perdidos tanto económicos y la acción social como tienen otras administraciones.
- Recuperar la jornada laboral de 35 horas.
- Crear y puesta en marcha de Observatorio Único del Sistema Nacional de Salud para negociación de las condiciones laborales del personal, empleo en el sector y de nuevos modelos de gestión.
- Grupo de trabajo sobre clasificación y cualificación de los profesionales que defina las funciones básicas de las categorías/grupos profesionales. En la actualidad, las funciones de las distintas categorías profesionales están recogidas en textos preconstitucionales y, por supuesto, no se recogen las cualificaciones y categorías de nueva creación desde entonces. Sería conveniente que se proceda a su estudio en un grupo y posterior aplicación práctica.
- Ofrecer la posibilidad de jubilación parcial y anticipada voluntarias. Reconocimiento del coeficiente reductor a los trabajadores de la sanidad por el riesgo laboral de los trabajadores a turnos, cargas de trabajo, peligrosidad, estrés asistencial...

Los profesionales del ámbito sanitario, sí garantizan la eficacia y la calidad en la prestación de los servicios sanitarios públicos aún en condiciones precarias tanto laborales, como económicas, etc.

3.1.6. Financiación en los próximos Presupuestos Generales del Estado

- Incremento presupuestario y finalista en Sanidad, acorde a la homogenización de una cartera de servicios, recursos humanos e infraestructuras, pilares básicos para abordar una sanidad universal pública para todos los ciudadanos.
- Un sistema de financiación suficiente y solidaria, que facilite y mejore la cohesión social.
- Igualmente se reconoce que la inversión en sanidad está estancada en valores del 6,4% en el gasto sanitario total, con la necesidad de incrementar el presupuesto en al menos el 2% paulatinamente hasta llegar a la media de los países del entorno. Siempre referidos a la sanidad pública.

3.1.7. Prevención de riesgos laborales

Como propuestas de mejora para erradicar las agresiones a los profesionales de la salud habría que aplicar las medidas en el origen como en cualquier riesgo laboral, según se analiza en el capítulo anterior existe una gestión ineficaz que provoca la crispación social que acaban pagando los profesionales. Por ello entre las medidas a implantar para una mejor planificación y organización sanitaria estarían:

- El aumento de los recursos humanos para mejorar así la calidad asistencial, reduciendo tiempos de espera y la crispación social.
- Dotar al profesional de más tiempo en consultas para poder atender al paciente en un mínimo de 10 minutos.
- Reducir la burocracia administrativa y dotar de un presupuesto acorde a las necesidades reales en los centros sanitarios incluida la prevención de riesgos laborales.
- Realizar cambios en la normativa y administrativos dirigidos a agresores y que ofrezcan mayores garantías y protección al personal.
- Diseño de campañas de concienciación y dignificación del personal sanitario e incluir mensajes disuasorios en la atención telefónica del Servicio Público de Salud.
- Dotación de más personal de seguridad en los centros de atención primaria dando prioridad a los más centros sanitarios más conflictivos.
- Más formación a los profesionales en habilidades de comunicación y gestión de situaciones conflictivas.
- Contar con protocolos de prevención de agresiones a sanitarios con mayor efectividad que la actual.

Ante el impacto psicológico que han sufrido estos profesionales a lo largo de las diferentes etapas de la crisis, sería necesario y urgente la intervención psicosocial a través de acciones preventivas para proteger la salud psicológica. Cualquier acción que se decida adoptar requiere de un previo diagnóstico de la situación y sus necesidades, una planificación y un seguimiento. Para priorizar las actuaciones hay que tener una serie de factores en cuenta como son:

- Actuar sobre necesidades reales que se hayan detectado en el diagnóstico previo.
- Comprobar que al aplicar una medida para mejorar un favor de riesgos no surja uno

nuevo o empeore alguno existente.

- Los colectivos con mayor riesgo son ante los que hay que actuar en primer lugar.
- Elegir aplicar medidas que afecten a mayor número de personas trabajadoras para reducir su riesgo psicosocial.

Para que una intervención psicosocial tenga éxito es fundamental el compromiso de las gerencias y direcciones de los centros sanitarios a través de una política preventiva integrada en su sistema general de gestión. Ante el elevado riesgo psicosocial en los centros sanitarios las propuestas de mejora consisten en las siguientes acciones preventivas:

- Emplear instrumentos de valoración específicos para estimar el riesgo potencial de desarrollar trastorno de estrés postraumático u otros daños psicosociales como consecuencia de la exposición laboral a condiciones de riesgo durante la crisis sanitaria.
- Programa de reconocimiento del trabajo y el esfuerzo del personal.
- Programa para facilitar a las personas usuarias de los servicios sanitarios vías y materiales para la transmisión de agradecimientos al personal del centro.
- Implicar y formar a toda la estructura de los centros sanitarios en comunicación eficaz, trabajo en equipo, del liderazgo saludable y las medidas adoptadas para promover la salud psicoemocional del personal.
- Vigilancia de la salud psicosocial incorporando en los reconocimientos médicos chequeos psicológicos.
- Crear un programa preventivo de apoyo emocional en el que colaboren en conjunto los Servicios de prevención y profesionales de apoyo como psicólogos, psiquiatras o coaches.
- Mejorar los canales de comunicación estableciendo procedimientos y canales específicos.
- Planes de Prevención específicos para reducir el acoso y la violencia en el trabajo.
- Facilitar al personal del ámbito sanitario herramientas para la gestión emocional.



CONCLUSIONES

La pandemia ha provocado un grave impacto social, laboral, económico y también en la salud de todos los ciudadanos. Se puede entender como el motor del cambio en el mundo laboral, ha supuesto un examen a la capacidad de adaptación para la supervivencia, impulsado temas que estaban bloqueados, un salto hacia lo nuevo y en el que se dejan atrás muchas cosas. Según Charles Darwin *“No es el más inteligente ni el más fuerte el que sobrevive, sino aquel que se adapta mejor al cambio”*.

Para poder hacer frente a las exigencias que la COVID-19 ha traído se hicieron diversas iniciativas desarrolladas en el entorno laboral, desde la readaptación de procesos productivos para ofrecer nuevas soluciones, prestación de servicios, nuevas modalidades de comunicación, etc. El mundo laboral se ha resentido y se seguirá resintiendo por este grave impacto durante algunos años, afectando a empresas (grandes, medianas y pequeñas), administraciones, personas trabajadoras y a sus usuarios. Sobrevivirán aquellas que sean resilientes y superen los retos laborales a los que se enfrentan actualmente.

Como se comprueba en el análisis, el Servicio Nacional de Salud a pesar de ser uno de los principales pilares del bienestar en España no cuenta con privilegiadas condiciones laborales ni ocupa un lugar prioritario. Qué más hace falta vivir para comprobar lo necesario que es tener un sistema sanitario de calidad y ofrecer a sus profesionales unas condiciones laborales dignas, son indispensables. Como respuesta al enorme esfuerzo y sacrificio que han hecho por toda la ciudadanía se merecen como recompensa una actualización y mejora de sus condiciones de trabajo como se ha detallado en el capítulo 3.

La memoria colectiva es efímera, y parece que la situación está mejorando y ya no pasa nada, a pesar de la elevada presión y exigencia de las jornadas laborales que han tenido los profesionales de la sanidad. Esto ha supuesto en numerosos casos daños en su salud mental y física, ante la que la administración como responsable debe responder e implementar programas sanitarios para reforzar la seguridad y salud en el trabajo en el ámbito sanitario.

Respecto al problema de violencia en los centros sanitarios tiene su origen en una inadecuada gestión organizativa por lo que además de centrarse en aplicar medidas de prevención terciarias, es decir, cuando ya se ha producido el daño sobre el trabajador, es necesario que se enfoquen en mejorar su organización y planificación para reducir también el resto de riesgos psicosociales. El trabajo es un derecho y un deber, pero no debería de ser una fuente de daño, enfermedad o muerte una persona.

Se concluye el análisis señalando que toda transformación y recuperación de un impacto necesita su tiempo e implicación de todas las partes para conseguir resultados positivos, por tanto, lo ideal sería que todas las figuras implicadas en el mundo laboral (Gobierno, administración, empresas, personas trabajadoras y representantes de los trabajadores) estuvieran abiertas a la colaboración y remaran en la misma dirección para conseguir la mejor recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Fuentes electrónicas

- Cronología de respuesta de la OMS a la COVID-19. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline> [15/04/2022]
- Consideraciones relativas a las medidas de salud pública y sociales en el lugar de trabajo en el contexto de la COVID-19: anexo a las consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19, 10 de mayo de 2020. Recuperado en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332084/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Workplaces-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [15/04/2022]
- Carta de la OMS con motivo del Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Recuperado en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf?sfvrsn=2cb6752d_2 [15/04/2022]
- COVID-19 en España. Recuperado en: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/index.aspx> [15/04/2022]
- Anexo: Cronología de la pandemia de COVID-19 en España. Recuperado en: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Cronolog%C3%ADa_de_la_pandemia_de_COVID-19_en_Espa%C3%B1a [15/04/2022]
- Criterio 3/2020 sobre determinación de la contingencia de la situación de incapacidad temporal en la que se encuentran los trabajadores que han sido confirmados como positivos en las pruebas de detección del Sars-Cov-2. Recuperado en: <https://www.ccoo.es/2f482e55182f662dc6ff6a40079a67a0000001.pdf> [15/04/2022]
- Criterio 8/2020 de la Dirección de General de Ordenación de la Seguridad Social sobre la consideración excepcional como situación asimilada a accidente de trabajo de los períodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19. Recuperado en: <https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/c2b9e9b5-fb25-4fe9-a58a-c6d5db0b0c25/CRITERIO+DE+GESTI%C3%93N+8-2020.pdf?MOD=AJPERES> [15/04/2022]
- Encuesta de Población Activa (EPA) Cuarto trimestre de 2021 (2022). Recuperado en: <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0421.pdf> [16/04/2022]
- Infografías de Encuesta de Población Activa: Mercado Laboral (2022) Recuperado en: <https://www.ine.es/infografias/tasasepa/desktop/index.html?lang=es> [16/04/2022]
- Flash datos de Teletrabajo (Tercer trimestre 2021) del Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI) Recuperado en: <https://www.ontsi.es/es/publicaciones/flash-datos-teletrabajo-3t2021> [16/04/2022]
- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 (18 de noviembre 2021). Recuperado en: <https://www.uam.es/uam/media/doc/1606882187259/proteccion-trabajadores-sars-cov-2.pdf> [16/04/2022]
- Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 (1 febrero 2022). Recuperado en:



- https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf [28/04/2022]
- Plan de recuperación, transformación y resiliencia del Gobierno. Recuperado de: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_%20Transformacion_%20Resiliencia.pdf [28/04/2022]
 - Juzgado de lo Social N°. 3 de Talavera de la Reina, Sentencia 187/2021 de 21 May. 2021, Proc. 5/2021. Recuperado en: <https://diariolaley.laleynext.es/content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAEAMtMSbH1CjUwMDCzNLa0MLVQK0stKs7Mz7Mty0xPzStJBfEz0ypd8pNDKgtSbdMSc4pT1RK TivNzSktSQ4sybUOKSIMB1l5rmUAAAA=WKE> [28/04/2022]
 - www.csif.es [25/10/2021] “Los centros de salud afrontan las citas presenciales y la campaña de vacunación en precario y con déficit de personal”. Comunicado de prensa recuperado de: [Sanidad - Los centros de salud afrontan las citas presenciales y la campaña de vacunación en precario y con déficit de personal | CSIF](http://www.csif.es)
 - www.csif.es [25/04/2022] “Cerca de un 60% del personal de la Sanidad no recibe seguimiento médico tras sufrir Covid persistente”. Comunicado de prensa recuperado en: <https://www.csif.es/contenido/nacional/general/340046>
 - Esther Ortega [7/04/2021] www.redaccionmedica.com “Burnout: problema de salud pública al lastrar la calidad asistencial”. Comunicado de prensa recuperado en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/burnout-problema-salud-publica-lastrar-calidad-asistencial-4714>
 - Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P., Rebeca Martín Andrés, Aitana Garí Pérez. (2020) *Trabajar en tiempos de COVID-19: buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. Recuperado [8/05/2021] en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/trabajar-en-tiempos-de-covid19-buenas-practicas-de-intervencion-psicosocial-en-centros-sanitarios>
 - www.insst.es. Violencia en el trabajo. Recuperado de: [https://www.insst.es/violencia-en-el-trabajo#:~:text=Se%20habla%20de%20violencia%20laboral,f%C3%ADsica%20y%2Fo%2Ops%C3%ADquica\).](https://www.insst.es/violencia-en-el-trabajo#:~:text=Se%20habla%20de%20violencia%20laboral,f%C3%ADsica%20y%2Fo%2Ops%C3%ADquica).) [8/5/2022]
 - Ministerio de Sanidad (2021) Informe de Agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud 2019-2020. Recuperado en: https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/agresiones/docs/Informe_Agresiones_19-20.pdf [8/5/2022]
 - www.cgcom.es Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [11/3/2022] “El segundo año de pandemia dispara las agresiones a la profesión médica en un 39%”. Comunicado de prensa recuperado en: https://www.cgcom.es/noticias/2022/03/22_03_11_datos_agresiones_2021
 - www.europapress.es [10/3/2022] “CSIF indica que la pandemia “aumenta las agresiones al personal de la sanidad por la falta de recursos humanos” Comunicado de prensa recuperado en: <https://www.europapress.es/la-rioja/noticia-csif-indica-pandemia-aumenta-agresiones-personal-sanidad-falta-recursos-humanos-20220310194618.html>



- www.policia.es [3/3/2022] “La Policía Nacional presenta el balance de las agresiones a profesionales sanitarios durante el 2021” Comunicado de prensa recuperado en: https://www.policia.es/es/comunicacion_prensa_detalle.php?ID=11341#
- Ministerio del Interior: Policía Nacional. “Interlocutor policial sanitario : consejos para evitar agresiones a profesionales de la salud” www.interior.gob.es Recuperado en: http://www.interior.gob.es/documents/642317/1203950/Interlocutor_policial_sanitario_126210290_web.pdf/c36c1ea8-8f7b-4b2e-9a9e-5a55daa9e7e6 [3/3/2022]
- www.who.int [21/2/2022] “Una nueva guía de la OIT y la OMS insta a reforzar la protección de los trabajadores sanitarios” Comunicado de prensa recuperado en: <https://www.who.int/es/news/item/21-02-2022-new-who-ilo-guide-urges-greater-safeguards-to-protect-health-workers>

LEGISLACIÓN

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> [5/05/2022]

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292> [5/05/2022]

Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-15060> [5/05/2022]

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101> [5/05/2022]

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340> [5/05/2022]

El texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11719> [5/05/2022]

Real Decreto Ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. Recuperado en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3434 [5/05/2022]

Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en materia de empleo agrario. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-4332>. [5/05/2022]

Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-5315> [5/05/2022]

Real Decreto-ley 28/2020, de 22 de septiembre, de trabajo a distancia. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-11043> [5/05/2022]

PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA EL TELETRABAJO EN LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO ([Texto sometido a trámite de información pública con fecha 15/12/2021](#)). [5/05/2022]

Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-11415> [5/05/2022]

Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-1529> [5/05/2022]

Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-11472> [5/05/2022]

Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4908#:~:text=Ayuda-Ley%20%2F2021%2C%20de%2029%20de%20marzo%2C%20de%20medidas,de%2030%2F03%2F2021.> [5/05/2022]

Resolución de 3 de febrero de 2022, del Congreso de los Diputados, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de convalidación del Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía de la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-1982 [5/05/2022]

El Convenio núm. 190, la Recomendación núm. 206, y la Resolución que los acompaña. Oficina Internacional del trabajo. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/meetingdocument/wcms_721395.pdf [7/05/2022]

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [14/1/2022] “*Síndrome de desgaste profesional (burnout) como un problema relacionado con el trabajo*”. Comunicado de prensa recuperado en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout> [7/5/2022]

www.insst.es. (2000). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Recuperado de: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_704.pdf [7/5/2022]

Criterio Técnico 104/21, sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social en riesgos psicosociales. Recuperado de: https://www.mites.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Criterios_tecnicos/CT_104_21.pdf [8/5/2022]

Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el **cuadro de enfermedades** profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Publicado en: **BOE** núm. 302, de 19/12/2006 y recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-22169#:~:text=Ayuda-Real%20Decreto%201299%2F2006%2C%20de%2010%20de%20noviembre%2C%20por,de%2019%2F12%2F2006.>

ANEXOS

ANEXO 1: Definiciones

Definiciones

A efectos del desarrollo del contenido se definen una serie de conceptos básicos relacionados con el área de prevención de riesgos laborales:

- **Prevención:** el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
- **Riesgo laboral:** la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.
- **Daños derivados del trabajo:** las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
- **Condición de trabajo:** cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador
- **Factor de riesgo:** Elemento que, estando inevitablemente presente en las condiciones de trabajo, puede desencadenar un menoscabo en el nivel de salud del trabajador.
- **Peligro:** Fuente o situación con capacidad de daño en términos de lesiones, daños a la propiedad, daños al medio ambiente o una combinación de ambos.